

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de ciencias psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Importancia de la participación de la familia de un Paciente
Trastorno Límite de la Personalidad como parte del equipo
de trabajo en el proceso terapéutico, Práctica realizada en
Iglesia Cristiana Verbo zona 19**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Heidy Noemí Girón

Guatemala, marzo 2013

**Importancia de la participación de la familia de un Paciente
Trastorno Límite de la Personalidad como parte del equipo
de trabajo en el proceso terapéutico, Práctica realizada en
Iglesia Cristiana Verbo zona 19**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Heidy Noemí Girón (**estudiante**)

Licda. Cristina Rodas (**tutora**)

Lic. Mario Salazar (**revisor**)

Guatemala, marzo 2013

Autoridades de Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica y Secretaria General

M.A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decana



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Girón, Heidy Noemí
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: Importancia de la participación de la familia de un Paciente Trastorno Límite de la Personalidad como parte del equipo de trabajo en el proceso terapéutico, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.


Ljeda Elizabeth Herrera
Decano Facultad Ciencias Psicológicas.





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala, 24 de noviembre 2012.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Importancia de la participación de la familia de un Paciente Trastorno Límite de la Personalidad como parte del equipo de trabajo en el proceso terapéutico, Práctica realizada en Iglesia Cristiana Verbo Zona 19, presentado por la estudiante: Girón Heidi Noemí, quien se identifica con número de carné 0808623 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 16 de febrero 2013.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Importancia de la participación de la familia de un Paciente Trastorno Límite de la Personalidad como parte del equipo de trabajo en el proceso terapéutico, Práctica realizada en Iglesia Cristiana Verbo Zona 19, presentado por la estudiante: Girón Heidy Noemí, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor de Estilo



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala a los veintitrés días del mes de febrero año dos mil trece.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: :
Importancia de la participación de la familia de un Paciente Trastorno Límite de la
Personalidad como parte del equipo de trabajo en el proceso terapéutico, Práctica
realizada en Iglesia Cristiana Verbo Zona 19, presentado por la estudiante: Girón Heidy
Noemí previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y
Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la
Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la
impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera Quiroz
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: “Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo”.

Dedicatoria/Agradecimiento

Dedico este proyecto primeramente a Dios, mi madre y mis hijos.

A Dios porque es el centro de mi vida y porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome la fortaleza para continuar. Él ha sido mi padre, mi hermano, mi amigo y mi esposo.

A mi madre, quien fue un pilar fundamental para que yo pudiera estudiar mi carrera con la tranquilidad que mis hijos estaban bajo su cuidado. A quien admiro por su fortaleza y valentía, y quien ha sido mi apoyo y mi sostén toda mi vida. Dios te bendiga, muchas gracias por todo.

A mis hijos, Jose Carlos y Pablo Andrés quienes son mi inspiración y motivación para los esfuerzos que he hecho en mi vida por superarme en mi formación personal y académica, y quienes al final han tenido que soportar sacrificios debido a esos esfuerzos. Los amo.

A mis tíos maternos y a mis primos, en especial a Victor Manuel y Ruth Paola, y todos aquellos amigos que creyeron en mí y de quien recibí siempre una palabra de ánimo en seguir adelante. Y que de una u otra forma siempre estuvieron cerca para apoyarme y animarme a continuar hasta terminar.

A mis compañeros de estudio, en especial a Kimberly, Margarita, Christiam, Nancy y Diana por su apoyo académico, pero sobre todo por permitirme compartir con ellas momentos únicos e inolvidables en el transcurso de mi carrera.

A todos aquellos que contribuyeron en mi formación académica y profesional: a mis catedráticos, quienes compartieron conmigo sus conocimientos a lo largo de mi educación universitaria; a las autoridades de Iglesia Cristiana Verbo zona 19, quienes durante el transcurso de mi carrera me brindaron su apoyo y confianza para poder realizar mis prácticas y a Banco Industrial, por todos

los beneficios y apoyo que recibí de parte de la misma, y porque no solo ha sido mi lugar de trabajo durante los últimos años, sino un lugar de aprendizaje y crecimiento personal.

Sin duda hay muchas otras personas de las que he recibido mucho y de las que, aunque no están citadas, quiero transmitirles mi gratitud.

Finalmente, deseo plasmar en este trabajo un recuerdo especial a mi padre, quien siendo Ingeniero egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala estoy segura estaría orgulloso de que yo fuera una profesional.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii

Capítulo 1

Planteamiento del problema

1.1 Descripción de la realidad de la problemática	1
1.2 Objetivo General	2
1.3 Objetivos Específicos	2

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1. Definición del Trastorno Límite de la Personalidad	3
2.2 Criterios Diagnósticos	4
2.3. Áreas de la persona que se ven afectadas más directamente por el TLP	5
2.4 Trastorno Límite de la Personalidad y Entorno Sociofamiliar	6
2.5 La convivencia familiar con un paciente con TLP	8
2.6 Papel de la familia en el tratamiento de un paciente TLP	8
2.7 Familias y prácticas de salud mental	9

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Tipo de Investigación	12
3.2 Área de Investigación	14
3.3 Población	14
3.4 Instrumentos Diagnósticos	25
3.4.1 Test Proyectivos	26
3.4.2 Test de la Figura humana	26
3.4.3 Test de la Persona bajo la lluvia	26

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Historia del Paciente	27
4.2 Resultado de Pruebas aplicadas	28
4.3 Impresión Diagnostica	29
4.4 Discusión de Caso	30

Conclusiones	32
--------------	----

Recomendaciones	33
-----------------	----

Referencias	34
-------------	----

Anexos

Resumen

El presente trabajo hace referencia a la importancia que tiene el involucramiento de la familia de un paciente con rasgos de personalidad límite. Así mismo se presentan las áreas de la persona que se ven afectadas por el Trastorno Límite de la Personalidad, así como la manera que puede ser la convivencia con un familiar con rasgos de dicho tipo de personalidad, haciendo mención acerca de los síntomas, creencias y emociones que pueden producirse en familiares y allegados por la interacción con la persona con rasgos de personalidad límite.

Finalmente se hace mención de algunas prácticas de salud mental para las familias, partiendo de la idea de que el Trastorno Límite de la Personalidad es una enfermedad relacional y que no existe duda de la importancia del apoyo de la misma al momento de iniciar un tratamiento.

Introducción

Muchas personas desconocen el Trastorno Límite de la Personalidad, como en el caso de familias existen las cuales, no están conscientes de que muchos de los comportamientos perturbadores de un familiar con los que tienen que lidiar diariamente se tratan de síntomas o rasgos de un Trastorno Límite de la Personalidad. Parece común que los familiares no tengan acceso a información acerca de lo que sucede y las habilidades existentes que auxilien a enfrentar la enfermedad de su familiar, o bien; la ayuda necesaria para aliviar la tensión y proporcione herramientas para obtener una vida funcional tanto a nivel personal de su familiar, como a la familia completa.

La estigmatización del Trastorno Límite de la Personalidad puede llegar a influir y afectar las relaciones tanto de familiares como de amigos. Puede darse que la persona afectada se vea capaz y sana, por lo que los familiares tendrán diferentes opiniones de lo que podrá esperarse del paciente, mientras que para un paciente el cual se sienta amenazado y vulnerable; el tener a sus familiares en contra no le es útil; y es donde se encuentra la necesidad de que la familia cuente con una orientación consolidada. Esto quiere decir que todos los familiares deben estar implicados en la toma de decisiones de una manera unánime y sólida.

Capítulo 1

Planteamiento del Problema

1.1 Descripción de la realidad de la problemática

La convivencia en la familia se ve afectada cuando hay una persona que, de alguna manera, no se adapta o no encaja con el resto del sistema familiar. Y este desajuste entre paciente y familia se convierte en un círculo vicioso que se refuerza con cada interacción y que parece no tener salida. Así, el sistema familiar se descompensa porque, unos acaben cediendo, otros acaban volviéndose cada vez más rígidos y estrictos y otros se apartan en la medida de lo posible.

Los familiares de las personas afectadas por este trastorno se sienten impotentes y confusos ante el actuar del familiar. No entienden qué le ocurre, qué están haciendo mal en su vida, o qué podrían cambiar con tal de mejorar la situación que padecen.

En este sentido, las personas con trastorno límite de personalidad suponen, en la mayoría de los casos, una alta carga emocional para los miembros de la familia, situación que se agrava especialmente cuando aparecen amenazas e intención suicida.

Los padres frecuentemente se sienten culpables y al mismo tiempo afectados, de manera significativa, y en algunos casos suelen confundirlo con rebeldía y no obediencia a los mismos.

Por lo que parece fundamentarse la importancia de una intervención psicoeducativa en las familias donde un miembro de la misma es diagnosticado con Trastorno Límite de la Personalidad.

