

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

ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS SOCIOCULTURALES EN LA GÉNESIS Y EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y PRINCIPALES VÍAS DE ACTUACIÓN DESDE LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL.

Alumno/a: Cucalón Estrada, Belén.

Director/a: López del Hoyo, Yolanda

Zaragoza, a Septiembre de 2013



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza

ÍNDICE

I.-INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Presentación del tema de trabajo.....	3
1.2. Justificación del tema de trabajo.....	4
1.3. Definición del problema-objeto de estudio.....	7
1.4. Aspectos metodológicos y contenidos.....	7
1.5. Motivación personal.....	9
II.-MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Introducción a los Trastornos de personalidad.....	11
2.1.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de personalidad?.....	11
2.1.2 Salud o Enfermedad Mental.....	17
2.1.3 Clasificación de Enfermedades Mentales.....	19
2.1.4 Los trastornos de la personalidad.....	19
III. CONTENIDOS DE ANÁLISIS.....	19
3.1. Análisis de los aspectos socioculturales que influyen en la génesis del Trastorno de la personalidad.....	44
3.1.1 Tipos de aspectos socioculturales.....	45
3.1.2 Los Aspectos psicosociales.....	53
3.1.3 Aspectos Socioculturales.....	75
3.1.4 Aspectos centrales del análisis cualitativo.....	98
3.2. Principales vías de actuación desde la práctica del Trabajo Social.....	107
3.2.1. Introducción.....	107
3.2.2. Acercamiento a la intervención profesional en el ámbito de TP.....	108
3.2.3 Síntesis del análisis cualitativo de las entrevistas.....	119
IV. CONCLUSIONES.....	131
4.1. Sobre la influencia de aspectos socioculturales en la génesis y desarrollo del TP.....	131
4.2. Sobre las principales vías de intervención en la práctica del Trabajo Social.....	138
4.3. Dificultades encontradas y aprendizajes adquiridos durante la realización del trabajo.....	140
V.- BIBLIOGRAFÍA.....	142

I.-INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación del tema de trabajo.

El siguiente trabajo, titulado ***“Análisis de los aspectos socioculturales en la génesis y evolución del trastorno de personalidad y principales vías de actuación desde la práctica del trabajo social”***, tiene como objetivo conocer cuáles son los aspectos sociales y culturales que pueden influir en la aparición y/o forma de desarrollo de un trastorno de la personalidad y conocer también cuáles son las principales vías de actuación que se están llevando acabo con este colectivo desde la práctica del trabajo social.

1.2. Justificación del tema de trabajo.

El motivo por el cual he escogido este tema es el hecho de tratar de dar respuesta a una serie de preguntas que me han surgido durante mi asistencia al centro en el que realizo las prácticas de intervención.

Se trata de una asociación (Asociación AVANCE, “en Defensa de la Atención de los Trastornos de la Personalidad”), en la que se llevan a cabo toda una serie de servicios de apoyo al tratamiento en coordinación con los equipos de salud mental, que van desde la atención o asesoramiento social y psicológico, hasta actividades grupales de índole terapéutica y de rehabilitación (grupos de apoyo, escuelas de familia, grupos de entrenamiento de habilidades pre laborales, etc.), dirigidas tanto a los afectados por esta patología, como a sus familiares.

Desde el día en que acudí por primera vez a este centro, fui consciente de la complejidad que caracteriza a este tipo de patología y de la dificultad que conlleva la aplicación de un tratamiento que atienda de forma integral el conjunto de circunstancias que acarrea en la vida diaria de las personas afectadas y de sus familiares.

Igualmente, el entrar en contacto con esta realidad, me hizo tomar conciencia de esta problemática como una problemática de índole social, merecedora de una atención mucho más acentuada por parte de los sistemas públicos de protección social, dada la escasez de recursos con los que cuentan las personas que conviven en su día a día afectados directa o indirectamente por la misma.

El trastorno de personalidad se ha consolidado como una tipología única dentro de la diversidad de patologías mentales aceptadas a nivel internacional, con una serie de criterios diagnósticos similares en los diversos manuales psiquiátricos.

La pregunta inicial que motivó la elección de esta temática para mi estudio es la siguiente: ¿Cuál es la función de un trabajador social en el tratamiento de esta enfermedad mental en concreto?, ¿En qué se diferencia de la función que pueda hacer cualquier trabajador social en su atención a otros colectivos igualmente vulnerables?.

Si bien es cierto que la función de un trabajador social en una entidad dedicada a la atención de personas con enfermedad mental, se puede ver respaldada en multiplicidad de funciones (asesoramiento socio laboral, puesta en contacto de la persona con los diferentes recursos de la comunidad, gestión del ocio y tiempo libre, acompañamiento en los diferentes procesos de integración, reconocimiento de derechos sociales, procesos de capacitación, discapacidad etc...), existe una peculiaridad que en mi opinión es digna de considerar.

El trastorno de personalidad es una patología mental en la que, como más tarde comentaré, la persona posee una personalidad (formas de pensar, sentir y actuar) que le impide adaptarse con normalidad al medio en el que vive, teniendo como consecuencia un grandísimo malestar interno y un continuo conflicto en las diferentes formas de interacción social (relacional, laboral, educativa, familiar).

Teniendo en cuenta que la formación de la personalidad, como posteriormente comentaré, atiende en un 60% a aspectos socioculturales, estaríamos en mi

opinión ante una enfermedad en cuya génesis interviene de algún modo determinante la esfera social, además de la psicológica y biológica, cuyo tipo de aportación analizaremos a lo largo del trabajo.

Además de esta información, otra de las causas por las cuales me ha parecido interesante dirigir mi estudio hacia un análisis de la intervención social en este terreno, tiene que ver con una observación personal que he realizado durante mi asistencia al centro (mediante la lectura de numerosas historias sociales):

Muchos pacientes diagnosticados de un trastorno de la personalidad, necesitan en su tratamiento de un servicio socioeducativo que trate de reformular y replantear de manera más saludable aprendizajes antes interiorizados que están generando consecuencias negativas en la vida de la persona afectada, ya que comprenden y conforman su manera de entender el mundo.

Esta observación, me ha hecho pensar que posiblemente el desarrollo de un trastorno de la personalidad sea el resultado de un proceso duradero en el tiempo (e iniciado siempre bajo una predisposición neurobiológica), mediante el cual el individuo ha encontrado numerosas dificultades en la adaptación a su cultura y a las normas y obligaciones que ésta lleva implícitas.

Proceso durante el cual, los aspectos de tipo social y cultural presentes en el entorno o ambiente próximo del individuo (familiar, educativo, social etc), máximos condicionantes del proceso de construcción social de la personalidad y aprendizaje individual, pudieron actuar como incentivadores o como amortiguadores de las conductas des-adaptativas del individuo, frenando o incentivando de alguna manera, la cristalización de una personalidad inadaptada, generadora de conflictos constantes con el medio social y para con el propio individuo.

Por este motivo, me pareció interesante la idea de realizar un trabajo que, a través de una recopilación y revisión de la bibliografía existente de la realización de entrevistas a profesionales, pudiese dar respuesta a todas estas cuestiones.

- ¿Forman los aspectos socioculturales parte de la etiología (como factores) de esta patología mental?, ¿Qué papel juegan en el desarrollo

de la misma?, ¿de qué manera pueden condicionar su pronóstico? y ¿En qué medida y de qué manera está presente nuestra disciplina (competente en el terreno de la intervención y prevención de problemáticas sociales) actuando en este terreno?.

Además, y basándonos en las respuestas a estas cuestiones se intentará compilar ésta información y presentarla en este documento de una manera sencilla y organizada que sea útil a todos aquellos trabajadores y trabajadoras sociales, que como yo, comiencen un día a trabajar con el colectivo de personas diagnosticadas de un Trastorno de Personalidad o sus familiares y quieran obtener una visión de la patología y su abordaje desde una perspectiva no tan psiquiátrica o clínica sino desde una perspectiva social y orientada a la intervención que es propia y competencia de nuestra disciplina: la intervención social.

1.3. Definición del problema-objeto de estudio.

En definitiva, el **problema-objeto** de estudio que planteo sería el siguiente:

Determinar de qué manera pueden influir los aspectos socioculturales en la aparición o en la forma de desarrollo de un trastorno de la personalidad, enumerarlos y vislumbrar las principales vías de actuación desde la práctica del trabajo social.

1.4. Aspectos metodológicos y contenidos.

La metodología utilizada ha sido la revisión y análisis bibliográfico, la observación participante (mientras realicé mis prácticas de intervención con Trastornos de personalidad) y la realización de entrevistas a profesionales de la intervención social en este campo.

Para la realización del marco teórico he recopilado la información existente

sobre esta temática en las bibliotecas universitarias de las facultades de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza y de Sevilla, he utilizado artículos de bases de datos especializadas en Internet (Dialnet, Psicothema etc.) y he utilizado documentos profesionales de la asociación en la que he realizado mis prácticas de intervención.

Para la realización de los contenidos de análisis he acotado la búsqueda de bibliografía por la fecha de su publicación (utilizando bibliografía preferentemente publicada en la última década), y he intentando utilizar bibliografía específica sobre el tema de TP , aunque en ocasiones he tenido que recurrir a bibliografía general sobre salud mental (dada la escasez de bibliografía específica).

También he utilizado información obtenida en mediante la realización de entrevistas a profesionales.

Las entrevistas, son estructuradas y han sido realizadas a dos centros que trabajan con el colectivo de personas afectadas por un Trastorno de Personalidad y/o sus familiares: el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, y la asociación "Avance" en Sevilla (en la que realicé mis prácticas de intervención):

- Hospital Nuestra Señora de Gracia. Unidad específica para el tratamiento de los Trastornos de Personalidad (Zaragoza):
 - Entrevista a la trabajadora social.
 - Entrevista al psiquiatra, que a su vez es el presidente de la sociedad española para el estudio del Trastorno de Personalidad.
- Asociación en defensa de la atención de los Trastornos de Personalidad "Avance" (Sevilla):
 - Entrevista a la psicóloga de la asociación.

- Entrevista a la trabajadora social de la asociación.

También he realizado entrevistas a otro centro, "El Centro Municipal de Promoción de la Salud Mental" de Zaragoza, pero la información obtenida no ha sido utilizada para el trabajo por no serme útil (no encontré respuestas a las preguntas que yo planteaba).

En cuanto al contenido del trabajo:

En primer lugar realizo una introducción o marco teórico conceptual en relación a la patología del Trastorno de la Personalidad.

En segundo lugar realizo un análisis sobre los aspectos socioculturales que pueden encontrarse en la génesis y desarrollo de la patología. (A través de la revisión bibliográfica y las entrevistas a profesionales).

En tercer lugar introduzco un apartado de análisis sobre las principales vías de actuación que se llevan a cabo desde nuestra disciplina en este terreno, tomando como referencia la información que he obtenido en la realización de entrevistas a profesionales y conocimiento de los recursos, y planteo una serie de propuestas.

Para finalizar realizo unas conclusiones generales en las que expongo las ideas principales que me ha sugerido el trabajo y también las dificultades y aprendizajes que he encontrado en el transcurso de su realización.

El último apartado contiene la bibliografía utilizada y en documento aparte se adjuntan los anexos.

1.5. Motivación personal.

El motivo por el cual escogí esta temática para mi Trabajo Fin de Grado, es el hecho de encontrarme sensibilizada con esta problemática social en concreto, debido a que en mi trayectoria personal y profesional he tenido la oportunidad de trabajar con personas diagnosticadas de una patología mental.

En primer lugar porque me parece fascinante el mundo de la "mente" humana,

y todos los procesos que influyen en la forma de pensar, sentir y actuar que cada individuo posee.

En segundo lugar, porque como trabajadora social , me gustaría poder colaborar no sólo en la atención a los colectivos con este tipo de enfermedades, sino también en la des-estigmatización social que sufren, en el trabajo de concienciación y sensibilización que hace falta hacer al respecto, en la creación de recursos comunitarios para su atención...

En tercer lugar, porque me gustaría poder contribuir de alguna forma, en la mejora de la calidad de vida y atención tanto de las personas afectadas como de sus familiares.

En cuarto lugar, porque pienso que la enfermedad de Trastorno de la Personalidad es una enfermedad en la que a diferencia de otro tipo de trastornos mentales (como la esquizofrenia), el entorno social y cultural en el que se desarrolla la persona constituye un elemento clave para el entendimiento de su génesis y su pronóstico o evolución, porque pienso que la disciplina del Trabajo Social y su función como "agente de cambio" es la que debe y puede impulsar las medidas y estudios necesarios para eliminar de nuestra sociedad todas aquellas barreras que dificultan la adaptación de los individuos, trabajando para que existan las mejores condiciones y posibilidades de vida.

En quinto lugar, porque me gustaría que este estudio fuese útil para que todas aquellas personas que como yo, comiencen a interesarse por esta problemática social, encuentren en él una recopilación de conocimientos básicos sobre la patología desde una perspectiva social y sobre la intervención que se realiza.

II.-MARCO TEÓRICO

2.1. Introducción a los Trastornos de personalidad.

Antes de entrar en el análisis sobre los aspectos socioculturales relacionados con la génesis o desarrollo de esta patología, y antes de enumerar las diferentes formas de intervención que se están llevando a cabo desde la disciplina del trabajo social, dedicaré un primer apartado a la realización de una introducción explicativa sobre los principales conceptos que enmarcan esta patología.

2.1.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de personalidad?

El término *personalidad*, procede etimológicamente de la palabra latina *persona*, que hace referencia a las máscaras que llevaban los actores en las representaciones teatrales.

Se dice que a través de estas máscaras, el público podía distinguir de forma previa a la actuación qué papel y qué características iba a interpretar cada personaje (Escribano, 2006).

Si buscamos el significado actual de la palabra *personalidad* en el Diccionario Académico de la Real Academia Española, encontramos numerosas acepciones, de entre las cuales escogeré la primera y la última, ya que son las que más relación guardan con lo que se entiende por personalidad en el campo de la psicología:

- **1.** "Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra".
- **2.** "Conjunto de cualidades que constituyen a la persona o sujeto inteligente".

En nuestra lengua existen una gran multitud de connotaciones que se achacan al concepto de personalidad y que son utilizadas de manera cotidiana y tienden

a dar a la misma un matiz de valor: hablamos de personalidad buena, mala, atractiva, interesante, de personas con poca personalidad...

Por este motivo, antes de adentrarnos en este mundo, será necesario partir de la base de que existe una gran diferencia entre la forma cotidiana de comprender o interpretar el concepto de personalidad, y la forma más propiamente científica.

El estudio científico de la personalidad humana, ha sido y es una de las áreas de investigación y teorización psicológicas más importantes y con mayor tradición y la tarea de hallar una definición aceptada universalmente resulta algo difícil.

Aun así, existen algunos aspectos en los que la mayoría de los especialistas en esta rama del saber coincide en recalcar: la complejidad de la personalidad humana y el variado conjunto de factores que influyen en su consolidación y que forman parte de la misma: factores intrapsíquicos, comportamentales, biológicos y socioculturales (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002).

Estos factores, que se ponen de manifiesto en una variada gama de situaciones y contextos, hacen que cada individuo sea único en su personalidad, y que dicha personalidad lo caracterice como tal, manteniéndose presente y estable en todas circunstancias de la vida en las que se encuentre.

Dada la gran cantidad de definiciones existentes, me centraré en enumerar en primer lugar algunos aspectos que deben estar presentes para un correcto entendimiento de la personalidad .

Estos aspectos son según Bermúdez, Pérez, Ruíz, Sanjuán y Rueda (2003), los siguientes:

- 1.** La personalidad no es una entidad en si misma, sino un constructo

hipotético derivado de la observación de la conducta.

2. La utilización del término personalidad, no implica connotaciones de valor sobre la persona caracterizada.

3. La personalidad incluye una serie de elementos, que son relativamente estables a lo largo del tiempo y en las diferentes situaciones que se dan, por lo que ayudan a predecir y caracterizar el estilo de respuesta de un individuo. A este tipo de elementos nos referiremos como rasgos o disposiciones internas.

4. Por otro lado la personalidad incluye otros elementos, como las cogniciones, motivaciones o estados afectivos, que pueden ser variables o modificables en el tiempo, y que por lo tanto pueden explicar la falta de consistencia y estabilidad de la misma en determinadas circunstancias.

5. La personalidad abarca, tanto la conducta manifiesta como la experiencia privada, es decir, incluye la totalidad de las funciones y manifestaciones conductuales.

6. La conducta será fruto tanto de los elementos más estables (ya sean psicológicos o biológicos), como de los aspectos más determinados por las influencias personales (percepción de la situación, experiencias previas), sociales o culturales.

7. La personalidad es algo distintivo y propio de cada individuo a partir de la estructuración peculiar de sus características y elementos.

8. El individuo buscará adaptar su conducta a las características del entorno en el que se desenvuelve, teniendo en cuenta que su percepción del mismo va a estar guiada por sus propias características personales (sobre lo que es importante o no, estresante, positivo etc.).

Bermúdez et al (2003, p.34), concluyen tras un pequeño repaso por las distintas aportaciones de numerosos autores en el ámbito de la psicología de la personalidad , que:

“La personalidad hace referencia a la forma de pensar, percibir o sentir de un individuo, que constituye su auténtica identidad y que está integrada por

elementos de carácter más estable (rasgos), y elementos cognitivos, motivacionales y afectivos más vinculados con la situación y las influencias socioculturales, y por tanto ,más cambiables y adaptables a las peculiares características del entorno, que determinan en una continua interrelación e interdependencia, la conducta del individuo(...).”

Esta definición recoge muy bien dos de los aspectos que más nos interesa tener en cuenta sobre la personalidad de cara a este estudio:

A) La personalidad es la que determina la conducta de un individuo.

Esta afirmación nos da la clave para entender porqué se habla de trastorno de la personalidad, y no de trastorno de la conducta o el comportamiento (que al fin y al cabo es la parte visible que alarma a la sociedad de la existencia de un problema).

Es decir, aunque lo que ocasiona una problemática y un constante conflicto de un individuo con su entorno es su forma de actuar frente a una situación, esa conducta es fruto de una manera de percibir (estímulos sensoriales, patrones de respuesta genéticos), pensar (cognición acerca de la realidad), y sentir (afectividad, emoción que genera), que ha dado lugar finalmente a un comportamiento determinado (conducta).

La manera de percibir, pensar, sentir y finalmente actuar, es lo que se entiende en su totalidad con el concepto de personalidad, por lo que el trastorno o “anomalía” en relación a la norma mayoritaria, es un trastorno de la personalidad en su conjunto.

B) La personalidad está integrada por numerosos elementos, unos de carácter más estable (rasgos, referido a predisposiciones biológicas), **y otros más cambiables y adaptables a las diferentes características del entorno** (elementos cognitivos, motivacionales, afectivos, vinculados con los mecanismos psicológicos y las influencias socioculturales).

Como vemos, este enunciado refleja a la perfección la gran diversidad de elementos integradores de la personalidad, que al fin y al cabo serán también los elementos que conformen la etiología de una personalidad patológica.

Lo interesante es darse cuenta de que existen en esta variedad dos subcategorías de elementos:

i. Por un lado los elementos de carácter estable: a los que llama "rasgos", y que se refieren a las características naturales de la propia persona, aquellas que vienen dadas en su propia constelación genética y neurológica.

Este tipo de elementos, difícilmente cambiables, son los que nos permiten caracterizar, conocer y poder predecir la conducta de una persona.

Básicamente tienen que ver con la intensidad con la que una persona recibe los estímulos que llegan de su exterior, y el modo de respuesta que genera ante ellos.

La manera más común y coloquial con la que se hace referencia a estos elementos, es el concepto de "temperamento":

Allport (1961 citado en Martínez, 2002), define *el Temperamento como* aquel fenómeno característico de la naturaleza emocional de un individuo, que incluye su susceptibilidad, estimulación emocional, velocidad y fuerza en la producción de las respuestas y todas aquellas fluctuaciones en la intensidad o estado de humor. Además considera este fenómeno como algo dependiente de la estructura constitucional y predominantemente hereditaria.

En resumen, el Temperamento es el componente biológico de la personalidad, es hereditario, y representa aproximadamente el 40 % de la personalidad humana.

Según Pérez et al (2001), algunos de los rasgos temperamentales son por ejemplo la introversión patológica, la extroversión patológica, la labilidad afectiva patológica, la impulsividad patológica y la ansiedad patológica.

ii. Por otro lado, nombra una serie de elementos a los que da la característica de cambiables y adaptables al entorno, entre los que enumera a los elementos cognitivos (formas de pensar), motivacionales y afectivos (en relación con los intereses y sentimientos personales), los cuales están vinculados con las influencias socioculturales.

En contraposición al temperamento antes nombrado, nos referimos a este conjunto de elementos vinculados a las influencias socioculturales con el concepto de "carácter".

El término "**carácter**", de origen griego (*kharakter*: marca o sello) se ha utilizado tradicionalmente para referirse a aquellas características adquiridas durante el desarrollo, y considerado como la adherencia de la persona a las costumbres y valores de la sociedad en la que vive.

El carácter es el componente psicosocial de la personalidad, y representa un 60 % de la misma.

La relación existente entre el carácter y el temperamento, es dinámica y compleja: el temperamento pone límites a la influencia del entorno y del aprendizaje, condicionando de esta manera el tipo de experiencia que el individuo pueda tener.

Otra cuestión importante a considerar, sería establecer la diferencia entre una personalidad normal y una personalidad patológica.

Por desgracia, la línea divisoria entre ambas es todavía confusa en la actualidad.

Millon y Escovar (1996 citado en Escribano, 2006), señalan que los individuos poseen una personalidad sana, cuando se muestran capaces de afrontar las exigencias ambientales, sociales y culturales de un modo flexible y cuando sus

percepciones y conductas fomentan una mayor satisfacción personal.

Por el contrario, podremos hablar de un patrón patológico o des-adaptativo cuando las personas respondan a las dificultades de la vida de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan lugar a un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer (Escribano, 2006).

2.1.2 Salud o Enfermedad Mental.

La Organización Mundial de la Salud, define la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de una enfermedad o una dolencia.

El límite entre la enfermedad y la salud mental nunca ha estado lo suficientemente claro ni definido, es difícil por tanto hacer una división clara entre lo que es y lo que no es salud mental, ya que los criterios y los enfoques teóricos van variando y renovándose a lo largo del tiempo.

El desconocimiento sobre las causas exactas de la génesis de los diferentes trastornos mentales (debido a la complejidad de interrelaciones entre biología , psicología y esfera social y cultural), explica la dificultad a la hora de hallar una definición consensuada y aceptada universalmente.

Para entendernos, podemos definir un trastorno o enfermedad mental con una alteración a nivel cognitivo (pensamiento), emocional (sentimiento) o comportamental (conductual), que afecta al correcto funcionamiento de procesos psicológicos básicos (motivación, conciencia, control de la conducta, percepción, sensaciones, aprendizaje, lenguaje etc). Como resultado, la persona sufre un gran malestar interno (subjetivo) y también genera malestar a las personas de su entorno, debido a la gran dificultad que posee para adaptarse con normalidad al medio social y cultural.

Existen sin embargo numerosos estudios sobre salud y enfermedad mental, que postulan que la enfermedad o la salud mental no son dos estados excluyentes en los que puede encontrarse una persona. Estos estudios consideran que ambos estados se encuentran en un "continuo". Es decir, una persona, a lo largo de su ciclo vital puede ir pasando por diferentes niveles o grados de bienestar mental, siendo los polos de esa línea continua los contrarios de salud y enfermedad.

El bienestar emocional, un alto nivel de autoestima, una adecuada percepción de la realidad, el grado de autonomía de la persona etc, son algunos de los elementos indicadores de la salud mental de una persona.

2.1.3 Clasificación de Enfermedades Mentales.

Existen diferentes tipos de enfermedades mentales, por lo que a lo largo de la historia, se han tratado de agrupar en categorías y tipologías a través de distintos modelos, los cuales siguen teniendo algunos desacuerdos.

Según el modelo o manual más aceptado entre los entendidos del sector de la salud y la enfermedad mental en la actualidad, el DSM (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), en concreto el DSM IV TR (1994), existen 8 categorías de trastornos mentales:

1. Trastornos del estado de ánimo
2. Trastornos psicóticos
3. Trastornos de ansiedad
4. Trastornos sexuales
5. Trastornos de la personalidad
6. Trastornos del sueño
7. Trastornos de la conducta alimentaria
8. Trastornos cognoscitivos

Como vemos, los trastornos de personalidad ocupan una categoría aislada.

A nivel europeo, el modelo por excelencia en el que se recogen estas categorizaciones es la llamada CIE-10 (clasificación emitida por la Organización Mundial de la Salud) y lo hace de forma muy similar aunque con algunas diferencias en las que no será necesario detenernos.

2.1.4 Los trastornos de la personalidad:

Para comprender qué es un trastorno de la personalidad (TP en adelante), analizaremos en primer lugar las diferentes definiciones con las que los manuales de psiquiatría con mayor reconocimiento en la actualidad se refieren al término.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (1995 , p. 645), de la Asociación Americana de Psiquiatría, define los TP como *“un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”* .

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, 1992) incluye los TP y del comportamiento del adulto como *“diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiende a relacionarse consigo mismo y con los demás”*.

La OMS, añade que algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado

tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde, a lo largo de la vida.

Vicente Rubio Larrosa, presidente de la Sociedad Española para el Estudio del Trastorno de la Personalidad (2003 citado en Rubio y Pérez, 2003), define los TP como aquellas formas de pensar, sentir y actuar que no se ajustan a lo que se espera de una persona en función de dos factores: su edad, y la cultura en la que dicha persona se desarrolla.

Para entender correctamente el concepto pondré un ejemplo:

Cuando en psicopatología se habla de que un individuo posee una depresión, nos referimos a que esa persona presenta una *alteración* anímica y conductual, es decir, un cambio en su modo de ser y comportarse habitual. Decimos que se trata de una *alteración* precisamente porque esa persona normalmente no es así, no se comporta ni expresa de ese modo.

Sin embargo, cuando se dice que una persona posee un TP, es que el modo de ser de esa persona, la forma en que habitualmente se comporta, es en sí patológica o anormal (entendiendo por "anormalidad" aquello que no es lo más frecuente entre las personas de su entorno o que no se ajusta a lo que cabría esperar de ese sujeto en relación a su cultura, edad, nivel formativo etc.)

