



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

AUTORA:

NURIA PASCUAL BELLIDO

Director/es

ANA C. LUCHA LOPEZ

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ZARAGOZA

2012

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autora: Nuria Pascual Bellido

Introducción:

Los Trastornos de la Personalidad (TP) suponen una fuente de sufrimiento tanto para los pacientes como para sus familias, pudiendo conducir a un deterioro marcado y progresivo en el funcionamiento global del sujeto. Además de existir evidencia de que estos trastornos son una variable importante para la evolución y el pronóstico de las enfermedades mentales, son extensos los estudios que investigan acerca de su alta tasa de comorbilidad con los trastornos afectivos, de conducta alimentaria y el abuso de sustancias, situándolos como un grupo vulnerable a presentar intentos de suicidio. Todo esto provoca que los pacientes diagnosticados de TP sean una población con altos niveles de morbimortalidad, causando gran demanda asistencial. El estudio de los diagnósticos enfermeros más prevalentes así como su posible asociación con el tipo de TP permitiría un mejor abordaje del trastorno a través de una atención más especializada con cuidados específicos.

Objetivos:

- Establecer un perfil de paciente para cada tipo de Trastorno de la Personalidad (criterios DSM-IV)
- Analizar si existe asociación entre los patrones alterados y/o diagnósticos enfermeros detectados y los diferentes tipos de Trastorno de la Personalidad o el sexo del paciente.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal de los diagnósticos enfermeros detectados en la valoración enfermera a través de la revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Trastornos de la Personalidad de Zaragoza (UTP) en el año 2011 y su posible asociación con el sexo del paciente o con el tipo de TP (mediante el cuestionario IPDE). Análisis estadístico de los datos con SPSS 15.0 para Windows.

Conclusiones:

- *El 70,4% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de la muestra de 31 años. A pesar de ser la mayoría adultos jóvenes, ninguno refirió encontrarse en activo laboralmente, habiendo estado en tratamiento con anterioridad con cinco profesionales de media y presentando un ingreso al año, lo que remarca la morbilidad del proceso
- *Los pacientes con trastorno límite presentaron un mayor deterioro en el patrón autopercepción/autoconcepto (86,7%), apareciendo frecuentemente los diagnósticos: *baja autoestima, desesperanza y ansiedad*, todos ellos con un 53,3% de aparición en este trastorno.
- *Los pacientes con trastorno paranoide mostraron alterado habitualmente el patrón sueño (100%), además de existir asociación estadísticamente significativa con los diagnósticos: *alteraciones sensorio-perceptivas* ($p=0'030$), *déficit autocuidado: vestido/acicalamiento* ($p=0'017$) y con el ítem que valora la presencia de problemas con la justicia ($p=0'040$))
- * Los pacientes con trastorno de personalidad histriónico manifestaron frecuentemente alteraciones en los diagnósticos enfermeros: *mantenimiento del hogar, interrupción de los procesos familiares*, ambos con un 75% y *desesperanza* con un 100% de prevalencia. A su vez también se obtuvieron resultados de asociación estadísticamente significativa con el ítem *conductas promiscuas* ($p=0'032$).
- *Los resultados mostraron asociación significativa entre las mujeres con TP y los trastornos de la conducta alimentaria ($p=0'005$).

INDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	p.3
- Preguntas investigación.....	p.10
- Hipótesis.....	p.11
- Objetivos.....	p.11
 <i>METODOLOGIA</i>	p.12
 <i>RESULTADOS</i>	p.18
-Análisis descriptivo.....	p.18
-Análisis bivalente.....	p.26
 <i>DISCUSIÓN</i>	p.29
 <i>BIBLIOGRAFIA</i>	p.45
 <i>ANEXOS</i>	p.50
-Anexo I.....	p.51
-Anexo II.....	p.55
-Anexo III.....	p.56
-Anexo IV.....	p.76

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PERSONALIDAD

Personalidad es un concepto complejo que ha recibido numerosas definiciones a lo largo de la historia. Proviene del latín “personam” y originalmente se utilizó para denominar la máscara teatral utilizada en el drama griego. Este concepto ha ido evolucionando hasta ser definido hoy en día como el conjunto de sentimientos, emociones y pensamientos, ligados al comportamiento y persistentes a lo largo del tiempo, que hacen diferente a cada individuo de los demás¹. La personalidad consta de una parte heredada o genética (temperamento) y otra social o ambiental (carácter).

Se describe a través de los rasgos emocionales y conductuales, los cuales, en conjunto, caracterizan a una persona. Estos rasgos, entendidos como modelos duraderos de percepción, relación y pensamiento sobre el entorno y uno mismo, son los que determinarán a través de su variación dimensional la patología de la personalidad².

1.2. HISTORIA

La primera referencia a lo que hoy se denomina como Trastorno de la Personalidad (TP) la encontramos en el siglo III a.C. En esa época, Teofrasto, discípulo de Aristóteles, escribió la obra “Los Caracteres” donde se describían más de 30 tipos de alteraciones del carácter. Tras este primer intento de describir las diferentes tipos de personalidad, hubo pocas modificaciones hasta el siglo XIX, utilizando el término “enfermedad de la personalidad” para hacer referencia a las enfermedades mentales en su conjunto.

Es Pinel quien, en 1801 realiza la primera descripción de lo que ahora llamamos TP, al diferenciar una serie de cuadros clínicos del resto de las enfermedades mentales e incluirlos en las manías sin delirio. Posteriormente Pritchard, a través del concepto insania moral les otorga por primera vez una connotación moral³.

En 1881, Koch describe las inferioridades psicopáticas, utilizando de manera novedosa el término psicopático y poco después, Kraepelin, siguiendo la misma línea, acuña el término “personalidad psicopática” describiendo cuatro tipos de personalidad anómalas. La consideración de la psicopatía como anomalía de la personalidad o del carácter, dotando a los trastornos de la personalidad como patologías individuales y delimitadas entre sí, llega con Kurt Schneider en 1923. A través de una categorización propia, describió diez tipos de personalidad psicopáticas, las cuales eran consecuencia de la exageración patológica de rasgos normales de la personalidad⁴.

Más adelante, en 1952 y coincidiendo con una visión más social de la psiquiatría, aparecen definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales II (DSM-II) de la Asociación de Psiquiatría Americana, los Trastornos de Personalidad sociopáticos, como individuos caracterizados principalmente en términos de disconformidad con la sociedad y respecto al medio cultural prevalente. En 1980, con la publicación del DSM-III se matizan los límites de la personalidad antisocial, apareciendo la delimitación definicional de Trastorno de la Personalidad y siendo recogido posteriormente en los manuales sucesivos (DSM-III, III-R y IV, en su Eje II) y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades, editada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), sistemas de clasificación psicopatológica aceptados por la comunidad investigadora y clínica.

1.3. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

En la actualidad, el TP es definido como formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, las cuales se manifiestan como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y sobre todo, se relaciona con los demás.

Estas formas de comportamiento desadaptadas, tienden a ser estables y a abarcar múltiples aspectos de las funciones psicológicas y de la conducta. Aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez, produciendo un gran malestar en el sujeto y en el entorno⁵.

Los TP no son considerados como enfermedades mentales, si no, como su nombre indica, trastornos, término más amplio y que se aplica a cualquier alteración genérica de la salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida⁶.

1.4. DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

El diagnóstico de los TP es dificultoso, principalmente debido a la continuidad entre normalidad y anormalidad, no pudiendo ser diferenciables en términos absolutamente objetivos. A pesar de ello, presentan características comunes que facilitan su diagnóstico⁷:

- Conductas inflexibles, con inadaptación social
- Egocentrismo
- Conducta manipuladora y explotadora
- Incapacidad para tolerar un estrés leve
- Falta de responsabilidad individual
- Dificultad para enfrentarse a la realidad
- Vulnerabilidad frente a otros trastornos mentales

Los TP se clasifican en diferentes grupos, basándose en criterios específicos. Según el modelo categorial que los agrupa, CIE-10 o DSM-IV, obtendremos diferentes categorizaciones. La clasificación realizada por el DSM es un sistema de evaluación multiaxial, el cual, a través de su división en cinco ejes refleja los distintos niveles de influencia en la conducta humana. Esta agrupación, divide los TP en diez tipos más una categoría adicional de “no específico”, organizándolos en tres grupos: A, B y C⁸.

❖ GRUPO A

➤ Trastorno Paranoide

Tendencia excesiva e injustificada a interpretar las acciones de los demás como amenazantes. Continua sospecha y desconfianza de la gente. Hipersensibilidad y afectividad restringida.

➤ Trastorno Esquizoide

Pauta de conducta generalizada de indiferencia a la aprobación, a la crítica o a los sentimientos de los demás. Frialidad y distanciamiento emocional con afectividad muy limitada.

➤ Trastorno Esquizotípico

Personas raras y extravagantes, caracterizadas por presentar pensamientos mágicos, ilusiones recurrentes, despersonalización o desrealización con uso de lenguaje extraño (sin pérdida de capacidad asociativa o incoherencia). Mantienen una relación inadecuada en la interacción cara a cara por lo que generalmente son personas con tendencia al aislamiento social e hipersensibilidad a las críticas, tanto reales como imaginarias.

❖ GRUPO B

➤ Trastorno Antisocial

Caracterizado por una pauta de comportamiento irresponsable, con incapacidad para mantener una conducta laboral apropiada, para funcionar como progenitor responsable y para mantener una relación duradera con una pareja sexual. No aceptan las normas sociales con respecto a la conducta legal. Gran impulsividad, irritabilidad y agresividad.

➤ Trastorno Límite

El origen de su nombre se debe a que se consideraba fronterizo entre las neurosis y las psicosis. Se manifiesta con gran impulsividad en áreas potencialmente peligrosas: sexo, juego, consumo de sustancias, robos y actos de autoagresión física. Mantiene relaciones interpersonales inestables e intensas, con frecuente idealización/devaluación de las personas y uso de la manipulación.

Habitualmente aparecen alteraciones de la identidad en diversas áreas como autoimagen, identidad sexual, objetivos a largo plazo y valores.

Gran inestabilidad afectiva, con cambios marcados en el estado de ánimo que generalmente son de corta duración, retornando al estado de ánimo normal en horas o pocos días y con intolerancia a la soledad. Son frecuentes los sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento y los actos autolesivos.

➤ Trastorno Histriónico

Son personas con una conducta teatral, reactiva y expresada con mucha intensidad (autodramatización, llamada incesante de atención, necesidad de actividad y excitación, hiperreacción ante los menores acontecimientos, explosiones de ira irracional e injustificada). Presentan alteraciones en las relaciones interpersonales, siendo percibidos en muchas ocasiones como hipócritas. Comportamiento egocéntrico, vanidoso y exigente, en constante búsqueda de apoyo y con tendencia a amenazas, gestos o intentos de suicidio manipulativos.

➤ Trastorno Narcisista

Son característicos los sentimientos llamativos de autoimportancia o peculiaridad, con gran ocupación en fantasías de éxito, poder, belleza o amor ideal. Presentan dificultades en las relaciones sociales, puesto que carecen de empatía y exigen a los demás una admiración excesiva. Son frecuentes las actitudes soberbias y arrogantes.

❖ GRUPO C

➤ Trastorno por Evitación

Pauta generalizada de malestar en el contexto social, con hipersensibilidad al rechazo y búsqueda constante de afecto y aceptación, lo que les produce sensación continua de tensión emocional y temor, con retraimiento social y resistencia a tomar parte en relaciones sociales. Baja autoestima.

➤ Trastorno por Dependencia

Presentan gran dificultad en la toma de decisiones, permitiendo que los demás asuman la responsabilidad en los asuntos importantes de su vida. Subordinan las necesidades propias a las de las personas de quien dependen. Falta de autoconfianza.

➤ Trastorno Obsesivo-compulsivo

Conductas rígidas caracterizadas por un perfeccionismo extremo, con excesiva devoción al trabajo y a la productividad e insistencia en que los demás realicen las cosas tal y como ellos quieren. Capacidad restringida para mostrar emociones cálidas.

Para considerarse como criterio diagnóstico, la clínica de cada tipo de TP no debe ser debida a ningún otro trastorno mental.

La diferencia principal con la clasificación establecida por el DSM-IV es que en el CIE-10 son nueve los tipos de trastornos de la personalidad más el no específico o mixto. Incluye bajo la notación (F60.8) otros trastornos específicos de la personalidad (narcisista, excéntrica, inestable, inmadura, pasivo-agresiva y psiconeurótica). Además añade el Trastorno impulsivo de la personalidad (F60.30) y modifica la denominación del trastorno obsesivo-compulsivo como anancástico y el trastorno por evitación como trastorno ansioso.

La mayoría de los casos de TP que se diagnostican son mixtos puesto que en muchas ocasiones la línea divisoria que los separa es confusa, existiendo con frecuencia solapamiento de los cuadros clínicos⁹.

1.5. EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios que investigan acerca de la prevalencia de estos trastornos en la población son escasos y la mayoría de veces con resultados dispares, en función de la metodología empleada y de la exigencia del investigador. Los criterios diagnósticos poco definidos, la comorbilidad existente y la variabilidad del propio trastorno hacen que los resultados arrojen cifras que varían desde el 2% al 15%¹⁰. A pesar de ello, la mayor parte de los autores sitúan la prevalencia del TP en la población general alrededor del 10%^{11,12}.

1.6. ETIOPATOGENIA

La etiología acerca del origen de los Trastornos de la Personalidad es dudosa, existiendo numerosas hipótesis. Actualmente parece que se ha asumido la multicausalidad como origen del trastorno. Esta multicausalidad abarcaría aspectos de la genética, biológicos, psicológicos y sociambientales¹³.

Teoría sociológica: Consideran el TP como una desviación de las normas de la sociedad, en vez de un trastorno psiquiátrico. El comportamiento desviado es consecuencia de un aprendizaje imperfecto y de la mala asimilación de normas, las cuales varían en función de los criterios que establezca esa sociedad.

Teoría genética: Establece que los TP vienen determinados genéticamente. Investigaciones realizadas con gemelos señalaban una concordancia mayor en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos, lo que apuntaría una influencia importante del factor hereditario en la transmisión del trastorno.

Teoría sobre el entorno: Estudia la influencia de factores como la educación, los modelos parentales y el ambiente familiar, considerando que las experiencias vividas a edades tempranas, en especial la relación madre-hijo, determinará la capacidad de la persona para establecer relaciones significativas en el futuro.

Teoría biológica: Es la más estudiada hasta el momento. Sostiene la hipótesis de que el factor causal correspondería a los mecanismos inhibidores del sistema nervioso central, produciendo alteraciones electroencefalográficas.