Por lo anterior, surge la pregunta de investigación

¿Qué importancia tiene la participación de la familia en el proceso terapéutico de un paciente que padece de Trastorno Límite de la Personalidad?

1.2 Objetivo General

Dar a conocer la importancia de la participación de la familia de un paciente con TLP como parte del trabajo en el proceso terapéutico.

1.3 Objetivos Específicos

Orientar a la familia sobre el comportamiento que presenta la paciente que sufre de rasgos de un Trastorno Límite de la Personalidad.

Proporcionar tanto a la familia como a personas cercanas a la misma, la información necesaria acerca de las características de un Trastorno Límite de Personalidad para poder tener así una visión más clara de los comportamientos que puedan darse en la paciente con rasgos de este trastorno.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Definición del Trastorno Límite de la Personalidad

Berkowitz y Gunderson (2009) refieren que el trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP) es uno de los trastornos de personalidad más frecuente en poblaciones clínicas. Su manejo y tratamiento son uno de los retos más difíciles con los que se encuentra la salud mental. En la práctica clínica diagnosticar los TLP no resulta sencillo y la impresión general es que se infradiagnóstica o que, incluso, se diagnostica erróneamente.

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2004) indica que la característica esencial del TLP es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos. Lo más frecuente es que estas características se manifiesten al inicio de la etapa adulta y estén presentes en muchos ámbitos de la vida de la persona. El trastorno límite de la personalidad causa un malestar significativo y genera desadaptación social, ocupacional y funcional general. Este trastorno está asociado a elevadas tasas de comportamientos autodestructivos, como son las tentativas de suicidio y los suicidios consumados.

El TLP es hoy en día considerado como un síndrome complejo y heterogéneo que surge de la necesidad de categorizar un conjunto de pacientes que presentan un claro patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal, una marcada impulsividad e ira inapropiada, que no encajan dentro de los síndromes tradicionales.

2.2. Criterios Diagnósticos

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2004), los criterios que debe cumplir una persona para ser diagnosticada con TLP son los siguientes:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
- (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- (6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y raras veces unos días)
- (7) Sentimientos crónicos de vacío.
- (8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej. muestras frecuentes del mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

2.3 Áreas de la persona que se ven afectadas más directamente por el TLP:

Escribano (2006) enumera las siguientes áreas que son afectadas en una persona que padece de TLP, describiéndolas de la manera siguiente:

Aspectos Comportamentales: Algunos de los síntomas conductuales que se observan con mayor frecuencia en personas con TLP son: niveles elevados de inconsistencia e irregularidad, niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad, estados de ánimo contrarios y su equilibrio emocional se encuentra en un estira y encoge, comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio, conducta paradójica en sus relaciones interpersonales (a pesar de buscar la atención y el afecto, lo hacen de un modo contrario y manipulativo, lo cual suscita el rechazo), excesivamente dependientes de los demás, excesivamente dependiente de los demás; sentimiento aterrador acerca de la soledad, comportamientos frecuentes dirigidos a protegerse de la separación, así como frecuente chantaje emocional y actos de irresponsabilidad.

Aspectos Cognitivos: Como emociones contrarias, pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás e incluso hacia sí mismo, falta de propósitos para estabilizar sus actitudes o emociones, incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento, lo cual produce una regresión a un pensamiento cuasi psicótico, con ideas paranoides y síntomas disociativos; falta de un sentido estable de quiénes son, sentimientos de vacío, pensamientos anticipatorios de abandono y todo lo que implica tener una autoimagen insegura, temor excesivo a que las desprecien. Las personas significativas para la persona con TLP se mueven entre la idealización y la devaluación repentina, suelen regresar a etapas del desarrollo cuando se ven en situaciones estresantes (por lo que los niveles de tolerancia a la ansiedad, el control de impulsos y la adaptación social se vuelven inmaduros), se observan frecuentes autorreproches, autocastigos y autocríticas, inestabilidad emocional, dificultades para mantener un sentido estable de su identidad, con sensaciones crónicas de vacío y aburrimiento y constante predicción del abandono por parte de alguien querido, lo cual les lleva a manifestar ansiedad, culpa, depresión y hostilidad.

Aspectos Fisiológicos: Se pueden observar frecuentes cambios, desde la normalidad a la depresión o a la excitación, desde la euforia hasta la apatía más intensa, es decir, no adaptan sus estados de ánimo a la realidad y el estado de ánimo dominante suele ir acompañado por sus correspondientes reacciones fisiológicas, como por ejemplo: la apatía o el abatimiento, pero cuando pierden el control dan paso a expresiones contrarias, como agitación o excitación física. La característica principal es la impulsividad; tanto el temperamento como las acciones presentan un carácter voluble e irreflexivo, con síntomas de hiperactividad, labilidad y distraibilidad extremas.

2.4 Trastorno Límite de la Personalidad y Entorno Sociofamiliar

Asimismo el Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2006) nos refiere si nos imaginamos a dos personas con la misma predisposición genética. Uno de ellos criado en una familia estructurada y el otro en una familia que no puede proveerle de los cuidados suficientes a nivel económico, educacional, emocional y psicológico. Es evidente que éste último tendrá más dificultades para desarrollar las mismas habilidades necesarias para controlar sus impulsos o canalizarlos a actividades socialmente aceptadas.

Caballo y Camacho (2000) indican que como resultado de un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o vulnerabilidad en el desarrollo del TLP, los factores etiológicos propuestos se pueden sintetizar en seis grupos: tres corresponderían a una naturaleza medioambiental, los cuales ofrecen los siguientes datos:

- 1) Separación o pérdida parental: Entre un 37% y un 64% de los pacientes TLP informan haber vivido importantes separaciones o pérdidas en la infancia.
- 2) Implicación parental alterada: Los pacientes con TLP normalmente perciben la relación con sus madres como altamente conflictiva, distante o sin ningún compromiso o entrega afectiva. Sin embargo, la ausencia del padre o su falta de implicación es un aspecto incluso más decisivo que los problemas que pueda tener la persona con su madre. Por otro

lado, el hecho de no mantener adecuadas con ninguno de los padres, es un factor más específico y patogénico para el trastorno que tener enfrentamientos con uno solo.

- 3) Abuso en la infancia: Tanto el abuso físico como sexual en la infancia son relativamente comunes en pacientes diagnosticados con TLP, aunque, en general, el primero de ellos no es significativamente más frecuente al compararse con sujetos controles.

Algunos estudios familiares han señalado que los pacientes con TLP han crecido en familias con elevados niveles de conflicto, gran expresividad emocional, elevados niveles de hostilidad y dificultades comunicativas, los cuales pueden iluminar el conocimiento de posibles factores que intervienen en el desarrollo y/o mantenimiento del TLP.

Sin pretender etiquetar los tipos de disfunciones relacionales en las familias de un paciente TLP, de acuerdo a lo investigado es posible identificar algunos patrones específicos y características que se repiten con frecuencia, como por ejemplo: estilos de crianza con insuficiente protección, con excesivo control, inconsistencia en cuanto cuidados se refiere, falta de apego y en algunos casos maternidad no deseada o bien, con fines egocéntricos.

Así como es habitual encontrar alguna psicopatología en los padres y contextos de violencia, abusos o carencias materiales. Las relaciones familiares son conflictivas y hostiles y poseen una alta expresividad emocional y escasa capacidad de empatía. Sin embargo, aunque éstas características se repiten con frecuencia; es posible estos pacientes procedan de familias con un buen funcionamiento previo.

En cuanto al entorno social, observamos que las personas que sufren TLP presentan una tasa de desempleo muy elevada, a pesar de sus aparentes capacidades sociales e intelectuales, pero la inestabilidad emocional, el miedo al rechazo y al fracaso y la impulsividad hacen que les resulte muy difícil mantener la estabilidad laboral. Por otro lado, su círculo relacional es muy reducido, con relaciones amistosas, pero superficiales, en las que el miedo al rechazo los vuelve especialmente vulnerables, provocando que entren en conflictos relacionales y personales.