Esto nos da la clave para entender cuál es la característica diferencial del TP frente a otro tipo de patologías mentales: su omnipresencia, siendo un repertorio de conductas limitado, reiterativo e inflexible.

Las personas que poseen un diagnóstico de TP, se muestran frágiles, psicológicamente débiles y vulnerables ante una situación de estrés (entendiendo como estrés una situación nueva que requiere el desarrollo de nuevas estrategias para afrontarla).

Otro aspecto en el que estos trastornos difieren de la mayoría de trastornos mentales es que aunque provocan sufrimiento y malestar intensos con el propio individuo, no suele haber conciencia de enfermedad, o ésta es muy limitada.

Generalmente los sujetos no son conscientes de que es su modo de ser el que provoca el malestar y los problemas a los que reiteradas veces deben enfrentarse.

En suma, es un modo de ser y de comportarse poco adaptativo: dificultades para aprender nuevos modos de comportarse, de expresarse, de relacionarse con los demás...

2.1.4.1 Tipologías de trastorno de la personalidad.

Existen diez subtipos de trastorno de la personalidad, que posteriormente nombraremos, pero es importante saber en primer lugar cuáles son los factores o consecuencias comunes que poseen en su conjunto.

– Elementos comunes del TP.

Sea cual sea el subtipo de trastorno, las personas que poseen un diagnóstico de TP, experimentan:

- Dificultades en las relaciones con otras personas.
- Afectación progresiva de las diferentes áreas de la vida (familiar, social, laboral, personal etc.).
- Gran sufrimiento interno.

Ahora bien, como se ha comentado anteriormente, los TP comprenden nueve o

diez entidades distintas en función al modelo que nos refiramos (CIE-10 o DSM-IV TR, respectivamente), organizadas en tres categorías o grupos diferenciados.

A continuación describiremos las características clínicas de cada uno de los trastornos.

– **Tipos específicos de Trastornos de la Personalidad.**

Belloch y Fernandez-Álvarez (2002), clasifican y definen los Trastornos de la Personalidad de la siguiente forma (basándose en el DSM IV):

Grupo A (Raros o excéntricos).

La característica distintiva de los TP “raros o excéntricos” es el aislamiento interpersonal y social.

A ésto se suma generalmente una forma distorsionada de entender la realidad, lo que implica que posean gran dificultad para aprender las habilidades sociales más básicas.

Los adjetivos más comunes para referirse a este tipo de personalidades y que nos pueden ayudar a hacernos una idea sobre las mismas son: personalidades “frías”, “aisladas”, “excéntricas”...

Son personas que no expresan, o que expresan de un modo extraño sus emociones, lo cual genera en ellos una gran ansiedad que hace que se aíslen. Poseen una gran incapacidad para adaptarse a las normas sociales y por lo general no suelen ser atendidos y hospitalizados en instituciones para su tratamiento, ya que en pocas ocasiones reclaman ayuda y tampoco la aceptan. Cuando nos encontramos con una hospitalización de una persona que posee este tipo de diagnóstico se debe generalmente a otros problemas, como el consumo de sustancias, depresiones mayores, crisis psicóticas etc, que sí están relacionadas directamente con el trastorno.

Para comprender la naturaleza de estos trastornos será necesario hacer referencia a un trastorno más grave o discapacitante: la esquizofrenia.

Las personas con un trastorno de personalidad "raro o excéntrico", pueden presentar síntomas propios de la esquizofrenia pero en un grado significativamente más leve (seudoalucinaciones, delirios, trastornos del comportamiento y del habla...). Esto hace que numerosos estudios incluyan a este tipo de trastornos dentro del llamado "espectro de la esquizofrenia".

En este grupo se encuentran los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad.

A continuación, vamos a adentrarnos en una explicación sobre cada uno de ellos.

1.1 El trastorno paranoide de la personalidad:

Sus principales características son:

- La desconfianza excesiva e injustificada: tienden a interpretar las acciones de los demás como amenazantes y perjudiciales para sí mismos y son reticentes a confiar a los demás porque temen que la información que comparten pueda ser utilizada en su contra.
- Incapacidad para perdonar los agravios o prejuicios: se muestran combativos y tenaces, interpretan de una forma estricta los propios derechos, son reconrosos.
- Actitud egocéntrica: constantemente autorreferencial, se sienten excesivamente importantes, y se enorgullecen de ser racionales y objetivos.
- Les preocupan conspiraciones sin fundamento: su actitud es "defensiva".
- Les impresionan el poder, el rango social etc: se muestran irrespetuosos y con actitudes de desprecio hacia aquellas personas que consideran débiles, imperfectas, enfermas.
- Ausencia de habilidades sociales: su continuo estado de "actitud defensiva y desconfiada" les impide aprender habilidades sociales y relacionarse con las personas de su entorno.

1.2 El trastorno esquizoide de la personalidad:

Las principales características son:

- Actitud de indiferencia en las relaciones sociales: poseen un mundo emocional pobre y limitado ya que ni desean ni disfrutan con las relaciones sociales o íntimas. Son personas solitarias, que carecen de sentimientos cálidos y tiernos.
- Actitud indiferente hacia la opinión de los demás: ni la crítica ni la aprobación les afectan.
- Gran incapacidad para sentir placer: su excesiva frialdad emocional les incapacita para sentir placer, por lo que no muestran interés por las relaciones sexuales y tienden a preferir actividades y trabajos que puedan realizarse sin mantener contacto con personas.
- Las actividades que realizan nunca requieren implicación personal.

1.3 El trastorno esquizotípico de la personalidad:

Sus características personales son:

- Anormalidades en la percepción: perciben la realidad de forma diferente, su pensamiento, conducta y lenguaje son prueba de ello.
- Similitud con la esquizofrenia: aunque sus síntomas son similares a los de la esquizofrenia, no llegan a reunir los criterios para ésta.
- Personas raras y extravagantes: su comportamiento y apariencia resulta extraño, su explicación para los problemas de la vida responde a un pensamiento mágico. Tienen ideas extrañas y tienden a la desrealización de las situaciones. Su mundo interno se compone de relaciones imaginarias y experiencia perceptivas e inhabituales.
- Relaciones sociales casi inexistentes: no poseen amigos íntimos y su afectividad hacia las personas es inapropiada. Poseen una ansiedad social excesiva.
- Pensamiento y comunicación se ven alterados: debido a su interpretación de la realidad los procesos del pensamiento, lenguaje y comunicación quedan enormemente alterados.
- Presentan descompensaciones psicóticas

- Suelen ser supersticiosos y manifestar poderes de clarividencia.

2. Grupo B (dramáticos, emotivos o inestables).

Agrupar a los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad.

Estos trastornos guardan en común un patrón de violación constante de las normas sociales que se manifiesta en: comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad, labilidad o inestabilidad afectiva y dificultad para controlar los impulsos.

Este tipo de comportamiento conlleva grandes problemas de cara a la adaptación social y al mantenimiento de relaciones sociales ya que resultan altamente conflictivos. A menudo son catalogados de "inmaduros".

2.1 El trastorno antisocial de la personalidad (o Trastorno disocial de la personalidad):

Sus características principales son:

- Personalidad conflictiva desde la infancia: el trastorno puede ser visible ya en la infancia y adolescencia, haciéndose más evidente y amplio en el comienzo de la edad adulta. Los signos infantiles típicos son mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, peleas, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física. En la edad adulta continúa esta pauta, lo que les conduce a un fracaso en la actividad laboral, en el mantenimiento de obligaciones económicas, familiares, problemas judiciales, etc.
- Conducta repetitiva y siempre irresponsable: actuando al margen de las normas sociales.
- Emocionalidad irascible: son personas que necesitan gratificaciones inmediatas y tienen una tolerancia muy baja a la frustración, llegando a ser agresivos en numerosas ocasiones. Son incapaces de sentir culpa o remordimiento por sus actos y tienden a responsabilizar siempre a otras personas. Tienen una gran dificultad para aprender de la experiencia,

sobre todo del castigo.

- Relaciones sociales conflictivas: son personas carentes de empatía, frías, manipuladoras, desconsideradas y, en ocasiones, crueles.

* Este trastorno nace de los intentos por explicar en psicopatología un modelo de comportamiento humano persistentemente delictivo en ausencia de motivos que lo justifiquen. (Los términos disocial y sociópata hacen referencia a la misma problemática).

2.2 El trastorno límite de la personalidad (o trastorno de inestabilidad emocional):

Sus principales características son:

- Inestabilidad: su estado de ánimo, sus pensamientos y sus actitudes son inestables. La inestabilidad incluye la vivencia de la autoimagen y su sexualidad y también de las relaciones sociales.
- Impulsividad: Las conductas impulsivas son la forma en que “expresan” y se “desahogan” de su malestar. Incluye las amenazas de autolesionarse o la consumación del acto del suicidio. También es frecuente el abuso de sustancias como mecanismo de escape o evasión, las alteraciones de la conducta alimentaria, la ideación paranoide transitoria e, incluso, episodios psicóticos breves ante situaciones de estrés agudo.
- Sentimientos de vacío: los sentimientos de vacío les invaden constantemente, son muy sensibles a los cambios en sus relaciones interpersonales que suelen idealizar o despreciar sin motivos aparentes y realizan esfuerzos excesivos para evitar el abandono, sea real o imaginario.

2.3 El trastorno histriónico de la personalidad:

Sus principales características son:

- Conducta teatral y superficial: adoptan conductas exageradas e in-

apropiadamente seductoras y provocativas, mostrando gran preocupación por su atractivo físico. Suelen tacharlos de egocéntricos, ya que en sus relaciones sociales reina la hipocresía y la manipulación.

- Emocionalidad y relaciones sociales : se basa en una constante búsqueda de admiración y aprobación por parte de los demás, y consideran que las relaciones sociales que mantienen son más íntimas de lo que son en realidad. Son personas sugestionables y fácilmente influenciables por los demás.

2.4 El trastorno narcisista de la personalidad:

Sus principales características son:

- Percepción exagerada sobre sí mismos: poseen una tendencia a la grandiosidad, se sienten sumamente importantes, superiores y singulares. Se sobrestiman así mismas considerándose especiales.
- Relaciones sociales: carecen una especial labilidad afectiva ya que constantemente buscan que se les trate de forma especial, no poseen empatía y generosidad, toleran muy mal las críticas.
- Conducta exhibicionista: su forma de comportamiento es exhibicionista, continuamente llamando la atención y buscando la admiración de los demás. Se comportan de forma envidiosa, crítica e irrespetuosa hacia aquellas personas que han conseguido su ansiada reputación social.

3. Grupo C (ansiosos o temerosos).

En este grupo se encuentran los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad.

La característica principal es la existencia de un miedo excesivo e inseguridad generalizados que provocan una gran ansiedad.

Poseen reacciones emocionales que les impiden controlar su conducta y adquirir estrategias de afrontamiento, por lo que es difícil para ellos la vida autónoma y el equilibrio emocional.

3.1 El trastorno de la personalidad por evitación (o trastorno ansioso con conductas de evitación):

Sus principales características son:

- Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza.
- Retraimiento social, a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima: Son personas extremadamente tímidas, que desean el contacto y las relaciones sociales, pero sienten un gran miedo a ser rechazados y ese miedo les puede llevar a evitar todo tipo de situaciones sociales.

3.2 El trastorno dependiente de la personalidad:

Sus principales características son:

- Conducta pasiva: intentan que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, lo que denota una gran subordinación e incapacidad para valerse por sí mismo. Se sienten incapaces de tomar decisiones cotidianas y buscan constantemente las opiniones y consejos de otras personas.
- Dependencia emocional: Suelen sentirse incapaces de realizar peticiones, poseen un gran miedo a ser abandonados o tener que cuidar de sí mismos y buscan la aprobación de los demás en todo lo que hacen.

3.3 El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (o trastorno anancástico de la personalidad):

Sus principales características son:

- El perfeccionismo y la rigidez: este tipo de trastorno de la personalidad se caracteriza por el perfeccionismo, la obstinación y la indecisión.
- Excesiva devoción al trabajo y al rendimiento: son personas muy preocupadas por detalles, reglas, listas, orden, organización, horarios, etc.
- Gran inmadurez emocional: dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas. Tienen pocas habilidades sociales y no suelen tener sentido del

humor.

- Perfeccionistas e intolerantes: suelen insistir para que los demás acaten su forma de pensar y actuar y lo hagan de la misma forma, sometiéndose a la misma rutina que ellos tienen. Por supuesto, cualquier hecho o persona o situación que pueda hacer alterar su rutina establecida les genera una gran ansiedad.

* El **trastorno de la personalidad no especificado** es una categoría disponible para dos casos. El primero de ellos, cuando el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad. En el segundo caso, cuando el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación.

2.1.4.2 Curso, evolución comorbilidad y del trastorno de la personalidad.

Según Rubio y Pérez (2003), Los TP suelen iniciarse en etapas vitales correspondientes al final de la adolescencia o principio de la edad adulta, aunque pueden darse los primeros indicios en la infancia (de ahí la importancia de la prevención y detección temprana de la patología).

Es cierto que la enfermedad puede haber estado en la persona desde mucho antes, pero el diagnóstico de la misma no se puede realizar hasta que se considera que ha culminado el proceso de formación de la personalidad.

Las personas con TP pasan por procesos o periodos en los que se encuentran más estables, y por otros en los que sufren con mayor intensidad las consecuencias de la enfermedad (se agudizan los síntomas), periodos de crisis. En los mejores casos, con la aplicación del debido tratamiento, los síntomas

pueden suavizarse hasta el punto de que la persona sea capaz de sobrellevarlos y adaptarse a ellos y realizar una vida autónoma y de calidad.

Sí es cierto que la sintomatología tiende a suavizarse por naturaleza a partir de los 35/40 años aproximadamente (de la misma forma que las conductas impulsivas de los adolescentes van rebajando su intensidad a lo largo del tiempo y con la madurez personal), por lo que con la edad y la ayuda del tratamiento, las crisis tienden a espaciarse en el tiempo y ser menos graves o, incluso, desaparecer.

En cuanto a la comorbilidad (existencia de dos o más trastornos de la personalidad de diferente tipo en un mismo sujeto), decir que en los últimos años se han realizado una gran cantidad de estudios que indican que aproximadamente el 70% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad tienen más de uno, con medias que van de 2 a 4.

Además, es frecuente encontrarnos con casos de comorbilidad entre trastorno de personalidad y otros tipos de enfermedad mental.

De la misma manera existen altos grados de comorbilidad entre trastorno de personalidad y abuso de sustancias o conductas ludópatas, y también con trastornos de la alimentación.

Es interesante reflejar que en la actualidad, existe un consenso que explica las conductas impulsivas en estos pacientes (consumo de drogas, impulsividad en la ingestión de alimentos, conducción temeraria etc), no como trastornos asociados, sino como consecuencias de la propia patología de TP: muchos pacientes poseen este tipo de conductas en un intento de aliviar el malestar.

En resumen diremos que la comorbilidad es muy frecuente entre los trastornos mentales y los trastornos de la personalidad y que los diferentes estudios que analizan esta comorbilidad manifiestan cómo la evolución de la persona es peor cuando existe dicha comorbilidad.

2.1.4.3 Epidemiología de los trastornos de la personalidad.

Belloch y Fernández-Álvarez (2002), nos explican que además de la comorbilidad anteriormente explicada existen otros factores que dificultan la realización de un estudio exhaustivo sobre la prevalencia de esta patología. (Siendo estos factores el notable solapamiento existente entre diferentes tipos de TP , ya que poseen numerosos síntomas en común y existen dificultades para discernir la exactitud del diagnóstico).

Los TP son un conjunto de entidades tan amplio como heterogéneo.

Esta es una de las razones por las que se muestra tan difícil investigar su etiología y también por las que se hace complicada la realización de un diagnóstico certero para su evaluación y tratamiento.

Por este motivo los datos que tenemos sobre la prevalencia de los TP en la población son poco fiables, pero aun con todo, es importante mencionar que se estima que su prevalencia es elevada (6-12 % en la población general y 20-40% para los pacientes psiquiátricos). En estos datos no existe gran diferencia entre sexos.

Los trastornos que presentan las cifras más elevadas son los trastornos límite, dependiente, evitativo y esquizotípico de la personalidad (lo que puede deberse no tanto a la frecuencia real sino a factores como la mejor definición de sus criterios diagnósticos y la existencia de valores culturales actuales como la hipervaloración de la autonomía, independencia y competencia social...). Es importante entender que los valores culturales determinarán en gran medida la consideración de salud/enfermedad mental. Es decir, cuando los modos de ser no corresponden adecuadamente a las coordenadas imperantes, se incrementa la "patología" de los mismos.

2.1.4.4 Tratamiento.

El tratamiento de los TP constituye una de las tareas más difíciles de resolver en el universo actual de los desórdenes mentales.

Belloch y Fernández-Álvarez (2002), explican que durante numerosos años, los TP fueron territorio casi exclusivo de los tratamientos psicológicos, especialmente de las terapias dinámicamente orientadas (psicoanalíticas), pero con el paso del tiempo y vista su ineficacia estas formas de tratamiento han sido revisadas y en los últimos años se han ido introduciendo nuevas propuestas.

En primer lugar estas propuestas apostaron por el uso de medicamentos farmacológicos en el abordaje de esta patología, principalmente dirigidos a la compensación de los síntomas anímicos que estos pacientes experimentan y que son generadores de gran malestar interno.

Sin embargo en la actualidad la tendencia más aconsejada consiste en la utilización de tratamientos combinados que coordinen las prescripciones farmacológicas con la psicoterapia.

Los trastornos de personalidad ya de por sí son patologías de difícil abordaje y por tanto existen numerosas dificultades de cara a la búsqueda de un tratamiento efectivo.

Su alto grado de comorbilidad, la intensidad con la que afectan a aspectos nucleares de la identidad personal reacios al cambio, la compleja realización de un diagnóstico certero y la multiplicidad de afectaciones que poseen en muchos y muy diversos niveles de la vida del individuo, plantean un enorme a los investigadores. Se esperan avances al respecto en los próximos años.

A continuación introduzco algunos aspectos básicos de cada una de las modalidades de tratamiento:

1) Tratamiento farmacológico:

El uso de drogas psicotrópicas en el tratamiento de esta patología se basa en la creencia de que existen dimensiones de la personalidad que se deben a causas de tipo biológico (referentes a la actividad de ciertos neurotransmisores).

Aunque la etiología biológica exacta de los TP es actualmente una tarea en proceso de investigación, los estudios evidencian la necesidad de cierta

predisposición biológica para el desarrollo de estos trastornos.

Se reconoce la utilidad de estos psicofármacos, no como tratamiento en sí mismo para los TP, sino como una herramienta que ayuda a facilitar la adherencia al tratamiento psicológico de los pacientes, colaborando en la reducción del malestar y la estabilización de las condiciones anímicas que permitan al paciente emprender este camino manteniendo determinados niveles de predisposición comportamental (impulsividad, agresividad, inestabilidad emocional, ansiedad).

2) Tratamientos psicológicos:

En la actualidad no contamos con modelos lo suficientemente sólidos que permitan afianzar la existencia de un tratamiento psicoterapéutico eficaz con aplicación para los TP en general.

Algunas de las propuestas más consideradas (cada una dentro de una orientación psicológica) son según Belloch y Fernández-Álvarez (2002, p. 144), el modelo de Terapia Cognitiva de Beck y Freeman (1995), el Análisis Estructural del Comportamiento Social de Benjamin (1993), o la Terapia Centrada en Esquemas de Young (1990), aunque todas ellas presentan escasos estudios sobre sus efectos reales.

Una de las pocas excepciones con las que contamos es el llamado Programa Dialéctico-Conductual de Marsha Linehan (1993), el cual se muestra como uno de los más eficaces aunque está orientado de manera específica al tratamiento de los TLP.

Por este motivo, se está replanteando la necesidad de orientar la búsqueda de dichos tratamientos hacia la especificidad de cada una de las tipologías, entendiendo que resultarían de mayor utilidad y también se está apostando por la utilización de terapias basadas en modelos de integración (que integran diferentes modelos de intervención.).

A grandes rasgos, los tratamientos psicoterapéuticos consisten en procesos de comunicación entre el paciente y el terapeuta en los que el objetivo es la mejora de la calidad de vida del paciente a través de cambios en su conducta,

actitudes, pensamientos o afectos.

A través de la psicoterapia, las personas diagnosticadas de un TP aprenden a entenderse mejor a sí mismos y a su enfermedad, a detectar sus síntomas y anticiparse a la elaboración de sus conductas, y en definitiva a modificarlas.

Vicente Rubio Larrosa (2007, p. 4) , presidente de la sociedad española para la investigación del TP, expresa en una de sus entrevistas que *“es más importante el talante, coherencia e idiosincrasia del terapeuta que la teoría que practica en sí misma”*.

3) Tratamientos institucionales.

Además de los tratamientos farmacológicos y psicológicos existen tratamientos de tipo institucional, como serían las unidades de hospitalización , centros de día, etc. , que funcionan como recursos sanitarios ante la necesidad de atención de aquellos pacientes que presentan afectaciones más graves (por ejemplo situaciones de crisis o elevados grados de dependencia), en las que se requiere la intervención continuada de profesionales del ámbito socio-sanitario.

4) Rehabilitación psicosocial.

La rehabilitación psicosocial consiste en la realización de programas psicoeducativos que tienen como objetivo la adquisición, recuperación y/o entrenamiento de habilidades sociales, el auto concepto o autoestima, resolución de problemas o afrontamiento del estrés...

5) Integración social: área ocupacional y laboral.

La integración social tiene como objetivo la recuperación de la vida o proyecto de vida de la persona afectada en la comunidad. Principalmente consiste en la búsqueda de actividades ocupacionales y en la consolidación de una red de apoyo social, así como en la búsqueda y mantenimiento de un empleo adaptado a las características específicas de la persona, con el fin de finalizar la

adaptación de la persona al entorno y potenciar su autonomía y calidad de vida.

En relación a la intervención social con este colectivo, decir que la tendencia apunta hacia un mayor reconocimiento de los tratamientos con un enfoque ambientalista o social que recalquen la importancia del ambiente social y cultural existente en el entorno inmediato de la persona e incluyan intervenciones directas en el mismo (entendiendo que éste puede funcionar como reforzador de las conductas des adaptativas o por contra como colaborador en el proceso de tratamiento del paciente, lo cual influye de manera determinante en el resultado del mismo y el pronóstico de su situación).

En la actualidad la intervención social se entiende como una intervención de tipo rehabilitadora y de apoyo al tratamiento cuyo objetivo es la integración de la persona en la sociedad, y pese a que ésta ocupa un lugar algo menos reconocido dentro del mundo de la salud mental, la mayor parte de los clínicos coinciden en la necesidad de llevar a cabo abordajes multidisciplinares en los que se contemplen integrados los aspectos psicológicos , con los biológicos y los sociales – ambientales (Belloch y Fernandez-Álvarez, 2002).

Pese a todas estas dificultades, la necesidad de tratamiento de los trastornos de personalidad es irrenunciable por los siguientes motivos: su vida suele deteriorarse irremisiblemente y tanto las personas afectadas como sus familiares sufren las consecuencias, existe cierto riesgo de que estas personas puedan ocasionar algún daño tanto hacia sí mismas como hacia otros, y pueden convertirse en padres contraproducentes para sus hijos o inculcarles modelos de conducta patológica.

No hay que olvidar que se trata de trastornos tratables, adaptables e incluso parcialmente curables. Con la positiva evolución de las técnicas psicoterapéuticas y el avance de la investigación en los tratamientos biológicos y farmacológicos, es probable conseguir un tratamiento que garantice su

eficacia.

En resumen, el eje central de tratamiento de los trastornos de personalidad es la psicoterapia (en sus diferentes ramas), combinada con los llamados psicofármacos.

Hay que tener en cuenta que dada la complejidad que presentan estos trastornos el trabajo terapéutico deber orientarse a promover cambios en múltiples niveles, con lo que generalmente esto se traduce en propuestas que combinan diferentes tipos de psicoterapia (individual, familiar, grupal).

La base en la que se asientan la mayoría de las técnicas de psicoterapia utilizadas es la idea de operar terapéuticamente con una mentalidad lo más integradora posible.

2.1.4.5 Etiología.

Uno de los objetivos de este estudio consiste en la realización de un análisis sobre los aspectos socioculturales que influyen en el desarrollo o génesis de los TP.

Por tanto, antes de entrar en materia, considero imprescindible dedicar un apartado a la realización de una síntesis general sobre las diferentes causas de esta patología.

Según Belloch y Fernandez-Álvarez (2002), en el estudio de la personalidad, las causas se dividen tradicionalmente en factores predisponentes y factores precipitantes.

Los factores predisponentes son aquellos que favorecen que un determinado trastorno se desarrolle, "crean los cimientos", pero no son necesarios ni suficientes por sí mismos. Ejemplos claros de factores predisponentes serían por ejemplo la herencia genética, el estatus socioeconómico, el entorno familiar y la existencia de experiencias traumáticas tempranas. Es decir, una persona que por ejemplo ha vivido una experiencia traumática, no necesariamente desarrollará una personalidad patológica, pero, posiblemente

sea más fácil que la desarrolle que una persona que no ha vivido ninguna experiencia traumática.

Por otro lado, los factores precipitantes son aquellos que hacen referencia a sucesos muy específicos que ocurren justo antes del inicio de la patología. Estos factores o bien desenmascaran la existencia de una patología o bien aceleran su aparición.

Los ejemplos más claros de este tipo de factores pueden ser la muerte de un progenitor, un accidente grave de tráfico o la ruptura de una relación sentimental.

Es importante tener en cuenta, de cara al estudio de la etiología de esta enfermedad en concreto, que la elevada complejidad de la realidad a investigar (la individualidad de las dimensiones bio-psico-sociales irrepetibles en cada persona), hace que casi todas las explicaciones con las que contamos no sean más que conjeturas que se elaboran bajo diversos fundamentos empíricos y reflejan opiniones de escuelas de pensamiento ampliamente divergentes entre sí.