1.7. COMORBILIDAD

En los últimos años, los estudios relativos a los Trastornos de la Personalidad han aumentado considerablemente, ampliando en gran medida la información disponible. A pesar de ello, continúan siendo los grandes desconocidos dentro del campo de la psiquiatría. La mayoría de estos estudios se centran en los altos niveles de comorbilidad que presentan los TP y diferentes patologías:

- *Enfermedades mentales*¹⁴: Estudios realizados en población ingresada en Unidades de Psiquiatría ofrecen cifras de entre 40-70% de comorbilidad entre los TP y diferentes enfermedades mentales. Esta comorbilidad implicaría un peor pronóstico de ambas patologías, con manifestaciones clínicas más complejas y menor adherencia al tratamiento. Los estudios se centran principalmente entre la asociación del trastorno límite y depresión y entre los trastornos psicóticos y esquizofrenia con el trastorno esquizotípico de la personalidad.
- *Trastornos de la alimentación*^{15, 16}: Diferentes investigaciones asocian los TP a los trastornos alimentarios, en especial con la bulimia y la anorexia nerviosa. Además las investigaciones correlacionan cada una de ellas con trastornos de la personalidad específicos, así la bulimia aparecería de manera más frecuente en los trastornos pertenecientes al grupo B y la anorexia sería más frecuente en los trastornos del grupo A.
- *Abuso de sustancias*¹⁷: Se ha observado en múltiples estudios la alta prevalencia de TP en consumidores de diferentes sustancias, existiendo un amplio debate sobre si el trastorno sería causa o consecuencia de este consumo.

Además de los altos índices de comorbilidad, un estudio internacional establecía que el 70% de los hiperfrecuentadores del sistema sanitario presentaba un trastorno de personalidad¹⁸.

1.8. TRATAMIENTO

El tratamiento médico de los TP se basa en psicoterapias (dinámicas y cognitivo-conductuales) combinadas con psicofármacos y el tratamiento enfermero en el cuidado integral de la persona. Ambos, junto con otros profesionales sanitarios se centran en la toma de conciencia de la enfermedad, así como en lograr un mayor grado de adaptación al entorno.

1.9. PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA

Las actividades enfermeras tienen como objetivo el cuidado del paciente desde un punto de vista holístico. Para elevar el nivel de calidad de este cuidado, enfermería ha ido desarrollando un cuerpo propio de conocimientos científicos a través de Modelos y Teorías conceptuales, los cuales describen la disciplina enfermera. A lo largo de la historia de enfermería han existido diferentes modelos¹⁹.

El proceso de atención enfermera (PAE), término originariamente utilizado por Lynda Hall a principios de los años cincuenta, es el método para aplicar el modelo, ponerlo en práctica y administrar los cuidados de manera organizada y sistemática, implementando una estructura de actuación clínica.

El PAE, como instrumento profesional, asegura la calidad de los cuidados que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad y profesionaliza las actividades enfermeras, dotándolas de una autonomía suficiente en sus actividades y definiendo las responsabilidades específicas²⁰. Consta de cinco fases: valoración, diagnósticos enfermeros, planificación, ejecución y evaluación. De estas fases, será el diagnóstico enfermero el que marque la dirección del tratamiento enfermero en un sentido u otro, garantizando la adecuación y calidad de los cuidados.

El diagnóstico enfermero fue definido en 1988 por la NANDA como:

“Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras hacia la consecución de objetivos de los cuales la enfermera tiene la responsabilidad”

Marjory Gordon, 1999²¹

Las actividades enfermeras se puede clasificar en dos tipos. Las incluidas en el PAE, encaminadas a resolver los diagnósticos enfermeros detectados en la valoración, constituyen la base de la autonomía enfermera, dotándola de la independencia necesaria en el desarrollo de sus actividades. Por otra parte, están las actividades enfermeras determinadas como consecuencia del diagnóstico médico, las cuales se denominan como problemas interdependientes o de colaboración. Ambas tienen la misma importancia y se llevan a cabo según un sistema de priorización.

La enfermería, como provisor de cuidados al paciente, debe adecuarse a las necesidades específicas que plantean los usuarios de los servicios de salud mental. Es en este ámbito donde la actuación enfermera cobra especial relevancia debido a la complejidad de los pacientes, la escasa adherencia a los tratamientos prescritos y el riesgo potencial de exclusión y estigmatización²². En estas unidades, el profesional enfermero, como parte importante del equipo multidisciplinar, debe además de prestar

cuidados al individuo, la familia y la comunidad, previniendo la enfermedad y ayudando a la readaptación, contar con unos conocimientos específicos que le permitan prestar educación para la salud, asesoramiento y manejar habilidades de comunicación interpersonal.

Basándose en el modelo teórico que se considere más adecuado en la unidad de asistencia, el enfermero deberá detectar las necesidades no satisfechas del paciente y así poder aplicar unos cuidados mas adaptados a través del PAE. Esta herramienta ayuda a las enfermeras a realizar una adecuada valoración de los problemas del individuo, abordando los aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona con el fin de establecer los cuidados enfermeros.

Es en este contexto donde se realiza la atención a los pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad.

1.10. UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (UTP)

Una de las unidades de mayor especialización en España para el tratamiento de los TP se encuentra en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Inaugurada en el año 2004, esta unidad (UTP), desarrolla un programa de atención tanto para los pacientes como para sus familiares. La intervención terapéutica consta de un programa de atención hospitalaria con 6 camas, con duración aproximada de 2 meses y un tratamiento ambulatorio posterior, con una duración total de 2 años.

El tratamiento se basa en un abordaje integral, que incluye tanto tratamiento farmacológico como terapéutico, por un equipo multidisciplinar compuesto por 2 psiquiatras, 5 enfermeras/os, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social.

El trabajo por parte de enfermería se centra en el fomento del autocuidado y de las actividades de la vida diaria, a través del establecimiento de una relación terapéutica, donde la enfermera asume un papel de apoyo y asesoramiento, además de la realización de psicoeducación, manejo de habilidades sociales y talleres que abarcan diferentes áreas, favoreciendo siempre un entorno terapéutico y dentro de un marco estructurado.

1.11. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los TP suponen una fuente de sufrimiento tanto para los pacientes como para sus familias, pudiendo conducir a un deterioro marcado y progresivo en el funcionamiento global del sujeto. Además de existir evidencia de que estos trastornos son una variable importante para la evolución y el pronóstico de las enfermedades mentales, son extensos los estudios que investigan acerca de su alta tasa de comorbilidad^{3, 7, 11} con los trastornos afectivos, de conducta alimentaria y el abuso de sustancias, situándolos como un grupo vulnerable a presentar intentos de suicidio. Todo esto provoca que los pacientes diagnosticados de TP sean una población con altos niveles de morbilidad, causando gran demanda asistencial.

En las últimas décadas, el estudio de los TP ha despertado gran interés científico, centrado especialmente en su origen incierto y en la efectividad de los diferentes tratamientos. Sin embargo, se ha prestado escasa atención a las características sociodemográficas de estos pacientes, proviniendo la mayoría de los datos del mundo anglosajón, con las diferencias que esto conlleva debido a la marcada influencia cultural de estos trastornos. La realización de un perfil sociodemográfico de estos pacientes más ajustado a la realidad española, permitiría ayudar al desarrollo de estrategias de prevención e intervención que posibiliten planificar nuevos programas de salud,

identificando las necesidades específicas y favoreciendo una posterior evaluación, lo que permitiría aumentar el bienestar de esta población.

Aunque, como he comentado, los estudios que investigan acerca de los diversos tratamientos aplicables a estos pacientes son extensos, no ocurre así con los cuidados enfermeros, donde la escasez es la norma.

En la UTP, la mayor parte de las actividades enfermeras, desde los talleres de autocuidado, la psicoeducación, o la formación en habilidades sociales, tienen como receptor del cuidado el grupo de pacientes hospitalizados. Conocer cuáles son los diagnósticos enfermeros más prevalentes en función del tipo de TP y sexo, permitiría adecuar la intervención enfermera a los pacientes ingresados en un momento determinado, además de adaptarse a la práctica de actuación en la unidad. Estos datos, a pesar de que podrían ser obtenidos de la valoración enfermera, condicionados por la premura y la escasez de tiempo del que disponemos los profesionales y debido a la extensión y necesidad de tiempo que precisa, es frecuente que sea pospuesta varios días tras el ingreso.

Un estudio previo realizado por M^a Ángeles Rams²³ en el cual analizaba la relación existente entre los diagnósticos médicos y los diagnósticos enfermeros en una unidad de salud mental, obtuvo resultados de asociación significativa. Ello les permitió establecer planes de cuidados estandarizados, facilitando la protocolización para la actuación inmediata tras el ingreso. Si este hecho se confirmara en nuestro estudio, es decir, si cada tipo de TP fuera asociado a determinados diagnósticos enfermeros, permitiría un mejor abordaje del trastorno a través de una atención más especializada con cuidados específicos, resultando así una recuperación más efectiva y logrando su integración en la familia y la sociedad de forma más temprana.

Los estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia de diagnósticos específicos en un entorno o poblaciones también ayudan a mostrar la importancia y co-ocurrencia de determinados diagnósticos, siendo buenos predictores de los resultados de hospitalización y aumentando el poder explicativo de los Grupos de Diagnóstico relacionados (GRD)²⁴, a la vez que permiten priorizar en la actuación de los mismos. A través de su estudio se consigue reforzar las evidencias en las que se basa la taxonomía NANDA, por lo que deberían convertirse en una prioridad en nuestra profesión a fin de poder desarrollar el conocimiento enfermero.

1.12. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la distribución de los diferentes tipos de TP en la población a estudio?
- ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los pacientes con TP?
- ¿Cuáles son los patrones alterados y diagnósticos enfermeros que aparecen con mayor frecuencia en los diferentes tipos de TP?
- ¿Existe asociación significativa y en qué grado entre los patrones alterados /diagnósticos y el tipo de TP?
- ¿Existe asociación significativa y en qué grado entre los patrones alterados/diagnósticos y el sexo del paciente?

1.13. HIPÓTESIS

El tipo de Trastorno de la Personalidad y/o el sexo del paciente definirán la alteración de determinados patrones funcionales y/o diagnósticos enfermeros

1.14. OBJETIVOS

Principales:

- ❖ Establecer un perfil de paciente para cada tipo de Trastorno de la Personalidad (criterios DSM-IV).
- ❖ Analizar si existe asociación entre los patrones alterados y diagnósticos enfermeros y los diferentes tipos de Trastorno de la Personalidad.

Secundarios:

- ❖ Determinar los patrones alterados/diagnósticos enfermeros que aparecen con mayor frecuencia en los pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad y su distribución según sexo y tipo de TP.
- ❖ Analizar si existe asociación entre el tipo de TP y sexo.
- ❖ Estudiar si existe relación entre el sexo del paciente y los patrones alterados/diagnósticos.
- ❖ Analizar si existe asociación entre los datos complementarios recogidos de cada patrón y el tipo de TP y sexo del paciente.

2. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal realizado a pacientes con Trastorno de la Personalidad, ingresados en la Unidad de Trastornos de la Personalidad de Zaragoza durante el año 2011.

2.2. CRONOGRAMA

El estudio se realizó siguiendo el siguiente plan de trabajo:

<i>OCTUBRE-DICIEMBRE</i>	Revisión bibliográfica Actualización del tema Solicitud de permisos
<i>ENERO-MARZO</i>	Recogida de información
<i>ABRIL</i>	Análisis estadístico de los resultados obtenidos
<i>MAYO</i>	Discusión

2.3. POBLACIÓN A ESTUDIO

La población a estudio fueron todos los pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad e ingresados en la Unidad de trastornos de la personalidad del Hospital Nuestra señora de Gracia entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de ese mismo año.

Los criterios de inclusión en el trabajo se correspondieron con los criterios de ingreso en la unidad:

- Ser mayor de edad
- Coeficiente intelectual >85
- No presentar dependencia a tóxicos
- No TP narcisistas o antisociales puros
- Participación de la familia en el tratamiento
- Aceptación de contrato terapéutico
- No tener cargas legales

Como criterios de exclusión:

- No tener la valoración enfermera realizada o no estar disponible en la historia clínica.

2.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Los datos fueron recogidos mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en el periodo de tiempo determinado. Esta revisión se realizó cumpliendo con los requisitos de confidencialidad y derecho a la intimidad que protegen al paciente. Para recoger el tipo de TP se analizó el cuestionario internacional de los trastornos de la personalidad (**IPDE**). El IPDE²⁵ es una entrevista semiestructurada que permite hacer un diagnóstico diferencial entre 11 tipos diferentes de trastornos de la personalidad, correspondientes con la clasificación del DSM-IV:

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| ▪ Paranoide | ▪ Narcisista |
| ▪ Esquizoide | ▪ Evitación |
| ▪ Esquizotípico | ▪ Dependiente |
| ▪ Antisocial | ▪ Obsesivo-compulsivo |
| ▪ Límite | ▪ No específico/mixto |
| ▪ Histriónico | |

Este instrumento diagnóstico consta de 99 ítems, los cuales puntúan entre cero y dos puntos. Se otorgan cero puntos cuando la conducta o rasgo al que se refiere la pregunta está ausente o es normal, un punto cuando es exagerado o acentuado y dos puntos cuando es patológico. Los índices de validez para identificar uno o más trastornos de la personalidad se obtienen con el punto de corte igual a 4 o más respuestas no coincidentes con las esperadas.

El IPDE se realiza a todos los pacientes ingresados en la UTP y es cumplimentado por la psicóloga de la unidad, la cual tiene entrenamiento previo en el uso del mismo.

En los casos donde existieron más de un diagnóstico de diferentes tipos de trastorno de la personalidad, se seleccionó aquel que presentaba un mayor número de ítems alterados, indicado también en el formulario IPDE.

La información acerca de los diagnósticos enfermeros de los pacientes se recogió de la hoja de **valoración enfermera**. En ella, el personal de enfermería analiza las necesidades biológicas, las reacciones emocionales del sujeto y sus relaciones interpersonales, asegurándose de la persistencia y duración de este comportamiento para un correcto diagnóstico. Para ello es necesario un/a enfermero/a con suficiente experiencia en el campo de la salud mental. Esta valoración se realiza a través de una entrevista semiestructurada efectuada en los primeros quince días tras el ingreso del paciente y en ella los diagnósticos enfermeros, emitidos en taxonomía NANDA, se organizan por los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Toda la información de los pacientes necesaria para el trabajo se recogió en un **formulario** creado específicamente para el estudio (*ANEXO I*) y se ha contado con el consentimiento de la Supervisora de Enfermería de la unidad y del Jefe del Servicio de Psiquiatría (*ANEXO II*).