2.5 La convivencia familiar con un paciente con TLP

De igual manera Caballo y Camacho (2000) refieren que vivir con un familiar con TLP no es fácil y puede convertirse en una carga mayor que la de asumir el cuidado de un familiar con una enfermedad física grave. Los familiares suelen expresar con frecuencia sentimientos de:

- Ansiedad y miedo, especialmente ante las conductas más arriesgadas que suponen peligro físico o real ante los comportamientos autodestructivos.
- Rabia, en respuesta a los roces que surgen en la convivencia diaria (ej. En respuesta a ataques de ira de los pacientes o las acusaciones o recriminaciones frecuentes)
- Estigma/aislamiento, cuando los familiares viven por y para el familiar que presenta el trastorno, intentando resolver crisis tras crisis, abandonando amigos y relaciones sociales.
- Duelo, los pacientes con TLP son personas con dificultades para adaptarse y presentar nuevos niveles de funcionamiento psicosocial. Sin embargo, estas dificultades no son aparentes o fácilmente observables. Por el contrario, en muchos casos son personas con grandes habilidades, recursos, inteligencia y atributos positivos. Sus déficits no son fácilmente apreciables y se manifiestan sólo en determinadas circunstancias. Por este motivo, a sus familiares y personas allegadas les cuesta llegar a reconocer estos “déficits emocionales” y comprender que han de renunciar a muchas de las expectativas que para sus hijos se habían creado (por ejemplo, terminar una carrera universitaria, fundar una familia, entre otros) Y estas reacciones de duelo pueden expresarse de muy diversas formas (rabia, tristeza, incompreensión, entre otros)

2.6 Papel de la Familia en el Tratamiento de un paciente TLP

Berkowitz y Gunderson (2009) hacen referencia a que muchas familias no están conscientes de que, los inquietantes comportamientos de un familiar con los que tienen que luchar todos los días son en realidad los síntomas del Trastorno de Personalidad Límite. Siendo la realidad que la persona a la que ellos aman está afectada emocionalmente y probablemente en peligro. Muchos terapeutas no les dicen a sus familiares que su paciente cumple con los requisitos de un TLP, cuáles son los síntomas y como puede afectarles, por lo que es muy común que los familiares no

tengan acceso a una información adecuada, a habilidades que les ayuden a enfrentar la enfermedad de su paciente o a la ayuda necesaria para aliviar la tensión y que los guíe a encontrar un camino que le dé una vida funcional a su familiar. Resultando importante explorar los límites que existen entre los diferentes subsistemas dentro del sistema familiar: parental, conyugal, fraterno, entre otros. Para así iniciar a trabajar con ellos nuevas propuestas, introducir nuevas normas, límites los cuales sean flexibles pero claros e intentando enfocar las rutinas hacia realidades sean más atractivas que les haga su vida más fácil.

Así mismo Berkowitz y Gunderson (2009) indican que las intervenciones con la familia del paciente TLP puede que se limiten a reuniones periódicas en un contexto psicoeducativo y de apoyo, donde se obtiene información acerca del paciente y por otro lado la familia es informada. La integración de la familia constituye una pieza clave para conseguir una favorable evolución en los pacientes diagnosticados con TLP. Entre los objetivos del trabajo conjunto a la familia, puede mencionarse:

- Mejorar el pronóstico de la enfermedad
- Modificar el estilo relacional
- Estructurar las relaciones familiares
- Reducir el clima de “alta tensión”
- Fomentar la empatía y la comunicación
- Crear un ambiente familiar moderador

2.7 Familias y Prácticas de Salud Mental

Berkowitz y Gunderson (2009) parten de la idea de que el TLP es una enfermedad relacional y no existe duda de la importancia de la red del o de la paciente a la hora de iniciar un tratamiento. Por ejemplo, la práctica de la entrevista familiar es una técnica muy frecuente en la práctica clínica contemporánea con personas con TLP, de las cuales se mencionan las siguientes:

- a) Transformación de la queja en problema: Muchas de las familias tienden a tener dificultades en transformar una queja en un problema. La metáfora sugerida es que “los

problemas tienen solución y esa solución requiere compromiso de realizar acciones, mientras las quejas no”.

- b) La psicoeducación como una redefinición: Este es un modo de democratización del saber (empowerment) donde el saber propicia también el cambio. Proveer información sobre la enfermedad modifica la relación entre el profesional, pacientes y familiares, debido a que la definición del problema proporciona una base común de comunicación y permite el establecimiento de metas y objetivos compartidos.

La psicoeducación es una herramienta que, a través de brindar información valiosa –tanto a los familiares como a los pacientes- permite adquirir cierta sensación de dominio sobre un proceso vivido como caótico y aparentemente ingobernable. El modelo psicoeducativo postula la necesidad de generar la capacidad de afrontar con la mayor eficiencia posible las manifestaciones o las alteraciones conductuales de un determinado trastorno o enfermedad.

En sentido amplio, Apfelbaum y Gagliesi (2004) refieren que esto no implica sólo el conocimiento de las características, evolución, pronóstico y formas de abordaje terapéuticos de un determinado trastorno. Comprende principalmente la generación de una serie de habilidades, entre las cuales se encuentran: la aceptación del problema; la identificación de las manifestaciones y de los factores probablemente relacionados a su aparición, exacerbación o mantenimiento; formas de entender las manifestaciones de la enfermedad; y modos de acción que ayuden a hacer frente con la mayor eficacia posible a dicha problemática.

- c) La reducción de la Emoción Expresada: La alta emoción es un factor de riesgo de recaídas e indica el nivel de actitudes críticas, hostiles y de sobre involucramiento que poseen los familiares de una persona afectada por una enfermedad de evolución crónica y se mide a través del número de comentarios que expresan los familiares y allegados de un o una paciente en una entrevista semi-estructurada. Por lo que Apfelbaum y Gagliesi (2004)

indican la importancia sobre el involucramiento en el TLP, la cual en apariencia es, un recurso de atención hacia el o la paciente.

- d) La Aceptación: La tradición gestáltica, la propone como “primer paso del cambio”, el cual opera a través de dejar fluir nuestros sistemas de afrontamiento de los problemas, sin lucha, intentando desautomatizar los pensamientos y respuestas inmediatas, como un sistema de exposición; en donde aceptar significa aprender a sentir y a no hacer aquello a lo que nos impulsan nuestros pensamientos y sensaciones, para pensar y actuar más asertivamente.

- e) Entrenamiento en habilidades: En la mayoría de los casos, los pacientes TLP y sus familiares y allegados llegan exhaustos, desesperanzados y desorientados. Por lo que derivado de lo anterior, existen programas de habilidades interpersonales para ayudar a los pacientes y sus vínculos a mejorar su estilo de vida a partir de un cambio sustentable. Para lo cual existen procedimientos que consisten en: observación del hábito, observación de las consecuencias, proponer nuevas, pensar en las ventajas y desventajas de poner en práctica nuevas habilidades, pensar en la posibilidad del fracaso y practicar y reevaluar.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo Cualitativo. El cual, Hernández; Fernández y Baptista (2010) indican que al igual que el enfoque cuantitativo se guía por áreas o temas significativos de investigación. En este tipo de investigación pueden desarrollarse preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes, y después, para refinarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” y no siempre la secuencia es la misma, varía de acuerdo con cada estudio en particular.

- a) Aunque ciertamente hay una revisión inicial de la literatura, esta puede complementarse en cualquier etapa del estudio y apoyar desde el planteamiento del problema hasta la elaboración del reporte de resultados.
- b) En la investigación cualitativa con frecuencia es necesario regresar a etapas previas.
- c) La inmersión inicial en el campo significa sensibilizarse con el ambiente o entorno en el cual se llevará a cabo el estudio, identificar informantes que aporten datos y nos guíen por el lugar, adentrarse y compenetrarse con la situación de investigación, además de verificar la factibilidad del estudio.
- d) En el caso del proceso cualitativo, la muestra, la recolección y el análisis son fases que se realizan prácticamente de manera simultánea.

Otras cualidades del enfoque cualitativo

Hernández, Fernández y Baptista (2010) describen otras cualidades referentes al enfoque cualitativo, como lo son:

- Se plantea un problema, pero no se sigue un proceso claramente definido.
- Se inicia examinando el mundo social y en este proceso se desarrolla una teoría coherente con los datos, de acuerdo con lo que se observa qué ocurre.
- Las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir; y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general.
- En la mayoría de veces, no se prueban hipótesis, éstas se generan durante el proceso y van refiriéndose conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.
- El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y punto de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos).
- Se utilizan técnicas para recolectar datos, como lo son la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e introspección con grupos o comunidades.
- El proceso de investigación es más flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría.
- Evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad.
- Se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos.
- Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades.
- El investigador se introduce en las experiencias de los participantes y construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado.

- Puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y anotaciones.

3.2 Área de Investigación

El lugar de práctica fue en Iglesia Cristiana Verbo zona 19 ubicada en 7ª. Av. 21-24 zona 5 de Mixco, Col. 1ero. De Julio. Es una institución privada que brinda orientación espiritual a los miembros de la misma.

3.3 Población

Durante la práctica se atendieron a jóvenes de sexo femenino entre las edades de 20 y 25 años, no todas pertenecen al grupo de jóvenes. Sin embargo en su mayoría fueron referidos por líderes de la congregación, debido a que llevan tiempo de asistir a la iglesia y han tenido la oportunidad de conocer sus historias y apoyarlas en determinado momento en el área espiritual.