Dentro del abordaje de la etiología de los trastornos de la personalidad existen, como en la totalidad de las ciencias sociales y de la salud, multitud de paradigmas e interpretaciones que plantean y estudian dichas cuestiones desde diferentes ópticas.

Existe un consenso que acepta que los TP de la personalidad responden a causas de tipo biológico, psicológico y socio-ambiental.

La explicación de la patología de la personalidad, lógicamente, entronca con las teorías de la formación de la personalidad, es decir, los mismos factores que explican la formación de la personalidad, explican la formación de la patología de la personalidad.

En uno de los primeros apartados de esta revisión conceptual, explicamos que la personalidad atiende a un 40% de base genética y a un 60% de base psicosocial.

También explicamos que la forma más común que en psicología se utiliza para diferenciar entre ambas dimensiones de la personalidad (la genética y la psicosocial), son los conceptos de temperamento y carácter respectivamente. Por tanto la personalidad de un individuo en concreto estará determinada por la propia biología (características genéticas que determinan factores como la intensidad y velocidad de respuesta ante los estímulos externos, grado de sensibilidad hacia los fenómenos ambientales etc) y por su esfera psicosocial (aprendizajes adquiridos durante el proceso de socialización temprana, mecanismos de defensa e interiorización de las experiencias vividas etc).

Las explicaciones que se atribuyen a la génesis de los trastornos de la personalidad, no hacen sino buscar en la biología y la psicología humana los patrones o características que pueden dar lugar a la formación de una personalidad patológica (entendiendo por personalidad patológica aquella que genera malestar en el propio individuo y lo hace estar en continuo conflicto con la sociedad).

Explicaremos en primer lugar, y de forma muy general, cuáles son las causas del trastorno de la personalidad según las diferentes perspectivas.

1) Perspectivas biológicas de los Trastornos De La Personalidad.

Según Rubio y Pérez (2003) , Las perspectivas biológicas de la personalidad postulan la existencia de rasgos de personalidad heredados o adquiridos genéticamente, es decir, presentes en nuestra naturaleza desde el momento en que nacemos. (Características genéticas, funcionamiento de determinados

neurotransmisores, actividad del sistema nervioso y cerebral etc).

Según estas perspectivas, existen predisposiciones biológicas a poseer ciertos rasgos de personalidad en lugar de otros. Los rasgos de personalidad formarían el temperamento, el cual entienden como un *“potencial biológico subyacente para la conducta, (...), suma de las influencias biológicas heredadas en la personalidad que aparecen de forma continua a lo largo de la vida y que se manifiestan ya en la primera infancia”* (Millon, 2006 , pp. 18-19).

No quiero detenerme en explicar cada una de las funciones biológicas cuya influencia se ha estudiado , lo interesante es entender que pese al elevado reconocimiento que poseen estas teorías dentro del estudio de la personalidad humana , no son los factores biológicos determinantes en nuestra personalidad adulta.

En términos coloquiales: nuestra biología hace que nuestro organismo sea sensible a los estímulos externos de una determinada manera (con mayor o menor intensidad, fuerza, nivel de actividad...), es decir, que tengamos un temperamento basal pre-configurado, y por tanto que nuestra personalidad posea unos rasgos determinados genéricamente.

Las personas que poseen un TP pueden poseer cierta predisposición genética a desarrollar unos rasgos de personalidad patológicos.

Ahora bien, la forma en la que nosotros reaccionamos e interaccionamos ante los estímulos externos, es decir, la parte más visible de la personalidad, la conducta humana, no está moldeada únicamente por esas características biológicas que nos conforman, sino que es fruto además y con una mayor influencia (un 60% frente al 40% biológico), de cuestiones de tipo psíquico y social que a continuación abordaremos.

En palabras de Millon (2006, p. 19), *“Aunque la biología no determina nuestra personalidad adulta, limita el desarrollo y canaliza, junto con la interacción de*

los factores sociales y familiares, ciertas vías en favor de otras.”.

Decir para finalizar, que las explicaciones biológicas de la formación de la personalidad respaldan la utilización de psicofármacos como medio de tratamiento para estas patologías, intentando modificar la fisiología de las personas que puede estar relacionada con determinados síntomas de tipo anímico.

2) Perspectivas Psicodinámicas de la personalidad y sus trastornos:

Millon (2006) y Rubio y Pérez (2003), nos cuentan que esta perspectiva junto con la anterior, conforman las dos perspectivas clásicas bajo las que se ha estudiado la personalidad humana y sus trastornos.

En concreto, la teoría psicodinámica ideada por Sigmund Freud, postula que la formación de la personalidad se encuentra en el interior de la persona: en las representaciones de experiencias internalizadas por la misma.

Freud y sus seguidores entienden que la personalidad surge del interior, tanto si se basa en el temperamento biológico como en las vicisitudes intrapsíquicas de las fuerzas inconscientes debidas a conflictos psicodinámicos entre el ello, el yo y el superyó.

No es tarea de este estudio explicar escrupulosamente en qué consisten estas relaciones, por lo que me limitaré a decir que lo importante a tener en cuenta de estas perspectivas hasta ahora nombradas, es su forma de entender la personalidad sin tener en cuenta el entorno.

3) Perspectiva interpersonal de la personalidad y sus trastornos.

A diferencia de las anteriores, la perspectiva interpersonal sostiene que la personalidad hay que entenderla como el producto social de las interacciones con los otros significativos.

Según Millon (2006) y Rubio y Pérez (2003), los teóricos interpersonales plantean que en un mundo que no fuera social podríamos satisfacer muy pocas de nuestras necesidades, no pudiendo sacar todo el provecho a nuestro potencial. Incluso cuando estamos solos, seguimos interactuando con los demás.

Estas perspectivas explican tanto la personalidad como sus trastornos en relación a las interacciones sociales que mantenemos las personas. El tipo, nivel e intensidad de esas interacciones, determinará la personalidad.

Teniendo en cuenta que numerosos estudios evidencian la mayor importancia de las primeras experiencias e interacciones vitales, estos teóricos pondrán el "punto de mira" sobre las mismas.

Se explicaría por tanto la existencia de una patología de la personalidad, cuando los tipos de relaciones interpersonales de la persona con el medio social han sido contraproducentes.

La personalidad es el producto de las relaciones sociales y con el entorno que mantiene la persona, poniendo énfasis en la cultura y en las relaciones.

En el siguiente apartado profundizaremos en estas cuestiones.

4) Perspectivas Cognitivas de la personalidad y sus trastornos.

Estas perspectivas entienden que la personalidad y, en último término, la conducta humana, son el resultado del contenido de las estructuras mentales internas denominadas esquemas (Millon, 2006 ; Rubio y Pérez, 2003).

La mente, como procesadora de información, capta y selecciona de forma activa la información sobre el mundo, el sí mismo y los otros (tanto en el consciente como en el inconsciente).

Es decir, cada personalidad procesa la información de una forma diferente, y de este proceso derivan las cogniciones o esquemas mentales, creencias profundas, maneras de entenderse a sí mismo y a la realidad o al mundo que nos rodea.

Para estos teóricos los distintos trastornos de la personalidad se pueden explicar porque guardan su propio estilo de procesamiento cognitivo. En resumen, un trastorno de la personalidad tendría que ver con la manera en la que esa persona entiende el mundo, y surgiría cuando esa forma no le permite adaptarse sino más bien estar en un continuo conflicto generador de malestar.

5) Perspectiva evolutiva y del neurodesarrollo.

Estas perspectivas entienden que la salud mental es una cuestión evolutiva. De esta forma, depende del ajuste entre la completa configuración de características y potenciales de la persona y los del entorno en el que se desenvuelve su actividad. La salud mental consiste en la capacidad de supervivencia y adaptación del individuo al medio en el que vive (Millon, 2006 ; Rubio y Pérez, 2003).

III.-CONTENIDOS DE ANÁLISIS

3.1. Análisis de los aspectos socioculturales que influyen en la génesis del trastorno de la personalidad.

Hasta el momento, hemos revisado las diferentes perspectivas bajo las que se explica la personalidad humana y por tanto bajo las que también se explican sus patologías o trastornos.

De las distintas perspectivas, las más clásicas (biológica y psicodinámica), se centran en explicar la personalidad como un producto generado en el interior de la persona, mientras que las más contemporáneas, introducen la importancia del entorno y las interacciones sociales en la construcción de la misma.

Ya hemos explicado que a día de hoy existe el consenso de que la etiología de los trastornos de la personalidad es compleja y dinámica y atiende a una interrelación entre factores biológicos, psicológicos y sociales difícil de determinar con exactitud.

Sin embargo, lo que nos interesa de cara a este estudio no será sólo centrarnos en analizar los factores de tipo social y cultural que formen parte de la etiología (que funcionen como "causa").

En este apartado, nos centraremos en la realización de un análisis sobre los distintos aspectos sociales y culturales (el término "aspecto" no limita su naturaleza), que teniendo su origen en la sociedad o cultura determinadas, puedan influir en la génesis y desarrollo de esta patología.

3.1.1 Tipos de aspectos socioculturales.

En primer lugar hay que comprender que cuando hablamos de aspectos socioculturales, nos estamos refiriendo a **todas aquellas dimensiones**

existentes en un contexto social y cultural determinado que pueden influir a la hora de gestarse o desarrollarse un TP.

Es importante no confundir estos aspectos con lo que serían **necesidades sociales de las personas con un TP:**

– Necesidades sociales de las personas con enfermedad mental.

Según un documento de consenso del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2006), las personas con enfermedad mental comparten las necesidades propias del resto de los seres humanos, pero a éstas se unen una serie de necesidades particulares originadas por sus discapacidades.

Estas necesidades son muy variadas y complejas, y aunque generalmente las personas afectadas, con las ayudas necesarias, pueden disfrutar de sus potencialidades para vivir una vida digna y ser útiles a la sociedad, las discapacidades les hacen altamente vulnerables y dependientes de sus entornos sociales y redes de apoyo.

Estas necesidades hacen que las personas con enfermedad mental se vean adscritos a la tipología del llamado "paciente socio-sanitario": necesita la atención simultánea y continuada del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales.

Ahora bien, ¿de dónde surgen estas necesidades?.

Las personas con enfermedad mental padecen por un lado los síntomas de la enfermedad y por otro lado las consecuencias que acarrear dichos síntomas (IMSERSO, 2006).

La enfermedad, no se define tanto por sus síntomas (una alteración del estado de ánimo por ejemplo), sino más bien por sus consecuencias (restricciones

para la participación)-

Los síntomas de la enfermedad mental son las llamadas "alteraciones funcionales" y los más frecuentes son las alteraciones del pensamiento, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones de la sensopercepción, alteraciones neurocognitivas, de la conducta etc.

Otro tipo de síntomas son los llamados síntomas negativos: alteraciones que consisten en la ausencia de las facultades o potencialidades consideradas "normales".

Estos síntomas dan lugar a una serie de consecuencias o "restricciones para la actividad y para la participación".

1. Las restricciones para la actividad son (IMSERSO, 2006):

- Área de auto-cuidados: capacidad de cumplir con sus hábitos de vida, higiene, vestuario y otros elementos que afectan a la salud e imagen social.
- Autonomía persona: Capacidad de gestión de las actividades y necesidades de la vida cotidiana (alimento, vivienda, economía, etc.).
- Control de la conducta: Dificultad para controlar su comportamiento.
- Capacidad de iniciativa y motivación: tanto para sus proyectos vitales individuales como para otros de tipo social y colectivo.

2. Las restricciones para la participación son (IMSERSO, 2006):

Este tipo de consecuencias, a diferencia de las anteriores, son originadas de la interacción de la persona con el entorno y por tanto son susceptibles de modificación si se actúa con el mismo, de ahí la gran importancia de la intervención con los aspectos sociales y culturales que las generan.

Los tipos de restricciones más habituales son:

- Dificultades en las relaciones interpersonales: sus relaciones sociales suelen ser escasas y a causa de esto poseen una red social pobre. Por este motivo en momentos en que sus síntomas son más activos corren el riesgo de caer en situaciones de aislamiento social.
- Dificultades para el acceso a los servicios comunitarios de atención al ciudadano: servicios sanitarios, sociales, etc.

Esto se debe a la existencia de numerosas dificultades como por ejemplo las propias dificultades en las relaciones sociales pero también la falta de conciencia de enfermedad, el hecho de que los tratamientos existentes resultan poco motivadores, el profundo desconocimiento sobre su enfermedad etc.).

- Dificultades para la gestión del tiempo libre, para divertirse y disfrutar. Debido a su dificultad relacional y a su falta de motivación estas personas dejan de realizar actividades de ocio.
- Dificultades en el funcionamiento laboral: encuentran dificultades tanto a la hora de acceder a un puesto de trabajo como en su mantenimiento.
- Dificultades en la participación ciudadana: asociativa, política, de auto-representación y defensa de sus derechos.

Las personas afectadas por una enfermedad mental grave son personas que pese a haber recibido tratamiento adecuado se enfrentan a discapacidades de larga duración, que hacen que numerosos ámbitos de su vida necesiten re-adaptarse y replantearse de nuevo.

Además, debido a causas directamente relacionadas con su enfermedad se enfrentan a numerosas implicaciones (IMSERSO, 2006):

- La expectativa de vida es de media 10 aproximadamente más corta que la de la población sana.
- Son más vulnerables a padecer problemas de salud y a que éstos estén sin diagnosticar.
- Encontramos entre estas personas una alta incidencia de muerte por suicidio (Tasas del 10% en 2006).
- Muchas de ellas cuentan además con situaciones conflictivas en sus redes sociales, especialmente en la red familiar y unidad de convivencia.
- Son un colectivo ampliamente afectado por el desempleo.
- En su gran mayoría son económicamente dependientes.
- Poseen una alta tendencia al consumo abusivo de sustancias (cafeína, medicamentos, drogas, tabaco, alimentos).
- Padecen efectos secundarios significativos provocados por los medicamentos que ingieren, los cuales se muestran por otro lado necesarios para evitar las recaídas.
- Sufren una gran estigmatización social debido a la existencia de numerosos prejuicios sociales muy arraigados en la cultura popular y relacionados con la enfermedad mental. Sufren procesos de exclusión social y "etiquetación" difíciles de subsanar.

Hasta aquí hemos nombrado las necesidades sociales que presentan las personas con enfermedad mental (son las mismas que poseen las personas con un TP, sólo que para cada patología se ven más afectadas unas áreas de otras). En el caso de los TP las necesidades más específicas son las siguientes:

- **Necesidades específicas de las personas con TP.**

Las personas diagnosticadas con un TP (considerado como trastorno mental grave dentro del Proceso Asistencial Integrado de la Consejería de Salud), presentan una problemática muy compleja que no se reduce tan sólo a la sintomatología derivada del propio trastorno , sino que afecta además a otros

aspectos de tipo funcional y de participación en la comunidad.

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por la presencia de déficit en los aspectos más básicos del auto cuidado y autonomía personal, en la organización del ritmo de vida, en el conocimiento del entorno sociocultural u en el manejo de los recursos sociales que les rodean.

Cuando se mejoran esas carencias, se crean factores de protección personales, al aumentar la capacidad de auto cuidado y las habilidades y las competencias sociales, así como la calidad de vida de estas personas.

Las demandas más habituales de los familiares y las personas que conviven con ellos, suelen referirse a la falta de autonomía, ausencia de colaboración en las tareas de la vivienda, adherencia al tratamiento, falta de aseo personal, etc.

Si es posible mejorar este funcionamiento se beneficia la convivencia familiar, la imagen que tienen del usuario y su familia y sobre ellos mismos y a la vez se crea un soporte más estable y con proyección hacia el futuro.

El aumento de la incidencia de estas psicopatologías constituye en la actualidad un problema sanitario relevante por la complejidad de su clínica, la dificultad para su diagnóstico temprano, la respuesta frecuentemente insatisfactoria de los tratamientos disponibles y la carencia de propuestas claras sobre intervenciones terapéuticas multidisciplinarias.

En los casos de más gravedad, las personas con TP generan un elevado nivel de sufrimiento propio y familiar, así como una altísima carga asistencial que no tiene una repercusión proporcional en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias.

Asimismo, las y los profesionales sienten que carecen de las habilidades, el entrenamiento y los recursos suficientes para proporcionar una atención

adecuada.

Esta situación hace que los TP vayan adquiriendo una enorme repercusión social, siendo necesario un abordaje terapéutico intersectorial, de eficacia probada, de cara a aumentar la calidad asistencial y por consiguiente, la calidad de vida de las personas con TP y sus familias.

Como se ha comentado las personas afectadas por un TP presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica sino que afectan a otros aspectos como el funcionamiento social y la integración en la comunidad.

No debe olvidarse que aunque se comparten problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

– **Tipos de aspectos socioculturales.**

Los aspectos socioculturales no hacen referencia a las necesidades sociales que derivan de la enfermedad (más bien las generan o influyen en su resolución), sino , como hemos dicho anteriormente, a **todas aquellas dimensiones existentes en un contexto social y cultural determinado que pueden influir a la hora de gestarse o desarrollarse un TP.**

Para intentar organizar bien la información reunida sobre los distintos aspectos, he clasificado éstos en dos categorías o tipos:

– **ASPECTOS PSICOSOCIALES:**

Son los relativos a las experiencias privadas que tiene lugar en la vida social de una persona y que intervienen directamente en la formación de su

personalidad y en la forma en que una persona se enfrenta a las situaciones vitales, como serían por ejemplo los estilos educativos y relacionales en el ámbito familiar, aquellas experiencias e interacciones vividas en el proceso de socialización primaria, o la existencia de una red social de apoyo bien consolidada.

Estos aspectos se diferencian de los segundos en que son únicos e irrepetibles en cada individuo, en que se muestran más accesibles de cara a la intervención y por tanto son más susceptibles al cambio, y en que han tenido lugar en un proceso de interacción sectorial dentro del devenir social de la persona. (Es decir, en un marco predefinido familiar, escolar, laboral, etc.)

– **ASPECTOS SOCIOCULTURALES (propiamente dichos):**

Por no tratarse de experiencias diferentes y variables entre los individuos, sino por tratarse de modelos de conocimiento, educación, adquisición de moralidad y valores que podemos considerar comunes y compartidos entre los individuos de un mismo contexto cultural, como por ejemplo los referentes a la conducta occidental.

Estos aspectos se diferencian de los anteriores en que afectan al conjunto de una determinada población, la tarea de intervenir sobre los mismos es compleja y de difícil acceso, y han tenido lugar en un contexto de interacción en el que las personas han participado de forma transversal a todas las circunstancias que han envuelto su ciclo vital. (En este caso las personas que viven en nuestra sociedad occidental).

Una vez comprendido el concepto de trastorno de la personalidad, adquirida una idea general sobre la importancia de esta patología a nivel de salud pública, habiendo vislumbrado cuáles son las diferentes formas de tratamiento que se aplican a esta patología y conociendo que las causas que se atribuyen al desarrollo de esta enfermedad son de naturaleza bio-psico-social, podemos adentrarnos en el estudio y análisis de los aspectos más relevantes de cara a

comprender y defender la intervención social con este colectivo.

¿Por qué es importante la presencia de la intervención social en el tratamiento de los trastornos de la personalidad?, ¿A caso existen aspectos de tipo social y cultural en la génesis de esta patología?

La información que a continuación introduzco la he obtenido mediante la realización de una revisión bibliográfica de obras de diversos autores relevantes en el universo de los trastornos de la personalidad y también a través de la realización de entrevistas a profesionales de distintos centros de tratamiento de TP.

Las entrevistas realizadas han sido:

- Entrevista a la T.S y a la Psicóloga de la Asociación "Avance" en Sevilla, asociación en defensa de la atención de los TP , en la que he realizado mis prácticas de intervención. Utilizaré las siguientes siglas PSAv1 (Anexo 1) y TSAv2 (Anexo 2) para su identificación en la ejemplificación de los resultados encontrados.
- Entrevista a la T.S de la unidad de tratamiento de TP situada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza (TSH, anexo 3).
- Entrevista al ex-presidente de la sociedad española para el estudio del TP y psiquiatra en el Hospital Nuestra Señora de Gracia (PSH, anexo 4).

El análisis ha sido realizado a base de recopilar primero y organizar posteriormente la información.

3.1.2 Los Aspectos psicosociales.

Aunque anteriormente hemos comentado que las funciones biológicas tienen un papel activo en la forma en que se experimentan los acontecimientos

(disfunciones biológicas pueden tener como consecuencia distorsiones en la percepción o trastornos del pensamiento y del comportamiento), y puedan actuar como desencadenantes de una patología de la personalidad, las meras explicaciones biógenas no son suficientes para explicar las causas de la génesis de estos trastornos (Millon, 2006).

Es más, este autor nos cuenta que aunque existan factores biológicos claros, es necesario buscar cuáles han sido las experiencias vitales que han transformado estos defectos en el surgimiento de una psicopatología.

Según Millon (2006), los comportamientos patológicos emergen como resultado de una compleja secuencia de interacciones entre dichos factores biológicos, experiencias y aprendizajes ambientales.

Se entiende que las experiencias vitales con mayor repercusión en la formación de la personalidad son las experiencias tempranas. Su calidad y cantidad, está demostrado, constituyen un aspecto determinante para el desarrollo de patrones patológicos de la personalidad.

3.1.2.1 Las experiencias vitales.

A continuación enumeraré cuales de las experiencias vitales son más influenciadas de cara al desarrollo de la personalidad y por tanto pueden interiorizar aprendizajes patógenos en los individuos.

3.1.2.1.1 Experiencias duraderas y generalizadas.

Según Millon (2006) , las experiencias duraderas y generalizadas son aquellas que ejercen su influencia a lo largo de toda la secuencia evolutiva del niño.

Los niños se desarrollan en entornos caracterizados por determinados modos de afrontamiento de las actividades cotidianas de la vida, y caracterizados también por determinados estilos y tonos de interacción en las relaciones

interpersonales.

Estos esquemas, se repiten diariamente y por tanto son una de las principales fuentes de aprendizaje de los menores. Las circunstancias de la vida familiar tienen un efecto global y duradero en la estructura de personalidad del menor.

Es en este ambiente, donde los menores adquieren cuestiones tan relevantes de cara a su identidad personal como: sentimiento de seguridad, pertenencia, forma de entablar las relaciones interpersonales, adquisición de las impresiones sobre sí mismo y sobre cómo es percibido por los demás, desarrollo de un sentimiento de valor propio, desarrollo de habilidades de afrontamiento hacia los sentimientos y las situaciones estresantes de la vida.

Para entender y concretar mejor cuáles serían a grandes rasgos esas experiencias duraderas y generalizadas que mayor repercusión tienen en la formación de la personalidad, diferenciaremos entre 5 categorías:

A) Los sentimientos y actitudes parentales:

Uno de los aspectos más decisivos en relación a los aprendizajes adquiridos, tiene que ver precisamente con el grado de aceptación o de rechazo que el niño reciba por parte de sus padres (Millon, 2006).

A día de hoy y pese a las enormes dificultades metodológicas que plantea el abordaje de este tipo de investigaciones podemos decir que las siguientes actitudes parentales provocan en el niño sentimientos de desprecio, burla y rechazo hacia su figura, que pueden generar aprendizajes patológicos y futuros conflictos psicológicos y conductuales (Millon, 2006).

- Todas las actitudes de abuso flagrante o de abierta desaprobación.
- Sentimientos parentales que consideran al niño como algo no deseado o problemático.

- Actitudes parentales representadas por términos como la seducción, la explotación y el engaño para la consecución de sus objetivos.
- Ausencia de actitudes y demostraciones de amor y apoyo parental.

Muchas personas que poseen diagnósticos de trastornos de la personalidad, poseen en sus experiencias vitales experiencias de dos o más de las situaciones que anteriormente se han descrito.

B) Métodos de control del comportamiento parentales:

Existen diferentes métodos de enseñanza utilizados para regular el comportamiento del niño y para controlar su aprendizaje.

A continuación se enumeran los métodos de control que han sido considerados patógenos, según Millon (2006):

- Métodos punitivos: Los padres que utilizan la intimidación mediante el uso de medidas punitivas y represivas para controlar su comportamiento y su pensamiento pueden crear las bases para que se den patrones de conducta des adaptativos.
- Métodos de recompensa contingentes: Basados en un continuo reconocimiento y aprobación de los comportamientos deseados por los padres. Estos métodos pueden condicionar a los niños a desarrollar una necesidad de aprobación excesiva, manifestando cierta dependencia hacia el refuerzo social.
- Métodos incoherentes: Aquellos métodos de control parental que son irregulares, contradictorios y caprichosos. Cuando se muestra una incoherencia extrema en las normas y expectativas y un elevado grado de imprevisibilidad en la aplicación de castigos y recompensas, por ejemplo, los niños encuentran mayores dificultades a la hora de elaborar estrategias de comportamientos adaptativos.

- Métodos protectores: Estilos de control parental basados en la restricción de las experiencias a las que el menor se expone, con el fin de evitar riesgos o posibles peligros, que desembocan en carencias de experiencia en la vida del menor y posibles dificultades a la hora de desarrollar comportamientos autónomos.
- Métodos indulgentes: Estilos parentales que ejercen escaso control, propios de padres demasiado permisivos, descuidados o indisciplinados que permiten a sus hijos que exploren a su antojo y que impongan todos sus caprichos.

C) Estilos familiares de comunicación:

Millon (2006), explica que cada familia tiene su propio estilo comunicativo, su patrón para escuchar y prestar atención y su propia forma de elaborar y comunicar los pensamientos.

De esta manera, los estilos de comunicación familiar, son los que sirven al niño como un modelo de cara a prestar atención, organizar sus expresiones y pensamientos, interpretar los sentimientos de los demás etc.

Existen estudios que demuestran que la existencia de patrones amorfos, fragmentados y confusos de comunicación familiar puede desembocar en la el desarrollo de ciertos rasgos patógenos y des adaptativos de la personalidad.

D) Contenido de las enseñanzas:

La familia es la que cumple la función del sistema de especialización primario, y por tanto tiene un papel central a la hora de inculcar en el menor las creencias y comportamientos.

Existen ciertos tipos de enseñanzas que contribuyen al aprendizaje de actitudes y comportamientos patológicos según Millon (2006).