2.5. VARIABLES A ESTUDIO

La encuesta recoge las siguientes variables. Los valores que pueden adquirir cada una de ellas se encuentran en el formulario incluido en el ANEXO I.

a) Variables independientes:

Variables principales:

1. Sexo: *cualitativa dicotómica*
2. Edad: *cuantitativa discreta*
3. Tipo Trastorno Personalidad: *cualitativa nominal*

Variables sociodemográficas:

4. Situación laboral: *cualitativa nominal*
5. Situación académica: *cualitativa nominal ordinal*
6. Nivel socioeconómico: *cualitativa nominal ordinal*
7. Antecedentes psiquiátricos familiares: *cualitativa dicotómica*

Variables complementarias:

8. Actitud ante la enfermedad: *cualitativa nominal*
9. Profesionales con los que han estado en tratamiento: *cuantitativa discreta*
10. Motivo abandono anteriores profesionales: *cualitativa nominal*
11. Ingresos en el último año: *cuantitativa discreta*
12. Tratamiento farmacológico anterior: *cualitativa dicotómica*
13. Tipo tratamiento farmacológico anterior: *cualitativa nominal*
14. Tratamiento no farmacológico anterior: *cualitativa dicotómica*
15. Tipo tratamiento no farmacológico anterior: *cualitativa nominal*
16. Cumplimiento tratamiento actual: *cualitativa nominal*
17. Anteriores ingresos en centros psiquiátricos: *cualitativa dicotómica*
18. Tipo de centro psiquiátrico: *cualitativa nominal*
19. Hábitos tóxicos: *cualitativa nominal*
20. IMC: *cuantitativa continua*
21. Conductas de Trastorno alimentario (TCA): *cualitativa nominal*
22. Horas sueño: *cuantitativa discreta*
23. Calidad del sueño: *cualitativa dicotómica*
24. Problemas durante el sueño: *cualitativa nominal*
25. Sueño desorganizado: *cualitativa dicotómica*
26. Percepción imagen corporal: *cualitativa nominal*
27. Inestabilidad emocional: *cualitativa dicotómica*
28. Opinión sentido existencia: *cualitativa dicotómica*
29. Opinión vida deteriorada: *cualitativa dicotómica*
30. Estructura familiar: *cualitativa dicotómica*
31. Vive Acompañado: *cualitativa nominal*
32. Depende de alguna persona en exceso: *cualitativa dicotómica*
33. Dificultad para estar solo: *cualitativa dicotómica*
34. Satisfacción laboral: *cualitativa nominal*
35. Uso conductas manipuladoras en relaciones: *cualitativa dicotómica*
36. Uso métodos anticonceptivos: *cualitativa dicotómica*

37. Prevención ETS: *cualitativa dicotómica*
38. Pareja estable: *cualitativa dicotómica*
39. Promiscuidad: *cualitativa dicotómica*
40. Problemas de diferenciación y/o identidad sexual: *cualitativa dicotómica*
41. Orientación sexual: *cualitativa nominal*
42. Sentimientos frente a orientación sexual: *cualitativa nominal*
43. Vida sexual: *cualitativa dicotómica*
44. Abuso sexual: *cualitativa dicotómica*
45. Embarazos: *cualitativa dicotómica*
46. Abortos: *cualitativa dicotómica*
47. Conductas impulsivas: *cualitativa dicotómica*
48. Tipo conductas impulsivas: *cualitativa nominal*
49. Problemas con la justicia: *cualitativa dicotómica*
50. Pensamientos suicidio: *cualitativa dicotómica*
51. Intentos suicidio: *cualitativa dicotómica*
52. Formas intento suicidio: *cualitativa nominal*
53. Ámbito existencial: *cualitativa dicotómica*
54. Grado satisfacción: *cuantitativa ordinal*
55. Creencias religiosas: *cualitativa dicotómica*
56. Valoración enfermera: *cualitativa nominal*

b) Variables dependientes:

Las variables dependientes se corresponden con los siguientes diagnósticos enfermeros, emitidos en taxonomía NANDA²⁶:

➤ Patrón percepción/mantenimiento de la salud:

- 1: *Manejo inefectivo del régimen terapéutico*
- 2: *Incumplimiento del tratamiento*
- 3: *Mantenimiento inefectivo de la salud*

➤ Patrón nutricional/metabólico:

- 4: *Desequilibrio nutricional por exceso*
- 5: *Desequilibrio nutricional por defecto*

➤ Patrón de eliminación

- 6: *Estreñimiento*

➤ Patrón de actividad/ejercicio

- 7: *Déficit de actividades recreativas*
- 8: *Deterioro en el mantenimiento del hogar*
- 9: *Déficit del autocuidado: alimentación*
- 10: *Déficit del autocuidado: baño/higiene*
- 11: *Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento*

➤ Patrón sueño/descanso:

- 12: *Deterioro del patrón de sueño*

➤ Patrón cognitivo/perceptivo

- 13: *Dolor agudo*
- 14: *Deterioro de la comunicación verbal*
- 15: *Confusión aguda*
- 16: *Deterioro de la memoria*
- 17: *Alteraciones sensorio-perceptivas*
- 18: *Alteración de los procesos de pensamiento*

➤ Patrón auto-percepción/autoconcepto

- 19: *Trastorno de la imagen corporal*
- 20: *Baja autoestima situacional*
- 21: *Desesperanza*
- 22: *Baja autoestima crónica*
- 23: *Ansiedad*

➤ Patrón rol/relaciones

- 24: *Deterioro de la interacción social*
- 25: *Riesgo de soledad*
- 26: *Interrupción de los procesos familiares*
- 27: *Aislamiento social*
- 28: *Desempeño inefectivo del rol*

➤ Patrón sexualidad/reproducción

- 29: *Patrones sexuales inefectivos*

➤ Patrón adaptación/tolerancia al estrés

- 30: *Afrontamiento inefectivo*
- 31: *Afrontamiento defensivo*
- 32: *Afrontamiento familiar incapacitante*
- 33: *Riesgo de violencia dirigida a otros*
- 34: *Riesgo de violencia autodirigida*
- 35: *Deterioro de la adaptación*
- 36: *Negación ineficaz*
- 37: *Afrontamiento familiar comprometido*
- 38: *Duelo disfuncional*
- 39: *Síndrome postraumático*

➤ Patrón valores/creencias

- 40: *Sufrimiento espiritual*

Todas las variables dependientes fueron recogidas como cualitativas dicotómicas, pudiendo adquirir los valores (SI/NO) a través de la valoración enfermera.

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el tratamiento y análisis de los datos, se utilizaron los programas Excel 2007 y SPSS 15.0 para Windows.

2.6.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE

Se calcularon índices de estadística descriptiva:

- Media, moda y desviación típica de las variables: *edad, tiempo de ingreso, profesionales con los que ha estado en tratamiento e ingresos en el último año.*
- Media de las variables: *IMC y horas de sueño.*
- Frecuencias (absolutas y relativas) de las variables cualitativas.

2.6.2. ANÁLISIS BIVARIANTE

Para comprobar la asociación se utilizó el estadístico Chi cuadrado con las siguientes variables cualitativas:

1. *Patrones alterados con sus correspondientes diagnósticos & Tipos TP*
2. *Tipos TP & sexo de los participantes*
3. *Sexo & Patrones alterados con sus correspondientes diagnósticos*
4. *Variables complementarias & Tipo TP*
5. *Variables complementarias & Sexo*

Este análisis se realizó al conjunto de los participantes y para todos los casos se utilizó un intervalo de confianza del 95% y un grado de significación **p < 0,05**.

Para las variables que resultaron significativas se calculó la magnitud del riesgo a través del Odds Ratio.

3. RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE (ANEXO III)

Los pacientes seleccionados para el estudio tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión fueron 27.

3.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La mayor parte de la muestra, el 70,4% fueron **mujeres** (19 casos) y el 29,6% hombres (8). (GRAFICO I)

La **edad** media de los participantes fue de 31 años, mínima 18 años y máxima 42, con una desviación típica (DE) de 7,557. Existieron dos modas, a los 20 y a los 35 años, ambas con una frecuencia de 3 casos. (TABLA I)

La **media de estancia** en la unidad fue de 58 días de ingreso, moda a los 60 y a los 65 días, con una DE de 19,14.

Más de la mitad de los pacientes, el 60% provenía de una familia con un **nivel socioeconómico** medio (15), seguido del 28% medio bajo (7).

En cuanto a la **situación laboral**, el 60% de los pacientes se encontraba en el momento de la valoración en situación de desempleo (15) y el 24% con incapacidad laboral temporal (ILT) (6).

El 38,5% de los pacientes tenía los **estudios** básicos concluidos (10) y el 30,8% estudios medios sin concluir (8). (TABLA II)

Antecedentes psiquiátricos familiares aparecieron en el 88,5% de los pacientes (23), siendo en el 56,2% de los casos del núcleo familiar más cercano (padres y/o hermanos) (15).

3.1.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DIFERENCIADOS POR TIPO DE TP

El tipo de trastorno de personalidad (GRAFICO II) más frecuente fue el trastorno límite, con un 55,6% de casos (15), seguido del trastorno paranoide con un 18,5 % (5), del histriónico hubo un 14,8% (4), del trastorno por evitación un 7,4% (2) y por último del trastorno de dependencia un 3,7% (1). De los trastornos esquizoide, esquizotípico, narcisista, antisocial y obsesivo-compulsivo no se halló ningún caso.

La edad media de los pacientes con trastorno histriónico fue la más baja (24 años), siendo la más alta la de los pacientes con trastorno por evitación (38 años).

La estancia media de los pacientes fue similar en los diferentes tipos de TP estudiados, a excepción del trastorno por evitación que fue de 43 días (15 días menos que la media general de los TP). Las distribuciones en función del sexo variaron siendo en el sexo femenino más frecuente en los trastornos límite, paranoide e histriónico y el masculino más predominante en el trastorno por evitación y dependiente. (TABLAS III, IV, V, VI, VII).

Los patrones que aparecieron alterados con mayor frecuencia fueron el patrón adaptación/tolerancia al estrés y autopercepción/autoconcepto, ambos alterados en un 81,5% de los pacientes (22), siendo este último además el más frecuente en los trastornos límite e histriónico.

El diagnóstico que apareció en mayor proporción en los pacientes con TP fue el deterioro del patrón sueño, alterado en un 77,8% de los pacientes (21). Este diagnóstico

además fue mayoritario en los pacientes con trastorno paranoide y límite. La desesperanza fue el diagnóstico más frecuente en los pacientes con trastorno histriónico.

3.1.3. ESTUDIO DESCRIPTIVO POR PATRONES FUNCIONALES

❖ **Patrón percepción/mantenimiento de la salud (GRAFICO III)**

Patrón alterado en el 66,7% de los pacientes (18). Afecta al 63,2% de las mujeres (12) y al 75% de los hombres (6).

En cuanto a su afectación en los distintos tipos de TP, aparece en el 100% de los dependientes (1), en el 75% de los histriónicos (3), en el 66,7% de los límites (10), en el 60% de los paranoides (3) y en el 50% de los evitadores (1).

Los diagnósticos incluidos dentro de este Patrón funcional, aparecidos en la muestra son los siguientes:

➤ 00078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico

Este diagnóstico se encuentra en el 51,9% de los pacientes (14), afectando al 52,6% de las mujeres (10) y al 50% hombres (4).

Aquellos pacientes que con mayor frecuencia presentan este diagnóstico son los límites, afectando al 60% (9), seguido de los pacientes con trastorno por evitación (1) e histriónicos (2), ambos en un 50% y por último a los paranoides en un 40% (2).

➤ 00079: Incumplimiento del tratamiento

Se encuentra en el 25,9% de los pacientes (7), afectando al 31,6% de las mujeres (6) y al 12,5% de los hombres (1).

Presente en el 60% de los paranoides (3), el 25% de los histriónicos (1) y el 20% de los pacientes con trastorno límite (3).

➤ 00099: Mantenimiento inefectivo de la salud

Diagnosticado en el 33,3% de los pacientes (9), estuvo presente en el 42,1% de las mujeres (8) y en el 12,5% de los hombres (1).

Su frecuencia de aparición en función del tipo de TP fue del 100% en los trastornos por dependencia (1), el 40% en los paranoides (2), el 33,3% en los límites (5) y el 25% en los histriónicos (1).

En cuanto a los aspectos recogidos en las variables complementarias de este patrón:

La **Actitud** ante el posible diagnóstico de trastorno de la personalidad fue de aceptación en el 37,5% de los casos (9), el 12,5% manifestó rechazo (3) y el 50% otros motivos (12), siendo el más importante la no conciencia de enfermedad (75% de los 12 casos y el 37,5% del total).

De media, los pacientes de la muestra han estado en **tratamiento** con 5 profesionales anteriormente. Los motivos referidos para su abandono fueron: el 38,1 % los dejó por ineficaces (8), el 14,3% porque no le entendían (3), el 9,5% refiere que solo le daban pastillas (2) y el 4,8% porque eran muy duros (1). El 33,3% respondió otras razones, de las cuales el 42,8% (12,7% del total) fue por motivos económicos.

El 76% ha estado en tratamiento no farmacológico con anterioridad (19) y en tratamiento farmacológico el 96% (24). Respecto al tratamiento no farmacológico, el 36,8% realizó terapia de grupo (9), el 21% terapia cognitivo-conductual (5), el 15,7%

terapia familiar (4), el 10,5% terapia psicoeducativa e igual frecuencia, 10,5% los que realizaron psicoanálisis (3).

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 79,1% tomaron antidepresivos (20), el 70,8% ansiolíticos (18), el 37,5% hipnóticos (9), el 16,6% neurolepticos (4) y el 8,3% anticonvulsivos (2).

Con respecto al cumplimiento de las pautas de **medicación** el 73,9% (17) dijo tomar la medicación prescrita, el 13% (3) la tomaba de manera irregular, el 8,7% (2) prácticamente se automedicaba y el 4,3% (1) reconocía no tomar la prescrita. El 50% de los que no tomaban la medicación correctamente fueron diagnosticados de incumplimiento del tratamiento en la UTP.

La media de **ingresos hospitalarios** en el último año fue de 1 con 1,326 de desviación típica y moda en 0. El 15,4% (4) no ha estado ingresado nunca en un centro psiquiátrico. De los que sí han estado, el 42,3% (11) ha sido en unidades de agudos, el 23,1% (6) en unidad de agudos más centro de día, el 3,8% (1) en centro de día y 3,8% (1) también, en centro de día y hospital psiquiátrico.

Los hábitos tóxicos registrados de los pacientes fueron: el 74% (20) fumaba de manera habitual, el 62,9% (17) tomaba alcohol y el 66,6% (18) consumía drogas.

❖ **Patrón nutricional/metabólico (GRAFICO IV)**

Patrón afectado en el 14,8% (4) de los pacientes, correspondiéndose el 100% de los casos a mujeres (21,1% del total de mujeres).

Aparece en un 25% (1) de los histriónicos y en un 25% (3) de los límites.

➤ 0001:Desequilibrio nutricional por exceso

Presente en el 11,1% (3) de los pacientes, siendo el 100% mujeres (15,8% del total de mujeres).

Aparece en el 25% de los pacientes con trastorno histriónico (1) y en el 13,3% de los pacientes límites (2).

➤ 0002:Desequilibrio nutricional por defecto

Presente en el 7,4% (2) de los pacientes, el 100% de ellos mujeres (10,5% del total de mujeres).

El 100% son pacientes diagnosticados de trastorno **límite**, correspondiéndose al 13,3% de los pacientes límites totales.

En cuanto a otros datos recogidos en este patrón, la media de **IMC** fue 24 kg/m². El 37,5% (12) tenía un IMC superior a 25, el 18,7% (6) inferior a 20 y misma frecuencia, 18,7% (6), para pacientes con un IMC entre 20 y 25, ambos inclusive.

El 11,1% (3) refirió padecer **conductas** de anorexia y el 33,3% (9) de bulimia. El 100% de las conductas tanto de anorexia como de bulimia se dieron en el sexo femenino, apareciendo en el 46,1% de las mujeres.

❖ **Patrón de eliminación (GRAFICO V)**

Patrón alterado en el 51,9% (14) de los pacientes ingresados, afectando al 52,6% de las mujeres (10) y al 50% de los hombres (4).