El caso que se menciona en este trabajo es el de un paciente la cual se presenta a consulta por motivo de la inestabilidad emocional con relación a su ex pareja. No siendo la única área donde presenta inestabilidad, sino poseyendo así mismo, dicha inestabilidad en su autoimagen y afectividad.

La paciente presenta una notable impulsividad en diversos contextos, como por ejemplo en sus relaciones de pareja, de amistad, de familia, entre otros.

Así mismo, se pudo identificar, de acuerdo a su historia clínica y resultado de la pruebas; que ha sido y es capaz de realizar grandes esfuerzos para evitar algún tipo de abandono ya sea real o imaginario de otra persona. Y el percibir una posible o real separación, un rechazo, o

desequilibrio de alguna estructura o apoyo externo provoca en la paciente cambios tanto en sus pensamientos, como en su percepción, su comportamiento y su autoimagen.

La paciente presenta un estado incómodo y negativo cuando siente encontrarse sola, ya sea físicamente o emocionalmente incluso aunque esto ocurra por periodos cortos de tiempo. Demostrando dependencia de personas cercanas a ella y teniendo bajo nivel de tolerancia, demostrando molestia, enojo y hasta rabia contra las mismas en momentos de frustración por ejemplo: tiende a mostrar respuestas o reacciones inesperadas, los cuales consisten en cambios repentinos de humor o explotar emociones, tanto positivas como negativas. Por lo que pareciera sus sentimientos variarían rápidamente en calidad e intensidad de un momento a otro.

De igual manera es importante mencionar que durante las entrevistas e historia clínica pudo conocerse antecedentes de autoagresión, etapas en las cuales sostuvo problemas alimenticios, que si bien han sido superados; son acontecimientos que han sido parte de la vida de la paciente los cuales afectan tanto a ella misma, como a su familia.

Población Atendida en Iglesia Verbo zona 19

Características generales de los pacientes atendidos:

1. Cuál es su sexo:

Masculino	Femenino	Total
0	3	3

2. Estado Civil

Casados	0
Unidos	0
Separados	0
Divorciados	0
Viudos	0
Solteros	3
Sin información	0
Total	3

Fuente: Elaboración propia

3. Religión:

Evangélica	3
Católica	0
Otros	0
No practica ninguna religión	0
Total	3

Fuente: Elaboración propia

4. Rango de edad de los pacientes que atendió

0-10 años	0
11-20 años	1
21-30 años	2
31-44 años	0
45-54 años	0
55 años y más	0
Total	3

5. Escolaridad

Primaria	0
Secundaria	0
Diversificado	1
Universitario	1
Sin estudios	1
s/d	0
Total	3

Fuente: Elaboración propia

6. Etnia

Indígena	0
Ladina	3
Total	3

Fuente: Elaboración propia

Información de la Intervención Psicológica:

7. Enfermedades Médicas

Otras enfermedades	1
Diabetes	0
Violencia	0
Cáncer	0
Total	1

Fuente: Elaboración propia

8. Problemas Psicosociales y/o ambientales que se repiten en los casos

Relativo al apoyo primario	3
Ambiente social	0
Educativo	0
Laborales	0
otros	0
Total	3

Fuente: Elaboración propia

9. Trastornos que justifican Plan de Tratamiento

TX Estado de Ánimo	0
Tx Somatización	0
Tx Ansiedad Generalizada	0
Problemas relativos a la Pareja	0
Tx relacionado con sustancias	0
Tx Limite de la Personalidad	1
Tx . Depresivo de la Personalidad	1
otros	1
Total	3

Fuente: Elaboración propia

10. Límites más sobresalientes que interrumpieron el proceso del Paciente

Horarios de Atención	1
Asistencia a la citas	1
Muerte	0
otros	0
Total	2

Fuente: Elaboración propia

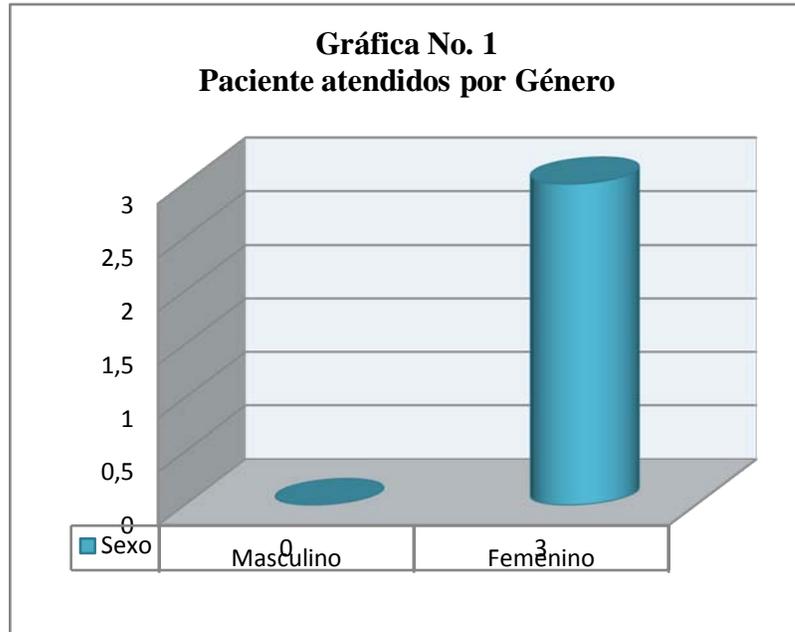
11. Terapias más utilizadas en el Plan de tratamiento

TREC	1
Cognitiva- Conductual	1
Gestáltica	1
Otros	1
Total	4

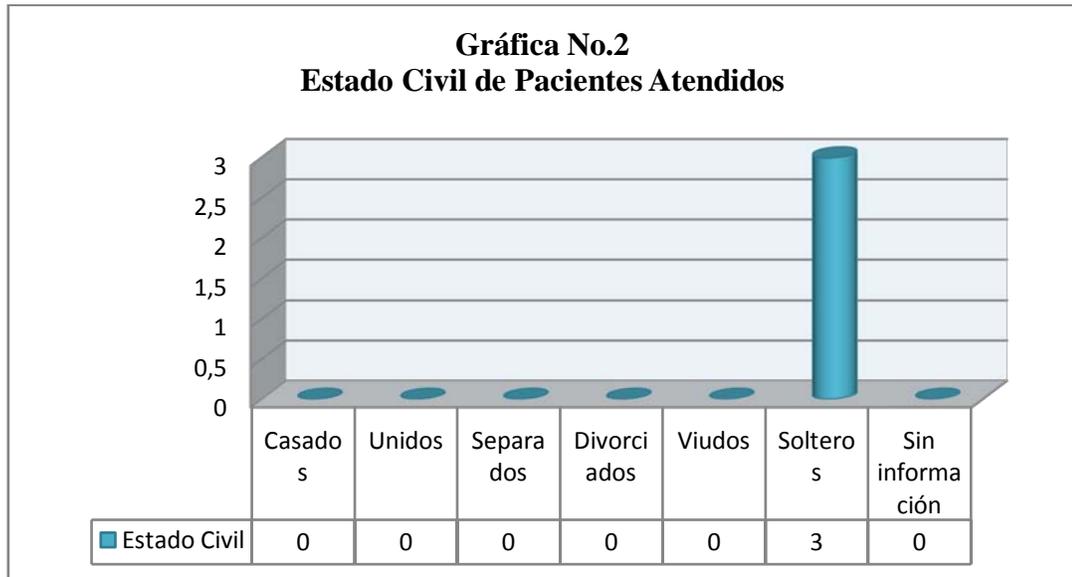
Fuente: Elaboración propia

Gráficas

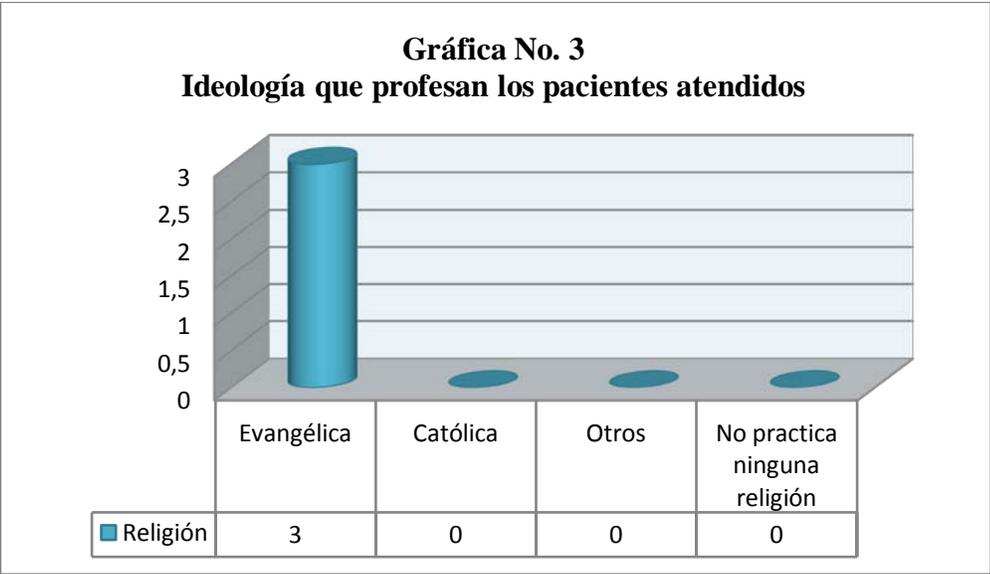
Características generales de pacientes atendidos