- Enseñanzas exacerbadas de prevención ante cualquier tipo de amenaza o peligro, el estar alerta de forma continuada, transmiten patrones de comportamiento ansioso a los menores.
- Enseñanzas que generan sentimientos de culpabilidad y vergüenza, poniendo en tela de juicio el valor individual de una persona. Es el caso de aquellos padres que se muestran altamente defraudados cuando el menor no ha cumplido sus exigencias.
- Enseñanza de normas irrealistas que condenan comportamientos humanos normales. Las más dañinas suelen ser las relaciones con los impulsos sexuales. Se crean miedos innecesarios y profundos sentimientos de culpabilidad. Una mala educación sexual puede tener efectos perjudiciales de larga duración, sobretodo de cara a los periodos de noviazgo y matrimonio.

E) Estructura familiar:

Hay que tener en cuenta que la composición familiar y las actitudes y relaciones que se den en el marco de la misma, a menudo puede conllevar a actitudes y relaciones patógenas. Millon (2006), explica qué características familiares resultan más problemáticas en este sentido:

- Estructuras familiares con "modelos deficientes": Cuando no existen figuras adultas significativas en la familia, se priva a los niños de la oportunidad de adquirir, mediante mecanismos de imitación, las pautas de comportamiento necesarias para la vida adulta.

Una de las situaciones que se ha demostrado pueden ser de riesgo es la ausencia del progenitor del mismo sexo que el niño. El progenitor del mismo sexo ayuda al menor a formar su identidad sexual y a incorporar objetivos y comportamientos que le guíen en su vida adulta.

- La "discordia familiar":

En las familias en las que se dan de forma continua riñas y reproches, los niños se ven expuestos a un modelo destructivo para el aprendizaje y la imitación. La estabilidad y la congruencia en la vida del menor es un aspecto muy importante de cara a la adquisición de un patrón saludable de conducta y pensamiento.

- La "rivalidad entre hermanos": Puesto que la presencia de más de un hijo en la familia requiere que los padres dividan su atención, en ocasiones las relaciones entre hermanos que reciben y perciben ser tratados de forma distinta se generan en un clima de descontento y rivalidad. Estas relaciones son importantes debido a su importancia en la creación de un patrón de comportamiento en el menor que posea distintos grados de solidaridad, cooperación o competitividad (lo que quedará reflejado y marcará sus relaciones sociales). Además, los menores pueden generar cierta desconfianza al afecto de las personas, lo que también determinará su vida futura.

- El "Orden de nacimiento": Existen estudios que postulan que el orden de nacimiento de un niño en la familia está relacionado con el tipo de problemas a los que se pueda enfrentar. El grado de atención, aceptación y validez que un niño experimente en su familia sentará las bases de sus relaciones sociales en la sociedad. Mientras los hermanos mayores muestran comportamientos más competitivos, independientes y adultos, los menores crean patrones más dependientes y afectivos.

– **Las consecuencias de las experiencias duraderas y generalizadas patógenas: El ambiente Invalidante.**

Marsha Linehan, es una psicóloga, profesora y autora estadounidense, responsable del desarrollo de la Terapia Dialéctica-Conductual o TDC.

Se trata de una terapia que fue desarrollada al principio para tratar el trastorno

límite de la personalidad exclusivamente pero posteriormente se consideró útil también en el tratamiento de otros trastornos. De hecho, a día de hoy, es una de las terapias que goza de un mayor reconocimiento.

Lo interesante de la teoría de Marsha Linehan es en mi opinión su alusión a lo que denomina "ambiente invalidante".

Para esta autora una característica fundamental para describir el Trastorno Límite de la Personalidad (aunque también está presente en el resto de trastornos), es la llamada des-regulación de las emociones.

Marsha (2005, pp. 21-22) expone que *"la des-regulación de las emociones es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo"*.

La circunstancia ambiental implicada en la producción de la des-regulación de las emociones para esta autora es el llamado "ambiente invalidante".

El ambiente invalidante es definido como aquel que resulta nocivo para aquellos niños con una alta vulnerabilidad emocional (entendida como la hipersensibilidad, intensidad de respuesta y lento retorno a la calma emocional).

Aunque la característica de "vulnerabilidad emocional" es casi específica de los TLP, entendida como tal, me parece interesante la definición más general que la autora utiliza para referirse a dichos ambientes.

Los ambientes invalidantes son aquellos en los que se tiende responder de forma errática e inapropiada a la experiencia privada (por ejemplo a las creencias, pensamientos, sentimientos y sensaciones del niño), y en particular, a ser insensible frente a la experiencia privada no compartida por el grupo (Linehan, 2005).

Los ambientes invalidantes tienden a responder de una manera extremada

(dentro de lo cual cabe reaccionar exageradamente o mostrar indiferencia total) a las experiencias del menor (Linehan, 2005).

La razón por la que introduzco aquí este concepto de “entorno invalidante”, es que en mi opinión ayuda a entender cuál es en definitiva la consecuencia de todas y cada una de las diferentes fuentes de aprendizaje patógeno que anteriormente hemos nombrado.

Es decir, los sentimientos y actitudes parentales, los métodos de control del comportamiento, los estilos de comunicación, contenidos de las enseñanzas y relaciones entre los familiares, contribuyen a formar un determinado tipo de ambiente.

Sean cuales sean los matices específicos de cada una de estas categorías, lo importante es que no creen un ambiente invalidante, en el que las experiencias privadas sean interpretadas y validadas de una forma poco saludable (pasen desapercibidas, sean sobre valoradas, sean despreciadas o ridiculizadas, sean reprimidas etc).

La comprensión de esto, puede ayudarnos a vislumbrar cuáles serían los principales focos de intervención, a nivel general, y facilita entender de cara a la actitud parental, qué es lo que verdaderamente ayuda a que los menores desarrollen unas condiciones de salud mental óptimas.

Linehan (2005), realiza las siguientes recomendaciones:

- La valoración pública de la experiencia privada: Las experiencias que el menor exteriorice, sus sentimientos, pensamientos, y actitudes, ante todo deben ser valoradas. Tener en cuenta lo que la persona piensa o siente, con independencia de que se vaya a proponer una corrección o de que se esté en acuerdo o desacuerdo, es fundamental para el desarrollo

psicológico del menor.

- La toma en consideración de las preferencias individuales: es importante que el ambiente tome en consideración las preferencias e intereses del menor. Una atención adecuada hacia dichas preferencias es aquella capaz de hacer comprender al menor la importancia de sus propias necesidades y la importancia de tener en cuenta a su vez las preferencias y necesidades de los demás. Los niños serán así más capaces de ínter-relacionarse positivamente con el ambiente social, aprendiendo a discriminar entre sus emociones y las de los demás.

En resumen, si entendemos que determinados modelos parentales contribuyen a formar un ambiente invalidante, entenderemos porqué ante una determinada predisposición genética del niño a poseer un tipo u otro de personalidad, este ambiente puede funcionar como reforzador del desarrollo de la patología o por el contrario como amortiguador, facilitando mediante el aprendizaje la interiorización de comportamientos, conductas, pensamientos y emociones psicológica-mente saludables y no des-adaptativos.

Los profesionales entrevistados aluden a la importancia del factor educativo-familiar y afinan en cuanto al tipo de pautas educativas que pueden ser patológicas:

- **Las primeras experiencias hasta los 6 años son las más determinantes:** *"Fundamentalmente primero con el "apego", las primeras experiencias hasta los 6 años son determinantes para determinar y explicar la personalidad que tenemos" (PSH).*
- **Puede influir el rol familiar:** *" En una familia uno puede tener TP y otros no. Si que puede influir ser el mayor, el mayor chico, la mayor chica, el pequeño, el "príncipe destronado", el factor "drogas" (PSH).*

– **Existen modelos educativos patológicos:**

- *"Ciertos estilos educativos pueden dar lugar a la consolidación de personalidades patológicas (...)" (PSAv1).*

- *"Familias extremadamente sobre-protectoras o extremadamente autoritarias en la educación de sus hijos con mensajes contradictorios ante las normas y límites" (PSAv2).*

- *"Normalmente estos estilos perjudiciales tienen la característica común de ser cambiantes y confusos" (PSAv1).*

- *"(...) formadas principalmente por padres "florero" y madres sobre-protectoras" (TSH).*

- *" Sí hay un perfil de familia donde hay una madre "dominante" pero "ambivalente", eso es cierto, la "ambivalencia" que tienen algunas familias. A eso nosotros lo llamamos "doble-vincular". Es decir, emitir un mensaje y hacer otra cosa", "Incluso muchas veces la comunicación con los profesionales es así," (PSH).*

– **Es necesaria la predisposición biológica:** - *"Sí influye, ya que los menores aprenden formas de comportamiento mediante la observación de figuras o modelos de referencia siendo éstas las personas adultas de su entorno, generalmente padres-madres o cuidadores. Sin embargo para el desarrollo de la enfermedad es necesario que haya también una predisposición genética que la persona tenga desde su nacimiento" (TSAv2).*

– **La influencia de este factor es especialmente importante en el TLP:**

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

3.1.2.1.2 Experiencias traumáticas.

Existe una concepción generalizada de que muchos de los problemas de salud mental y psicopatología tienen su origen en la vivencia de una experiencia gravísima determinada, única en el curso de la vida pero que ha dejado su huella.

Aunque el pensamiento actual en el campo de la psicología sugiere que los comportamientos más patológicos son adquiridos mediante aquellas experiencias de aprendizaje más repetitivas (como las que hemos explicado anteriormente), hay ocasiones en las que *“un suceso doloroso en concreto puede destrozar la ecuanimidad del individuo y sumergirlo en una actitud que queda arraigada con fuerza y es difícil de eliminar”* (Millon, 2006, p. 103).

Cuando estos acontecimientos se producen a temprana edad, sin ser filtrados por la sabiduría que da la experiencia, los efectos tienden a ser más graves y a generar consecuencias en la vida del menor.

Algunas de las experiencias que más encontramos en las historias experienciales de las personas que poseen un diagnóstico de TP (y en otros trastornos mentales) son:

- Abuso sexual: Generalmente entre pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad.
- Maltrato (físico y psicológico).
- Acoso Escolar y Laboral.
- Desgracias y sucesos impactantes: muerte de algún ser querido, enfermedad, situación económica extrema, etc. Estos sucesos ocasionan una crisis en la vida de la persona cuya superación exige de un alto grado de madurez emocional y capacidad de adaptación a la nueva situación.

(*) Todas estas situaciones, son experiencias traumáticas y pueden actuar como factores precipitantes, es decir, que habiendo cierta predisposición y existiendo las condiciones previas para el desarrollo de la patología, la desenmascaran o aceleran su aparición.

Los profesionales entrevistados añaden información sobre estas cuestiones:

– **Las experiencias traumáticas destacan en las personas con TLP (trastorno límite de la personalidad):**

- *" Lo que sí se sabe es que las experiencias traumáticas de abuso físico o sexual sí influyen, sobre todo en el TLP" (PSH).*

– *"(...) nos encontramos usuarios con problemas de acoso escolar, abusos, duelos no elaborados, mobbing en el trabajo, que han marcado un momento puntal de su vida" (TSAv2).*

– **Las experiencias traumáticas en ocasiones sirven para "escudarse":**

- *"Sí que existen experiencias traumáticas, pero no pensamos que sean una causa (...) el TP es una forma de enfrentarse a la vida y a los acontecimientos vitales en general (...) se utilizan estas experiencias para escudarse y justificar el problema" (TSH).*

– **En ocasiones son elaboraciones propias de las pacientes:**

-*"En ocasiones no ha habido tales abusos sino que son elaboraciones posteriores de los propios/as pacientes" (PSH).*

– **Sí que se dan en un alto porcentaje de pacientes:**

-*"Aun así, en el peor de los casos, con que hubiese un 15 % estamos*

hablando de un porcentaje alto" (PSH).

3.1.2.2 Las experiencias tempranas y su importancia en la formación de la personalidad.

Hemos comentado que existen dos tipos de experiencias vitales que son altamente influenciadas en el desarrollo de la personalidad: las experiencias duraderas y generalizadas, y las experiencias traumáticas.

Desde el punto de vista psicológico, lo importante es estudiar la manera en que estas experiencias se muestran tan determinantes en la formación de la personalidad, el porqué, el cómo, los procesos mentales interiores por los que una experiencia pasa a solidificarse en un aprendizaje determinado que provoca una conducta.

Desde el punto de vista social, en mi opinión, lo importante es saber seleccionar los factores de riesgo que existan en el entorno del menor, trabajar con ellos, y hacer que se conviertan en facilitadores de experiencias y aprendizajes saludables, generadores de conductas adaptativas que mejoren la calidad de vida del sujeto en la sociedad.

No obstante, toda intervención con el entorno tiene que partir de unas nociones psicológicas básicas que ayuden a entender el porqué de su influencia.

Por este motivo, y aunque el objetivo no sea analizar los distintos mecanismos psíquicos por los que los aprendizajes tempranos pasan a conformar estructuras y patrones de conductas y personalidades patológicas, si considero necesario nombrarlos de forma superficial en este estudio.

Los procesos que se unen para proporcionar continuidad a los aprendizajes

tempranos podemos clasificarlos según Millon (2006), en tres categorías:

A) Resistencia a la extinción

Millon (2006), explica que las experiencias que tenemos a edades tempranas son las que nos aportan unos aprendizajes determinados y por tanto a través de la cuales generamos unos tipos de conducta. Las conductas no son inamovibles, es decir, el ser humano va evolucionando en función a su experiencia. El problema que postulan los teóricos y que explicaría el porqué de la persistencia de muchas de las conductas adquiridas a edad temprana, es el hecho de que las experiencias a las que nos enfrentamos en nuestra infancia, muchas veces, no vuelven a darse a lo largo de nuestro ciclo vital, es decir, es difícil que se produzca una exposición continua a experiencias similares a la experiencia que condicionó el aprendizaje inicial. La ausencia de experiencias similares, es la que complica el desarrollo de nuevos aprendizajes que vayan modificando un aprendizaje inicial.

Es difícil que las personas volvamos a tener experiencias similares a las de la primera infancia por los siguientes motivos:

1. El aprendizaje Pre- simbólico: Al comienzo de su desarrollo, los niños son organismos primitivos que todavía no son capaces de comprender la realidad de manera simbólica, es decir, agrupando en categorías, conceptos o conjuntos. Hasta el desarrollo de estas habilidades cognitivas, los menores perciben el mundo de una manera totalmente diferente. Por este motivo es difícil que se reproduzcan situaciones o experiencias tempranas de manera similar en edades más avanzadas, ya que dichas experiencias nunca van a poder ser percibidas de la misma forma.

2. El aprendizaje Aleatorio: Los niños en sus primeras etapas de desarrollo no poseen la capacidad de asociación que poseen los adultos. No conocen las relaciones causa efecto ni tienen una racionalidad que les ayude a entender el

mundo de forma lógica.

Por este motivo sus primeras experiencias, por ejemplo en la recepción de un estímulo externo, no pasan por un razonamiento lógico.

A medida que van creciendo, el desarrollo de habilidades mentales hace que comprendan y conciban el mundo de una forma totalmente diferente, por lo que reproducir sensaciones y experiencias similares a las anteriores es prácticamente imposible.

3. Aprendizaje generalizado: Las identificaciones que establecen los niños en su entorno son amplias y rudimentarias. Se basan en la generalización, algo intrínseco a los procesos de aprendizaje temprano.

La generalización consiste en el establecimiento de categorías muy amplias que carecen de especialización. Por ejemplo para un niño, en un momento dado, todos los hombres pueden ser "papa".

Si un niño que a temprana edad se asusta con el ladrido de un pastor alemán, puede sentir miedo al acercarse a todos los perros, independientemente de su raza o tamaño, e incluso a todos los animales.

Si en su edad adulta vuelve a encontrarse con un pastor alemán que se muestra agradable y cariñoso, es posible que el niño deje de sentir miedo al acercarse a un perro de esta raza, pero permanecerá el miedo generalizado a los perros u a otros animales.

En función de la amplitud o generalización de un aprendizaje temprano, serán muchas más las experiencias necesarias para terminar de erradicar la sensación que un día se generó y se convirtió en un aprendizaje determinado. (Hará falta que el menor se exponga a una gran cantidad de animales para dejar de sentir miedo.)

B) La autopercepción

Aunque puede que las experiencias que han tenido lugar en la vida temprana

nunca vuelvan a producirse, sus efectos pueden permanecer a lo largo de la vida. Así, la huella que graban puede ser tanto a nivel fisiológico (un cambio neuroquímico generado por una situación), o psicológico (el sentimiento o emoción experimentados). Así, cada individuo puede llevar consigo residuos del pasado hasta el presente.

Esto quiere decir que cada comportamiento humano, es en esencia, una perpetuación del pasado. Estos residuos pueden guiar, conformar o distorsionar los comportamientos actuales.

Existen cuatro procesos de perpetuación estudiados según Millon (2006):

- 1. Constricción protectora:** Consiste en la tendencia de los individuos a evitar la exposición a experiencias que puedan revivir recuerdos dolorosos del pasado. Esta necesidad de evitar y controlar para protegerse de una experiencia que atraiga dichos sentimientos hace que los individuos limiten o constriñan su mundo y con ello impiden el aprendizaje de nuevas habilidades para experiencias futuras.
- 2. Distorsión perceptiva y cognitiva:** tendencia de las personas a interpretar los hechos de una forma que satisfagan sus pensamientos. Es decir, podemos distorsionar una realidad objetiva, de forma inconsciente, para que responda a nuestras expectativas anteriormente creadas sobre la misma.
- 3. Generalización del comportamiento:** De la misma manera que transformamos la objetividad de la realidad para satisfacer nuestros pensamientos, repetimos patrones de comportamiento utilizados en el pasado.
- 4. Compulsión de repetición:** Cuando hemos quedado doloridos o insatisfechos ante un suceso de nuestra vida, tendemos a recrearlo cuantas veces haga falta para tratar de enfrentarnos a él con una mayor integridad y superar nuestra propia debilidad. Algunos comportamientos patológicos provienen de este mecanismo.

Por ejemplo un hermano que desde su niñez ha experimentado un gran sentimiento de competencia hacia su otro hermano, siendo su necesidad última la de “destruirlo” y demostrar su valía ante los progenitores, puede enfocar su proceso vital hacia una constante necesidad de competición con sus iguales que sin duda acarreará grandes frustraciones en el mismo, si no logra replantearse la necesidad real de su objetivo y modificar su conducta.

C) El refuerzo social

De los numerosos factores que hemos visto que contribuyen a la persistencia de los comportamientos tempranos, las relaciones sociales e interpersonales desempeñan el papel más importante.

¿Cuáles son los aspectos o características de las relaciones interpersonales que explican la perpetuación de la conducta adquirida a temprana edad? Millon (2006) enumera los siguientes aspectos:

1. Las experiencias repetitivas: Uno de los motivos por lo que los aprendizajes y comportamientos adquiridos de forma temprana perduran, es por el hecho de que en ocasiones no se han producido experiencias nuevas. Las experiencias a las que los niños y adultos somos expuestos en ocasiones son repeticiones más o menos similares.

Un ejemplo de esto son los hábitos alimentarios. Si un niño que prueba por primera vez la comida asiática experimenta una sensación negativa, concluirá que la comida asiática no es de su agrado. Si en su ciclo vital no vuelve a probar la comida china, probablemente piense que sigue sin gustarle.

2. El refuerzo recíproco: Cuando un niño se muestra irascible ante una situación determinada, es probable que los padres interpreten que su reacción ante esa situación va a ser siempre la misma y elaboren una respuesta de defensa o represión del comportamiento. Cuando se produzca de nuevo la

situación, en lugar de esperar a la reacción del menor, directamente la reprimirán con una estrategia preventiva. Este tipo de comportamientos no hacen sino reforzar la actitud irascible del niño ante la situación y la actitud defensiva de los padres al mismo tiempo.

3 .Estereotipos sociales: Como hemos explicado anteriormente, cuando una persona desarrolla un comportamiento determinado, convierte esta tendencia en una de sus características dominantes. Las demás personas, generan una impresión y crean un estereotipo hacia ella. Aunque los niños desean cambiar las conductas que en un momento determinado han sido desaprobadas, su percepción de que los otros insisten en resaltar en ellos esa característica hace que abandonen su creencia de que pueden cambiar.

3.1.2.3 Posibles experiencias tempranas que subyacen a la aparición de determinados tipos de trastornos de la personalidad.

De entre las interminables experiencias que pueden influir en la consolidación de la personalidad, he seleccionado y representado en el siguiente cuadro, en base a los distintos manuales que abordan el trastorno de la personalidad, cuáles se encuentran altamente relacionadas con el surgimiento de los distintos tipos de TP.

La información que a continuación introduzco ha sido obtenida de Belloch y Fernandez-Álvarez (2002), Rubio y Pérez (2003), Millon (2006), Caballo (2004) y Escribano (2006).

Cuadro 1: "Posibles experiencias tempranas que subyacen a la aparición de determinados tipos de TP"

TIPOS ESPECÍFICOS DE TP	POSIBLES EXPERIENCIAS TEMPRANAS RELACIONADAS
TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD	Experiencias de abandono, rechazo o abuso por parte de los padres en la primera infancia que provocan en el niño sentimientos de vulnerabilidad o debilidad y desconfianza en la interacción con los otros.
TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	Ambiente familiar emocionalmente empobrecido que no estimula al niño. Primeras experiencias de la infancia basadas en relaciones frías y no gratificantes, negligentes y con cierta ausencia de cordialidad.
TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD	Sobre este trastorno existen pocos datos que respalden la existencia de patrones de aprendizaje social determinados. Es uno de los TP cuya etiología más fundamentada responde a causas biológicas.
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	Historia social y adolescente de abandono, abusos físicos y psicológicos y negligencias en el cuidado de niño por parte de los adultos responsables, unido a elevada incidencia de alcoholismo y determinadas sustancias entre los familiares de primer grado.
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	Experiencias educativas conflictivas y ambivalentes en el desarrollo temprano, (límites contradictorios, difusos, incoherentes) sentimientos de ira intensa por haber visto frustrados y juzgados sus deseos infantiles, incapacidad de realizar valoraciones realistas sobre la persona y el entorno. Tasas incrementadas de experiencias traumáticas de abusos en la primera infancia o primera adolescencia.
TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD	Ambiente familiar dominado por figuras parentales que premian en exceso ciertos comportamientos socialmente deseables como la "exhibición del atractivo físico", hace que el niño cree autoestima en función de la aprobación de los demás y por tanto exagere sus características positivas buscando constante reconocimiento. También se han estudiado que ésta excesiva llamada de atención y exageración que caracteriza al histriónico tenga que ver con una historia infantil de rechazo y indiferencia ante las expresiones emocionales normales, que dan lugar a aprendizajes relacionados con la exageración de las emociones y comportamientos (única forma de atraer la atención de los adultos).
TRASTORNO NARCISITA DE LA PERSONALIDAD	Personas cuyos miedos, rechazos o dependencia infantiles fueron respondidos con críticas, desprecio y abandono por parte de los adultos, en especial por parte de la madre. (Como consecuencia crea una

	capa de vulnerabilidad y autosuficiencia entendiendo que los demás no son una fuente de alivio). También cuando la valoración parental ha sido excesiva sobre las capacidades del niño, que lo empuja a considerarse auto suficiente y a creerse superior a los demás.
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN	Rechazo y censura por parte de los padres o de los compañeros, críticas o desprecios sobre la valía del sujeto.
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA	Padres sobre protectores o poco indulgentes que prohíben la conducta independiente del niño.
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD.	Conflictos educativos que surgen durante el aprendizaje entre el niño y unos padres excesivamente exigentes y controladores, que continuamente critican lo que está mal y exigen de modo agresivo un buen comportamiento , van creando en el niño la idea de que siempre hay que hacerlo todo bien y todo debe estar bajo control. Esto genera sentimientos de inferioridad de los que se puede defender mediante el perfeccionismo.

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2.4 Otras circunstancias del entorno que pueden influir:

Existen también algunas circunstancias psicosociales, que podrían ejercer cierta influencia en la evolución y pronóstico de la enfermedad (una vez ha sido realizado el diagnóstico). Estos aspectos han sido deducidos tras la realización y análisis de las entrevistas a los profesionales (ver anexos).

- **Implicación/apoyo/participación del entorno** inmediato de la persona afectada en su proceso de tratamiento. Los profesionales nos explican que este aspecto es clave, en ocasiones el entorno es el que "saca" a la persona de esa situación:

- *"La verdad es que cuantas más personas del entorno estén implicadas y coordinadas mejor calidad y resultados tendrá la intervención"* (TSAv2).

- *"Cuando la familia colabora realmente es mucho más eficaz la intervención, eso es un aspecto clave"* (TSH).

- **Grado de conocimiento de la enfermedad que posee el entorno,** herramientas para saber cómo actuar etc.

Cuando el entorno conoce la enfermedad, aprende cómo actuar, cómo tratar a la persona etc., se elimina muchísimo malestar de la unidad de convivencia. Es imprescindible que el entorno siga las recomendaciones de los profesionales ya que en ocasiones están muy "viciados" y resultan contraproducentes.

- *"Nuestro trabajo no se centra sólo en la persona con el diagnóstico sino que también presenta asesoramiento y apoyo a los familiares y/o cuidadores y nuestra función es proporcionarles herramientas adecuadas para actuar cuando se den situaciones complicadas de abordar"* (TSAv2).

- **Grado de psicopatología en el entorno familiar:** *"En algunos casos sí existe cierto grado de psicopatología en el entorno familiar, al menos esto es lo que observamos al realizar algunas pruebas o test psicológicos"* (TSH).
- **Nivel de aceptación, autoconciencia de problema** (del entorno y de la persona afectada) : *"(...) cuanto antes se trate mejor, pero la realidad es que la persona tiene que "estar en su momento", ya que la eficacia del tratamiento depende mucho de la voluntad del paciente"*(TSH).

3.1.3 Aspectos Socioculturales.

3.1.3.1 La importancia de la cultura en la formación de la personalidad.

Como he nombrado anteriormente, voy a introducir en este apartado una explicación sobre aquellos aspectos socioculturales que son comunes entre los individuos de una sociedad dada, como los modelos de conocimiento, educación, adquisición de moralidad y valores predominantes en determinado contexto cultural.