Aparece en el 80% de los paranoides (4), en el 75% de los histriónicos (3), en el 50% de los evitadores (1) y en el 40% de los límites (6). Estos datos se corresponden con el único diagnostico enfermero valorado en este patrón:

➤ 00011:Estreñimiento

❖ **Patrón de actividad y ejercicio (GRAFICO VI)**

Afecta al 77,8% (21) de los pacientes con TP, apareciendo en el 84,2% de las mujeres (16) y en el 62,5% (5) de los hombres.

Aparece afectado en todos los pacientes evitadores (2) e histriónicos (4), en el 80% de los paranoides (4) y en el 73,3% de los límites (11).

➤ 00097:Deficit de actividades recreativas

Diagnóstico presente en el 51,9% (14) de los pacientes, apareciendo en el 50% de los hombres (4) y en el 52,6% de las mujeres (10).

Su frecuencia de aparición en función del tipo de TP fue del 100% en los trastornos por evitación (2), el 80% en los paranoides (4), el 50% en histriónicos (2) y el 40% en límites (6).

➤ 00098:Deterioro en el mantenimiento del hogar

Diagnosticado al 51,9% (14) de los pacientes. Presente en el 50% de los hombres (4) y en el 52,6% de las mujeres (10).

Afecta al 100% de los trastornos por evitación (2), al 75% de los histriónicos (3), al 60% de los paranoides (3) y al 40% de los límites (6).

➤ 00102:Deficit del autocuidado: alimentación

Está presente en el 48,1% (13) de los pacientes, siendo el 52,6% de las mujeres (10) y el 37,5% de los hombres (3).

Su frecuencia de aparición en función del tipo de TP fue del 80% en los trastornos paranoides (4), el 50% en los evitadores (1), el 46,7% en los límites (7) y el 25% en los histriónicos (1).

➤ 00108:Déficit del autocuidado: baño/higiene

Diagnosticado al 37% (10) de los pacientes, afectando al 42,1% de las mujeres (8) y al 25% de los hombres (2).

Presente en el 80% de los pacientes con trastorno paranoide (4), el 50% de los histriónicos (2) y el 26,7% de los límites (4).

➤ 00109:Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento

Afecta al 29,6% (8) de los pacientes, correspondiéndose al 36,8% de las mujeres (7) y al 12,5% de los hombres (1).

Su frecuencia de aparición en función del tipo de TP fue del 80% en los trastornos paranoides (4), el 25% en los histriónicos (1) y el 20% en los límites (3).

❖ **Patrón sueño/descanso (GRAFICO VII)**

Afecta al 77,8% (21) de los pacientes, presentándose en el 84,2% de las mujeres (16) y en el 62,5% (5) de los hombres.

Su aparición en los diferentes tipos de trastorno es del 100% en los paranoides (5), el 80% en los límites (12), el 75% en los histriónicos (3) y la mitad, 50% en los evitadores (1).

Estos datos se corresponden con el único diagnostico enfermero valorado en este patrón.

➤ 00095:Deterioro del patrón de sueño

Datos recogidos relacionados con este patrón, indicaban que la media de **horas de sueño** de los pacientes fueron 8. El 28,1% (9) de los pacientes refirió tener un sueño

satisfactorio, mientras que no satisfactorio el 50% (16). Los problemas que reflejaron para esa insatisfacción con el sueño fueron: un 21,8% (7) problemas de inicio, 21,8% (7) también, despertar precoz, el 9,3% (3) pesadillas, el 6,2% (2) interrupciones durante el sueño e igual porcentaje para sensación de hipersomnia durante el día (2). Además, un 18,7% (6) de los pacientes tenía un patrón de sueño desorganizado, con mayor número de horas de sueño diurnas que nocturnas.

❖ **Patrón cognitivo/perceptivo (GRAFICO VIII)**

Afectó al 59,3% (16) de los pacientes, correspondiéndose con el 62,5% (5) de los hombres y el 57,9% (11) de las mujeres.

Está presente en el 100% de los evitadores (2), en el 80% de los paranoides (4), en el 53% de los límites (8) y en el 50% de los histriónicos (2).

➤ 00132:Dolor agudo

Presente en el 25,9% (7) de los pacientes, correspondiéndose con el 50% de los hombres (4) y con el 15,8% de las mujeres (3).

Su distribución en función del tipo de TP es del 50% en los trastornos por evitación (1), 26,7% en los límites (4), 25% en los histriónicos (1) y 20% en los paranoides (1).

➤ 00051:Deterioro de la comunicación verbal

Presente en el 7,4% (2) de los pacientes, 12,5% de los hombres (1) y 5,3% de las mujeres (1).

Aparece en el 50% de los evitadores (1) y en el 20% de los paranoides (1).

➤ 00822:Confusión aguda

Afecta al 7,4% (2) de los pacientes, apareciendo en el 10,5% de las mujeres.

Presente en el 40% de los trastornos paranoides.

➤ 00831:Deterioro de la memoria

Diagnosticado en el 48,1% (13) de los pacientes, correspondiéndose con el 50% de los hombres (4) y el 47,4% de las mujeres (9).

Presente en el 100% de los trastornos por evitación (2), 60% de los paranoides (3), 50% de los histriónicos (2) y 40% de los límites (6).

➤ 00072:Alteraciones sensorceptivas

Presente en el 18,5% (5) de las pacientes, correspondiéndose con el 26,3% de las mujeres.

Afecta al 60% de los trastornos paranoides (3), 25% de los histriónicos (1) y 6,7% de los límites (1).

➤ 00083:Alteracion de los procesos del pensamiento

Diagnóstico presente en el 18,5% (5) de los pacientes, correspondiéndose con el 26,3% de las mujeres.

Afecta al 40% de los paranoides (2) y en el 20% de los límites (3).

❖ **Patrón autopercepción/autoconcepto (GRAFICO IX)**

Alterado en el 81,5% (22) de los pacientes con TP, apareciendo en el 87,5% de los hombres (7) y en el 78,9% de las mujeres (15).

Según el tipo de TP, está presente en el 100% de los histriónicos (4) y evitadores (2), en el 86,7% de los límites (13) y en el 60% de los paranoides (3).

➤ 00118:Trastorno de la imagen corporal

Diagnosticado al 40,7% (11) de los pacientes, afecta al 37,5% de los hombres (3) y al 42,1% de las mujeres (8).

Presente en el 50% de los trastornos histriónicos (2) y evitadores (1) y en el 40% de los trastornos paranoide (2) y límite (6).

➤ 00120:Baja autoestima situacional

Afecta al 14,8% (4) de los pacientes, correspondiéndose con el 12,5% de los hombres (1) y con el 15,8% de las mujeres (3).

Lo presentan el 26,7% de los pacientes con trastorno límite.

➤ 00124:Desesperanza

Presente en el 63% (17) de los pacientes, apareciendo en el 50% de los hombres (4) y en el 68,4% de las mujeres (13).

Afecta al 100% de los pacientes histriónicos (4) y evitadores (2), al 60% de los paranoide (3) y al 53,3% de los límites (8).

➤ 00119:Baja autoestima crónica

Presente en el 59,3% (16) de los pacientes, correspondiéndose con el 50% de los hombres (4) y con el 63,2% de las mujeres (12).

Afecta al 100% de los pacientes evitadores (2), al 75% de los histriónicos (3), al 60% de los paranoide (3) y al 53,3% de los límites (8).

➤ 00146:Ansiedad

Diagnosticado en el 51,9% (14) de los pacientes, apareciendo en el 62,5% de los hombres (5) y con el 47,4% de las mujeres (9).

Afecta al 75% de los histriónicos (3), al 53,3% de los límites (8), al 50% de los evitadores (1) y al 40% de los paranoide (2).

En cuanto a la percepción sobre su **imagen personal**, el 41,7% (10) mostró aceptación, el 37,5% (8) rechazo, el 16,7% (4) indiferencia y el 12,5 % (2) distorsión.

Con respecto a la **percepción interior**, el 96% (24) se consideraba emocionalmente inestable y el 54,2% (13) creía que no servía para nada. Además, un 29,2% (7) pensaba que su vida estaba o iba a estar irreversiblemente deteriorada.

❖ **Patrón rol/relaciones (GRAFICO X)**

Afecta al 70,4% (19) de los pacientes, correspondiéndose con el 73,7% (14) de las mujeres y el 62,5% de los hombres (5).

Su distribución en función tipo TP es del 100% en los histriónicos (4) y en los evitadores (2), el 66,7% de los límites (10) y el 60% de los paranoide (3).

➤ 00052:Deterioro de la interacción social

Presente en el 48,1% (13) de los pacientes, correspondiéndose con el 50% de los hombres (4) y con el 47,4% de las mujeres (9).

Su distribución en función del tipo de TP es del 100% en los evitadores (2), el 60% en los paranoide (3), el 46,7% en los límites (7) y el 25% en los histriónicos (1).

➤ 00054:Riesgo de soledad

Diagnosticado en el 37% (10) de los pacientes, afectando al 62,5% de los hombres (5) y al 26,3% de las mujeres (5).

Presente en el 100% de los evitadores (2), en el 60% de los paranoide (3) y en el 33,3% de los límites (5).

➤ 00060: Interrupción de los procesos familiares

Diagnóstico presente en el 51,9% (14) de los pacientes, correspondiéndose con el 57,9% de las mujeres (11) y el 37,5% de los hombres (3).

Se distribuye en un 75% de los histriónicos (3), 53,3% de los límites (8), 50% de los evitadores (1) y en el 40% de los paranoides (2).

➤ 00053: Aislamiento social

Presente en el 37% (10) de los pacientes con TP, afectando al 50% de los hombres (4) y al 31,6% de las mujeres (6).

Presente en el 100% de los evitadores (2), en el 60% de los paranoides (3) y en el 33,3% de los límites (5).

➤ 00055: Desempeño inefectivo del rol

Afecta al 33,3% (9), correspondiéndose con el 36,8% de las mujeres (7) y con el 25% de los hombres (2).

Su distribución es del 50% en los histriónicos (2), 40% en los límites (6) y 20% en los paranoides (1).

En relación a las relaciones sociales el 81,5% (22) **vivía** acompañado. De ellos el 68,2% (15) del núcleo familiar (padres, padres y/o hermano/a), el 22,7% (5) en pareja y el 4,5% (1) con amigos o compañeros de piso (1). El 38,5% (10) creyó tener mucha dificultad para estar solo.

El 66,7% (18) refirió depender en exceso de algunas personas, refiriéndose el 22% (4) a alguno de sus progenitores o a ambos, el 11,1% (2) a su pareja y el resto 66,6% (12) respondió No sabe/No contesta.

El 80,8% (21) reconoció utilizar conductas manipuladoras y/o seductoras para conseguir lo que quería.

❖ **Patrón sexualidad/reproducción (GRAFICO XI)**

Afecta al 48,1% (13) de los pacientes, correspondiéndose con el 56,2% de las mujeres (10) y con el 37,5% de los hombres (3).

Aparece en el 100% de los evitadores (2), en el 50% de los histriónicos (2), en el 46% de los límites (7) y en el 40% de los paranoides (2).

Estos datos se corresponden con el único diagnóstico enfermero valorado en este patrón.

➤ 00065: Patrones sexuales inefectivos

El resto de la información recogida en la valoración de este patrón, nos muestra que el 81% (17) de los pacientes **utilizaba protección** en sus relaciones sexuales contra las infecciones de transmisión sexual, correspondiéndose con el 73,3% de las mujeres (11) y con el 100% de los hombres (6). Similar porcentaje, el 81,8% (18) utilizaban métodos **anticonceptivos**.

El 40,7% (11) tenía **pareja** estable, mientras que el 34,8% (8) refirió ser promiscuo/a, no existiendo diferencias según sexo.

La **orientación sexual** fue del 65,6% (17) heterosexual y 6,25 % para bisexual (2) y homosexual (2). De ellos el 50% (2) tenía sentimientos de culpabilidad, el 25% (2) de ansiedad y el 25% (2) de aceptación. Un 14,3% (3) refirió tener problemas de diferenciación y/o identidad sexual, no existiendo diferencias por sexo pero si por tipo de TP, siendo todos ellos trastorno límite.

El 84,6% (22) consideraban su vida sexual insatisfactoria, de los cuales el 40,9% (9) decía ser inexistente.

El 53,8% (14) ha sido sometido a algún tipo de **abuso sexual** a lo largo de su vida, siendo el 85,7% (12) de ellos mujeres (63,2% del total de mujeres).

El 22,2% (6) de las mujeres se ha quedado **embarazada** alguna vez, de las cuales el 50% (3) decidieron abortar.

❖ **Patrón adaptación/tolerancia al estrés (GRAFICO XII)**

Afecta al 81,5% (22) de los pacientes, encontrándose alterado en el 87,5% de los hombres (7) y en el 78,9% de las mujeres (15).

Su distribución por tipo de TP es del 100% en los evitadores (2) y en los dependientes (1), 80% en los paranoides (4) y en los límites (12) y 75% en los histriónicos (3).

➤ 00069:Afrontamiento inefectivo

Afecta al 70,4% (19) de los pacientes, correspondiéndose con el 75% de los hombres (6) y con el 68,4% de las mujeres (13).

Presente en el 100% de los evitadores (2), en el 75% de los histriónicos (3), en el 73,3% de los límites (11) y en el 60% de los paranoides (3).

➤ 00071:Afrontamiento defensivo

Afecta al 7,4% (2) de los pacientes, estando presente en el 12,5% de los hombres (1) y en el 5,3% de las mujeres (1).

Su distribución por tipo de TP es del 20% en los trastornos paranoides (1) y del 6,7% de los límites (1).

➤ 00073:Afrontamiento familiar incapacitante

Diagnosticado en el 22,2% (6) de los pacientes, afecta al 26,3% de las mujeres (5) y al 12,5% de los hombres (1). Presente en el 60% de los paranoides (3), 25% de los histriónicos (1) y 13,3% de los límites (2).

➤ 00138:Riesgo de violencia dirigida a otros

Presente en el 22,2% (6) de los pacientes, siendo el 37,5% de los hombres (3) y el 15,8% de las mujeres (3).

Su distribución por tipo TP es del 100% en los pacientes dependientes (1), 50% en los evitadores (1), 25% en los histriónicos (1) y 20% en los límites (3).

➤ 00140:Riesgo de violencia autodirigida

Afecta al 51,9% (14) de los pacientes, correspondiéndose con el 57,9% de las mujeres (11) y con el 37,5% de los hombres (3).

Presente en el 80% de los paranoides (4), 50% de los histriónicos (2) y evitadores (1) y 46,7% de los límites (7).

➤ 00070:Deterioro de la adaptación

Presente en el 25,9% (7) de los pacientes, correspondiéndose con el 26,3% de las mujeres (5) y con el 25% de los hombres (2).

Afecta al 50% de los evitadores (1), al 40% de los paranoides (2) y al 26,7% de los límites (4).

➤ 00072:Negación ineficaz

Afecta al 14,8% (4) de los pacientes, correspondiéndose con el 15,8% de las mujeres (3) y con el 12,5% de los hombres (1).

Presente en el 26,7% de los pacientes límites.