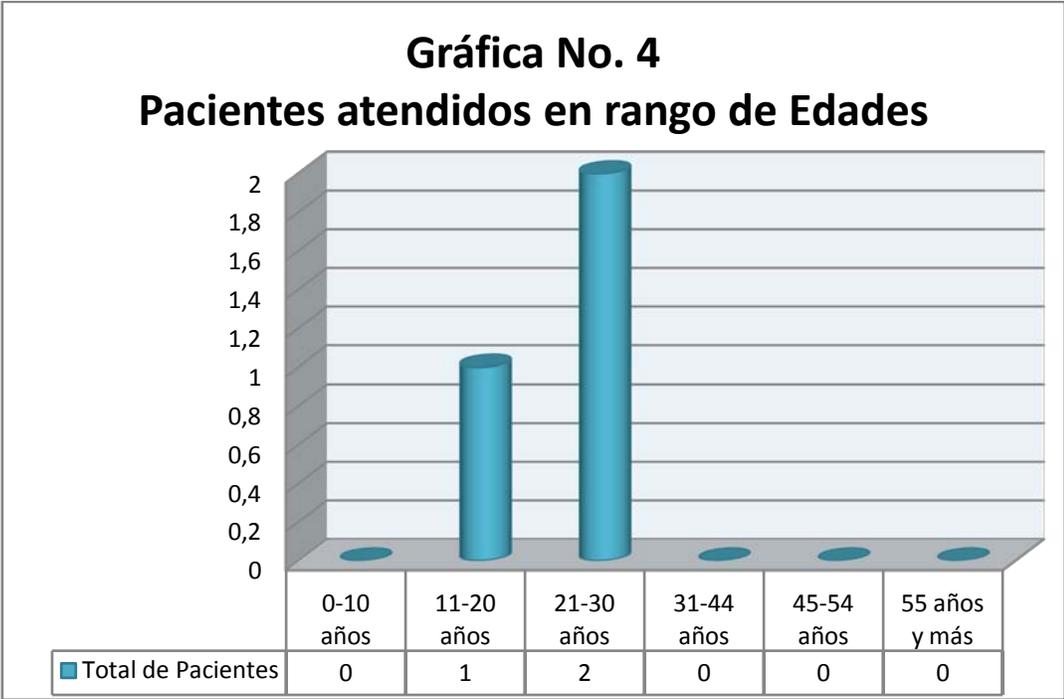
Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