Las diferencias fundamentales entre estos aspectos y los "psicosociales" nombrados anteriormente son: el hecho de ser "compartidos", que la tarea de intervenir sobre los mismos es compleja y por tanto la intervención es mucho menos accesible para los profesionales, y que han tenido lugar en un contexto de interacción en el que las personas han participado de forma transversal a todas las circunstancias que han envuelto su ciclo vital (a diferencia de los aspectos psicosociales, que se dan de forma sectorial).

Una exposición sobre la etiología de los TP no podría estar completa sin reconocer que *"la patología de la personalidad puede conformarse también por las instituciones, tradiciones y valores que forman parte del contexto cultural de la vida en sociedad"* (Millon, 2006, pp. 117-118).

¿Cuál es el sentido de dichas instituciones?, ¿de qué manera la cultura modela

la personalidad, conducta y comportamiento humanos?, ¿con qué objetivo?

Millon (2006), nos explica que la principal función de estas fuerzas es la de perpetuar los valores de la cultura dominante (en nuestro caso la cultura occidental).

Las instituciones son un marco común de influencias que establecen límites y directrices a los miembros de un grupo social. (De ahí que todo comportamiento aceptado socialmente deba respetar dichas imposiciones).

Ahora bien, ¿De dónde viene la cultura?, ¿Quién la crea?

Ni la sociedad ni la cultura son entidades en sí mismas, sino *“abstracciones convenidas que caracterizan el patrón de relaciones y responsabilidades compartidas entre los individuos de un mismo grupo”* (Millon, 2006, p.118).

Es por eso que la cultura es algo complejo de definir, por su característica de ser ampliamente dinámica, cambiante y viva.

Sin embargo, en ese mismo dinamismo existen estabilidad y continuidad. La estabilidad y la continuidad de los diferentes grupos culturales depende en gran medida del éxito con que los jóvenes se empapen de las creencias y costumbres comunes, las acepten o rechacen, creando perpetuación o conflicto.

La función de nuestras instituciones en sentido cultural es la de asegurar esa estabilidad y continuidad de forma similar a como lo hacen las familias: cada individuo debe idear formas de moldear y entrenar a sus hijos para que sean capaces de “encajar” en la sociedad. El éxito o fracaso de las familias y de las instituciones, será en función de la aceptación y perpetuación que sus individuos muestren hacia las sanciones y obligaciones que sus antecesores propusieron para realizar las tareas de la vida.

El proceso de socialización es el proceso por medio del cual las personas nos instruimos y formamos para ser partícipes de la cultura. A través de este

proceso, los niños aprenden a abandonar de forma progresiva los comportamientos más impulsivos e ingenuos propios de la naturaleza humana y a sustituirlos y regularlos por una serie de normas y prácticas compartidas por el grupo.

Naturalmente se trata de un proceso coercitivo y privativo de libertad, cuyas normas sociales hacen que los individuos sean capaces de sobrevivir, predecir los comportamientos de los demás, obtener seguridad e identidad, y aprender estrategias variables para conseguir las múltiples posibilidades que ofrece la vida.

Toda cultura posee una serie de tradiciones, de formas que han permanecido a lo largo de la historia, y que siguen teniendo su utilidad: *“propician a los individuos un estilo común de vida, de satisfacción de las necesidades para la mayoría con un mínimo grado de conflicto y un máximo beneficio”*. (Millon, 2006, p.118).

Es importante entender que el análisis del comportamiento variará en función al contexto cultural en que nos encontremos.

Según Contini de González (2006), la psicología transcultural (desde el enfoque relativista) habla sobre el carácter contextual del comportamiento: el comportamiento es investigado dentro de las variables contextuales en las que se produce, por lo que la evaluación del comportamiento será significativa sólo cuando sea realizada en el contexto cultural en el que ocurre: las experiencias vitales de un niño en una sociedad altamente industrializada como lo es la ciudad de Barcelona serán totalmente distintas a las que posea un niño de una sociedad pastoril como por ejemplo Tucumán, Argentina.

La psicología transcultural recupera estos conceptos y se preocupa por el estudio de el vínculo entre las variables ecológicas, sociales y culturales y el comportamiento, describiendo tanto las semejanzas transculturales (perspectiva de análisis “etic”), como por las diferencias (“emic”).

La psicología transcultural señala que la cultura ejerce cierta influencia en los procesos psicopatológicos y que no hay trastornos que sean “inmunes” a un

determinado modelo cultural.

3.1.3.2 El aumento de la patología de la personalidad en la actualidad.

Los trastornos de la personalidad parecen ir en aumento. La prevalencia de este trastorno se ha incrementado en las últimas décadas. ¿Cuál es la causa de este aumento?

Algunos profesionales postulan la posibilidad de que se deba no tanto a una afectación mayor, sino al hecho de que es en la actualidad cuando más se está "dando" el diagnóstico de TP, ya que, siendo una enfermedad relativamente reciente, es actualmente cuando la mayor parte de psiquiatras la conocen y poseen capacidades para diagnosticarla: *"Igual hay más casos, es probable, pero puede que esto se deba a que ahora es cuando realmente se está diagnosticando más esta patología, más (porque se conoce más a nivel psiquiátrico), y mejor (porque se afina más en los diagnósticos)"* (TSH).

Por otro lado, no podemos dejar de lado el hecho de que este aumento de la patología mental no hace referencia únicamente a la patología TP, sino que desde hace unos años (aproximadamente comienzo de la crisis global), los expertos de atención primaria han manifestado este aumento en la gran cantidad de población atendida por problemas de tipo emocional/ psíquico, debido al aumento del estrés, desvinculación social y de la sensación de desprotección entre otras (Contini de González, 2006).

En mi opinión, ni la biología ni el funcionamiento intrapsíquico del ser humano han sufrido una modificación sustancial, sin embargo, lo que sí que ha experimentado un cambio alarmante ha sido la sociedad.

Pérez et al (2001) nos cuentan que numerosos sociólogos e historiadores han advertido la gran cantidad de cambios culturales, sociales y económicos que se han producido de forma acelerada aproximadamente desde la finalización de la II Guerra Mundial.

Según estos estudios, se habla de una nueva era. La era Pos-Moderna, tras 500 años de Edad Moderna.

¿Cuáles son las diferencias existentes entre las sociedades modernas y las tradicionales?

Lerner (1958 citado en Pérez et al., 2001, p.52), sostiene que las sociedades tradicionales se caracterizan por:

- a) El cambio social es lento.
- b) Predominio de la familia extensa.
- c) Roles seguros y predecibles para cada individuo.
- d) Continuidad intergeneracional.
- e) Sentido de comunidad.

Sin embargo las sociedades post-modernas se caracterizan por:

- a) Cambio social rápido.
- b) Ruptura de la familia extensa (por la atomización y la alta movilidad).
- c) La dificultad en el desarrollo de redes sociales y su fragilidad; los problemas en la elección de ocupación y pareja.
- d) Discontinuidad intergeneracional.
- e) Carencia del sentido de comunidad.

Las teorías sociales y ambientales sobre el TP, especulan sobre la posibilidad de que las características propias de la posmodernidad sean las causantes del aumento de la prevalencia observada en este tipo de trastornos (guardando también relación con la de otro tipo de trastornos mentales).

Joel París (1998, citado en Pérez et al,2001.), propone que las estructuras sociales estables , podrían funcionar como amortiguadoras de la mayor parte de patologías de la personalidad, y por contra, que las estructuras sociales menos estables , sumidas en la constante movilidad, facilitan su desarrollo.

El psiquiatra de la unidad de tratamiento específico de TP del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y ex-presidente de la sociedad española para el estudio del TP, nos cuenta sobre el aumento de los TP que:

- *"Ahora se diagnostica más que antes. Esto sucede porque antes (hace aproximadamente 15 años, cuando yo empecé), ni existían. Y ahora parece que hay muchos. (Quiero decir, ni hay tantos como ahora parece ni hay tan pocos como antes). Ese aumento tiene que ver con que se psiquiatriza todo. Suelen ser "niñatos" consentidos a los que ya no pueden controlar los padres. A eso me refiero con la expresión " dos hostias a tiempo". Antes de los seis años no hacen falta dos ostias, no hay que pegar a nadie, pero sí poner unos límites. Hay que saber decir "no" (PSH).*

A continuación nombraremos una serie de aspectos que diversos autores han propuesto como posibles causantes del desarrollo de personalidades desadaptativas, patológicas, generadoras de malestar y conflicto, es decir, personalidades TP.

3.1.3.3 Los Aspectos socioculturales.

Anteriormente hemos hablado de las experiencias privadas que experimentan las personas en su interacción con su esfera social, principalmente con las familias, ahora vamos a hablar de las experiencias públicas que comparten los miembros de un mismo grupo social.

Millon (2006), enumera en su obra tres características generales de la cultura occidental que considera importantes para entender las experiencias de los ciudadanos.

- Los esfuerzos por conseguir logros y competitividad:

La sociedad norteamericana (extensible a la cultura occidental), tiene como base la llamada movilidad vertical ascendente de la sociedad: promueve y maximiza la oportunidad de progresar, tener éxito y conseguir recompensas

materiales.

Aunque con importantes e inquietantes excepciones, podemos decir que los jóvenes de nuestra sociedad han tenido la oportunidad de superar el estatus socio económico que tuvieron sus padres. Supuestamente esta superación está basada en el esfuerzo, talento e inteligencia.

La opción a tener éxito conlleva de forma inherente a que las personas sean juzgadas en función a la consecución del mismo: *"No sólo promueve la ambición sino que también espera que cada uno de sus miembros supere el reto"* (Millon, 2006, p. 119).

A consecuencia de esto, la enorme avalancha de aspirantes dispuestos a conseguir su oportunidad, genera un clima social en el que la competitividad pasa a ser uno de los principales valores. La competitividad es la "regla del juego" (basta mirar los constantes exámenes y controles a los que son sometidos los niños a lo largo de su proceso de escolarización).

Anteriormente hemos comentado la gran influencia que ejercen los aprendizajes tempranos en la conducta de los individuos. La necesidad de competir es enseñada desde edades tempranas: los deportes, los estudios, los trabajos, las relaciones sociales, la imagen y estética. Todo son campos de competición en los que el éxito es destacar.

Sin embargo, son muy pocos los que pueden alcanzar la cima. La pura lógica del sistema implica que la mayor parte de la sociedad esté abocada al fracaso.

Como antes hemos mencionado, una buena autoestima, un sentimiento de validez personal, son pilares fundamentales necesarios para asegurar una salud mental saludable.

La desvalorización que diariamente sufren los individuos de esta sociedad, la actitud constante de recriminarse a uno mismo los fracasos y las propias limitaciones, conforman sentimientos patológicos inherentes a la experiencia

común de los individuos de nuestra sociedad.

“Se nos ha enseñado muy bien a competir y buscar el éxito público, pero no a examinar sus objetivos, las recompensas limitadas y las frustraciones inevitables que conlleva” (Millon, 2006, p.119).

-Normas sociales inestables y contradictorias.

La competitividad no es más que la lucha que llevan a cabo los individuos para superarse unos a otros en sus logros. Para ello, es necesario que existan unas normas mediante las cuales las personas puedan medir y conseguir dichos logros.

Millon expone que una de las principales características de la sociedad actual es precisamente el constante cambio y la existencia de contradicciones y ambigüedades en dichas normas.

A consecuencia de este constante cambio, las personas se ven incapaces de guiar sus aspiraciones, ya que no encuentran unas normas fiables que proporcionen cierta estabilidad.

Antes hemos nombrado que la función de las tradiciones culturales es la de proporcionar un significado y un orden a la vida social, definir las responsabilidades y las tareas y en definitiva guiar a los miembros de un grupo mediante un sistema de creencias, valores y objetivos compartidos.

Sin estas pautas, los individuos encuentran mayores dificultades para su vida en sociedad, para organizar sus pensamientos y aspiraciones, y, lo más importante, para modelar sus comportamientos y conductas.

Para Millon (2006), el impacto acumulativo de la industrialización, la inmigración, la movilidad, la urbanización, la tecnología y los medios de comunicación, ha provocado una constante erosión de los valores y las normas tradicionales.

No quiere decir esto que los valores y las normas tradicionales fuesen mejores y hubiese que perpetuarlos. Lo que quiere decir es que para los individuos de la sociedad, es mucho más sencillo adaptarse a un simple y "coherente", conjunto de creencias y costumbres, que acoplarse al continuo movimiento de las normas sociales, cuya durabilidad cada vez es más incierta y precaria.

Las creencias y tradiciones arcaicas se han convertido en instrumentos inútiles de cara a enfrentar la vida contemporánea.

La inexistencia de unas creencias y valores contemporáneos sólidos que hayan sustituido a los anteriores, tiene como consecuencia que las personas se sientan a menudo confusas, incomprendidas.

Ante éste "Todo vale, todo cambia, todo es cuestionable", muchas personas son incapaces de poseer una visión coherente de su vida, y por tanto, de guiarla satisfactoriamente, sobre todo cuando la educación que han recibido de su entorno socializador más inmediato (familia etc.), no ha cuidado y estimulado el aprendizaje o reflexión sobre estos aspectos.

Los aspectos que acabamos de describir constituyen importantes influencias a la hora de explicar la disonancia psíquica interna que experimentan las personas con un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

-Desintegración de las creencias y objetivos reguladores.

La cultura del ascenso y la oportunidad, deja marginados a amplios sectores de nuestra sociedad. Los prejuicios sociales, las desigualdades económicas, etc. de estos sectores, hacen que su lucha no sea precisamente la del logro del éxito, sino la del logro de la supervivencia.

¿Cuál es entonces la experiencia común compartida por estos sectores de población?

Para ellos, el problema no radica en la elección de un determinado valor social. El problema radica en si existe algún valor social por el que valga la pena

luchar.

Millon (2006) expone que la pobreza, la miseria, con escuelas inadecuadas, que viven en barrios pobres en comunidades en estado de decadencia y que crecen en hogares rotos y caóticos sin modelos parentales que hayan tenido éxito o hayan conseguido logros, se ven inmersos en una atmósfera de desesperanza, inutilidad y apatía: no pueden evitar cuestionar la validez de la "buena sociedad".

Para ellos muy pocas normas sociales valen la pena, pues las restricciones de la pobreza hacia la existencia de oportunidades los sumerge en un sentimiento de vacío existencial.

Para ellos la vida en sociedad no reporta ningún tipo de beneficio. Más bien, significa el sufrimiento, la hostilidad y la indiferencia.

¿Es entonces comprensible postular que existan causas sociales que expliquen porqué hay personas a las que clínicamente se les diagnostica un trastorno antisocial de la personalidad?

Millon (2006) explica, que muchos jóvenes norteamericanos de raza negra, rechazan a día de hoy la idea de encontrar su lugar en la sociedad, en una sociedad que dice haber abogado por la igualdad pero que ha denigrado a sus padres y les ha privado a ellos de sus derechos y oportunidades.

¿Por qué iban a aceptar unos valores tan obviamente "falsos" y a intentar conseguir los objetivos de la sociedad general cuando es esa misma sociedad la que socava todas sus esperanzas?

Lacras como la prostitución, la delincuencia, los hogares rotos, el crimen, la violencia y las adicciones caracterizan cada vez más a estas comunidades, en un constante círculo vicioso de decadencia y desintegración que se intensifica.

El autor concluye esta explicación diciendo que sin embargo, *"las condiciones culturales y sociales duras rara vez so causantes de las patologías de la*

personalidad. Más bien proporcionan un contexto en el que se producen las experiencias más directas e inmediatas de la vida interpersonal, que matiza y degrada las relaciones personales y establece modelos que imitar desadaptativos y patógenos". (Millon, 2006, p.121).

Pérez et al, (2001, pp. 47-57) profundizan un poco más en estas cuestiones, y exponen que el aumento de los TP puede desarrollarse debido a la influencia de las siguientes coordenadas socioculturales de la posmodernidad:

- Aumento de la velocidad y movilidad en todos los ámbitos, haciendo hincapié en el de las relaciones personales:

Las relaciones sociales cada vez son más superfluas. El individualismo ha llevado a un modelo de relación humano basado en el desarraigo, en la superficialidad del contacto con los otros.

Además se ha producido una ruptura del llamado "tempus psíquico". En sociedades anteriores, el humano había vivido su tiempo en relación a los ritmos naturales. Las sociedades pos-modernas, han dejado de respetar los tiempos de la propia naturaleza, acelerándose y anticipándose. De esta manera, el ser humano, ha vivido un desarraigo en la dimensión temporal.

Para estos autores este tipo de fenómenos generan un aumento de la fatiga y el estrés. Personas con personalidades evitativas, excéntricas u obsesivas pueden verse altamente desequilibradas ante la gran demanda psicológica.

La ansiedad patológica también puede ser explicada por la influencia de este tipo de aspectos culturales.

- El fenómeno del avance tecnológico.

Pese al incuestionable avance científico y de progreso material al que este fenómeno nos ha llevado, desde el punto de vista social y cultural lo interesante a estudiar es la sensación de cambio permanente y la creación de

una "aldea global".

Estos autores postulan que esta sensación de cambio permanente, frente a la cual los individuos tratan de adaptarse de forma continua, supone un desarrollo directo y rapidísimo del SNC, y que pese a la inexistencia de estudios que analicen esta variable, es innegable que debe jugar un papel importante.

Las demandas de la sociedad exigen cada vez una mayor capacidad de adaptación. En este sentido, muchas personas experimentan una sensación de sobrecarga que puede terminar por manifestarse en rasgos ansiosos, esquizoides o anancásticos.

-La situación de cambio permanente.

El aceleramiento del tiempo en todos los sentidos, no solo a nivel tecnológico, incluso en las propias normas sociales, afecta necesariamente a numerosas facetas de la vida personal.

Los roles y las identidades cada vez son más difusas. Se pierde el sentido de pertenencia.

Estas características, contribuyen en gran medida al desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad, uno de los trastornos que más está incrementando su prevalencia en la actualidad.

- La libertad personal a ultranza.

Freud ya afirmaba que la represión es la base de la civilización.

El sistema capitalista con su inevitable ensalzamiento de la competitividad humana se traduce en el surgimiento de una sociedad individualista, de lucha, de competición, en contra de una sociedad asentada en valores cooperativos.

Las sociedades actuales defienden la libertad personal a ultranza, incluso el estado, nacido para la defensa del bienestar público y común a toda la sociedad, se ha convertido en un agente cuya función es la de procurar a los individuos y a las coaliciones de individuos los bienes particulares que exijan.

Si el ferviente individualismo ha corrompido al estado, también ha corrompido a la multitud de mentes que conforman la sociedad: mentes con reivindicaciones y particularidades infinitas.

-La pérdida o desaparición de principios altruistas.

La actitud solidaria que anteriormente atendía a principios y exigencias morales nacidas del interior de la propia persona con y por las otras, ahora se ha transformado en una actitud de exigencia y reivindicación fundamentada en el derecho subjetivo.

El derecho subjetivo como exigencia individual de cada persona hacia la sociedad, una sociedad de bienestar que no admite ni tolera frustraciones. Sin embargo la sociedad no es idílica, y las frustraciones, base de una amplia variedad de patologías, son constantes.

Esto va ligado a la pérdida del centro de gravedad comunitario en favor del individualista.

- La Mayor intromisión del Estado en la vida.

La intromisión del estado en la regulación de aspectos concernientes a la vida íntima de las personas, no ha llevado sino a la desintegración y pérdida de peso de los principios morales que antes guiaban estos comportamientos y que por tanto se vivían de forma más intensa por los individuos.

Pese a los numerosos beneficios que esto pueda conllevar (en relación a la penalización de costumbres o moralidades que violaban los derechos humanos), la legalidad ha restado valor a las normas éticas en pro de unas reglas cada vez más permisivas (defensoras de la libertad individual).

Es lógico que la defensa de la libertad personal fomente la aparición de conductas antisociales.

Estos autores exponen que el aumento de la delincuencia en los países occidentales es un hecho muy documentado y que la pérdida de los principios ético-morales puede contribuir parcialmente a esto.

-La contradicción entre un mensaje y aspiración profunda de igualdad máxima y la contundente realidad de desigualdades de tipo práctico.

La injusticia social prevalece pese al ensalzamiento público de los valores de igualdad y no discriminación.

La delicada situación de las clases populares en nuestro país, la pérdida del estatus y poder adquisitivo de la clase media y el subempleo generalizado frente a los enormes beneficios que obtienen los más favorecidos, es un clima idóneo para la envidia, la frustración, el odio, las conductas antisociales pero también evitativas. Todos los rasgos patológicos tienen cabida y justificación en este marco.

-La reducción de la vida humana a ejes economicistas.

El buen trabajador es aquel que consigue el máximo beneficio en el menor tiempo posible, la máxima eficiencia.

La alta competitividad no sólo provoca la marginación de los más débiles, sino también de los más normales. La ley de la Selva se ha implantado en nuestra sociedad. Sólo los más fuertes sobreviven.

Parece entonces lógico que nos encontremos ante el incremento de la patología mental en todos los sentidos. Las personas, ante el estrés, pueden manifestar conductas evitativas, esquizoides, dependientes, ansiosas, etc.

-El creciente peso de la imagen y la apariencia.

Estos autores afirman que la creciente importancia de la imagen y la apariencia como marcadores de éxito en el clima social, no sólo han infravalorado otros aspectos más íntimos de la persona, sino que además se traducen en un aumento de las conductas de extroversión patológica: principalmente trastornos narcisistas de la personalidad e incluso actitudes histriónicas.

-El paso de una era comunitaria y estratificada a una de corte más individualista y homogénea.

Las sociedades tradicionales poseían un amplio sentido de comunidad, pese a la gran estratificación social existente en las mismas.

Esto se debe a su matriz cristiana y concepción teocéntrica de la realidad.

El individualismo, ya hemos comentado, se gesta en un paradigma

antropocentrista.

La transición del centro de gravedad de la esfera comunitaria a la individual explicaría el tono narcisista e histriónico que caracteriza a la sociedad posmoderna.

Este hecho, recalca la importancia de la transmisión intergeneracional de valores, la importancia de la educación en la familia.

-El peligro real de destrucción masiva.

Desde la II Guerra Mundial, las personas somos conscientes de la existencia de armas atómicas de destrucción masiva. Nuestro futuro es incierto, por lo que no merece la pena vivir orientados al mismo.

Esto puede dar lugar tanto al surgimiento de actitudes nihilistas y hedonistas, pero también al surgimiento de actitudes antisociales y paranoides (de desconfianza excesiva hacia la sociedad).

Pero no sólo este germen de destrucción colectiva, sino también situaciones que ponen de manifiesto constante amenaza de la vida individual: desestabilidad económica, laboral, desestructuración familiar.

-Los fuertes cambios que ha experimentado la relación íter-sexos.

Los autores nombran por último, los cambios que se están experimentando en la actualidad en relación a los roles sexuales. La sociedad postmoderna atraviesa un momento en que estos roles también se están re-definiendo. Otro elemento más se suma de la inestabilidad emocional y psíquica.

Martín (2006) , habla de las consecuencias que tienen las características de la sociedad actual en la construcción del sujeto, del "yo postmoderno", desde una perspectiva psicológica, para explicar el aumento de los distintos tipos de personalidad patológica.

A continuación introduzco un breve resumen de las ideas de este autor organizado en función a las distintas características que achaca al "yo".

-Características del "yo postmoderno".

1. Especial e intensa dependencia de afecto y cariño.

El individualismo es asumido por el "yo" hasta el punto de hacer de éste un ser cuya independencia y exigencia consigo mismo es incapaz de asumir su necesidad de afecto/cariño/dependencia. De la misma manera, el sujeto individualista encuentra grandes dificultades para suministrar a los demás dichos afectos, incapacidad para dar lo que se demanda.

El sujeto moderno siente un temor profundo a ser herido. Se muestra susceptible.

Este sentimiento constante, exige al sujeto tener conductas y actitudes que le permitan mantenerse "a salvo".

2. La queja por los "autos".

La incapacidad para amar y para sentirse amado, conlleva la fragmentación de los "autos" (autoestima, auto concepto y autoafirmación), los cuales intentan ser reconstruidos con actitudes de alardeo y exaltación del "sí mismo" y de los objetos (el auge del consumismo).

3. La búsqueda de los méritos, del poder, la fama, el éxito.

Falta de afecto, el "yo postmoderno" busca el reconocimiento social a través del poder, la fama, el éxito, el conocimiento. Todo esto le proporciona un sentimiento mayor de seguridad.

4. La necesidad de control.

El individualismo permite al hombre "tomar el mando" de su posición. Avanzar en su estatus, conseguir sus fines, esforzarse.

El hombre, consciente de esta responsabilidad aumenta su necesidad de control. La necesidad de control provoca irritabilidad, impaciencia, miedo al fracaso, baja tolerancia a la frustración e incapacidad para construir relaciones recíprocas.

5. El “yo” narcisista.

La pérdida de confianza en la política desde el activismo de los 60 y por ende la pérdida de valor de las reglas sociales y comunitarias, provocada por la gran despersonalización que ésta ha sufrido en su traslado a multinacionales virtuales, repercute en un “yo” replegado hacia sí mismo, hacia su interés, sin una referencia social.

6. El “yo” volátil y efímero.

La ética del trabajo como derecho de responsabilidad moral y material ha dado paso a un nuevo concepto de trabajo: el trabajo como acceso al libre consumo.

El comportamiento consumista, tiene su efecto en la consolidación del “yo”. El “yo” se reencarna en los productos que consume. *“Ya no se venden objetos sino propiedades psicológicas”* (Martín, 2006, p. 2). Las fragancias son signos de juventud, los coches de personalidad y las joyas de elegancia.

Según este autor, el “yo” postmoderno se muestra tan volátil y efímero como las modas.

“El yo ya no es hijo de sus obras (...) sino el resultado de un proyecto de marketing ajeno a su control” (p. 2).

7. La colonización del “yo”.

La era de las tecnologías de la comunicación ha traído consigo un aumento elevado del contacto entre sujetos. Esto se traduce en una inevitable comparación con otros “yoes”, a los que admirar, amar, querer, odiar, entender, denigrar, admitir, con los que competir, etc.