➤ 00211:Afrontamiento familiar comprometido

Presente en el 3,7% (1) de los pacientes, siendo el 5,3% de las mujeres.

Afectó al 6,7% de los pacientes límite.

➤ 00139:Duelo disfuncional

Diagnosticado al 11,1% (3) de los pacientes, correspondiéndose con el 15,8% de las mujeres.

Presente en el 20% de los trastornos límites.

➤ 00141:Síndrome postraumático

Afecta al 7,4% (2) de los pacientes, estando alterado en el 10,5% de las mujeres.

Según tipo de TP se corresponde con el 13,3% de los pacientes con trastorno límite.

En cuanto a la información recogida a través de las variables complementarias, el 96,2% de los pacientes (25) refirió tener **conductas impulsivas**, siendo estas expresadas a través de diferentes maneras: atracones en el 42,9% (9), ludopatía en el 28,6% (6), gasto excesivo el 63,6% (14), actividades de riesgo el 23,8% (5), robos el 28,6% (6), autoagresividad el 77,3% (17), heteroagresividad el 50% (12), consumo drogas el 38,1% (8), consumo de alcohol el 33,3% (7), consumo excesivo de fármacos el 28,6% (6) y otros el 9,5% (2).

El 96,2% (25) había pensado en **suicidarse** en alguna ocasión y el 80,8% (21) lo había intentado de alguna manera, con una media de tres intentos. De ellos, el 61,9% (13) lo intentó mediante la ingesta abusiva de fármacos, el 23,8% (5) por venoclisis y el 14,2% (3) a través de otros métodos.

El 36% (9) declaró haber tenido problemas con la **justicia**.

❖ **Patrón valores/creencias (GRAFICO XIII)**

Diagnosticado al 59,3% (16) de los pacientes, correspondiéndose con el 63,2% de las mujeres (12) y el 50% de los hombres (4).

Afecta al 100% de los pacientes evitadores (2), al 80% de los paranoides (2), el 75% de los histriónicos (2) y el 46,7% de los límites (7).

Estos datos se corresponden con el único diagnóstico enfermero valorado en este patrón.

➤ 00066:Sufrimiento espiritual

En el **ámbito existencial** el 95,8% (23) se consideró vacío, otorgando un grado de satisfacción con su vida de cinco el 22,2% (6), el 48,1% (13) por debajo del cinco y el 7,4% por encima del cinco (2).

El 48,1% (13) se consideraba no religioso.

3.2. ANÁLISIS BIVARIANTE (ANEXO IV)

=====

Se analizó la posible asociación entre tipo de trastorno de la personalidad y patrones funcionales, así como con los respectivos diagnósticos correspondientes a cada patrón. También se estudio la posible relación entre los diferentes tipos de TP y el sexo del paciente, además del sexo con la alteración de los distintos patrones y diagnósticos. En cada análisis se investigó acerca de la posible asociación entre tipo TP o sexo con las variables complementarias de cada patrón.

3.2.1. ASOCIACIÓN ENTRE TIPOS TRASTORNO PERSONALIDAD & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

T. LIMITE & PATRONES-DIAGNÓSTICOS (TABLA VIII)

El TLP no presentó asociación estadística significativa con ningún patrón ni con ninguno de sus correspondientes diagnósticos, arrojando todos, tras la aplicación de Chi cuadrado, una $p > 0,05$ en todos sus análisis.

T. PARANOIDE & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

No existió asociación significativa entre el trastorno de personalidad paranoide y la alteración de los diferentes patrones funcionales pero sí con algunos de sus diagnósticos, siendo estos los siguientes: (TABLA IX)

- Déficit del autocuidado: baño/ higiene
- Déficit del autocuidado: vestido /acicalamiento
- Confusión aguda
- Alteraciones sensoperceptivas

Para estimar el riesgo de estas asociaciones calculamos el Odds ratio (TABLA X), resultando valores de 10'667 y 0'60 para los diagnósticos: "Déficit del autocuidado baño/higiene" y "Confusión aguda" respectivamente, ambos con unos intervalos de confianza que contenían el 1, por lo que se desestimó que existiera asociación entre estos diagnósticos y el trastorno paranoide.

Con el diagnóstico "Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento" obtuvimos un valor de 18, con intervalo de confianza que no incluía al 1. Al utilizar la categoría de referencia trastorno paranoide NO, los resultados indicaron que los pacientes con un trastorno de la personalidad tipo paranoide tenían **18 veces más riesgo** de tener alterado este diagnóstico frente a otros tipos de TP.

En la etiqueta diagnóstica "Alteraciones sensoperceptivas" se obtuvo una Odds ratio de 15, utilizando como categoría de referencia también trastorno paranoide NO y con un intervalo de confianza que no contenía el 1. Este resultado indicó que el paciente con trastorno de la personalidad tipo paranoide tiene **15 veces más riesgo** de tener alteraciones sensoperceptivas que los pacientes con trastorno de la personalidad de otro tipo.

Además, los análisis estadísticos también mostraron una asociación entre el trastorno paranoide y problemas con la justicia, con una $p = 0'04$ y obteniendo un valor al calcular la Odds ratio de 12, lo que indica que los pacientes con trastorno de la personalidad paranoide tienen **12 veces más riesgo** de tener o haber tenido problemas con la justicia. (IC: 1'074-134'110). (TABLA XI)

T. HISTRIÓNICO & PATRONES- DIAGNÓSTICOS

El trastorno histriónico no presentó asociación estadística significativa con la alteración de ningún patrón ni con sus diagnósticos correspondientes, obteniendo una $p > 0'05$ en todos ellos tras la aplicación de la prueba estadística Chi cuadrado. (TABLA XII)

Por el contrario, sí se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el ítem conductas promiscuas y el trastorno histriónico, resultando una $p=0'032$. Además, al calcular la medida de asociación obtuvimos un valor de 4 (IC: 1'872-8'545), tomando como categoría de referencia T. histriónico NO, lo que indicaba que los pacientes con trastorno de la personalidad tipo histriónico tenían **4 veces más riesgo** de tener conductas promiscuas que los pacientes con otro tipo de TP. (TABLA XIII)

T. POR EVITACIÓN & PATRONES- DIAGNÓSTICOS (TABLA XIV)

El Trastorno por evitación no presentó asociación significativa con ningún patrón ni con ninguno de sus correspondientes diagnósticos.

T. DEPENDIENTE & PATRONES- DIAGNÓSTICOS (TABLA XV)

El trastorno por dependencia no presentó asociación significativa con la alteración de ningún patrón ni de sus diagnósticos correspondientes, obteniendo una $p>0'05$ en todos ellos tras la aplicación de la prueba estadística Chi cuadrado.

3.2.2. TIPOS TP & SEXO

El análisis estadístico a través de la prueba Chi cuadrado determinó que no existía asociación entre el tipo de trastorno de personalidad diagnosticado y el sexo de los pacientes, resultando una $p>0'05$. (TABLA XVI)

3.2.3. SEXO & PATRONES-DX

No existió asociación entre el sexo del paciente y los patrones alterados, ni con los diagnósticos correspondientes a cada patrón, resultando tras la aplicación del estadístico Chi cuadrado una $p>0'05$ (TABLA XVII). Sin embargo, sí que existió asociación significativa entre el sexo del paciente y las conductas previas de trastorno alimentario, obteniendo una $p=0'005$ tras la aplicación del estadístico exacto de Fisher y un valor de asociación de 2'714 (IC: 1'507-4'890) con categoría de referencia HOMBRE, lo que indica que las mujeres diagnosticados de cualquier tipo de TP tienen **2,7 veces más riesgo** de tener un TCA que los hombres con TP. (TABLA XVIII)

4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que la mayoría de los pacientes ingresados en la UTP, casi tres cuartas partes (70,4%) son mujeres. El sexo, en interacción con factores sociales, actúa como un elemento determinante en la salud de los individuos y en la salud mental en particular. En relación con los Trastornos Mentales, los estudios han determinado que si bien la mujer está protegida de algunos de los trastornos más graves asociados al neurodesarrollo aparecidos en la infancia o preadolescencia, ese patrón posteriormente cambia, siendo los trastornos psiquiátricos más frecuentes en mujeres en la edad adulta²⁷.

Con respecto a los trastornos de la personalidad, la prevalencia por sexo varía en función del tipo de trastorno. Así, las investigaciones en diversos estudios hablan de un mayor predominio en el sexo femenino de los trastornos de tipo límite, histriónico y por dependencia, mientras que el tipo narcisista, esquizoide, esquizotípico, antisocial y obsesivo-compulsivo ha sido observado mayoritariamente en hombres, sin encontrarse diferencias en el trastorno por evitación⁸.

En el trabajo realizado en la UTP, si bien es cierto que el trastorno mayoritario es el tipo límite (55,6%), más típico en mujeres, apareció también en mayor proporción en el trastorno paranoide, frecuentemente masculino. En ninguno de los dos trastornos las pruebas de asociación con el sexo hallaron relación estadísticamente significativa.

En una investigación reciente²⁸ realizada a psiquiatras responsables del diagnóstico de los diferentes tipos de TP, se obtuvieron resultados llamativos. En ellos se recogía que los rasgos característicos asociados a los roles de género, masculino y femenino, también se asocian a los diferentes tipos de TP. Así, por ejemplo, en los trastornos en los cuales predominan rasgos como la dependencia o el histrionismo, asociados más frecuentemente al género femenino, son diagnosticados mayoritariamente en mujeres, ocurriendo de igual manera con los rasgos antisociales en los varones. Esto podría poner de manifiesto que existen prejuicios y estereotipos sociales acerca de los papeles y comportamientos típicos de cada sexo que influyen a la hora de realizar un correcto diagnóstico.

Este mismo estudio concluye que cuando los pacientes adoptan un comportamiento no típico de su género, presentando problemas de identidad sexual, son diagnosticados en mayor proporción del grupo A (paranoides, esquizoides, esquizotípicos). En nuestro estudio, del 18,5% de los pacientes con TP tipo paranoide, el 80% fueron mujeres. Sin embargo, estos pacientes no se corresponden con los que respondieron tener problemas de identidad sexual y/o diferenciación, siendo todos ellos TP tipo límite.

Con respecto a la edad, generalmente las características de los TP suelen hacerse reconocibles durante la adolescencia o al principio de la edad adulta²⁹. En nuestra población, la media de edad fue de 31 años. Esta edad, algo elevada, podría ser debida a que la gran parte de los pacientes lleva un largo recorrido por diferentes profesionales y tratamientos anteriores al ingreso en la unidad. Cuando los TP son diagnosticados en pacientes de edad media, es necesaria una evaluación completa para establecer la posible presencia de cambios de la personalidad debidos a una enfermedad médica o a un trastorno relacionado con el abuso de sustancias⁸.

En el análisis de las diferencias en cuanto a la edad de los pacientes, los resultados muestran como la edad media de los hombres es superior en seis años a la de las mujeres. Estos resultados puede poner de manifiesto un retraso en el diagnóstico en los

varones, debido a que es posible que los rasgos se consideren menos patológicos que en las mujeres o a diferencias en la expresión sintomatológica, pudiendo poner de relieve de nuevo un sobrediagnóstico o infradiagnóstico según prejuicios sociales.

Datos provenientes de diversos estudios³⁰ reflejan que existe en los últimos años un aumento de las formas de patología tradicionalmente vinculadas a los roles masculinos, como el consumo de alcohol y otras sustancias, entre los grupos de edad más jóvenes en las mujeres, lo que podría estar haciendo incrementar las consultas psiquiátricas y esto a su vez, producir un mayor número de diagnósticos de trastornos mentales en el sexo femenino. En la población estudiada, las mujeres supusieron el 76,5% de los pacientes que bebían alcohol de manera habitual, correspondiéndose con el 68,4% del total de ese mismo sexo frente al 57,1% de los varones.

Los TP tienen gran repercusión en el ámbito sociolaboral, debido principalmente a la inflexibilidad característica de estos pacientes, lo que junto con un patrón patológico a la hora de establecer relaciones sociales, les impide frecuentemente tener éxito o incluso permanencia en el trabajo³¹. Este hecho podría ser el causante de que más de la mitad de los pacientes, el 60%, se encontraran inactivos en el momento del estudio.

Con respecto a la situación académica, alrededor de la mitad de los pacientes no había finalizado los estudios que se había propuesto hacer, independientemente del nivel al que estos correspondan. A pesar de que los pacientes con TP pueden tener un CI normal o incluso superior a la media, existen investigaciones que reflejan que tienen limitada la capacidad de aceptar soluciones creativas³². Además, tanto los resultados académicos como la situación laboral de gran parte de los pacientes, remarcan la inestabilidad característica del trastorno, que les impide tener constancia ya sea en el trabajo o en el ámbito académico, siendo, a su vez, una manera de relacionarse con los demás, uno de los puntos clave de alteración en los pacientes con TP.

El 88,5% de los pacientes estudiados tenía antecedentes psiquiátricos familiares, lo que apuntaría a que, a pesar de ser desconocida todavía la etiología del trastorno, intervendrían en ella factores genéticos, aisladamente o en combinación con factores ambientales. Sería importante detectar cuales son los factores genéticos implicados que marcan la susceptibilidad hereditaria del trastorno, así como analizar las posibles interacciones entre biología y ambiente que favorecen su desarrollo. Sin embargo, si consideramos el nivel socioeconómico como factor ambiental, en este estudio no han existido diferencias con la población general, perteneciendo alrededor de la mitad de los pacientes a un nivel medio.

Más de una cuarta parte de los pacientes estudiados, el 26,1%, refirió no tomar la medicación prescrita tal y como se había pautado. Estos datos corroboran lo obtenido en un metaestudio realizado por S. Monzón Peña y colaboradores³³ sobre adherencia al tratamiento. En esta investigación, la presencia de trastornos de personalidad se relacionaba con tasas más bajas de adherencia y una mayor dificultad para modificar actitudes sobre la medicación. Las causas estudiadas fueron que se consideraba infrecuente que un individuo con trastorno de personalidad buscara apoyo psiquiátrico o psicológico, puesto que en la mayoría de los casos sus síntomas eran aloplásticos y egosintónicos. Esto hace que los pacientes con trastornos de personalidad, generalmente consulten al especialista cuando se ven sometidos a estresores importantes en su vida o desarrollan un trastorno psiquiátrico diferente (depresión, ansiedad, episodio psicótico) que les provoca gran malestar o alteraciones importantes en su funcionamiento global.

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio en la UTP, las tasas de mayor cumplimiento de medicación se dieron en el sexo masculino, a mayor edad y los que tenían estudios básicos concluidos o universitarios sin concluir, a pesar de no ser significativos estadísticamente. Los resultados no mostraron diferencias según situación laboral, pudiendo ser debido a que el 84% de los pacientes no estaba trabajando en el momento de recogida de los datos.

Estos resultados en cuanto a un mayor cumplimiento en los hombres, se corresponden con los obtenidos por J. Obiols³⁴, el cual señala entre los «predictores de resistencia terapéutica» el sexo femenino, debido a su relación con otras variables de resistencia como los problemas sociofamiliares o los factores biológicos.