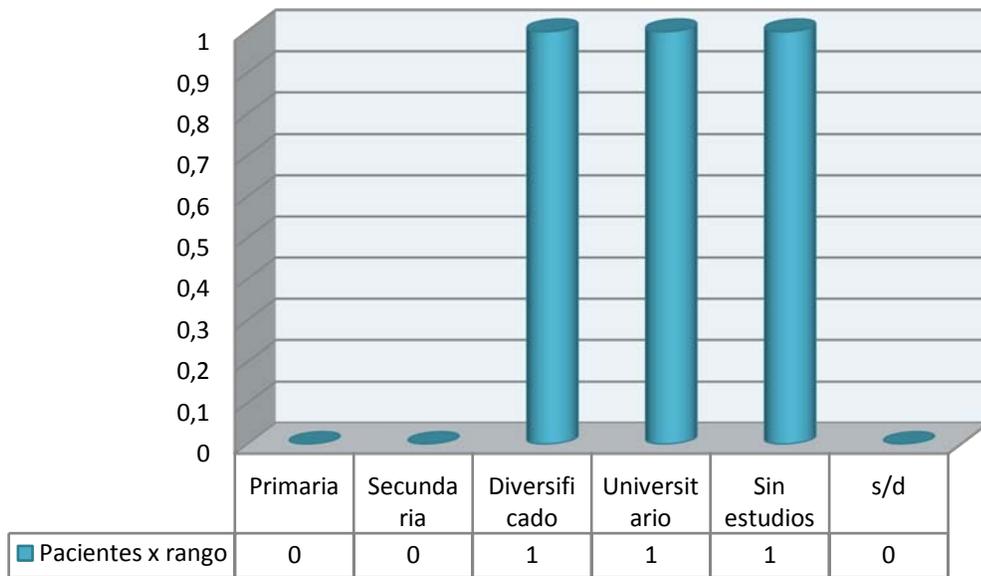


Fuente: Elaboración propia



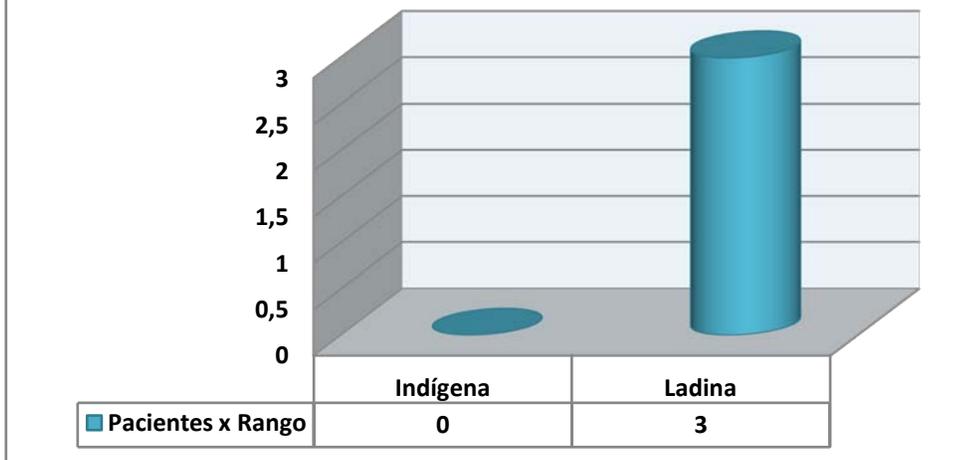
Fuente: Elaboración propia

Gráfica No. 5
Grado de Escolaridad de los Pacientes Atendidos



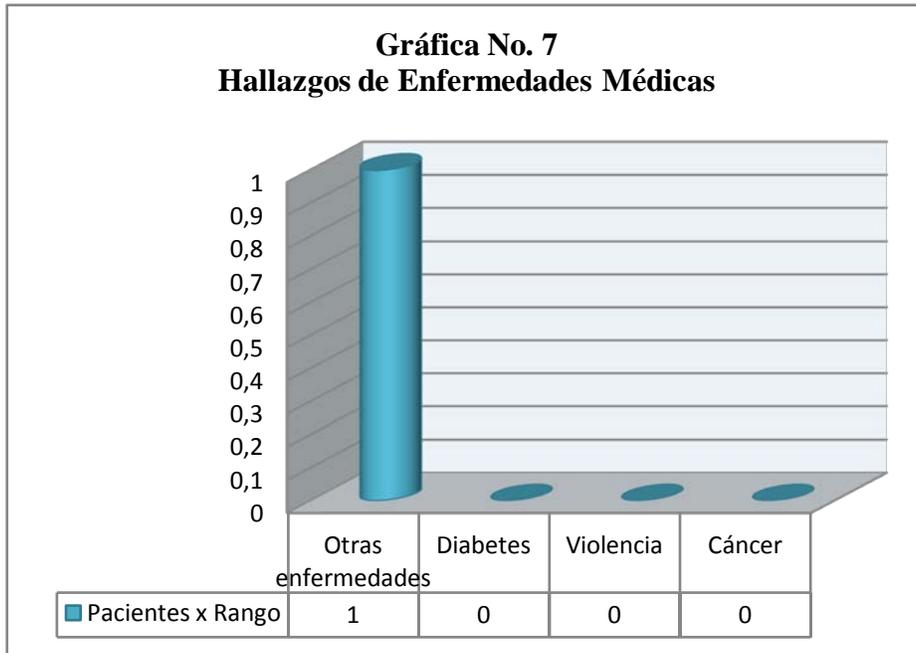
Fuente: Elaboración propia

Gráfica No. 6
Pacientes atendidos por Etnia

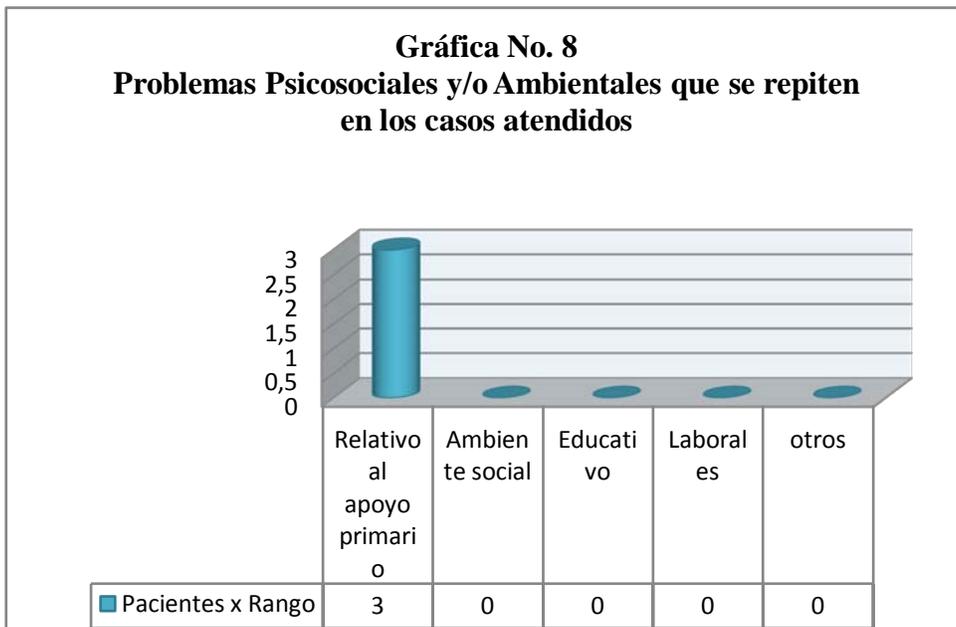


Fuente: Elaboración propia

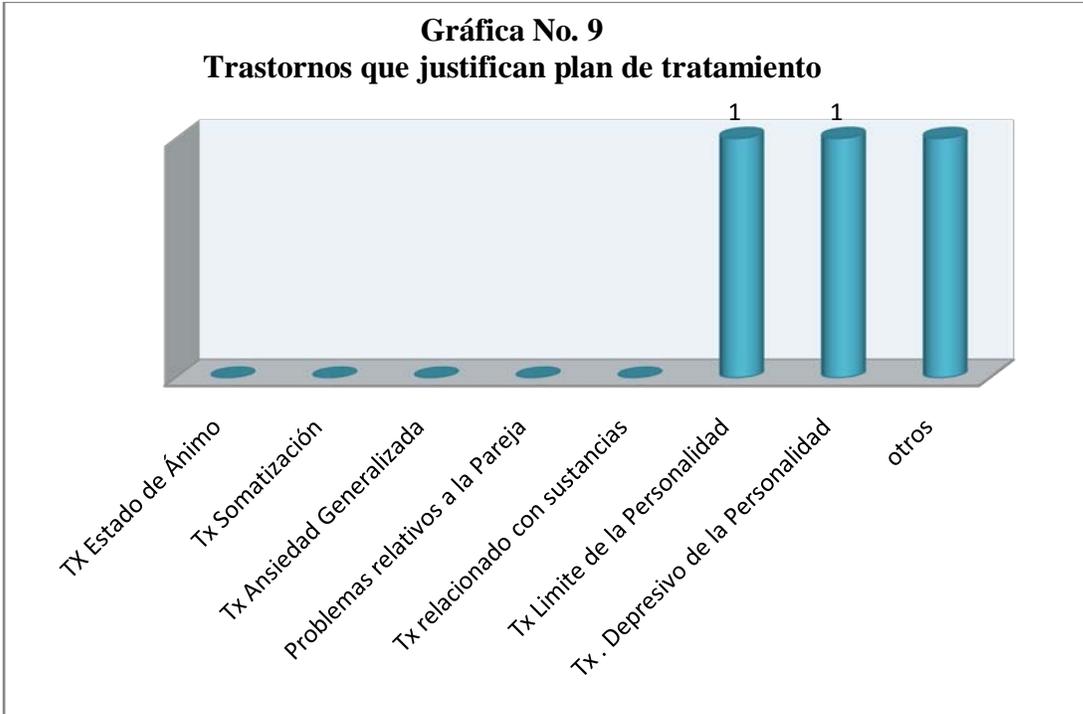
Información de la Intervención Psicológica



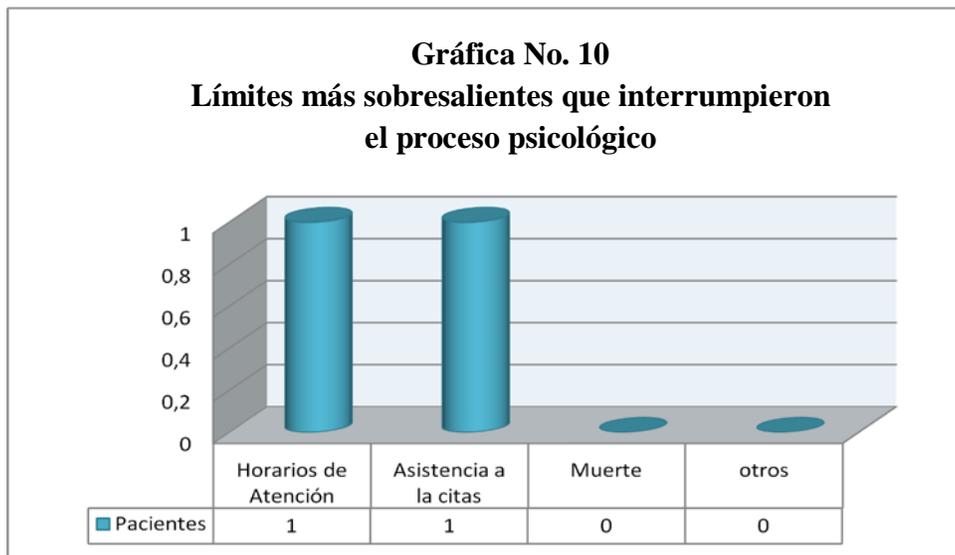
Fuente: Elaboración propia



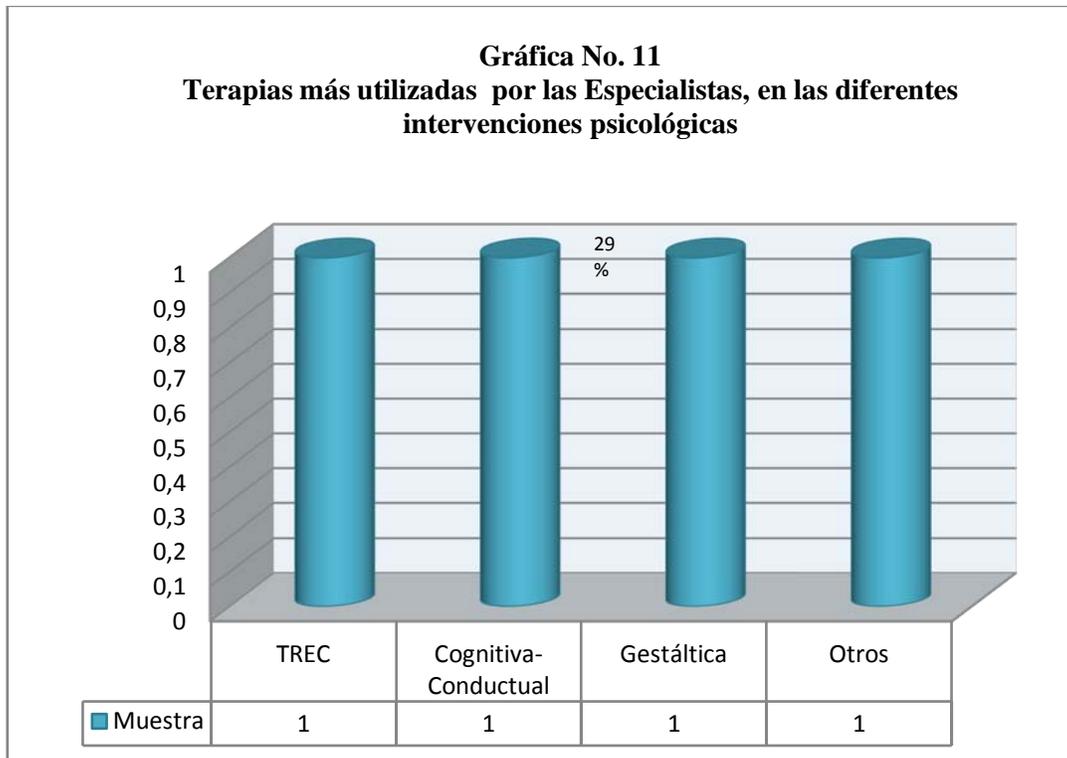
Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

3.4 Instrumentos diagnósticos

La herramienta principal que se utilizó fue la Entrevista Clínica, donde fueron tomados elementos de evaluación como antecedentes biográficos, funcionamiento relacional, por ejemplo. Y la cual fue complementada con instrumentos específicos como lo son las técnicas proyectivas: Dibujo de la figura humana y Test de la persona bajo la lluvia. Así como fue conveniente el contacto con familiares cercanos a la paciente quienes aportaron información sobre la conducta de la paciente.