La consecuencia más inesperada de esto es la llamada expansión de la vida subjetiva. Igual que constantemente conocemos, comparamos, competimos, criticamos y odiamos, constantemente estamos expuestos a que los demás lo hagan con nosotros.

En un clima de competencia constante, el estrés ambiental asciende a niveles impensables.

El “yo” se muestra inestable, la autobiografía pasa a ser una sociobiografía.

8. El “yo” sin identidad.

Los cambios en las condiciones laborales provocados a partir de la industrialización, como la especialización y la informatización de la maquinaria, han dado lugar a ambientes de trabajo asépticos y cómodos, en los que el trabajador pierde la relación con el producto que crea, de tal manera que su identidad laboral es débil.

9. El “yo” infantil y victimista.

La infravaloración que el sistema capitalista genera hacia la ancianidad hace que las personas sientan un intenso pánico por llegar a la vejez.

La vejez es entendida como la enfermedad, la necesidad de apoyo, la dependencia social, la pérdida de facultades, de energía, la inutilidad dentro del sistema laboral etc.

Todas estas características hacen que las personas vivan en un eterno anhelo de la juventud y generen conductas infantiles y victimistas. Lejos de asumir las necesidades de la edad adulta y resolver los problemas y conflictos que conlleva, se victimizan y externalizan las responsabilidades.

El sujeto manifiesta una ansiedad constante ante el paso del tiempo que le aboca a perder uno de los valores sociales más reforzante: la juventud.

10. El “yo” iconográfico.

No sólo el cuidado del cuerpo como forma de prolongar la juventud, sino debido también al continuo bombardeo de estímulos visuales que consumimos (en forma de TV, Internet, prensa, etc.), el yo asume que lo que existe es lo que se ve, y se muestra a sí mismo también como una imagen.

No se trata únicamente de que culturalmente prime un prototipo físico o estético, sino de la forma en que la extroversión del yo en forma de imagen va acompañada de cambios en su conducta.

“Aun así, parece que la personalidad narcisista es una buena forma de lidiar con la angustia y tensiones de la vida moderna y “hacerse el esquizoide” la mejor respuesta en ciertos contextos” (Martín, 2006, p. 4)

Para concluir decir que este autor considera que posiblemente la gran cantidad de individuos que en nuestra sociedad manifiestan estilos de personalidad patológicos y más concretamente narcisistas, esquizados o límites, no manifiestan estos comportamientos para perpetuar el bienestar y consistencia del "yo", sino más bien para enfrentar la angustia que les generan las enormes demandas del medio social actual.

Hasta aquí hemos analizados las características de la sociedad actual y visto el papel que juegan como aspectos influyentes en la formación de una personalidad patológica.

Para concluir, introduzco un apartado para explicar la relación que estos aspectos o características generales de nuestra sociedad guardan con las estructuras familiares.

- La interacción entre sociedad y familia:

Anteriormente hemos descrito los llamados aspectos psicosociales, haciendo hincapié en los distintos estilos de educación y aprendizaje que se dan en el seno de la familia. Posteriormente, hemos hablado sobre los aspectos socioculturales, aquellas coordinadas en las que se asienta la sociedad actual. Ahora bien, ¿de qué manera interrelacionamos ambos?

Pérez et al. (2001, pp. 47-57) , basándose en las teorías del ambientalista Joel Páris (1998), explican dichas relaciones de la siguiente manera.

Partiendo de que cada estructura familiar es diferente a cualquier otra, tenemos que ser conscientes de que estas no se dan en un vacío, sino que se encuentran inmersas dentro de un tejido social común, con el que se da una constante interacción.

Cuando nos encontramos ante un tejido social "negativo" (que dificulta la

adaptación del individuo a la vida social), las disyunciones familiares en su seno son cada vez más frecuentes y se amplifican las ya existentes.

Generalmente se ha atribuido a las familias extensas, fuertes, con amplia disponibilidad de apoyo y unidad emocional, la facultad de ser "protectoras" del surgimiento de ciertas psicopatologías.

La familia moderna, por el contrario, es hoy en día mucho más frágil e inestable.

Pérez et al (2001), explican que esto se debe que existen una serie de sobrecargas que han hecho que se debilite:

- La educación moderna: además de los elevados impuestos para su mantenimiento, el sistema no se adapta a las demandas laborales de la sociedad. Los jóvenes se independizan mucho más tarde y deben ser mantenidos por sus padres. Esto supone una carga elevada para las familias.
- El aumento de la esperanza de vida: que podría suponer un éxito médico, se ha convertido en que las familias se vean abocadas a cuidar de sus mayores, los cuales precisan una gran atención sanitaria y gastos farmacológicos y se encuentran ya jubilados.
- El desempleo: las estructuras familiares que antes eran sostenidas por el empleo de varios miembros pasan actualmente por una situación crítica. Numerosas familias se mantienen con un único sueldo, procedente del padre, hijo o incluso e ocasiones de las pensiones de los abuelos.
- El cambio en el carácter del matrimonio: la gran sobrecarga que sufren las familias contribuye al aumento de la conflictividad en su seno y acrecienta el número de divorcios. El divorcio generalmente provoca un descenso de la capacidad económica familiar, cierto desarraigo territorial y descuido temporal hacia los hijos. Numerosos estudios demuestran que los menores podrían arrastrar secuelas de este tipo de vivencias para ellos dramáticas.

Testimonios sacados de las distintas entrevistas que he realizado durante el

estudio, apoyan estas afirmaciones: *“No hablamos de familias desestructuradas o no, lo que tiene que ver es el tipo de dinámica familiar (...) y hay dinámicas familiares que están hechas polvo”* (TSH).

Para finalizar, introduzco otro tipo de aspectos ambientales (presentes en la sociedad, en nuestra cultura) que según un consenso entre diferentes entidades del sector de salud mental en España (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, Hermanas Hospitalarias) afectan a la evolución de la enfermedad mental grave actuando como condicionantes de las consecuencias y pronóstico que ésta pueda tener (IMSERSO, 2006). Además, para completar la información introduzco algunos de los testimonios de los profesionales entrevistados.

- **Las oportunidades a las que la persona afectada puede acceder.**
“Sería necesaria la creación de todo tipo de recursos relacionados con la vivienda, acompañamientos terapéuticos, empleo, es decir, dirigidos a facilitar la inserción social y laboral de las personas afectadas por este tipo de patologías”(PSAv1).

- **La idoneidad de las ayudas y prestaciones técnicas y económicas disponibles:** la disponibilidad y la idoneidad de recursos es un aspecto clave que condiciona la evolución de la patología *“No (existen suficientes recursos), esto se debe a que los trastornos de personalidad son una patología reciente en el sentido de que se han empezado a tratar desde hace poco tiempo, los diagnósticos son recientes, (...) y a día de hoy es cuando se está empezando a tomar conciencia de este problema”* (PSAv1).

- **Diferencia de opiniones en relación al tratamiento:** *“La diferencia de opiniones sobre cómo tratar a estas personas puede ser otro de los*

motivos” (TSAv2) y a nivel social puede condicionar el pronóstico que actualmente tienen estas patologías. “Hasta hace poco tiempo no se reconocía que la personalidad pudiese ser trabajable, cambiabile, por lo que tampoco se buscaban tratamientos a estas patologías” (PSAv1).

- **Las actitudes sociales, el estigma y la discriminación**, condicionan en cierta forma la enfermedad en el sentido en que perjudican la integración de las personas afectadas. En esto juegan un importante papel los medios de comunicación, que suelen amplificar la eventual implicación de enfermos en actos violentos o socialmente llamativos. *“De igual forma realizamos actividades de información, sensibilización (...), para eliminar barreras y prejuicios y favorecer su integración” (TSAv2).*
- **La accesibilidad y calidad de tratamientos:** *“Sería necesaria (...) atención a nivel ambulatorio y mayor periodicidad en las citas médicas con especialistas (...), la periodicidad debería ser semanal, y el tipo de atención sanitaria enfocado desde una perspectiva más integral, incluyendo a la familia y entorno de la persona” (PSAv1).*

Por último, otros aspectos que considero importante analizar desde el punto de vista sociocultural:

- **El género: especialistas afirman que** *“(...) se dan más casos de mujeres” (TSH), lo que podría ser visto como un condicionante más biológico que social.*

Y añaden sobre la influencia de este factor las siguientes afirmaciones:

- *“En el TLP la proporción de mujeres es 3-1, en el histriónico es 4-1 (más mujeres), pero en el narcisista es 4-1 (más hombres), y en el antisocial 4-1 (hombres)” (PSH).*
- *“Si hablamos de los TP en general si que es cierto que hay un 2-1 (más mujeres)”(PSH).*

Así mismo explica el porqué de esta diferencia inter-sexos diciendo que se trata de una cuestión fundamentalmente social. Los roles masculinos y femeninos son construcciones sociales, y tienden a derivar sus conflictos emocionales hacia distintos tipos de reacción o conducta. La mujer tradicionalmente es más aparatosa, lo que explicaría la mayoría de mujeres con diagnóstico de TP Histriónico (hacia afuera), pero el hombre es más narcisista, más "fantasma" y deriva sus conflictos de forma más transgresora, hacia conductas de tipo antisocial.

El factor "género" podría explicarse también por el mayor impacto de las "cargas, estrés, exigencias, presiones etc." sociales, sobre el sexo femenino. Ser mujer y vivir en nuestra sociedad, podría volverse una condición de vulnerabilidad.

– **La edad y psiquiatrización de la sociedad:**

El ex-presidente de la sociedad española para el estudio del TP, explica que aunque ciertos rasgos patológicos de personalidad ya se pueden ver durante la infancia y adolescencia, lo cierto es no es correcto realizar un diagnóstico de TP ya que la personalidad no está todavía formada.

Una de las causas del aumento de la patología del TP, se debe precisamente a la "psiquiatrización" que actualmente existe en nuestra sociedad. Se psiquiatrizan los comportamientos infantiles o adolescentes y así *"-que es movido, TDAH, que es rebelde, TP"* (PSH).

Ahora hay una inflación de diagnósticos de TP que realmente no son TP.

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

El profesional establece una clara relación entre estos "pacientes" y factores de tipo social y cultural: esto es todo fruto de la "permisibilidad" social en general.

No hay límites, todo vale.

En resumidas cuentas la tendencia social que existe por "buscar una explicación" a todo aquello "alarmante, anormal, diferente", puede ser un factor que explique a nivel social y cultural, el porqué del aumento de esta patología y por tanto que pueda influir directamente en la génesis de la misma.

3.1.4 Aspectos centrales del análisis cualitativo.

Existen multitud de aspectos socioculturales que pueden influir en la génesis o en el desarrollo de los TP.

Aspectos tanto de tipo psicosocial , aquellos que tienen lugar en la experiencia privada de la persona, en su entorno más inmediato, y otros de tipo propiamente sociocultural, que tienen lugar en el entorno cultural y social general del que es participe una sociedad determinada, en este caso, nuestra sociedad.

Muchos de estos aspectos, sea cual sea su proveniencia, hacen referencia a cuestiones educacionales: modelos, pautas, aprendizajes, normas etc., que tienen lugar mediante la socialización y la interacción, ya sea en el ámbito familiar como en el entorno cultural a través de las instituciones y de la participación en la vida pública.

Otros, sin embargo, hacen referencia a cuestiones de "apoyo", es decir, al tipo de "apoyos" que pueden condicionar la evolución de la enfermedad y su pronóstico (elementos que también contribuyen a la definición de la misma), y que también pueden encontrarse en el entorno más inmediato y privado de la persona (siendo psicosociales), o tener lugar en el entorno social y cultural en el que se vive (socioculturales).

Para poder estudiar y analizar mejor estos aspectos, los he clasificado, además de en base a las categorías de psicosocial-sociocultural, en las siguientes categorías o tipos:

A) SEGÚN EL ORIGEN

– ASPECTOS PSICOSOCIALES:

Como he comentado anteriormente son los relativos a las experiencias privadas que tiene lugar en la vida social de una persona y que intervienen directamente en la formación de su personalidad, como serían por ejemplo los estilos educativos y relacionales en el ámbito familiar o aquellas experiencias e interacciones vividas en el proceso de socialización primaria.

Estos aspectos se diferencian de los segundos en que son únicos e irrepetibles en cada individuo, en que se muestran más accesibles de cara a la intervención y por tanto son más susceptibles al cambio, y en que han tenido lugar en un proceso de interacción sectorial dentro del devenir social de la persona. (Es decir, en un marco predefinido familiar, escolar, laboral, etc.)

– ASPECTOS SOCIOCULTURALES (propiamente dichos):

Por no tratarse de experiencias diferentes y variables entre los individuos, sino por tratarse de modelos de conocimiento, educación, adquisición de moralidad y valores que podemos considerar comunes y compartidos entre los individuos de un mismo contexto cultural, como por ejemplo los referentes a la conducta occidental.

Estos aspectos se diferencian de los anteriores en que afectan al conjunto de una determinada población, la tarea de intervenir sobre los mismos es compleja y de difícil acceso, y han tenido lugar en un contexto de interacción en el que las personas han participado de forma transversal a todas las circunstancias que han envuelto su ciclo vital.

B) SEGÚN LA NATURALEZA:

– FACTORES CAUSALES:

Los factores causales, estarían relacionados con la propia etiología de la enfermedad, y en el campo de la salud mental se habla de factores

predisponentes (que sientan las bases para que la patología pueda desarrollarse) y **precipitantes** (que activan el surgimiento de la misma).

Actúen de una u otra manera, dichos factores son merecedores de una especial atención y estudio que permita intervenir en la prevención y tratamiento de esta patología.

– **FACTORES CONDICIONANTES:**

Los factores condicionantes, son aquellos que influyen en la evolución, consecuencias y pronóstico de la enfermedad, como por ejemplo el grado de apoyo social/familiar que posea la persona, los recursos a los que pueda acceder etc.

Estos factores, podrán actuar a su vez como **“obstaculizadores”** (en la medida en que actúan potenciando las consecuencias negativas de la enfermedad), como por ejemplo la inexistencia de tratamientos o recursos de integración eficaces, siendo obstáculo para la recuperación de la persona, o como **“facilitadores”** (cuya función es frenar o contener dichas consecuencias disminuyendo así su alcance), como por ejemplo la existencia de servicios para la detección temprana de la patología).

El análisis que a continuación introduzco organiza por tanto los aspectos socioculturales en base a las siguientes categorías:

Aspectos socioculturales

- a) Psicosociales causales (predisponentes y precipitantes).
- b) Psicosociales condicionantes (obstaculizadores o facilitadores).
- c) Socioculturales causales (predisponentes y precipitantes).
- d) Socioculturales condicionantes (obstaculizadores o facilitadores).

Para ello he tratado de clasificarlos en el siguiente cuadro (a modo de

resumen) y de abordar una explicación sobre el papel que juegan los mismos y que permita identificarlos y tenerlos presentes de cara a la actuación profesional.

Cuadro 2: "Tipos de aspectos socioculturales"

ASPECTOS SOCIOCULTURLES			
FACTORES CAUSALES	PSICOSOCIALES		SOCIOCULTURALES
	PRECIPITANTES	EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA VIDA DE UNA PERSONA.	SITUACIONES ESTRESANTES A NIVEL AMBIENTAL (afectan al conjunto de la población) :
FACTORES PREDISPONENTES	EXPERIENCIAS INDIVIDUALES, DURADERAS Y GENERALIZADAS. AMBIENTES INVALIDANTES EN BASE A:	MODELOS DE CONOCIMIENTO, EDUCACIÓN, ADQUISICIÓN DE MORALIDAD Y VALORES COMUNES Y TIPOS DE ESTRUCTURA SOCIAL Y DE INTERACCIÓN COMPARTIDOS ENTE LOS INDIVIDUOS DE UN MISMO CONTEXTO CULTURAL y GENERADORES DE CONFLICTOS/ESTRES/MALESTAR SOCIAL E INDIVIDUAL:	
Situaciones estresantes que aumentan las posibilidades de que se desencadenen comportamientos desadaptativos y malestar interno/ sentimientos patológicos.	<ul style="list-style-type: none"> * Abusos sexuales * Acoso escolar * Maltrato físico / psicológico * Enfermedad * Pérdida de un ser querido. 	<p>*Ej.: Cambios en el mundo laboral.</p>	
Establecen modelos a imitar poco adaptativos y generadores de sentimientos patógenos, predisponen al desarrollo de patologías en personas que poseen cierta vulnerabilidad emocional o factores biológicos predisponentes.	<ul style="list-style-type: none"> * Sentimientos y actitudes parentales. - Abuso flagrante desaprobación del menor. - Considerar al menor como algo "problemático". - Seducción, explotación o engaño como instrumentos de educación del menor. - Ausencia de demostraciones de amor y apoyo parental. <ul style="list-style-type: none"> * Métodos de control del comportamiento parentales. - Métodos extremadamente punitivos. - Métodos de recompensa contingentes. 	<ul style="list-style-type: none"> * Interacción social basada en la competitividad entre individuos. * Infravaloración de las capacidades individuales en base a la consecución de "éxito, dinero, belleza, etc." * Inestabilidad o inexistencia de normas o valores culturales estables, guías de la conducta social e individual. 	

- Métodos incoherentes- ambivalentes.
- Métodos "sobre protectores".
- Métodos indulgentes.

***Estilos familiares de comunicación.**

- Ausencia de habilidades de "escucha".
- Mala organización de la expresión del lenguaje y pensamiento.
- No consideración de los sentimientos de los demás.
- Agresividad o pasividad, escasa asertividad.

***Contenidos de las enseñanzas.**

- Enseñadas exacerbadas de precaución ante el peligro "irreal".
- Infravaloración del valor individual del menor: enseñanzas de culpabilidad y vergüenza sobre el propio comportamiento.
- Condenar o reprimir comportamientos humanos "normales" en base a normas irrealistas: impulsos sexuales etc.

*** Estructura y dinámica familiar.**

- Ausencia de referentes con comportamiento "adulto".- Discordia y conflictividad en la vida familiar.
- Rivalidades entre hermanos "diferencias de trato en función a la edad o el sexo".

* Desintegración social, invalidez o contradicción de normas y objetivos reguladores, "desigualdades" en determinados grupos sociales.

*Ensalzamiento del individualismo, autosuficiencia, autonomía personal etc.

*Aumento del "tempus psíquico", entorno cambiante que requiere una rápida capacidad de adaptación.

* Estrés ambiental: incertidumbre y miedo ante el desconocimiento del futuro social.

* Pérdida de principios altruistas.

* Intromisión del estado en la vida y pérdida de "valor" de los principios y educación ético-moral individual/familiar.

*Reducción de la vida humana a ejes economicistas.

*Peligro real de destrucción masiva.

*Fuertes cambios en las relaciones y roles inter-sexos (disonancias psíquicas).

*Aumento de la esfera pública: constante búsqueda de reconocimiento social (redes sociales): histrionismo generalizado.

*Bienestar basado en consumismo, nacimiento de nuevas necesidades: impulsividad, baja tolerancia a la frustración.

*Pérdida de identidad laboral (trabajador

pierde relación con el producto que crea).

*Miedo a la vejez, muerte o enfermedad: sobrevaloración de la juventud.

*La "consolidación" de la vida familiar y laboral: aumento de los conflictos y disminución de la atención-educación a los menores. Aumento del estrés para la mujer.

* Incapacidad (políticas sociales) de satisfacción de necesidades básicas de la población: vivienda, trabajo, alimentación, atención sanitaria, educación.(Aumento del estrés, conflictividad y descontento generalizado).

* Ser mujer: estos trastornos afectan en mayor medida a mujeres, lo que tiene que ver además de con factores biológicos con otros de tipo sociocultural (roles, exigencias, cargas, presiones sociales etc.).

* La psiquiatrización: vivir en una sociedad que tiende a psiquiatrizarse conflictos emocionales propios de los tiempos vitales como infancia, adolescencia etc.

* Medios de comunicación: la influencia del comportamiento de los "personajes" públicos en la sociedad general.

FACTORES CONDICIONANTES	OBSTACULIZADORES	CARENCIAS DE APOYOS QUE LA PERSONA ENCUENTRA EN SU ENTORNO INMEDIATO:	CARENCIAS DE APOYOS QUE LA PERSONA/ FAMILIA ENCUENTREN EN SU MEDIO SOCIAL Y CULTURAL:
	<p>Condicionan el pronóstico favorable de la enfermedad ya que obstaculizan la integración de la persona o impiden la cobertura de sus necesidades (consecuencias) de la patología una vez diagnosticada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Escasa participación, implicación o apoyo del entorno inmediato (familiar). * Escaso conocimiento y herramientas del entorno para amortiguar las consecuencias negativas de la patología. Ej.: una familia que "evita" el afrontamiento de situaciones conflictivas permitiendo conductas desapropiadas. * Existencia de psicopatología en el ambiente o entorno familiar. Ej. Entorno con comportamientos impulsivos (consumo de drogas, delincuencia, abusos, etc.). * Bajo nivel de aceptación del problema en el entorno inmediato. Ej. creencia de que la persona afectada no va a cambiar, no comprender que tiene un trastorno, no tratarla con respeto e infravalorar sus capacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> * Entorno que brinda escasas oportunidades y recursos a la persona afectada de cara a la integración. (Vivienda, empleo protegido, servicios de acompañamiento, recursos formativos, de ocio y tiempo libre etc.). * Recursos poco especializados e ineficaces. Ej.: profesionales no formados en este diagnóstico y atención poco individualizada. * Idoneidad de las prestaciones y ayudas técnicas y económicas. * Dificultades de accesibilidad a los recursos: elevado coste, baja periodicidad de las citas, servicios sobresaturados etc. * Participación de las personas afectadas en la creación de recursos de atención: escaso asociacionismo, participación en la elaboración de recursos etc. * Desacuerdos profesionales en cuanto a los tratamientos y escasa coordinación e integralidad de los mismos. * Comunidad con prejuicios y estereotipos negativos que no facilita la integración: falta de sensibilización.

	<p style="text-align: center;">FACILITADORES</p> <p style="text-align: center;">Amortiguan las consecuencias negativas de la patología . Recursos o "apoyos" que facilitan la adaptación del individuo al entorno y la satisfacción de sus necesidades. Con ellos el pronóstico de la enfermedad es favorable.</p>	<p style="text-align: center;">APOYOS QUE LA PERSONA ENCUENTRA EN SU ENTORNO INMEDIATO:</p> <p>* Implicación, apoyo y participación del entorno inmediato.</p> <p>* Conocimiento de la patología y de estrategias, habilidades, herramientas de abordaje de las situaciones o conductas des-adaptativas del individuo.</p> <p>*Ambiente familiar "saludable".</p> <p>*Entorno aceptador del problema, colaborador y "congruente" en el trato hacia la persona afectada.</p>	<p style="text-align: center;">APOYOS QUE LA PERSONA/ FAMILIA ENCUENTREN EN SU MEDIO SOCIAL Y CULTURAL:</p> <p>* Oportunidades y recursos de integración para la persona/familia afectadas. (Facilidades para la obtención de vivienda (protegida o tutelada), itinerarios eficaces de inserción laboral, acompañamiento, ocio y tiempo libre etc.).</p> <p>* Recursos especializados: tratamiento individual del problema, profesionales formados en el diagnóstico.</p> <p>* Idoneidad de las prestaciones y ayudas técnicas y económicas.</p> <p>* Recursos accesibles a las personas afectadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Territorial (buena cobertura). - Costes (asequibles). <p>* Desacuerdos profesionales en cuanto a los tratamientos y escasa coordinación e integralidad de los mismos.</p> <p>*Comunidad sensibilizada con el problema, integradora y colaboradora.</p>
--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Principales vías de actuación desde la práctica del Trabajo Social.

3.2.1. Introducción.

Hasta aquí nos hemos adentrado en el universo del trastorno de la personalidad y hemos analizado cuáles son los aspectos sociales y culturales que podrían influir en su génesis (aparición, desarrollo o pronóstico).

El segundo objetivo de este estudio, como comenté en el apartado introductorio, consiste en la realización de un pequeño análisis sobre las distintas vías de actuación que a día de hoy se están llevando a cabo desde la disciplina del trabajo social con este colectivo de personas y que actuarían incidiendo en los aspectos socioculturales anteriormente descritos.

Con ello, me gustaría poder aportar a los y las trabajadoras sociales que (como yo) inicien su actividad en el ámbito de la atención al colectivo de personas afectadas por un TP, una explicación no sólo en sentido psiquiátrico y psicológico sobre la patología en cuestión, sino también acerca de la importancia social de la misma, y un acercamiento al terreno de la intervención que los profesionales del trabajo social llevan a cabo con este colectivo.

Además, a través de este acercamiento, espero que sea tarea fácil el visualizar si las diferentes actuaciones que se están llevando a cabo inciden e intervienen con los aspectos socioculturales antes nombrados.

Para ello, además de una búsqueda bibliográfica he utilizado la información obtenida en las entrevistas a profesionales antes mencionadas (ver anexos).

Algunos de estos profesionales eran Trabajadores Sociales, por lo que además de obtener información sobre los aspectos sociales y culturales (la cual he incluido en el análisis de los mismos) he obtenido información sobre la intervención que realizan.

La realización de las entrevistas me ha aportado mucha información sobre la intervención que se realiza, la finalidad de la misma, la forma en la que ésta considera e interviene con el entorno, los problemas o dificultades que conlleva etc.

Hay que tener en cuenta que estos elementos de intervención variarán en función del tipo de recurso o institución en que se llevan a cabo, es decir, por un lado describo la intervención que se realiza en un centro hospitalario (por lo que será una intervención socio-sanitaria), y por otro lado la que se realiza desde una organización del tercer sector (una asociación) dedicada a la atención psicosocial de las personas afectadas y sus familiares (en apoyo al tratamiento institucional).

Seguiré utilizando las siglas PSAv1 (anexo 1), TSAv2 (anexo 2), TSH (anexo 3), PSH (anexo 4), para su identificación en la ejemplificación de los resultados encontrados.

Además de las entrevistas, buena parte de la información que analizo e introduzco sobre la intervención la he obtenido durante la realización de mis prácticas de intervención (aprendizaje y observaciones personales) y la lectura de documentos profesionales (documentos de registro de información y documentos como memorias de la entidad, justificación de los proyectos etc.).