En nuestro estudio, un 44,4% de los pacientes estudiados reconocía tener un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), siendo todos ellos mujeres. Este elevado porcentaje viene a corroborar los múltiples estudios que asocian los trastornos de la conducta alimentaria con los TP³⁵. Ambos se analizan desde la perspectiva del no control de la impulsividad. Así, se establece relación entre anorexia o bulimia según los diferentes tipos de trastorno, presentándose una mayor frecuencia de trastornos del grupo A y C, en concreto trastorno esquizoide y evitativo en anorexia nerviosa y del grupo B (histriónico) con la bulimia nerviosa³⁶. En los resultados obtenidos en el presente trabajo, a pesar de que no existe asociación significativa con ningún tipo de trastorno, sí que el trastorno límite presentaba las mayores frecuencias tanto en anorexia como en bulimia. Los resultados marcaron que existía asociación entre el sexo mujer en las pacientes con TP y tener un TCA ($p=0'005$). Esto, unido a que el 47,1% de ellas sufrían rechazo o distorsión en la percepción de su imagen personal, hace que se haga necesario prestar una especial atención a las conductas alimentarias que presenten las mujeres con trastorno de personalidad, especialmente del tipo límite, pudiendo identificar precozmente comportamientos de riesgo e instaurando un tratamiento preventivo.

Las mujeres con TP también han mostrado ser un grupo vulnerable a los abusos sexuales, puesto que del 53,8% de los pacientes que habían sufrido algún tipo de abuso, el 85,7% eran mujeres, representando el 63,2% del total de mujeres frente al 28,6% de los hombres. La mayoría de los estudios que relacionan los TP con los abusos sexuales, son con abusos experimentados durante la infancia debido a que son estos los que, como experiencia traumática, intervienen en el desarrollo de la personalidad, siendo el abuso sexual infantil considerado por algunos autores como un factor predictor muy potente de la sintomatología límite³⁷. Existen diferencias en cuanto a la edad en la cual se sufrieron los abusos, teniendo un mayor déficit en las habilidades sociales, falta de organización y problemas de conducta en las mujeres víctimas de abusos sexuales en la infancia y por el contrario, siendo los problemas de apego evitativo y baja hostilidad característicos de mujeres víctimas de violencia por la pareja³⁸.

Con respecto al tipo de TP, el 78,6% de los que había padecido abusos eran de tipo límite, el 14,3% histriónico y el 7,1% paranoide. Los resultados obtenidos en nuestra muestra están de acuerdo con los hallazgos encontrados por el estudio de Bernstein, Stein y Handelsman³⁹, los cuales concluyeron que, al contrario que en los demás tipos de maltrato infantil, el abuso sexual no se correlaciona con ningún trastorno de personalidad específico, si bien, en cierta medida lo hace con todos ellos.

Para Meza-Rodríguez⁴⁰ la experiencia de abuso sexual infantil podría activar el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal lo que causaría una hiperactivación del sistema serotoninérgico, pudiendo hacer que se manifiesten conductas impulsivas.

La impulsividad⁴¹, entendida como un rasgo de personalidad caracterizado por una desinhibición conductual y que se define por la predisposición a reaccionar de forma súbita, no planificada y sin considerar las consecuencias negativas que puedan traer estas reacciones hacia sí mismo o hacia los demás, está muy relacionada con los TP, en especial, con el tipo límite. Estas conductas impulsivas estaban presentes en la práctica totalidad de los pacientes de nuestro proyecto, el 96,2%, sin distinción por sexo, ni por tipo de TP. Tampoco se encontraron diferencias según tipo de trastorno en cuanto a la expresión de esta impulsividad a través de las catalogadas como conductas de riesgo: abuso de sustancias, adicciones conductuales (ludopatía, gasto excesivo), automutilación y suicidio, siendo la autoagresividad la más frecuente en todos los tipos, con un 77,3% de aparición. Sin embargo, sí que existieron diferencias en cuanto al sexo de los pacientes. Un 56,3% de las mujeres utilizaron los atracones como forma de expresión de esta impulsividad, mostrando además una asociación significativa entre el sexo y esta conducta, al igual que aparecía entre sexo mujer y presentar un TCA. Sin embargo, los pacientes varones utilizaron de manera más frecuente el gasto excesivo y la heteroagresividad, apareciendo en un 83,3% y en un 57,1% de los hombres respectivamente.

En cuanto a las conductas de suicidio, el 96,2% de los pacientes lo había pensado en alguna ocasión y el 80,8% lo había intentado, no existiendo diferencias significativas en función del tipo de TP ni del sexo. La prevención de los intentos de suicidio constituye un reto para los profesionales sanitarios y especialmente, para quienes trabajamos en salud mental, ya que si la población en riesgo es muy alta, con un promedio de suicidio de 5 personas de cada 100.000, el riesgo es todavía mayor en los pacientes con enfermedad mental⁴². Los suicidios son los causantes en gran parte de la morbilidad y mortalidad de los pacientes con TP, viéndose el riesgo potenciado a su vez por la comorbilidad existente con el abuso de sustancias psicoactivas, así como con otros comportamientos impulsivos, como promiscuidad sexual y conductas de automutilación.

Los hábitos tóxicos son muy frecuentes en los pacientes con TP. Un 76,9% de los pacientes de la unidad reflejaba un consumo habitual de tabaco, igual frecuencia para el consumo de drogas y un 65,4% consumía alcohol de manera habitual, no existiendo diferencias significativas según tipo TP ni sexo. Estos resultados contrastan con los obtenidos en otros trabajos donde las mujeres que inician un tratamiento por abuso o dependencia de sustancias presentaban una mayor prevalencia de TP que los varones en la misma situación⁴³. La comorbilidad existente entre los TP y el consumo de sustancias ha sido objeto de muchas investigaciones a lo largo de los últimos años, encontrándose suficientemente documentada. Los profesionales enfermeros encargados del cuidado de los pacientes con TP deberían reflejar en el registro en la historia clínica los antecedentes de consumo de sustancias, realizando de forma sistemática la detección de tóxicos en orina a todos los pacientes ingresados, así como identificando el patrón de consumo de los mismos para detectar los posibles casos de patología dual, los cuales se beneficiarían de un tratamiento específico.

CONSIDERACIONES ESPECIALES SEGÚN TIPO TP

El Trastorno de Personalidad Límite (TLP) ha sido el tipo de TP más frecuente, afectando al 55,6% de los pacientes estudiados. Esta alta prevalencia se ve apoyada por los resultados hallados por la mayoría de las investigaciones³, las cuales lo sitúan como el tipo de TP más común, afectando al 30-60% de los pacientes diagnosticados de TP. Este hecho se explica, según un estudio realizado por M.T.Bel y colaboradores⁴⁴ a través de la teoría de que el patrón límite se solapa frecuentemente con otros trastornos de la personalidad, especialmente con el histriónico, antisocial, esquizotípico y dependiente, lo que favorecería su diagnóstico. Esta misma idea se ve apoyada por Millon³², quien concibe a su vez el TLP como un nivel de patología más avanzado el cual interrelacionaría con otros estilos de personalidad menos graves. Otros autores reflejan que podría existir un sobrediagnóstico de los pacientes con TLP debido a las altas tasas de frecuentación de asistencia sanitaria en comparación con otros tipos de TP¹¹.

Los estudios acerca de las variables sociodemográficas de los pacientes con TLP son escasos, proviniendo en su mayoría del mundo anglosajón. Aun así, parece existir concordancia en que afecta con mayor frecuencia a las mujeres, estableciendo una relación 3:1 para el sexo femenino y situando su tasa alrededor del 70%. En el estudio realizado en la UTP, el 73,3% de los trastornos límites han sido mujeres, reforzando la teoría propuesta acerca del sobrediagnóstico según los valores y comportamientos atribuidos a cada rol de género.

La edad media de los pacientes TLP ha sido de 29 años. Esta edad está incluida en la reflejada por otros estudios del mismo tipo¹¹, donde la mayor frecuencia se encontraría en una horquilla que oscila entre los 20 y los 30 años. La media de edad de la muestra es algo más baja en las mujeres con respecto a los hombres, 29 años frente a 32, sin existir diferencias significativas. La mayoría de las investigaciones⁴⁵ situarían un mayor número de diagnósticos a partir de la adolescencia y la primera juventud, debido seguramente al inicio del enfrentamiento a los retos de la vida adulta y a la inestabilidad emocional, característica de esta franja de edad; existiendo, por el contrario, una declinación a partir de la cuarta década de la vida, hecho que concuerda con nuestro estudio donde solo se sitúan un 6,7% de los pacientes estudiados.

En una investigación llevada a cabo por Joel Paris y Hallie Zweig-Frank en 2001¹¹, se encontró una correlación positiva entre el nivel funcional y el nivel socioeconómico, no así con el nivel educacional. Nuestros resultados no mostraban diferencias en cuanto a nivel socioeconómico pero sí se recoge que los TLP fueron los que abandonaron en mayor proporción los estudios sin finalizar, el 40%, representando también el 83,3% de los que se encontraban con ILT.

Los pacientes con TLP fueron los que en mayor número rechazaron su diagnóstico (21,4%) y aunque existen diversos trabajos sobre la asociación de la falta de reconocimiento de enfermedad y el incumplimiento del tratamiento⁴⁶, hay que decir que esa proporción fue similar a la de pacientes que lo aceptaron (28%). Quizá esta dicotomía sea debida a que son ellos los que con mayor número de profesionales han estado, junto con los pacientes con trastorno paranoide y los que más han abandonado por considerarlos ineficaces, lo que pone de manifiesto la necesidad por parte de

enfermería de crear una alianza terapéutica con el paciente límite, reforzando el ingreso y otorgando la información necesaria para que el paciente asuma su trastorno.

Positivamente, los pacientes TLP son los que mayor tasa tuvieron de cumplimiento con las pautas de medicación (73,3%), predisponiendo según diferentes estudios a obtener mejores resultados posteriores⁴⁷.

La impulsividad, junto con la inestabilidad afectiva, son las manifestaciones clínicas más evidentes de los TLP, considerándose características nucleares. Las conductas impulsivas más frecuentes en los TLP fueron las relacionadas con componentes afectivos, como son la autoagresividad y la heteroagresividad, presentándose en el 76,9% y en el 50% de nuestros pacientes respectivamente. Estas conductas autodestructivas reflejan el sufrimiento interno que presentan estos pacientes, por lo que podría resultar beneficioso encaminar las intervenciones enfermeras a reducir la dificultad para contener las emociones e impulsos a través de talleres que favorezcan la tolerancia a la frustración, ayudándoles, a su vez, a reflexionar sobre las consecuencias de los comportamientos autodestructivos crónicos.

Algunos autores⁴⁸ relacionan los altos niveles de impulsividad con el incremento del riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad del grupo B (histriónico, impulsivo, narcisista y antisocial) el cual incrementaría, a su vez, el riesgo de abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas. Sin embargo, tras el análisis de los datos obtenidos no se han encontrado que los hábitos tóxicos de los pacientes tipo límite hayan sido superiores a los presentados por el resto de los TP.

La existencia de comorbilidad en los diferentes tipos de TP es frecuente, estando especialmente documentada en los TLP¹¹. En nuestro caso, han sido ellos los que han mostrado una mayor relación con el TCA, presentando el 20% conductas de anorexia y el 46,7% de bulimia.

Los patrones más frecuentemente alterados en los pacientes límites han sido:

❖ *Patrón sueño/descanso*

○ Deterioro del patrón de sueño

El deterioro del patrón de sueño fue el diagnóstico más frecuente en los pacientes con TLP, afectando al 80%. A pesar de tener una media de ocho horas de sueño, el 66,7% refirió tener un sueño no satisfactorio. Este deterioro en la calidad del sueño fue debido a sufrir pesadillas en el 60% de los casos, insomnio de conciliación en el 50% y despertar precoz en el 50%, no resultando diferencias significativas en cuanto al sexo del paciente.

El sueño constituye una de las necesidades elementales del ser humano, permitiendo la recuperación tanto psíquica como física. Por tanto, conocer las normas de comportamiento que facilitan la conciliación y el mantenimiento del sueño, constituye un objetivo irrenunciable para la población general y para todo el personal sanitario. Los trastornos del sueño son comunes en pacientes psiquiátricos, afectando aproximadamente al 40%⁴⁹. En el DSM-IV⁸, las alteraciones de sueño se pueden encontrar como un síntoma involucrado en diferentes patologías, especialmente en episodios depresivos, en trastornos de ansiedad generalizada, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de pánico. Como vemos, la mayoría de estas patologías, a excepción del trastorno de pánico, están íntimamente asociadas a los TP, lo que

supondría que una intervención efectiva en el alivio de estas, repercutiría positivamente en la alteración de sueño.

Al mismo tiempo, la suspensión brusca del consumo de hipnóticos, ansiolíticos o alcohol, el abuso de estimulantes durante el día como la cafeína, el té, el tabaco o determinadas drogas y los hábitos irregulares de sueño, debidos a un ritmo de vida desorganizado, son tres de los factores causantes de insomnio⁵⁰ que se encuentran frecuentemente asociados con los pacientes límites, por lo que sería necesario una valoración exhaustiva que permitiese identificar la posible existencia de estos factores.

En un estudio realizado sobre el trastorno límite, se detectó que en los pacientes con TLP, la latencia del sueño REM estaba disminuida, estando a su vez relacionada la disminución de esta fase del sueño con una mayor frecuencia de sueños inquietantes⁵¹, siendo este el principal problema descrito por los pacientes con TLP.

❖ *Patrón autopercepción/autoconcepto*

Los diagnósticos alterados en mayor porcentaje, afectando cada uno al 53,3% de los pacientes TLP, son:

- Baja autoestima crónica
- Desesperanza
- Ansiedad

Los tres diagnósticos más frecuentes en este patrón se relacionan con el proceso de asimilación del trastorno. La ansiedad, como sensación de malestar en respuesta a sucesos estresantes externos, está provocada por la amenaza subjetiva al autoconcepto y al cambio en el estado de salud²⁶. El paciente ve como su vida se está desmoronando, considerándola irremediabilmente deteriorada un 35,7% de los pacientes límites. Este miedo para hacer frente a los cambios, junto con una baja autoestima crónica, reflejada en que el 61,5% de los TLP piensan que no sirven para nada, hacen que se reduzcan las expectativas de estos pacientes con respecto a su futuro, creando un sentimiento de desesperanza. La frecuente alteración de este patrón pone de relieve la necesidad de potenciar la autoestima de estos pacientes a través de la participación y responsabilización de distintas actividades, fomentando la toma de decisiones. A su vez, deberíamos dar esperanza al paciente en cuanto a su proceso, resolviendo las dudas existentes y favoreciendo un entorno de seguridad, siendo beneficioso ayudarle a marcar objetivos a corto plazo

En los pacientes con TLP, es importante valorar el riesgo de suicidio y de conductas autolesivas, puesto que presentan una tasa de suicidio 400 veces superior a la de la población general, con un 9% de suicidios consumados⁵². Además, son típicas las conductas autolesivas, denominadas parasuicidios. Según la investigación de Carolina Serrano Lozano realizada a los pacientes que acudían a las urgencias psiquiátricas por parasuicidio, el 30,4% de ellos estaban diagnosticados de TP, siendo el TLP el diagnóstico psiquiátrico que aparecía en mayor porcentaje⁵³. Debido al potencial riesgo suicida de esta población, podría resultar beneficioso realizar un contrato terapéutico al ingreso en el cual el paciente se comprometiera a eliminar las prácticas autolesivas.