Asimismo, se utilizó el sistema de clasificación basado en la presencia de una serie de síntomas y alteraciones conductuales (DSM-IV-TR) Donde el paciente en este caso, presenta cierto número de criterios determinados para el TLP.

3.4.1 Test Proyectivos

Vives (2006) indica que los test proyectivos son pruebas utilizadas en el diagnóstico dinámico de la personalidad. Las pruebas proyectivas se utilizan formando parte del Proceso Diagnóstico, en la fase de recopilación de información, en la planificación y evaluación del tratamiento (o como una batería en la investigación de determinadas patologías (estudios sobre el paciente esquizofrénico, borderline, depresivo, entre otros)

3.4.2 Test de la Figura Humana

Gomila (2006) refiere es una técnica proyectiva gráfica, creada con el propósito de poner en relieve la personalidad del ejecutante. Es de fácil aplicación en cualquier área (laboral, clínica, educativa, entre otros) proporcionando diversos rasgos de personalidad con suficiente margen de confiabilidad.

Esta prueba es aplicable a sujetos de 12 años en adelante y es utilizado cuando se desea obtener una estimación de la personalidad del sujeto en cuestión. La aplicación se realiza con poco material (hoja blanca de papel, un lápiz y un borrador) dando una instrucción sencilla como por ejemplo: “Voy a pedirte en esta hoja dibujes una persona, puedes hacerla como tú quieras”

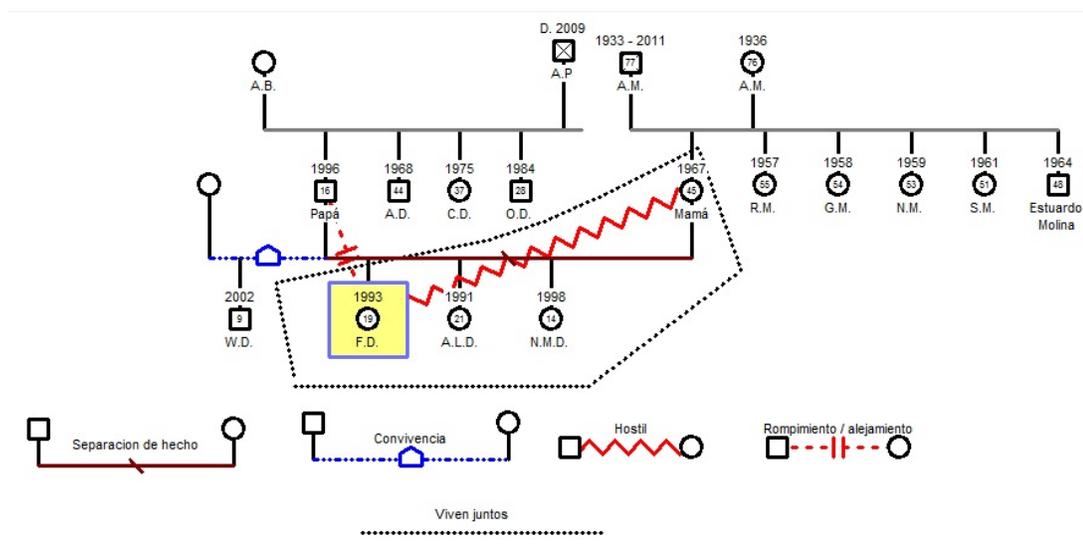
3.4.3. Test la Persona Bajo la Lluvia

De acuerdo a Piccone (2005) en su artículo “Potencial Suicida en el Test persona bajo la lluvia” publicado por la Facultad de Psicología – UBA- el Test la Persona Bajo la Lluvia es una técnica proyectiva gráfica, cuyo sistema invita al sujeto en evaluación a colocarse bajo condiciones ambientales desagradables para acceder a lo más profundo de su personalidad, donde la lluvia se presenta como el elemento perturbador que lo obliga a defenderse en esa situación.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Historia del paciente



Para la presente investigación se describirá el caso de F.D; una chica de 19 años de edad, quien expresó en su primera sesión sentir una gran inestabilidad con relación a su estado de ánimo; manifestando contar con periodos de depresión por momentos y repentinamente pasar a etapas de euforia, por ejemplo. Su queja principal consiste en el sentir una necesidad intensa de permanecer en una relación la cual terminó hace tiempo y de la cual ella indica “no poder superar”. En las entrevistas realizadas a F.D. indica no saber que ocurrió con la relación, ya que su ex pareja era especial con ella y parecía ser la única persona quien la comprendía y en quien podía confiar, siendo quizá ese el motivo por el cual al mismo tiempo de sentir “cólera”, también siente “mucho tristeza”. Paciente refiere que se ha convertido en un “círculo vicioso”

F.D. vive con sus dos hermanas y su mamá. Indicando que su hermana menor es con la que mejor relación tiene, a excepción de que últimamente quizá por la edad que atraviesa su hermana (14 años) tienen discusiones no graves, sin embargos sí continuas. Con su hermana mayor la relación es como de “madre-hija” lo cual no le agrada y la relación con su madre es conflictiva debido a

que F.D refiere su madre es “histérica y gritona” y la madre por su parte piensa, ella es “rebelde”. Su padre se separó de su madre hace aproximadamente 6 años y la relación entre la paciente y su padre es “insoportable” (SIC) Tiene un hermano únicamente de parte de papá, con quien no existe una comunicación constante. Su madre ha trabajado siempre, por lo que; tanto F.D como sus hermanas han estado sin supervisión la mayor parte del tiempo, lo que ha hecho percibir por su parte, que los cuidados de parte de sus padres han sido insuficientes.

F.D. a los 14 años, recibió tratamiento psicológico, debido a que estuvo a punto de intoxicarse por tomar 16 acetaminofén y fue hospitalizada de emergencia por dicha razón. Asimismo, dentro de la edad de pre y adolescencia pasó por periodos de trastornos alimenticios, y se une a esta etapa; el inicio de la relación por la cual se acerca a pedir ayuda en el presente. Durante el transcurso de los últimos años F.D. ha presentado inestabilidad en la percepción de sí misma, así como ha presentado dificultad para mantener relaciones estables, y su sentido de la realidad se basa en “todo o nada”, “blanco o negro”.

4.2 Resultado de pruebas aplicadas

Las pruebas proyectivas realizadas a utilizar fueron “La Figura Humana” y “La Persona Bajo la Lluvia”, donde se identificó en la paciente lo siguiente:

Rasgos de personalidad que sobresalen, como infantilismo, dependencia, inseguridad, rigidez, rasgos de depresión, así como obsesivos compulsivos.

Demuestra tener un control rápido y frágil ante los conflictos, expresando defensa ante situaciones que se le presentan en la vida y sentimiento de necesidad de protegerse ante el ambiente amenazador que cree tener, lo cual puede ser reflejado por rebeldía, deseo interior de independencia y necesidad de liberarse al mismo tiempo. Asimismo posee un escaso discernimiento acerca de los acontecimientos que le suceden, con un grado de negación ante los mismos.

En el transcurso de su adolescencia han existido lagunas y bloqueos con relación a los acontecimientos que le han sucedido, por lo que percibe su entorno como amenazante y hostil, teniendo la sensación de que en cualquier momento se derrumba. Siente tener pocas defensas y fortalezas para sostenerse ante el entorno que la rodea, por lo que se encierra y protege.

La desintegración que percibe en su familia, la siente en ella misma lo que la hace sentirse no adaptada, ni con libertad para actuar. Percibiendo falta de fortaleza para sostenerse, lo que la puede estar llevando a actuar de forma pasiva y complaciente.

4.3 Impresión Diagnóstica

De acuerdo al DSM IV TR, la característica esencial del Trastorno Límite de la Personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad; así como una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se dan en diversos contextos. En el caso de la paciente, en algunas de sus relaciones de pareja, de amistad, de familia, entre otros.

Se ha identificado, de acuerdo a su historia clínica y resultados de las pruebas; que ha sido y es capaz de realizar grandes esfuerzos para evitar algún tipo de abandono ya sea real o imaginario de la otra persona. Y el percibir una posible o real separación, un rechazo, o desequilibrio de alguna estructura o apoyo externo provoca en la paciente cambios tanto en sus pensamientos, como en su percepción, su comportamiento y su autoimagen.