3.2.2. Acercamiento a la intervención profesional en el ámbito de TP:

3.2.2.1. Sobre el tipo de intervención que se realiza con el entorno sociocultural.

- La intervención con la unidad de convivencia.

En primer lugar, en relación a la intervención que se realiza con el entorno social o cultural de la persona afectada por un trastorno de personalidad (desde ambos recursos, sanitario-social), ésta se centra fundamentalmente en el trabajo con la unidad de convivencia de la persona, sea la pareja, la familia,

o ambas.

Tanto en la unidad hospitalaria del Hospital Nuestra Señora de Gracia como en la Asociación Avance, consideran que el apoyo del entorno y la implicación del mismo en el proceso de recuperación de la persona afectada por un TP es "clave" y condiciona el pronóstico o evolución de dicha recuperación (en caso favorable cuando el entorno se implica y sigue las recomendaciones de los profesionales).

Así la intervención familiar forma parte de los programas y actividades que se realizan desde ambos dispositivos de atención:

- TSAv2: *"(...) nuestro trabajo no sólo se centra en la persona con el diagnóstico sino que también presta asesoramiento y apoyo a los familiares y/o cuidadores, y nuestra función es proporcionarles herramientas adecuadas para actuar cuando se den situaciones complicadas de abordar".*

- PSAv1: *"(...) al menos es lo que se intenta, ya que para intervenir por ejemplo con el entorno más inmediato que es el medio familiar, ambas partes tienen que estar de acuerdo, y estar además motivadas para trabajar y ser constantes. La verdad es que cuantas más personas del entorno estén implicadas y coordinadas mejor calidad y resultados tendrá la intervención".*

-PSAv1: *"El ambiente social de la persona condiciona de manera determinante el desarrollo de este tipo de patologías. Un ambiente y un entorno social puede ser facilitador o puede ser un obstáculo en la adaptación de la persona. Por tanto dichos factores tienen una influencia directa en el pronóstico de la enfermedad".*

Desde la asociación "Avance", siendo ésta una asociación formada por familiares de personas afectadas por esta patología, la intervención familiar se enmarca dentro de un programa específico de **"atención al cuidador"**.

– **El rol del cuidador. Pacientes ocultos del TP.**

Sánchez y López (2009), explican que las familias de los pacientes con un TP realizan el papel de cuidadoras.

Estas familias suelen experimentar situaciones estresantes y de sobrecarga que afectan a su calidad de vida en general (física y psicológica), y generar problemas emocionales.

La convivencia con las personas afectadas por un TP afecta en la dinámica y en la vida familiar en numerosos ámbitos: desde la realización de las actividades diarias, a las propias relaciones personales, economía familiar, salud general de sus miembros, pérdida de vínculos con otros familiares, etc.

Las consecuencias en la salud de los cuidadores de las personas diagnosticadas de un TP son tan devastadoras que hacen que éstos constituyan un grupo de riesgo merecedor de atención y cuidado específicos.

A estas personas responsables de un sujeto dependiente se les denomina, desde hace tiempo, "pacientes ocultos".

Hay que tener en cuenta que el impacto que causa la enfermedad mental no afecta del mismo modo a los distintos miembros del núcleo familiar, puesto que cada componente desempeña un papel diferente, además, en función de las características personales, cada miembro se adapta a la situación según sus posibilidades, recursos y habilidades.

En este marco de referencia, se sitúan los programas y proyectos de la entidad, pretendiendo ser un recurso de promoción de la autonomía personal e integración social a disposición de la persona afectada por un TP y también a disposición de los cuidadores y familiares del mismo.

Este programa de "atención al cuidador" está específicamente dirigido a la atención de las necesidades de aquellos familiares o allegados que conviven

con una persona que posee un diagnóstico de TP, y dentro de él encontramos las siguientes actividades o servicios:

- **Punto de encuentro familiar:** Consiste en un grupo de ayuda mutua de familiares donde se realizan también las acogidas a nuevas familias.
- **Escuela de familias:** Un programa psicoeducativo para familiares y/o cuidadores que tiene como objetivo el mejorar la convivencia y calidad de vida de la unidad familiar. (Lo lleva a cabo la psicóloga de la asociación).
- **Servicio de “Respiro familiar”:** El cual consiste en la realización de actividades de ocio, culturales y/o lúdicas, exclusivamente dirigidas a familiares/cuidadores/allegados (cuya planificación y puesta en práctica la lleva a cabo la TS).

Además, dentro del **“Programa de Atención a los TP y sus familias”**, la atención a los familiares/ parejas/ entorno en definitiva se amplía mediante un servicio de información y asesoramiento psicológico y social individualizado.

Desde la unidad de hospitalización de TP (Hospital Nuestra Señora de Gracia), la atención a las familias es parte del programa de tratamiento, el cual incluye un estudio del entorno familiar del paciente y una posterior intervención conjunta con familia-paciente.

-TSH: “Se trata de una unidad que realiza un abordaje específico y global de la patología de la personalidad. No sólo atiende al paciente ingresado sino que además trabaja con el núcleo familiar con quien convive (padres, pareja etc.)”.

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

El estudio de la familia implica principalmente conocer cuál es la visión que posee la familia / pareja sobre el paciente en ese momento, el grado de conflictividad que hay en el entorno y también la vida y dinámica familiares.

-TSH: *"Se hace una valoración sobre la situación del paciente y la familia. Elaboramos el PIT y en él marcamos los objetivos que se trabajan"*.

Tras la realización del PIT (Plan individualizado de tratamiento), el equipo multidisciplinar se reúne y realiza una valoración conjunta (sobre las distintas áreas profesionales): *"diagnóstico orgánico, psiquiátrico, social y psicológico"* (TSH).

A través de esta reunión el equipo plantea una serie de pautas de trabajo que considera oportunas y posteriormente se comenta al paciente: *"el paciente decide entonces si se compromete y permanece en el programa"* (TSH).

Durante el programa de hospitalización, la trabajadora social lleva acabo un seguimiento del paciente y la familia, y se encarga de la planificación de los permisos, ya que *"estos tienen unos objetivos, una programación etc"* (TSH).

La profesional nos explica que planificación de los permisos de salida con el núcleo familiar es necesaria *"porque tienden a desmadrarse o a quedarse en la cama"* (TSH).

Finalizado el permiso la T.S realiza una revisión de la planificación y un seguimiento sobre la evolución del paciente y la familia.

Pasado el periodo de hospitalización, la T.S sigue realizando una intervención familiar-paciente conjunta, en base a una serie de seguimientos (la intervención se prolonga hasta los dos años posteriores a la hospitalización del paciente).

El psiquiatra de la unidad TP, nos cuenta que la intervención familiar es clave, puesto que *"la personalidad se forma en el ambiente en que te mueves, y si vuelves al mismo ambiente que te ha condicionado es más fácil que recaigas"* (PSH).

El entorno se considera un condicionante fundamental en la recuperación del paciente "el entorno puede llegar a ser tan malo o tan bueno, que puede ser que arrastre (predisponga) a un paciente a eso y también el que lo salva" (PSH).

Por este motivo lo que se trabaja con los familiares es fundamentalmente la comunicación hacia el paciente" *cómo tratarle, cómo poner pautas a ese comportamiento, es una intervención psicoeducativa centrada en la interrelación familia-paciente*" (PSH).

Esta intervención, sin embargo, no es fácil, ya que "aunque todas las familias tienen la mejor voluntad, estamos hablando de modelos educativos aprendidos de toda una vida, decirle a una madre que si es necesario tiene que denunciar a su hijo es muy difícil" (PSH).

La hospitalización del paciente se fundamenta en la necesidad de "apartar (lo) de ese medio en principio tóxico o condicionante (...), aislarlo de eso es fundamental porque se trabaja mejor"(PSH).

Lo importante es que de una u otra forma, la intervención familiar se considera necesaria, tanto en el sentido de "atención al cuidador", como desde la óptica de "tratamiento integral o global", entendiéndose que además del apoyo o asesoramiento familiar, el estudio de la situación y la intervención con objetivos sobre la misma es necesario.

- La intervención con los recursos del entorno.

Además de la intervención o atención hacia la unidad familiar, se interviene con el entorno social y cultural de la persona en relación a los recursos que existen en el mismo y también mediante la realización de actividades de sensibilización, promoción de la salud y participación en congresos o jornadas de salud mental (por ejemplo).

Uno de los objetivos es el desenvolvimiento de la persona/ familia dentro del mismo (para la resolución de las distintas necesidades socio-sanitarias que surjan), aunque al margen de esto, existen actividades de búsqueda de recursos para la propia entidad.

Además, desde ambos dispositivos, se trabaja para la inserción social y laboral de la persona afectada, o bien con programas específicos que hacen este servicio (en el caso de la asociación) o mediante la derivación (en el caso del centro hospitalario), a recursos de la comunidad.

La Trabajadora Social de Avance nos cuenta que tras el estudio de la situación paciente-familia y la realización del PIA, se ponen en marcha una serie de actuaciones que *"no se limitan a la tramitación de prestaciones económicas y demás gestiones burocráticas, sino (que consisten) en el adecuado uso de los recursos de la zona y los propios personales"* (TSAv2).

Además, se trabaja con los usuarios para su inserción social y laboral mediante actividades como *"desarrollo personal (...) técnicas e instrumentos para la búsqueda de empleo, (...) formación (formación profesional, entidad que gestionan formación, becas) imagen personal y auto cuidado (...); recursos socio sanitarios de interés (discapacidad, ayudas sociales de interés, derechos)"* (TSAv2).

Por otro lado y al margen de la intervención con los pacientes, la T.S social realiza otra serie de funciones: *"al margen de las personas, existen funciones de búsqueda de recursos económicos para la entidad a través de la solicitud de subvenciones, coordinación con entidades públicas y privadas del área de la discapacidad en general o de la salud mental en concreto, intervención en foros públicos, jornadas y actuaciones de sensibilización sobre la enfermedad mental"* (TSAv2).

También se contacta con las empresas que gestionan ofertas de empleo para

personas con discapacidad, facilitando el acceso a la entrevista de trabajo.

Además de estas funciones la T.S realiza actuaciones dirigidas a la sociedad general o a entidades concretas (como por ejemplo las realizadas para empresas de empleo, Congreso Andaluz de Voluntariado o Día mundial de la salud mental), a través de las cuales se procura dar *“información, sensibilización y visibilización de la entidad y el colectivo, para eliminar barreras y prejuicios que favorezca su integración”* (TSAv2).

La Trabajadora Social de la Unidad de Tratamiento TP (Hospital Nuestra Señora de Gracia), nos cuenta que *“además del trabajo con la familia, se trabaja con los recursos del entorno y con el desenvolvimiento de la persona dentro del mismo: inicio de cursos, búsqueda y mantenimiento de trabajo etc.”*, y que aunque en la actualidad no se esté llevando acabo, antes sí que hacían alguna charla en centros, trabajos para congresos etc.” (TSH).

En esta unidad se coordinan con recursos de Zaragoza, como La fundación Tranvía o Rey Ardid para la inserción socio-laboral de los pacientes (pisos tutelados etc.).

En cuanto a las dificultades de estos pacientes de cara a la inserción socio-laboral, cuentan los profesionales, *“todo depende del deterioro que esa persona haya tenido y su devenir”* (PSH).

En la realización de las entrevistas también aprovecho para preguntar a los profesionales sobre la cantidad, calidad etc. de los recursos existentes:

-*“No (hay suficientes recursos), y la escasez es que todavía es un diagnóstico relativamente reciente y aún se investiga la forma más adecuada de tratamiento. La escasez de recursos y la diferencia de opiniones en cuanto a la forma de tratar a estas personas pueden ser otros de los motivos.”* (TSAv2).

- *“Hasta hace también poco tiempo no se reconocía que la personalidad*

podiese ser cambiabile, es decir, se pensaba que la personalidad de una persona no se podía cambiar, por lo que no se encontraban tratamientos para dichas patologías (...), y porque aunque parezca mentira, a día de hoy es cuando se está empezando a tomar conciencia de este problema desde el sector público, y se está comenzando a sensibilizar a la sociedad.” (PSAv1).

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

Unidades como la nuestra hay en País Vasco, Madrid, Barcelona, Salamanca, Galicia y Castilla- La Mancha (que yo recuerde ahora mismo) y en el resto no hay” (PSH).

Además realizan algunas propuestas sobre el tipo de recursos que consideran necesarios.

- “Recursos específicos de personas con TP donde el equipo interdisciplinar se encuentre especializado y formado en este tipo de diagnóstico” (TSAv2).

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

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

Por supuesto serían necesaria la creación de todo tipo de recursos relacionados con la vivienda, acompañamientos terapéuticos, empleo, es decir, dirigidos a facilitar la inserción socio laboral de las personas afectadas por este tipo de patologías” (PSAv1).

- *“Los recursos tipo “piso tutelado”, son una muy buena opción para estas personas. Y por supuesto todo lo que respecta a la inserción social y laboral es de gran apoyo”* (TSH).

3.2.2.2 Sobre la opinión profesional acerca de la eficacia del tratamiento.

Los profesionales nos explican que no hay tratamiento como tal, que los fármacos se pueden utilizar únicamente para aliviar síntomas pero nada más.

Dicen que no suelen entender esta patología como una enfermedad, sino como una forma de ser global que es conflictiva, y que se “cura” cuando la persona se conoce, se entiende y se adapta al entorno en que vive (y el entorno en que vive a la persona). Para esto si que son necesarios unos recursos específicos y personal especializado en el trato de TP.

- *“Pensamos en él como en una forma de ser que ha tenido problemas a la hora de afrontar situaciones, pero que se puede recuperar”* (PSH).

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

Los profesionales piensan que lo que más les ayuda es hablar sobre pautas concretas del día a día, el sentido común, por ejemplo, hablar sobre los sentimientos que se tienen, forma de resolver las situaciones etc.

3.2.2.3 Sobre los objetivos de la intervención que realizan:

El objetivos de la intervención es conseguir que la persona recupere su proyecto de vida, que sea lo más autónoma posible, en definitiva, *“que la persona esté a gusto con sí mismo y con los demás, que sepa relacionarse, que se quiera desde el respeto etc.”* (PSH).

3.2.2.4 Sobre la intervención preventiva y nuevas vías de investigación sobre el TP.

Durante las entrevistas, pregunto a los profesionales si existe alguna actuación de tipo preventivo que sea posible hacer para frenar el impacto del TP en la sociedad y si consideran que estas actuaciones son necesarias.

- *“Supongo que sí, aunque no te se decir qué es lo que hay ahora mismo. A nivel preventivo suelen hacerse “escuelas de padres”, talleres socio educativo etc. Lo que sí está claro es que cuanto más información tenga la población sobre estos temas y más se trabaje mejor será el abordaje de ésta y todas las problemáticas de salud” (TSH).*
- *“En cuanto a actividad preventiva, no se puede hacer nada. Con la personalidad no se puede. Se puede hacer algo respecto a la detección precoz, pero ahí está el peligro de que se psiquiatrice todo. Y poner unas medidas reales de prevención sobre rasgos que puedan influir en TP, (...). No es factible, habría que controlarlo todo, otras especialidades médicas lo tienen más fácil (...) y no es conveniente llegar a ese tipo de regímenes (refiriéndose al control)” (PSH).*

Además, sabiendo que el entrevistado forma parte de la Sociedad Española para el Estudio del TP, le pregunto al finalizar la entrevista por la existencia de líneas de investigación sobre aspectos sociales y culturales del TP.

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

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

3.2.3. Síntesis del análisis cualitativo de las entrevistas.

Una vez reunida la información obtenida en las entrevistas, he realizado el siguiente análisis para comprender cuáles son los aspectos sociales y culturales sobre los que incide y tratar de visibilizar las principales vías de intervención desde nuestra disciplina.

En el siguiente cuadro aparecen sombreadas aquellas "áreas" o "factores" sobre los que considero que sí se está interviniendo desde nuestra disciplina (en el ámbito específico de TP) y el tipo de intervención que se hace:

Cuadro 3: "Intervención sobre los aspectos socioculturales que influyen en la génesis del TP"

FACTORES CAUSALES	ASPECTOS SOCIOCULTURLES		
	PRECIPITANTES	PSICOSOCIALES	SOCIOCULTURALES
		EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA VIDA DE UNA PERSONA.	SITUACIONES ESTRESANTES A NIVEL AMBIENTAL (afectan al conjunto de la población).
	FACTORES PREDISPONENTES	EXPERIENCIAS INDIVIDUALES, DURADERAS Y GENERALIZADAS.	MODELOS DE CONOCIMIENTO, EDUCACIÓN, ADQUISICIÓN DE MORALIDAD Y VALORES COMUNES Y TIPOS DE ESTRUCTURA SOCIAL Y DE INTERACCIÓN COMPARTIDOS ENTE LOS INDIVIDUOS DE UN MISMO CONTEXTO CULTURAL.
FACTORES CONDICIONANTES	OBSTACULIZADORES	CARENCIAS DE APOYOS QUE LA PERSONA ENCUENTRA EN SU ENTORNO INMEDIATO	CARENCIAS DE APOYOS QUE LA PERSONA/ FAMILIA ENCUENTREN EN SU MEDIO SOCIAL Y CULTURAL
	FACILITADORES	APOYOS QUE LA PERSONA ENCUENTRA EN SU ENTORNO INMEDIATO	APOYOS QUE LA PERSONA/ FAMILIA ENCUENTREN EN SU MEDIO SOCIAL Y CULTURAL



TIPO DE INTERVENCIÓN	CONDICIONANTES PSICOSOCIALES	CONDICIONANTES SOCIOCULTURALES
	Prevención primaria: Disminuir las complicaciones, intensidad, gravedad de los casos actuales.	-INTERVENCIÓN FAMILIAR -APOYO O ATENCIÓN AL CUIDADOR

Fuente: elaboración propia.

Es decir, si analizamos la intervención que realizan los profesionales con el entorno en función al tipo de aspecto sobre el que actúan, nos damos cuenta de que se está interviniendo tanto en el plano psicosocial como en el sociocultural desde una perspectiva “rehabilitadora” (prevención terciaria), es decir, con los aspectos de naturaleza condicionante (aquellos que determinan el pronóstico de la patología una vez desarrollada).

Los aspectos psicosociales (relaciones y apoyos en el ámbito familiar o entorno inmediato), se entienden como condicionantes para la adaptación y evolución de la persona.

Se trabaja sobre ellos mediante la intervención familiar (como parte del proceso y compromiso de tratamiento institucional) y mediante actuaciones de acompañamiento o apoyo al cuidador.

Con ello se pretende aumentar el apoyo que tiene la persona en el entorno inmediato y hacer que éste sea lo más eficaz posible, eliminando los “obstáculos” que existan en dicho entorno y puedan dificultar la adaptación de la persona.

El objetivo de esta intervención familiar es potenciar esos condicionantes para que actúen como “facilitadores” y no como “obstaculizadores” en la recuperación de la persona afectada y procurar que el entorno no se debilite durante el proceso (apoyo a los cuidadores).

Los aspectos socioculturales (apoyos u obstáculos que la persona pueda encontrar en su entorno social/cultural), de naturaleza también condicionante, se trabajan mediante:

Intervención con la persona/ familia:

- * Asesoramiento e información sobre recursos: conocimiento y desenvolvimiento de la persona/familia en el entorno.
- * Inserción social/laboral: aumento de las habilidades de adaptación de la persona al entorno y aprovechamiento de los recursos existentes.

Intervención con el entorno social y cultural:

- * Contacto con recursos y entidades para aumentar las oportunidades de las personas afectadas de cara a facilitar su inserción.
- * Actuaciones de formación, visibilización del colectivo y sensibilización con

el problema dirigidas a la sociedad general: para eliminar barreras, prejuicios y estereotipos y mejorar la adaptación de las personas afectadas.

Como vemos, todo este tipo de actuaciones se llevan acabo desde una perspectiva rehabilitadora orientada a la recuperación y a la mejora de las condiciones de vida de la persona/ familia afectadas.

La intervención de cara a los aspectos socioculturales (en general) de naturaleza causal, es decir, la intervención preventiva (primaria y secundaria), se realiza de forma puntual y en un plano secundario, mediante la realización de jornadas, charlas formativas de prevención y promoción de la salud mental, detección precoz etc.

Ese es el área de intervención que se queda más "cojo", aunque considero que se debe a que los recursos entrevistados son específicos y dirigidos al colectivo de personas afectadas y sus familias (por lo que la intervención es rehabilitadora).

Al preguntar a los profesionales acerca de la existencia de actuaciones orientadas a la prevención de estos trastornos a nivel social, me cuentan que no conocen o no saben si existen y que generalmente los programas de educación para la salud se realizan de forma general (no para la prevención de la patología TP en concreto).

También me hablan sobre la dificultad de abordar estos trastornos mediante una intervención preventiva, ya que, como hemos visto, los aspectos que influyen son tantos y tan diversos que pretender un control sobre los mismos es algo demasiado complejo y hasta cierto punto poco conveniente.

Por este motivo pienso que nuestra profesión se enfrenta a un gran reto: el diseño de una intervención de prevención de la salud mental a nivel global, cultural, cuyo objeto sea el estudio y detección de aquellos elementos culturales (estilos de vida, creencias, valores, normas etc.) que repercutan en la salud social y psíquica de la población general y el diseño de estrategias de abordaje sobre los mismos.

Aunque supongo que esto se está realizando desde multitud de programas de prevención y promoción de la salud, considero necesario que se lleven a cabo seminarios y encuentros entre grupos de profesionales (asociaciones, instituciones públicas etc.), que trabajen en el ámbito de los TP y a través de los cuales se trabaje para:

1. Definir y diseñar el tipo de recursos comunitarios que se estiman necesarios de cara al tratamiento de los TP.
2. Realizar un estudio intensivo que pueda dar una explicación más acertada sobre el tipo de influencia que los aspectos sociales y culturales pueden llegar a tener a medio y largo plazo , visualizar una serie de estrategias, y diseñar las tan necesarias actuaciones y soportes sociales eficaces.
3. Igualmente, aprovechando la incipiente preocupación a nivel público por el aumento de este tipo de patologías sería momento de que los profesionales de la intervención social iniciásemos numerosas campañas de sensibilización .

Para concluir y en vistas a que la información y análisis realizados aporten alguna propuesta de cara a la práctica profesional (pese a la gran complejidad que implica la misma), en el siguiente cuadro he intentado recoger aquellas vías (generales) de intervención que considero serían eficaces sobre estos aspectos si se realizasen de forma coordinada, dentro de un programa de prevención de la salud mental general.

Las vías de intervención que considero necesarias para abordar los aspectos sociales y culturales implicados en la génesis de esta patología son:

1. Protección del menor: Diseño y aplicación de estrategias de protección hacia el menor.

La infancia y la adolescencia constituyen los dos grupos de riesgo fundamentales de cara a una intervención preventiva, por ser los más vulnerables a las prácticas educativas e influencias culturales.

Por este motivo considero que la única intervención posible que permita ejercer

un control a estas influencias ambientales (sin pretender una intromisión en la esfera privada o familiar y respetando la diversidad de maneras en la cuestión educativa), sea aumentar y reforzar el alcance y eficacia de los programas y dispositivos orientados a este fin (principalmente desde el ámbito educativo público).

Igualmente, fomentar las actitudes tolerantes, la cooperación, el refuerzo mutuo etc en los centros educativos y perseguir todos los ejercicios de intolerancia y de violencia por parte de los menores (especialmente la discriminación racial y el acoso escolar) son dos de las actuaciones que en mi opinión resultarían eficaces desde un punto de vista preventivo.

En el apartado de anexos he incluido una propuesta de tríptico informativo con algunos consejos educativos que considero importante apliquen padres y profesores. (Ver Anexo 5).

2. Protección a las familias: Diseño y aplicación de estrategias de protección a las familias.

De igual forma, las familias deben ser otro de los colectivos hacia los que dirigir las estrategias de intervención, por ser el principal soporte educativo para los menores y cargar con la mayor parte de responsabilidad en su desarrollo psico-afectivo.

Facilitar a los padres y tutores las herramientas necesarias para un correcto abordaje de los conflictos intra-familiares y fomentar su implicación en el proceso de desarrollo del menor (implementando políticas que favorezcan y apoyen el desarrollo de sus competencias parentales), es desde mi punto de vista una inversión de futuro en cuestión de "salud social".

Consideraría incongruente el reconocimiento social de responsabilidades y obligaciones parentales hacia los menores si se niega por otros cauces la posibilidad de cumplimiento de los mismos (refiriéndome a políticas laborales y económicas).

3. Reducción de los estresores ambientales: Diseño y aplicación de estrategias de reducción de los estresores ambientales.

Cuando el modelo de progreso/desarrollo social implica la creación de nuevas y constantes necesidades en las personas y alienta a la competencia continua entre las mismas , el grado de estrés en la población aumenta considerablemente.

La salud social de la población dependerá del grado en que los individuos consigan satisfacer dichas necesidades.

Estudiar las necesidades e implementar el desarrollo de políticas eficaces para su resolución sería la mejor forma de conseguir un clima de bienestar y cohesión social.

En vistas a la "dificultad" que supone el realizar estas actuaciones para nuestros políticos, la mejor manera de reducir el estrés generalizado será intentar que la propia población sea quien:

- escoja cuáles van a ser sus necesidades/ preocupaciones (reales).
- diseñe , cree y aplique sus propias medidas para satisfacerlas.

Pienso que una de las principales vías de actuación desde nuestra disciplina es el facilitar el encuentro entre las personas, sus necesidades y problemas compartidos y el fomentar el desarrollo de sus capacidades e inquietudes como ciudadanos activos, partícipes en la vida pública y comprometidos con el bienestar de su comunidad.

4. Detección de elementos nocivos para la salud: estudio y detección de elementos nocivos para la salud mental en el entorno social-cultural y diseño de estrategias.

Como hemos visto, existen numerosos aspectos presentes en nuestra cultura y sociedad que influyen en la salud mental de los individuos (estilos de vida generalizados, modelos de pensamiento, influencias de los Medios de Comunicación Social en los prototipos de comportamiento etc).

No es función del T.S decidir el tipo de hábitos , costumbres u obligaciones que los ciudadanos quieran asumir en su libertad individual, pero sí fomentar el tipo de reglamentos y contratos sociales que promuevan la salud general.