El Trastorno de Personalidad Paranoide (TPP) fue diagnosticado en el 18,5% de los pacientes estudiados, siendo el segundo tipo de TP más frecuente. De estos pacientes, el 80% fueron mujeres, sugiriendo algunos autores un mejor pronóstico cuando va ligado a este sexo⁵⁴.

La edad media de diagnóstico fue a los 34 años, siendo, junto con el trastorno por evitación, el tipo de TP diagnosticado a edades más tardías. Este hecho podría ser consecuencia del aislamiento social, característico de estos pacientes, lo que conllevaría un retraso en su diagnóstico o según otros autores a que el TPP se presenta con mayor frecuencia en sujetos mayores de 40 años⁵⁵, suponiendo en nuestro estudio el 14,8% de los pacientes con TPP.

La hospitalización en los pacientes con TPP fue la más larga de todos los ingresados por Trastorno de la Personalidad, con 66 días de media. Son, además, junto con los trastornos histriónicos, los que tienen un menor cumplimiento con las pautas de medicación (40%), los que más ingresos han tenido en el último año, con dos ingresos de media y los que por mayor número de profesionales han estado en tratamiento, con una media de siete. Esto hace que se considere al TPP como uno de los trastornos de personalidad más graves, debido a las disfunciones que produce y a la mala respuesta terapéutica, siendo común la negatividad en aspectos como la aceptación del tratamiento y la relación con los equipos terapéuticos. A pesar de ello, antes del ingreso en la unidad, todos habían estado en tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. La suspicacia y la desconfianza excesiva, rasgos típicos de los pacientes paranoides, les lleva a buscar la soledad sin dificultad en el 100% de los casos. Sin embargo, más de las tres cuartas partes, el 80%, vivían acompañados. Es probable que esto sea debido a las dificultades económicas para independizarse, pues aunque fueron los pacientes con un nivel académico más alto, 20% con estudios universitarios concluidos, un estudio reciente muestra que es frecuente que la gravedad del trastorno les impida una correcta inserción laboral³¹.

Esta desconfianza excesiva hacia los demás conlleva un alto riesgo de abandono del programa por parte de estos pacientes, por lo que sería esencial centrar los esfuerzos desde el inicio del ingreso en potenciar la adhesión al tratamiento, estableciendo una relación terapéutica basada en la confianza. Según un trabajo de Colom y colaboradores⁵⁶ realizado en pacientes con trastornos bipolares, el uso de programas psicoeducativos centrados en la información acerca de la enfermedad y el tratamiento resultan decisivos para resituar la adhesión terapéutica, facilitando la conciencia de enfermedad.

El patrón alterado más frecuentemente en los pacientes con TPP ha sido:

❖ *Patrón sueño/descanso*

El deterioro del patrón sueño apareció afectado en el 100% de los pacientes paranoides, siendo considerado por el 80% de ellos como un sueño no satisfactorio. Los principales problemas que refirieron fueron de conciliación y despertar precoz, ambos en el 100% de los casos e hipersomnia en el 50%.

En los trastornos paranoides, los problemas del sueño podrían estar causados en su mayoría por el estado de hipervigilancia⁵⁷ en el cual se mantienen estos pacientes a lo largo del día. La continua sospecha hacia los demás les impide acceder al estado de relajación previo necesario para conciliar el sueño. Como consecuencia de esa falta de sueño nocturno, aparece la somnolencia excesiva diurna. Para reducir ese estado de hiperexcitación que mantienen estos pacientes, podría resultar efectivo el aprendizaje de técnicas de relajación y favorecer actividades que permitieran la distracción de los pensamientos antes de acostarse. Estas técnicas, como la relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento autógeno de Schultz o el entrenamiento con apoyo de biofeed-

back, realizadas de manera habitual antes de irse a la cama se han demostrado especialmente útiles en pacientes insomnes con importante tensión emocional y ansiedad, consiguiéndose tras su aplicación grandes beneficios⁵⁸.

Además es muy importante un correcto manejo del sueño en los pacientes paranoides puesto que, la alteración del mismo, podría suponer un aumento de los trastornos del pensamiento y de la percepción⁵⁹.

Los TPP han mostrado, además, asociación significativa con los siguientes diagnósticos enfermeros:

- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento

Este diagnóstico estuvo presente en el 80% de los pacientes, no presentando diferencias significativas según sexo. La alteración de este diagnóstico enfermero se manifiesta, principalmente, con la incapacidad para mantener el aspecto personal en un nivel satisfactorio. El aislamiento del entorno que se produce en los TPP, conlleva a una falta de preocupación por su aspecto externo, pudiendo ser oportuno el establecimiento de unos objetivos mínimos que resulten básicos para la satisfacción del paciente consigo mismo y que permita una adecuada integración en la sociedad. Uno de los casos más extremos recogidos en la literatura científica es el síndrome de Diógenes, caracterizado por abandono extremo del autocuidado y el cual cursa con frecuencia con algún tipo de TP, mayoritariamente del grupo A⁶⁰ (paranoide, esquizoide y esquizotípico).

- Alteraciones sensorio-perceptivas

Las alteraciones sensorio-perceptivas son producto de la pérdida de realidad, pudiendo ser clasificadas en ilusiones, alucinaciones y pseudoalucinaciones. El TPP, al igual que los otros dos trastornos de personalidad incluidos en el grupo A, esquizoide y esquizotípico, se considera como un posible espectro de la esquizofrenia, pudiendo estar relacionado en ocasiones con trastornos psicóticos⁶¹. Sin embargo, es posible que el motivo frecuente de diagnóstico sea la desconfianza excesiva que muestran hacia el personal sanitario, la cual les hace perder la noción de realidad. Estas alteraciones, al suponer la verdadera realidad para los pacientes, deberían ser aceptadas con calma y tranquilidad, siendo fundamental proporcionar un ambiente seguro que favorezca la orientación autopsíquica del paciente (hora, día, lugar donde se encuentra, etc.) y resultando primordial la valoración de la posible existencia o no de pensamiento mágico y/o despersonalización, las cuales pudieran ser consecuencia de una patología del eje I, donde se encuadran otros trastornos clínicos como la esquizofrenia o trastornos mentales graves.

Tras el análisis de los datos, el TPP también mostró asociación significativa con la variable complementaria:

- Problemas con la justicia

El 80% de los pacientes con TPP refirió haber tenido algún problema con la justicia, apareciendo en el 100% de las mujeres con este trastorno. Algunas investigaciones⁶² destacan que los trastornos de personalidad paranoide, narcisista y antisocial se correlacionan de forma significativa con la violencia, sin estar asociados a estas conductas de forma permanente. Las conductas violentas en los TPP se pueden activar

por diversas circunstancias: la sospecha, el fanatismo, los celos patológicos y la venganza, las cuales, junto con un patrón de hostilidad, a través del cual proyectan sus propios conflictos hacia los demás, hace que frecuentemente intenten acciones legales contra otros o presenten conductas de carácter violento.

En estos pacientes son frecuentes los ataques de celos, que junto a la rigidez y el autoritarismo pueden llevar a situaciones de maltrato. En esta línea se encuentra la investigación realizada por Fernández-Montalvo y Echeburúa⁶³, los cuales relacionaron este tipo de TP con la violencia de género, siendo el segundo trastorno, tras el obsesivo-compulsivo, el que aparecía con mayor frecuencia en hombres maltratadores, entre el 25% y el 30%⁶⁴. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el riesgo de violencia está asociado con frecuencia al abuso de drogas, presente en el 60% de los pacientes con este trastorno.

El Trastorno de la Personalidad Histriónico (TPH) fue el tercer tipo de trastorno de personalidad con mayor prevalencia, apareciendo en el 14,8% de los pacientes, todos ellos mujeres. Este tipo de trastorno siempre ha ido asociado al sexo femenino y es que deriva del término “*histeria*”, acuñado por Hipócrates para describir una enfermedad exclusivamente femenina que cursaba con la migración del útero⁶⁵.

Las pacientes con TPH fueron las diagnosticadas a más temprana edad, 24 años, estando 7 años por debajo de la edad media. Este diagnóstico temprano podría ser explicado debido a lo llamativo de sus síntomas, siendo características la dramatización, la necesidad continua de sobresalir y el egocentrismo, junto con fenómenos clínicos de exhibicionismo. Según la investigación realizada por Bakkevig y Karterud⁶⁶ el TPH debería ser considerado como un subtipo del trastorno narcisista ya que en ambos predominan los rasgos de búsqueda de atención. Sin embargo, según su estudio, este punto de vista no ha sido adoptado por el sistema DSM, que ha definido el narcisismo de forma sesgada hacia el varón, es decir, como manifestaciones de la parte fría, arrogante y no empática del ego grandioso. En esta línea, el histrionismo lo describen como un subtipo de narcisismo caracterizado por un comportamiento de búsqueda de atención coloreado de exhibicionismo.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas hacia su enfermedad, desempeñan un papel importante en su curso⁶⁷, lo que podría indicar que a pesar de tener un bajo grado de seguimiento con las pautas de medicación, (el 33,3% la tomaba de manera irregular), la totalidad de las pacientes con TPH reflejaron la aceptación de su diagnóstico, siendo este un factor determinante en el cumplimiento terapéutico.

Los patrones que aparecieron afectados en mayor medida en los pacientes con TPH fueron:

❖ *Patrón actividad/ejercicio*

El diagnóstico que aparece más alterado, con una frecuencia del 75% es:

- Deterioro en el mantenimiento del hogar

El 75% de las pacientes con TPH vivían acompañadas, todas ellas del núcleo familiar padres y/o hermanos. Esto hace que sea necesario, siempre y cuando sea posible, identificar las dificultades existentes para el correcto funcionamiento en el hogar expresadas tanto por el paciente como por la familia y dirigir la actuación enfermera teniendo en cuenta los recursos sociales, familiares y personales con los que cuente el paciente.

En un estudio realizado por Carlos Salavera⁶⁸ y colaboradores, se observó una alta presencia de trastornos de personalidad en las personas sin hogar (63,74%), estando estos datos muy por encima de los datos epidemiológicos encontrados en población general. A su vez, remarcaba que el motivo del inicio del transeuntismo en el 26,4% de la población estudiada había sido por problemas en la familia de origen.

Este diagnóstico, a pesar de que no ha mostrado diferencias significativas según sexo, también podría reflejar de alguna manera la sobrecarga que presentan las mujeres al responsabilizarse de la mayor parte de las tareas del hogar, asumiéndolas como propias.

❖ *Patrón autopercepción/autoconcepto*

○ Desesperanza

La desesperanza es el diagnóstico que aparece con mayor frecuencia en los pacientes con TPH, afectando al 100%. Esta desesperanza, definida²⁶ como el estado en el cual la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, convierte en objetivo esencial lograr reducir esa visión negativa que tiene el paciente acerca de su futuro. Para ello, además de aclarar las dudas que puedan existir acerca de la evolución y curso de su trastorno, la psicoeducación, como he comentado en el TPP, se ha mostrado como una herramienta válida en salud mental para la desmitificación y desestigmatización de las enfermedades mentales, favoreciendo la vinculación con el tratamiento y siendo apta tanto para el paciente como para la familia⁵⁸.

La desesperanza, a su vez, junto con la depresión, se asocia con frecuencia al aumento de riesgo de conducta suicidas⁶⁹. Siendo los TPH un grupo vulnerable, donde el 100% de los pacientes estudiados han pensado o intentado suicidarse en alguna ocasión, resulta fundamental identificar los niveles de ansiedad y las posibles ideaciones suicidas.

❖ *Patrón rol/ relaciones*

El diagnóstico que aparece con mayor frecuencia es:

○ Interrupción de los procesos familiares

Este diagnóstico aparece afectado en el 75% de los pacientes con TPH. El eje fundamental del paciente histriónico son las alteraciones en las relaciones interpersonales, afectando principalmente al núcleo familiar. La identificación de las conductas que generan las alteraciones en el ámbito familiar, analizando que colaboración puede obtener el paciente de la familia, podrían ser útiles para la resolución de conflictos, así como el uso de rol playing o ensayo conductual. En esta práctica se produce la representación de una situación real a través de la empatía, ensayando la respuesta apropiada y facilitando la detección de posibles áreas deficitarias de comunicación⁷⁰.

Otro de los aspectos a valorar en las relaciones sociales es la situación laboral del paciente puesto que aunque en el estudio en la UTP, el 100% de los TPH se encontraba en situación de desempleo, una investigación realizada por David González Trijueque y Sabino Delgado Marina⁷¹ situaba en el 4% los pacientes histriónicos que sufrían algún tipo de acoso laboral.

Si consideramos la relación sexual como una forma especial de relación interpersonal humana, estas alteraciones en la personalidad se reflejarán en su modo de relacionarse sexualmente, dando lugar a problemas en esta esfera. Así, tres de cada cuatro pacientes

histriónicos, el 75%, reconoció utilizar conductas manipuladoras o seductoras en sus relaciones con los demás, utilizando en muchas ocasiones el exhibicionismo o la provocación sexual⁷². Esta sexualización inadecuada a la hora de entablar relaciones, junto con una asociación significativa a tener conductas promiscuas, les convierte en un grupo vulnerable frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y los embarazos no deseados, siendo la promiscuidad uno de los factores de riesgo más estudiado^{73,74}. Según un estudio sobre conductas de riesgo realizado por Lanvan⁷⁵, el número de parejas sexuales en el último año y a lo largo de la vida en una muestra de adolescentes, estaba relacionado con el nivel de síntomas de TP, teniendo mayor número de rasgos de la personalidad alterados a mayor promiscuidad sexual.

Los resultados nos muestran que aunque el 100% de las pacientes respondieron utilizar métodos de prevención de ITS y el 75% métodos anticonceptivos, la mitad de las mujeres que se habían quedado embarazadas, acabaron abortando, lo cual pone de manifiesto la importancia de una buena educación sexual en estos pacientes, fomentando la adquisición de conocimientos, la autonomía y las habilidades para gozar de una buena salud sexual. Además de otorgar información sobre la anatomía y fisiología, la pubertad, el embarazo y las ITS, se deberían abordar las relaciones y emociones implicadas en la experiencia sexual.

Tanto en el Trastorno de personalidad por evitación (TPE) como en el Trastorno por dependencia (TPD), los pacientes diagnosticados han sido escasos, lo que conlleva a que la interpretación de los diagnósticos y patrones alterados deba realizarse con cautela, teniendo en cuenta este aspecto.

El TPE fue diagnosticado en el 7,4% de los pacientes, correspondiéndose el 100% con el sexo masculino.

La media de edad fue de 38 años, similar a la media general y la estancia media fue de 43 días, 15 días menos que la general. Esta estancia más breve podría ser explicada debido a que el TPE se caracteriza por un rechazo persistente al establecimiento de relaciones con los demás, siendo relacionado por algunos autores con el espectro de la fobia social⁷⁶. Al estar ingresados y privados en cierto modo de contacto con el exterior, es probable que manifiesten una rápida mejoría, a pesar de ser esta mejoría superficial.