Se pudo observar otro criterio con relación al estado incómodo y negativo que siente la paciente cuando siente encontrarse sola, ya sea físicamente o emocionalmente incluso aunque esto ocurra por periodos cortos de tiempo. Demostrando dependencia de personas cercanas a ella y teniendo bajo nivel de tolerancia, demostrando molestia, enojo y hasta rabia contra las mismas en momentos de frustración por ejemplo.

La paciente tiende a mostrar respuestas o reacciones inesperadas, los cuales consisten en cambios repentinos de humor o explotar emociones, tanto positivas como negativas. Por lo que pareciera sus sentimientos variaran rápidamente en calidad e intensidad de un momento a otro.

Por lo que tomando en cuenta las características que presenta la paciente los cuales han sido de larga duración (6 años aproximadamente) han sido persistentes e intensos y que éstas cumplen con criterios del DSM IV TR, así como la edad de la paciente; se determinó que posee rasgos de personalidad límite.

4.4 Discusión de Caso

Muchas de las conductas de la paciente en mención han sido vistas como contradictorias e imprevisibles de parte de su familia y personas allegadas; siendo la paciente percibida por su entorno como una persona cambiante, tanto en opiniones como en conductas, y hasta como manipuladora. En este caso la familia no había tenido conocimiento acerca de los motivos que dan lugar a las conductas manifiestas del paciente, lo cual da como resultado la no comprensión y el no tomar en cuenta de que muchas de ellas tienen motivaciones, de las cuales la paciente puede estar no consciente.

En virtud de la investigación realizada, de igual forma como es recomendable y necesario un trabajo multidisciplinario por medio de un equipo (psicólogo, psiquiatra, entre otros) lo es el apoyo familiar, el cual puede llegar a ser clave en el tratamiento de este trastorno. Por lo que es importante dar pautas a la familia de la paciente para que aprendan a afrontar los problemas que se presenten, así como brindar el apoyo necesario a la misma.

Tanto la paciente en cuestión como su familia necesitan comprender la enfermedad, para que la misma sea tratada correctamente; debido a que el no haber recibido terapia e información acerca del TLP puede existir el riesgo de que tanto la paciente como su familia, y personas allegadas puedan llegar a padecer una vida en cierta manera dolorosa y destructiva.

Al momento la familia no ha formado parte activa en el proceso referente al trastorno y el tratamiento, lo que de llegar a ser de esa manera facilitará la participación del grupo familiar, siendo importante el apoyo a la paciente con relación al ejercicio de su dinámica familiar, debido

a que en la actualidad tanto ella como la familia no han contado con las herramientas necesarias para sobrellevar las características que conlleva el tener rasgos de TLP.

Conclusiones

1. En respuesta al desconocimiento existente que muchas veces poseen los familiares de un paciente con TLP. A través de la investigación realizada, por medio de este trabajo se proporciona información acerca del Trastorno Límite de la Personalidad y el entorno sociofamiliar, así como el papel que juega la familia en el tratamiento de un paciente que sufre este trastorno.
2. La información brindada a la familia de un paciente TLP, debe ser enfocada hacia aspectos tanto explicativos acerca de las características del trastorno, como hacia la orientación de buenas prácticas de salud mental que puedan llevar a cabo los propios miembros de la familia; como a su vez, el de apoyo para la persona que sufre el trastorno.
3. De acuerdo a la investigación efectuada, surge la necesidad de orientar a las familias acerca de lo que conlleva una descripción integral y real del diagnóstico. Partiendo de la necesidad que la paciente posee de ser comprendida y apoyada; tanto a nivel personal, como a nivel del proceso terapéutico.

Recomendaciones

1. Debido a que las características de los pacientes con TLP (graves alteraciones de conducta, dificultad de contención, inestabilidad emocional, por ejemplo) hacen que el manejo en familia sea muy difícil en determinado momento. Por lo que los pacientes que la padecen necesitan una persona con una fuerza constante, continua y empática en sus vidas, alguien que escuche y pueda manejar ser el blanco de su intensa ira e idealización y que al mismo tiempo sepa establecer los límites y fronteras con firmeza y franqueza.
2. Se torna importante la empatía con la que cada miembro de la familia interactúe con el paciente, debido a que esto proporciona como resultado una actitud de aceptación hacia su enfermedad y su tratamiento, haciendo sentir al paciente apoyado y con fortaleza para enfrentar su padecimiento.
3. Siendo trascendental que la familia del paciente que padece Trastorno Límite de la Personalidad se encuentra ante todo enterada de lo que está sucediendo, así como sea provista de psicoeducación para concientizar la importancia de su participación y apoyo al paciente TLP.
4. No obstante, es importante comprender que el papel que pueda jugar la familia como apoyo para el paciente no conlleva el de rehabilitar, ya que la rehabilitación demanda un compromiso profundo de parte del sujeto, así como de la ayuda de profesionales y mucho tiempo.
5. El acudir a instituciones y/o profesionales de salud mental es de gran ayuda, ya que son quienes proporcionarán información y alternativas a seguir, de acuerdo a cada caso.

Referencias

Bibliográficas

Apfelbaum S. y Gagliesi P. (2004). *El trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados*. Rev. Arg. De Psiquiat. Vol. XV, 299-301.

Asociación Americana de Psiquiatría (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR (4ª. Ed; Texto revisado)* Barcelona: Masson

Berkowitz C. y Gunderson J. (2009). *Recorriendo los límites. Guía Práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad*. En: Salud Madrid. Traducido por Dra. Ana Ruíz Sancho del Psicosocial Research, del Hospital McLean, Universidad de Harvard, Boston.

Caballo V. y Camacho S. (2000). *El trastorno Límite de la Personalidad: Controversias actuales*. Universidad del Norte Barranquilla. Colombia: Psicología desde el Caribe.

Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)* En: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Cat Salut, Barcelona.

Dirección General de Hospitales. (2010). *Guía del Trastorno de la Personalidad (Guía del profesional)*. España: Comunidad de Madrid.

Escribano, T. (2006). *Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento*. En: TFC, Departamento de Psicología, Universidad CEU San Pablo. Madrid, España: Instituto InNis

Gomila M. (2006). *Tests Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamientos clínicos*. España: Edicions Universitat Barcelona.

Hernández R.; Fernández C. y Baptista P. (2010) *Metodología de la Investigación (5ª.Ed)* México: Mc Graw-Hill. Interamericana de México, S.A. de C.V.

Mosquera, D. (2004) “*Diamantes en Bruto I*”. *Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Madrid: Pléyades, S.A.

Piccone, A. (2005) “*Potencial Suicida en el Test Persona Bajo La Lluvia*”. En: Anuario de Investigaciones (Volumen XIII) Buenos Aires: Facultad de Psicología, Buenos Aires.

Vives, M. (2006) *Tests Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamientos clínicos*. España: Publicacions I Edicions de la Universitat De Barcelona.

Internet

Autor Desconocido, (s/f) *El duelo de los familiares por el comportamiento del paciente con TLP*. AyudaTrastornoPersonalidad.com. Recuperado:
<http://ayudatrastornopersonalidad.com/blog/>

Jules, B. (2010). Psiquiatria.com. Recuperado:
http://www.psiquiatria.com/documentos/psiq_general_y_otras_areas/historia/personalidades_ilustres421/4087/

Kraepelin, E. (2010). Historia de la Medicina – Biografías. Recuperado:
<http://www.historiadelamedicina.org/kraepelin.html>

Anexos



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Iglesia Cristiana Verbo zona 19
DIRECCIÓN: 7ª. Av. 21-24 zona 19 Colonia 1ero. De Julio

NOMBRE DEL ENCARGADO: Lic. Edgar Flores
PUESTO: Anciano gobernante.

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:
Enseña, discipula y restaura personas y familias a través de la palabra de Dios. Brindando servicios dominicales y equipamiento a jóvenes, mujeres y niños.
Adicionalmente cuenta con un centro de estudio Colegio Cristiano Verbo No. 4

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: HEIDY NOEMI GIRON

GRADO: 5º. Año de Psicología Clínica y Consejería Social

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: Sábados
Horario: 5:00 pm

FECHA DE LA PRÁCTICA: mayo a septiembre, 2012

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Saberis ante todo, acquiere saberis"

Guatemala, 25 de febrero de 2012

Lic.
Edgar Flores
Iglesia Cristiana Verbo z. 19
Su Despacho

Estimado Lic. Flores:

Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **Heidy Noemí Girón**, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social realice sus prácticas en la entidad a su digno cargo.

La estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la alumna Girón.

Agradezco su apoyo con esta casa de estudios, cuyo objetivo principal es servir a la población guatemalteca.

Respetuosamente,


Licda. Cynthia Brenes
Catedrática de Práctica V



Vo. Bo. Licda. Elizabeth Herrera
Decana de la Facultad de Educación