Entre otros, los Medios de Comunicación Social me parecen un punto de "mira"

fundamental de cara a la prevención de la salud mental general, por la gran influencia que tienen sobre los estados anímicos de la población, los estilos de comportamiento, los modelos o prototipos físicos que transmiten...

A través de los MCS se persuade y manipula la sensación de bienestar de los individuos incentivando las necesidades consumistas y se desprestigian las capacidades y virtudes humanas no materiales, la integridad y el bienestar psicológico de la población general se convierte en un arma al servicio de la economía: un grave delito, en mi opinión, contra la salud pública.

Pienso que es hora de que estos instrumentos asuman la gran responsabilidad educativa que poseen y comiencen a implicarse en la cuestión sanitaria y social.

Sensibilizar a la población sobre este tipo de aspectos y perseguir la asunción de las responsabilidades de los MCS con/para la población (especialmente infantil) es parte de nuestro cometido como trabajadores al servicio del bienestar social.

5. Diseño y creación de recursos: en base a las necesidades sociales detectadas.

En los siguientes cuadros introduzco algunos ejemplos para cada vía de intervención propuesta (cuadro 4) y recojo cuáles serían finalmente las principales vías de intervención con los aspectos socioculturales en general.

En el siguiente cuadro introduzco algunos ejemplos para cada vía de intervención:

Cuadro 4: “Vías de intervención para la prevención de la salud mental (TP)”

FACTORES CAUSALES	PRECIPITANTES	PSICOSOCIALES EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA VIDA DE UNA PERSONA.	SOCIOCULTURALES SITUACIONES ESTRESANTES A NIVEL AMBIENTAL (afectan al conjunto de la población).
	FACTORES PREDISPONENTES	EXPERIENCIAS INDIVIDUALES, DURADERAS Y GENERALIZADAS.	MODELOS DE CONOCIMIENTO, EDUCACIÓN, ESTILO DE VIDA Y VALORES COMUNES Y TIPOS DE ESTRUCTURA SOCIAL Y DE INTERACCIÓN COMPARTIDOS ENTE LOS INDIVIDUOS DE UN MISMO CONTEXTO CULTURAL



TIPO DE INTERVENCIÓN: Prevención secundaria y terciaria.	FACTORES CAUSALES PSICOSOCIALES PREVENCIÓN SECUNDARIA: Trabajo con los grupos de riesgo y detección precoz de los problemas de salud. 1. Diseño y aplicación de estrategias de protección hacia el menor: -Actuaciones de sensibilización y defensa de los derechos de la población infanto- juvenil. - Fomento de hábitos de vida	FACTORES CAUSALES SOCIOCULTURALES PREVENCIÓN TERCIARIA: Trabajo con la población general para la reducción del malestar psicosocial. 1. Diseño y aplicación de estrategias de reducción de los estresores ambientales: -Fomento del asociacionismo, participación y cooperación ciudadana para resolución de problemáticas sociales (compartidas). - Fomento de hábitos saludables de vida: ocio y tiempo libre, reducción de la utilización y consumo de psicofármacos, técnicas y habilidades resolución de conflictos emocionales. - Actuaciones de sensibilización con la enfermedad mental.
--	---	---

saludables.

- Diseño de estrategias para la detección / tratamiento de situaciones de riesgo desde los centros educativos (abusos, maltratos). Especialmente la detección de las situaciones de discriminación y acoso escolar.

- Fomento del desarrollo psicológico , emocional, social de los niños/as desde los centros educativos (asesoramiento en políticas educativas):

Habilidades básicas de desarrollo social/emocional:

- * Tolerancia a la frustración.
- * Autoestima.
- * Autonomía / asunción de responsabilidades.
- * Inteligencia emocional/ empatía.
- * Creatividad.
- * Habilidades sociales.
- * Normas/ valores morales y sociales.

- Fomento de la atención individualizada al menor desde el centro escolar.

2. Diseño y aplicación de estrategias de protección a

- Fomento de la solidaridad/ cooperación ciudadana.

2. Estudio y detección de elementos nocivos para la salud mental en el entorno social-cultural y diseño de estrategias: creencias y valores culturales.

-La influencia de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías en el comportamiento.

- La intrusión de valores economicistas (éxito, eficacia, eficiencia, autosuficiencia etc.) en el terreno educativo.

- El tratamiento a los trabajadores.

- El tratamiento de la infancia y juventud.

- El tratamiento de la vejez, enfermedad, dependencia desde los medios de comunicación social.

- El tratamiento de la imagen, cuerpo, belleza.

- La orientación de progreso/ desarrollo humano en nuestra cultura.

3. Diseño y creación de recursos en base a las necesidades sociales.

-Asesoramiento y participación en la elaboración de políticas sociales.

- Defensa y reivindicación de los derechos humanos, sociales y de la justicia social.

- Diseño y aplicación de programas de promoción de la salud psíquica y social de la población general.

- Búsqueda de alternativas para la gestión de los recursos.

las familias:

- Asesoramiento psicoeducativo a padres y familias:

- Sobre utilización de las nuevas tecnologías: Internet, redes sociales etc.

- Estrategias de resolución de conflictos en el ámbito familiar.

- Educación sexual / drogas.

- Educación en desarrollo de habilidades emocionales/ sociales.

- Defensa de los derechos de las familias: conciliación de la vida familiar/laboral.

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 5 : “Principales vías de intervención desde la práctica del T.S”

	ASPECTOS PSICOSOCIALES	ASPECTOS SOCIOCULTURALES
FACTORES CAUSALES	<ul style="list-style-type: none"> - Protección a la infancia. - Protección a las familias. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reducción de los estresores ambientales. - Detección de elementos nocivos para la salud en el entorno social y cultural. -Asesoramiento, participación y creación de recursos.
FACTORES CONDICIONANTES	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención familiar dentro del programa de tratamiento de TP. -Actuaciones de apoyo y atención al cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento social y laboral a familias y personas afectadas por TP. - Inserción social y laboral: aumento de las habilidades de adaptación de la persona al entorno y aprovechamiento de los recursos existentes. - Contacto con recursos y entidades para aumentar las oportunidades de las personas afectadas de cara a facilitar su inserción. - Actuaciones de formación, visibilización del colectivo y sensibilización sobre las problemáticas de salud mental dirigidas a la sociedad general para eliminar barreras y mejorar la adaptación de las personas afectadas.

Fuente: elaboración propia.

IV.-CONCLUSIONES

Para finalizar introduzco este apartado que voy a dedicar a la realización de una serie de conclusiones a las que he llegado durante el proceso de estudio y recopilación de los distintos contenidos expuestos, tanto en relación con la propia temática y objetivos del mismo como en relación a los aprendizajes y dificultades que he encontrado en su elaboración.

4.1. Sobre la influencia de aspectos socioculturales en la génesis y desarrollo del TP.

Existen multitud de aspectos socioculturales implicados en la génesis o desarrollo de los trastornos de la personalidad.

Estos aspectos, pueden diferenciarse en primer lugar en función a su naturaleza (papel que ejercen o forma en la que influyen), pudiendo ser causales (como parte de la etiología), o condicionantes (aspectos que favorecen u obstaculizan el desarrollo o evolución del trastorno).

Además, estos aspectos se pueden diferenciar también por su origen (contextual), siendo de tipo psicosocial ,cuando se encuentran en el entorno inmediato de la persona y forman parte de sus experiencias vitales únicas , privadas, o sociocultural (propriadamente dicho), cuando están presentes en el medio sociocultural comúnmente compartido por los individuos de un contexto determinado.

Dentro de los aspectos de naturaleza causal (factores causales), existen algunos que funcionan como predisponentes (cuando consolidan unas condiciones favorables para el desarrollo de la patología), como es el caso de las experiencias duraderas o generalizadas o las normas y valores culturales, o como precipitantes (cuando un hecho o circunstancia determinada en el entorno social de la persona acelera, desenmascara o impulsa el desarrollo de la misma), como las experiencias traumáticas y las situaciones estresantes a

nivel ambiental.

En cuanto a los aspectos de tipo condicionante (factores condicionantes), encontramos los llamados “facilitadores” (cuando influyen y determinan de forma favorable la evolución y pronóstico de la enfermedad), y los “obstaculizadores” (los que entorpecen el pronóstico de la misma, hacen que su evolución sea menos favorable).

Ejemplos de ésto serían la existencia (o no) de una red de apoyo en el entorno inmediato de la persona, los recursos especializados que haya para atender la problemática etc.

En resumen, los aspectos socioculturales (psicosociales y socioculturales), pueden ser de naturaleza causal (precipitante o predisponente), o de naturaleza condicionante (facilitador u obstaculizador).

Sobre los aspectos psicosociales.

- Los aspectos de tipo psicosocial son los que gozan de un mayor reconocimiento tanto en los diversos manuales teóricos sobre el Trastorno de la Personalidad como en el terreno del tratamiento e intervención. En general, los factores psicosociales causales hacen referencia a las experiencias vitales de las personas: experiencias duraderas y generalizadas (el proceso de socialización, las relaciones, educación y dinámicas familiares etc.), o experiencias traumáticas (abusos sexuales, maltratos y otro tipo de situaciones generadoras de malestar).
- Según numerosos autores, los aprendizajes, la educación y el trato que la persona recibe en su entorno inmediato (generalmente familiar), pueden predisponer a la consolidación de personalidades patológicas: aquellas que resultan conflictivas e inadaptadas a los entornos socioculturales predominantes y constantemente acarrear problemas que conllevan consecuencias negativas para la vida de la persona.
- Los profesionales afinan más y concretan que normalmente, estos estilos

perjudiciales tienen la característica común de ser cambiantes y confusos en la comunicación, es decir, nos encontramos con familias que poseen un patrón inconstante en el establecimiento de límites. También es perjudicial si existen diferencias en los estilos o patrones educativos de ambos educadores. La persona interioriza una tendencia a no aceptar ni adaptarse a los límites por su creencia de que los límites son cambiantes y nunca se mantienen estables. Uno de los prototipos más comunes es: padre "florero" y madre "sobre protectora".

- Las experiencias traumáticas pueden entenderse como una causa precipitante para el desarrollo de un TP, pero no explicarían su surgimiento, más bien desenmascaran las carencias adaptativas de la personalidad de la persona que las padece (lo ponen de manifiesto). Algunos pacientes tratan de "ocultarse" tras estos episodios, pero la realidad es que se trata de un problema mucho más global: también existen personas que superan tales experiencias sin desarrollar un TP. En concreto, parece ser que los TLP son el tipo de trastornos de la personalidad en el que más abundan este tipo de experiencias en las historias de vida de los pacientes.
- En relación a los aspectos psicosociales condicionantes, decir que el apoyo/implicación del entorno inmediato de la persona (familia, pareja) en el proceso de recuperación, condiciona favorablemente la evolución o el pronóstico de la patología: el grado en que el entorno siga las recomendaciones de los profesionales es un factor clave.
- Otro factor condicionante del entorno es también el grado de apoyo con que cuentan las familias (entornos inmediatos) de las personas que poseen un Trastorno de la Personalidad. Los familiares / parejas etc. que conviven en su día a día con estas personas son los denominados "pacientes ocultos". Una correcta atención hacia los mismos hace que sus

labores contribuyan en forma positiva a la recuperación de la persona.

Sobre los Aspectos socioculturales.

- Los aspectos socioculturales (causales) propiamente dichos, es decir, los modelos de conocimiento, educación, adquisición de moralidad y valores que podemos considerar comunes y compartidos entre los individuos de un mismo contexto cultural, como por ejemplo los referentes a la conducta occidental, están hoy en día siendo reconsiderados y replanteados entre los teóricos ambientalistas, y podrían brindar una explicación contundente al aumento acusado de este tipo de patologías en las últimas décadas, aunque se trata de simples “especulaciones”.
- Estos aspectos hacen referencia a los cambios constantes observados desde el término de la II Guerra Mundial , y pueden simplificarse en: la expansión del neoliberalismo en todos los campos de la vida económica, cultural y social y el avance de los Mass Media y las nuevas tecnologías (con la consecuente transformación de las relaciones sociales).
- Las consecuencias de estos cambios en relación a su influencia en la formación de la personalidad individual son:
 1. La postmodernidad ha traído consigo la consolidación de una estructura social que lejos de servir como marco estable para la formación del individuo-personalidad, se ha convertido en un continuo cambiante, cuyas características exigen el desarrollo de numerosas habilidades y capacidades en los individuos de forma inmediata.
 2. Esta necesidad de inmediatez provocaría lo que muchos autores han denominado “estrés ambiental”: nos encontramos en una sociedad cuyo ritmo de cambio es estresante, implica un funcionamiento elevado de las capacidades humanas y acorta los tiempos y ritmos naturales de adaptación

que en la historia ha tenido nuestra especie ("aceleramiento del tempus psíquico").

3. Ante esta necesidad de adaptación inmediata, aquellas estructuras de personalidad consolidadas bajo unos patrones estables y asentados que han permitido al individuo adquirir cierta identidad personal, sentir el apoyo de un grupo o comunidad y adquirir una serie de habilidades de afrontamiento de las distintas circunstancias emocionales y sociales necesarias para la vida (tolerancia al malestar, habilidades sociales, resolución de conflictos, habilidades emocionales, capacidad crítica y de reflexión, autoestima etc) , tendrán menores dificultades para afrontar estas exigencias con éxito.

Sin embargo, aquellas personalidades que, bajo una predisposición biológica o no, se hayan construido en entornos inestables , invalidantes (sobre-protectores), represores con la experiencia privada, contradictorios en normas y mensajes, ineficaces en la transmisión de una moralidad de base o de un sentido de pertenencia e identidad , de apoyo o contención incondicional etc., podrían ser en cierto modo más vulnerables a la presión social y ambiental y desarrollar estilos patológicos (poco adaptativos y generadores de malestar) de conducta y comportamiento en su intento por sobrevivir.

4. Las manifestaciones de personalidad/conducta desadaptativas que encontramos son entre otras: intolerancia a la frustración, conductas evitativas, miedo al abandono, conductas antisociales, dependencia emocional, incapacidad para tomar decisiones, necesidad de reconocimiento y autoafirmación constante ante los otros , obsesión por el control, la perfección o la apariencia, incapacidad de establecer relaciones sociales normalizadas, y en definitiva, concepción poco realista (según edad, cultura etc.) del "sí mismo", los demás y del mundo y las situaciones vitales.

5. La expansión del neoliberalismo ha traído consigo la llamada "crisis de valores": la sociedad se rige por una lógica puramente mercantil, competitiva,

individualista, superficial, materialista, y ante esta avalancha, poco lugar queda para la construcción de una ética compartida que apueste por la solidaridad, cooperación, respeto, tolerancia etc., valores todos ellos necesarios para la vida en sociedad. La ética se diluye, se vuelve un conjunto de “relativos” utilizados en base al propio interés.

6. Esta “permisividad social” es la que se traduce en un aumento progresivo de personalidades conflictivas. En muchas ocasiones, sobretodo cuando hablamos del Trastorno Límite de Personalidad, no se trata de diagnósticos certeros. Se trata de jóvenes o niños “mal-educados”. El problema de base es una educación ineficaz en la transmisión de dicha ética o moral (sentido común). Son situaciones que se han “ido de las manos” a los padres o educadores. Personalidades intolerantes, caprichosas, carentes de responsabilidad, empatía y un largo etc., es decir, personalidades creadas a imagen y semejanza de nuestra sociedad actual.

Pero también son personalidades faltas de “sentido”, de entendimiento sobre sí mismos y el mundo que les rodea, que experimentan un gran vacío existencial y sufrimiento internos. A ésto se une la “psiquiatrización” que reina actualmente en nuestra sociedad: todo lo que no es bueno es porque está enfermo...

Realmente existe mucha más violencia en la calle que en la realidad de la enfermedad mental, y muchos más casos de personas “mal-educadas” que afectadas por una patología como el TP. Es decir, quizás este aumento de la patología se deba a la existencia de “pacientes falsos” .

7. Un aumento de los conflictos emocionales: tanto por el estrés y competitividad cotidianos en la vida de las personas, como por la intolerancia al malestar y la carencia de habilidades de afrontamiento. En nuestra sociedad los conflictos emocionales surgen de forma casi cotidiana, pero no encuentran mecanismos de contención naturales (familiares, amigos etc.) e interpretan el malestar como una enfermedad, abarrotando las consultas médicas,

psicológicas etc. Se trata de problemas emocionales, necesarios y naturales en la vida de toda persona. Sin embargo se pretende y reclama la inmediatez: el hombre ha de ser productivo al 100% en todo momento, al igual que una máquina, o no es "útil".

En definitiva, más de lo mismo, la población general no posee desarrollada la tolerancia al malestar, ni las habilidades necesarias para la resolución de los conflictos personales por sí mismos, dentro de la intimidad.

Muestra de ésto es lo acontecido en relación a la última edición del DSM V (próxima traducción en nuestra lengua), el cual incluye como trastornos mentales los cambios de humor en los niños y los procesos de duelo entre otros...

8. Otra consecuencia de los cambios de la post-modernidad es la influencia de los Medios de Comunicación Social (MCS) en la transmisión de valores y de modelos de referencia y comportamiento. Los MCS juegan un papel importante en este sentido: proporcionan a la sociedad una serie de modelos de referencia. Nuestros medios de comunicación no muestran modelos de referencia de buenas conductas, actos solidarios, aportaciones intelectuales, compromisos sociales, excelencias laborales, educativas, artísticas etc. Para resumirlo de una forma más coloquial, nuestros medios de comunicación muestran como "modelos de referencia" personalidades histriónicas, carentes de empatía y compromiso social, de moralidad, humanismo, de esfuerzo intelectual etc.

9. Además no podemos olvidar la influencia de las redes sociales : han traído consigo un aumento abrumador de la "esfera pública" de los individuos y la renuncia a gran parte de la intimidad personal, afectiva y social. Se trazan cada vez interacciones más superficiales, a través de la "pantalla", la "imagen", "la fachada". Se sobrestima la cantidad de "relaciones sociales" en vez de la "calidad " de las mismas. Como consecuencia encontramos personalidades cada vez más histriónicas, más "hacia afuera", más "dependientes" y

necesitadas de reconocimiento social , más pobres en la interacción directa con las personas.

10. Todo este tipo de características van consolidando las coordenadas de ésta nueva cultura postmoderna en cuestión de valores: autosuficiencia, competencia, individualismo, imagen, cuerpo, juventud, belleza, dinero, éxito y un largo etc., son las aspiraciones que se “contagian” a la masa poblacional.

- Además de estos aspectos socioculturales (causales) existen otros que influyen en la evolución y recuperación de la persona una vez diagnosticado un TP, a modo de condicionantes, como serían: los recursos existentes: calidad, cantidad, grado de especialización, accesibilidad etc.

4.2 Sobre las principales vías de intervención en la práctica del Trabajo Social.

La intervención que se realiza en la actualidad:

La intervención que se realiza con el entorno social o cultural desde los dispositivos especializados en la atención a la patología de T.P, se centra fundamentalmente en el trabajo con la unidad de convivencia de la persona afectada, sea la pareja, la familia, o ambas y en el trabajo con los recursos del entorno y el desenvolvimiento de la persona en los mismos.

Si analizamos estas intervenciones en función al tipo de aspecto sobre el que actúan nos damos cuenta de que se está interviniendo tanto en el plano psicosocial como en el sociocultural desde una perspectiva “rehabilitadora”, es decir, de prevención terciaria (con los factores condicionantes).

- Los aspectos psicosociales (relaciones familiares, influencia del entorno y apoyo social), se trabajan mediante la intervención familiar. El objetivo de esta intervención es potenciar esos condicionantes para que actúen

como “facilitadores” y no como “obstaculizadores” en la recuperación de la persona afectada y lo hacen desde una perspectiva o bien de “tratamiento integral”, o bien de “atención al cuidador”.

- Los aspectos socioculturales (apoyos u obstáculos que la persona pueda encontrar en su entorno social/cultural) se trabajan mediante la intervención con la persona y su entorno mediante actuaciones de: asesoramiento e información sobre recursos (conocimiento y desenvolvimiento de la persona/familia en el entorno) e inserción socio-labora (aumento de las habilidades de adaptación de la persona al entorno y aprovechamiento de los recursos existentes). También se trabajan mediante la intervención directa con el medio social y cultural: contacto con recursos y entidades para aumentar las oportunidades de las personas afectadas de cara a facilitar su inserción y actuaciones de formación, visibilización del colectivo y sensibilización con el problema dirigidas a la sociedad general : para eliminar barreras, prejuicios y estereotipos y mejorar la adaptación de las personas afectadas.
- La intervención de cara a los aspectos socioculturales (en general) de naturaleza causal, es decir, la intervención preventiva (primaria y secundaria), se realiza de forma puntual y en un plano secundario, mediante la realización de jornadas, charlas formativas etc.
- En relación a los recursos, el hecho de tratarse de un diagnóstico relativamente reciente y que aún se investiga la forma más adecuada de tratamiento pueden ser algunos de los motivos para explicar la gran falta de recursos específicos para la atención a este colectivo, unido a la reciente preocupación social de las instituciones públicas por el aumento de la patología.
- Para mejorar la atención a este colectivo, sería necesario mejorar la

atención a nivel ambulatorio y que las citas médicas con especialistas psicólogos y psiquiatras tuviesen mayor periodicidad. Además, el tipo de atención sanitaria en general debería estar enfocado de una forma más integral, incluyendo a la familia y al entorno de la persona. También sería interesante el aumento de los dispositivos de hospitalización de día y que en ellos se incluyese la posibilidad de hospitalización parcial. Y por supuesto sería necesaria la creación de todo tipo de recursos relacionados con la vivienda, acompañamientos terapéuticos, empleo, es decir, dirigidos a facilitar la inserción socio laboral de las personas afectadas por este tipo de patologías.

Las principales vías de intervención con los aspectos socioculturales:

Las vías de actuación que considero principales desde la práctica del trabajo social de cara a la intervención con los aspectos socioculturales en general son:

1. Con los factores o aspectos de tipo condicionante: la intervención familiar, la atención al cuidador, el trabajo con los recursos del entorno, la inserción social y laboral, la sensibilización y desestigmatización de cara a facilitar la inserción de las personas afectadas.

2. Con los factores o aspectos de tipo causal: actuaciones preventivas de protección dirigidas a la población infanto-juvenil, actuaciones preventivas de protección a las familias, actuaciones dirigidas a la reducción de los estresores ambientales (cooperación y participación ciudadana en la resolución de problemas), a la detección de elementos nocivos para la salud mental en el medio sociocultural (fomento de la responsabilidad social), y el asesoramiento, creación y diseño de recursos en base a las necesidades detectadas.

Algunas propuestas de mejora de cara a la intervención.

- Se hace muy necesario promover seminarios y encuentros entre grupos de

profesionales (asociaciones, instituciones) que trabajen en el ámbito de los TP , para :

1. Definir y diseñar el tipo de recursos comunitarios que se estiman necesarios de cara al tratamiento de los TP.
2. Realizar un estudio intensivo que pueda dar una explicación más acertada sobre el tipo de influencia que los aspectos sociales y culturales pueden llegar a tener a medio y largo plazo , visualizar una serie de estrategias, y diseñar las tan necesarias actuaciones y soportes sociales eficaces.
3. Igualmente, aprovechando la incipiente preocupación a nivel público por el aumento de este tipo de patologías sería momento de que los profesionales de la intervención social iniciásemos numerosas campañas de sensibilización y prevención.

4.3 Dificultades encontradas y aprendizajes adquiridos durante la realización del trabajo.

- Necesidad de acotar el tema de la investigación: desde el principio no fui consciente de lo “amplio” que era el tema y he tenido muchas dificultades para conseguir sintetizar bien toda la información (he necesitado invertir mucho más tiempo del que creía necesario en un primer momento).
- Necesidad de realizar una correcta búsqueda de bibliografía y saber en qué fuentes encontrar la información y cómo seleccionar y acotar la bibliografía seleccionada: no ha sido fácil encontrar la bibliografía sobre un tema tan específico, por lo que considero necesario de cara a nuevos trabajos realizar con anterioridad a la elección del tema un “rastreo”.
- Necesidad de valorar la fiabilidad de la información obtenida.
- Necesidad de realizar un planteamiento coherente y una exposición clara de la información: me ha resultado muy difícil organizar bien la información y no repetir los contenidos.
- Necesidad de preparar bien las entrevistas y en caso de que sean muy complejas avisar a los profesionales y “pasarles ” las preguntas antes

para que puedan prepararlas o en su caso diseñar entrevistas menos estructuradas.

V.- BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Belloch, A ., Fernandez-Álvarez, H . (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.

Bermúdez, M.J., Pérez, G.A., Ruíz, C.J., Sanjuán, S.P. & Rueda, L.B. (2003). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Grafo S.A.

Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

Contini de González, E. (2006). Multiculturalismo y psicopatología: Perspectivas en Evaluación Psicológica. *Psicodebate*, 3, 91-106.

Escribano, T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1 , 4-20.

Instituto de Mayores y Servicios sociales. (2006). Documento de Consenso : Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid.

Lineham, M. (2005) . *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

Martín, M. F. (2006) . Cambios sociales y trastornos de la personalidad postmoderna. *Papeles del psicólogo*, 2 , 1 -7.

Martínez, I.A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista complutense de educación*, 13, 617-643.

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Pérez, U.A., Santos, G.J., Molina, R.M., Rubio, L.V., Carrasco, P.J., Mosqueira, T. I., & Romero, E.F. (2001). Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 1-11.

Rubio, V., Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier

Sánchez, M. N., y López, M^aJ. (2009). Síntomas psicopatológicos en familias cuidadoras de un enfermo con trastorno de personalidad. *Apuntes de psicología*, 1, 79-86.

Webgrafía:

Preguntas y respuestas sobre la enfermedad mental (s.f). Recuperado 7 de Julio de 2013, de <http://www.afesasturias.org/informaciones4.html>.

Qué son los Trastornos de la Personalidad (s.f). Recuperado 20 de Junio de 2013, de <http://www.avance-tp.org/>.

Tipos de Trastornos de la Personalidad (s.f). Recuperado 21 de Junio de 2013, de <http://www.avance-tp.org/>.

Fases y Tratamiento (s.f). Recuperado 21 de Junio de 2013 de <http://www.avance-tp.org/>.