Los patrones alterados en los pacientes con TPE han sido:

❖ *Patrón rol/relaciones.*

Dentro de este patrón los diagnósticos aparecidos en el 100% de los casos son:

- Aislamiento social
- Deterioro interacción social
- Riesgo de soledad

La alteración de este patrón se corresponde con las características definitorias del TPE donde la inhibición, introversión y ansiedad ante las situaciones sociales les impide establecer relaciones que satisfagan la necesidad humana de contacto e interacción. En estos pacientes sería importante intentar reducir las restricciones de las relaciones sociales, pudiendo resultar muy favorable la reinserción laboral y si no es posible, el participar en actividades terapéuticas (voluntariado) o en actividades lúdicas.

Algunos autores destacan que los pacientes con TPE presentan importante déficit en las habilidades sociales⁷⁷. Las habilidades sociales son aquellas conductas y pensamientos que llevan a resolver una situación social de manera efectiva, siendo aceptable para el

propio sujeto y para el contexto social en el que está⁷⁸. El entrenamiento en habilidades sociales se ha convertido en los últimos años en una de los métodos que, aplicándose solo o con otras técnicas, logra la modificación de un gran número de problemas de conducta, considerándose una formación básica en enfermería de salud mental y la cual es llevada a cabo en la UTP.

El aislamiento social como medio de autoprotección podría ser el precursor de la alteración hallada en los siguientes patrones en la muestra objeto de estudio:

- ❖ *Patrón actividad ejercicio*
 - Déficit actividades recreativas
 - Deterioro en el mantenimiento del hogar
- ❖ *Patrón sexualidad*
 - Patrones sexuales inefectivos

La alteración en el mantenimiento del hogar se produce como consecuencia a la evitación de responsabilidades por parte de estos pacientes. A pesar de que no se cuentan con suficientes datos sobre la situación familiar de las personas con TPE en nuestro estudio, algunos autores han señalado la importancia de la familia en las personas diagnosticadas de un trastorno de personalidad del grupo C, donde se incluye el trastorno evitativo⁷⁹. Estos pacientes afectados suelen limitar sus relaciones a aquellas personas del ámbito familiar más estrecho, las cuales le garantizan una total aceptación. El miedo al rechazo y a ser juzgados negativamente les convierte en los mayores críticos de sí mismos, haciéndoles reacios a realizar nuevas actividades⁸ que pudieran suponer una valoración negativa.

Con respecto al patrón sexualidad, como he comentado en los pacientes con TPH, la sexualidad es una de las formas de comunicación y relación con los otros más antiguas que existen. En los pacientes con TPE, el retraimiento e inhibición social les impide poder intimar, incapacitándoles en la creación de vínculos emocionales.

Además de los patrones referidos a las relaciones interpersonales, los pacientes evitadores de nuestro estudio presentan otros patrones alterados:

- ❖ *Patrón autopercepción/autoconcepto*

Diagnósticos presentes en el 100% de los TPE:

 - Desesperanza
 - Baja autoestima crónica

Los TPE no son emocionalmente fríos, sino que aspiran a llevar una vida normal y desean relacionarse. Sin embargo, el miedo intenso a hacer el ridículo, temiendo la desaprobación, la crítica o el rechazo les hace mantenerse al margen de los grupos sociales. Estas personas tienen una autoestima muy baja, por lo que son frecuentes los episodios depresivos o los estados de ansiedad comórbidos⁸⁰, pudiendo resultar beneficioso ayudar al paciente a identificar sus virtudes, así como las respuestas positivas de los demás hacia su persona.

- ❖ *Patrón adaptación/tolerancia al estrés*

Dentro de este patrón el diagnóstico más frecuente es:

 - Afrontamiento inefectivo

Apareció afectado en el 100% de las personas diagnosticadas de TPE en nuestro estudio. La incapacidad para identificar los factores estresantes así como una mala canalización de las respuestas es lo que define este diagnóstico. Es frecuente que el mal afrontamiento ante factores estresantes les conduzca a actos impulsivos, presentes en el 100% de los pacientes evitadores de nuestro estudio.

A pesar de que no aparece entre los diagnósticos más prevalentes en nuestro trabajo, la ansiedad es un sentimiento habitual en los pacientes con TPE, estando presente en el 50% y siendo su evitación la causa principal para evadir las relaciones sociales. Para promover una mayor interacción social así como un mejor aprovechamiento de las terapias sería necesario disminuir los niveles de ansiedad, para lo cual en la unidad se favorece la expresión de sentimientos y se forma en el uso de técnicas de relajación.

❖ *Patrón valores/creencias*

○ Sufrimiento espiritual

El sufrimiento espiritual, entendido como el “deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros (...) o un poder superior al propio yo”²⁶ es debido generalmente a la falta de esperanza, de aceptación a sí mismo y a un mal afrontamiento, además del deterioro en las relaciones sociales. Es habitual que con la reducción de los síntomas anteriores haya una mejora en el sufrimiento espiritual.

El Trastorno personalidad dependiente (TPD) apareció solo en el 3,7% de los pacientes estudiados, a pesar de ser uno de los TP encontrados con más frecuencia en la clínica de Salud Mental⁸¹. Debido al número tan reducido de participantes con este diagnóstico, se hace difícil realizar una interpretación que resulte eficaz de los patrones y diagnósticos presentes en la muestra. Sin embargo, los patrones y diagnósticos aparecidos se muestran en correlación con las características definitorias de este tipo de trastorno:

❖ *Patrón percepción/mantenimiento de la salud*

○ Mantenimiento inefectivo de la salud

Las personas con trastorno dependiente dejan que sean los demás los que asuman sus responsabilidades y tomen las decisiones en su vida, siendo relacionado este tipo de trastorno por algunos autores con la necesidad imperiosa de ser cuidado⁸². Otros autores establecen que parece existir relación entre los trastornos de personalidad compulsiva, esquizoide y dependiente con la hiperdemanda pediátrica materna, siendo esta la posible causante de la relación de dependencia en un futuro.⁸³

En un estudio realizado a pacientes con fibromialgia, se detectó una relación significativa entre tener una peor percepción de salud y rasgos de personalidad dependiente⁸⁴, lo que podría haber influido a la hora de determinar este diagnóstico.

❖ *Patrón adaptación /tolerancia al estrés*

○ Riesgo de violencia dirigida a otros

Los pacientes con TPD presentan con frecuencia ansiedad relacionada con el afrontamiento de nuevas situaciones y con la asunción de responsabilidad personal. Esta ansiedad, puede generar a su vez un estado de ánimo irritable, pudiendo adoptar la expresión de un afrontamiento indirecto, mostrándose físicamente a través de somatizaciones⁸⁵. Sin embargo, no se ha encontrado estudios que relacionen el trastorno

de personalidad dependiente con una mayor frecuencia de episodios de agresividad, ni estas han sido recogidas en nuestro estudio.

Aunque los resultados de nuestro trabajo, no han arrojado datos concluyentes que permitan corroborar la hipótesis planteada, según la cual existían determinados patrones y/o diagnósticos enfermeros alterados que se asociaban con los distintos tipos de TP, sí han demostrado asociación entre algunas de las variables consideradas como complementarias y determinados tipos de TP. Una de las posibles causas por las cuales la hipótesis ha podido no ser confirmada son las limitaciones que se han presentado a la hora de llevar a cabo el estudio.

La limitación principal y más evidente ha sido el reducido número de participantes. Este hecho, consecuencia de ser un estudio piloto, ha podido repercutir directamente en el análisis de asociación, induciendo a un error tipo II.

A su vez, los pacientes con TP seleccionados presentaron una alta comorbilidad con otros tipos de trastornos de la personalidad, entorpeciendo la categorización en un único diagnóstico y las restantes fases del proceso analítico.

A pesar de contar con criterios estandarizados, la valoración de los diagnósticos enfermeros contiene un alto componente subjetivo, dependiendo su análisis en gran medida del juicio del evaluador y de la formación recibida. A su vez, los datos fueron recogidos de la hoja de valoración enfermera, en la cual la enfermera estaba registrada en tan solo el 40,7% de las historias, siendo considerada la identificación enfermera como uno de los criterios de mayor calidad en la evaluación de los registros.

Por último, los estudios de diagnósticos enfermeros en pacientes con TP son muy escasos, lo que ha limitado considerablemente la comparación de resultados.

A pesar de las limitaciones expuestas, las cuales impedirían la extrapolación de resultados, los datos obtenidos suponen una aportación interesante sobre diferentes aspectos de los pacientes con trastorno de la personalidad:

*El 70,4% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de la muestra de 31 años. A pesar de ser la mayoría adultos jóvenes, ninguno refirió encontrarse en activo laboralmente, habiendo estado en tratamiento con anterioridad con cinco profesionales de media y presentando un ingreso al año, lo que remarca la morbilidad del proceso.

*Los pacientes con trastorno límite presentaron un mayor deterioro en patrón autopercepción/autoconcepto, apareciendo frecuentemente los diagnósticos: *baja autoestima, desesperanza y ansiedad*.

*Los pacientes con trastorno paranoide mostraron alterado habitualmente el patrón sueño, además de existir asociación con los diagnósticos *alteraciones sensoperceptivas y déficit autocuidado: vestido/acicalamiento*. También presentaron una asociación estadística significativa con tener o haber tenido problemas con la justicia

* Los pacientes con trastorno de personalidad histriónico manifestaron frecuentemente alteraciones en el *mantenimiento del hogar, interrupción de los procesos familiares y desesperanza*. A su vez, obtuvieron resultados de asociación estadística significativa con el ítem conductas promiscuas.

*Los resultados obtenidos mostraron asociación estadísticamente significativa entre las mujeres con trastorno de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1) García López, María Teresa; Martín Pérez, María Fe; Otín Llop, Raúl. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev Asoc Esp Neuropsip 2010;30(106): 263-278
- 2) Cook, J Sue; Fontaine, Karen Lee. Enfermería psiquiátrica. Trastornos de la personalidad. 1ªed. España. McGraw Hill-Interamericana; 1990. p.308-338
- 3) Rubio Larrosa, Vicente. Los Trastornos de Personalidad. Sus Tipos. In: Seva Díaz A, editor. Tratado de Psiquiatría. 1ª ed. Zaragoza: INO Reproducciones S.A.; 2001. p. 579-615
- 4) Roca Bennasar, Miquel; Bernardo Arroyo, Miguel; Arnillas Gómez, Henar. Trastornos de Personalidad. Tratado de Psiquiatría II.1ªed. España: Aran Ediciones, S.A.; 2000.p561-578
- 5) De Miguel Adelia. Estructura de personalidad y Trastornos de personalidad: Correlatos de personalidad definidos por clasificaciones de consenso. Psicologemas, 14:(27-28):3-214
- 6) Caballero Martínez, Luis. Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. Medicine 2007;9(84):5389-5395
- 7) Rebraca Shives, Louise. Desarrollo de la personalidad y Trastorno Personalidad. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Conceptos Básicos. 6ª ed. España: McGraW-Hill Interamericana; 2007. p. 334-355.
- 8) D.S.M.-IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales. Masson S.A. Barcelona.1995.
- 9) Pailhez Vindual, Guillem; Palomo Nicolau, Antonio. Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de la personalidad. Psiquiatr. Biol 2007;14(3):92-97
- 10) Margariños López, Mónica; García-Parajuá, Pedro. Trastornos de personalidad. Medicine 2007;9(84):5408-5413
- 11) Selva, Gabriel; Bellver, Francisco; Carabal, Eloísa. Epidemiología del Trastorno Límite de la Personalidad. Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. España: Médica Panamericana;2005 p. 17-39
- 12) Granada López, José Manuel. Trastornos de la personalidad. Manual de Enfermería Psiquiátrica. España: Editorial Glosa S.L.;2009 p.153-170
- 13) Rubio Larrosa, Vicente; Muro Baquero, Carmen. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto. Enfermería psiquiátrica. España: Ediciones Doyma S.L. 2000; p.341-356
- 14) Gasull Molinera, Vicente. Trastornos de personalidad y depresión. Semergen 2009;35(1):31-8
- 15) González Maclas, Laura; Unikel Santoncini, Claudia. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Salud Ment 2003;26(3):1-8
- 16) Martín Murcia, Francisco Manuel; Motos Alarcos, Agustina; Del Águila Martin, Eva. Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Un estudio comparativo con el MCMI-II. Rev. Psichiatr. Psicol. Niño y Adolesc 2001;1:2-8
- 17) López Torrecillas, Francisca; De los Riscos, María; Araque, Francisco; De la Casa, Luisa. Trastornos de personalidad: una comparación entre consumidores de cocaína, heroína y alcohol. Rev. Esp. Drogodependencias 2004;(3-4):224-237

- 18) Rodríguez Muñoz, Carolina; Cebriá Andreu, Jordi; Corbella Santomá, Sergi; Segura Bernal, Jordi; Sobreques Soriano, Jordi. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifan* 2003;13(3):143-150
- 19) Díaz Aguilar, Pilar. Modelos y teorías de enfermería. Manual CTO de enfermería. 4ª ed. Madrid: McGraw Hill. 2007. p. 165-172.
- 20) Villaseñor Roa, Laura; Amezcua Sánchez, Amelia. Metodología de cuidados. El proceso enfermero. Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. 1ªed. España. Enfo Ediciones; 2008. p. 81-91
- 21) Gordon, Marjory. Diagnóstico enfermero: categoría y proceso. 3ªed. España: Harcourt Brace;1999.p.18-34
- 22) Galdeano Mondragón, Ander; Ocio León, Sergio; Barbadillo Izquierdo, Laura. Prensa: violencia y estigmatización de la enfermedad mental. *An psiquiatr* 2008; 24(3):121
- 23) Rams, Mª Ángeles, Rivarés, MªJesús, Sahún, Carmen, Tosat, Carmen, Bandrés, Ana. Diagnósticos de enfermería más frecuentes relacionados con los diagnósticos médicos en psiquiatría. XVII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. 1ªed.España.Asociación de enfermería en salud mental;2000.p.331-333
- 24) Lunney, Margaret. Diagnósticos enfermeros e investigación. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. España: Elsevier; 2010.p.32-35
- 25) Álvaro-Brun, Enrique; Vegue-González, Milagros. Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Rev. Esp. sanid. penit.* 2008;10(2)
- 26) NANDA. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. 23ª ed. España: ELSEVIER 2004
- 27) Montero Piñar, Isabel. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Available at:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf. Accessed: 12/05/12
- 28) Luna Montañó, Iris. Trastornos de personalidad y género. *Psiquiatr. biol* 2003;4:84-95
- 29) Ramírez Plaza, Santiago Pedro; Martín Páez, Antonio; Aguilar Casas, Manuel; Lorenzo Tapia, Francisco, Cañestro Márquez, Francisco José; Díaz Casado de Amezcua, Mª DEL Carmen et al. Trastornos delirantes. Alteraciones psíquicas en personas mayores. España: VERTICE; 2008. p.185-199
- 30) Sánchez Pardo, Lorenzo. Drogas y perspectiva de género. Documento marco. España 2009.
- 31) Gálvez Herrer, Macarena; Mingote Adán, José Carlos; Moreno Jiménez, Bernardo. El paciente que padece un trastorno de personalidad en el trabajo. *Med. segur. trab.* 2010;56 (220)
- 32) Millon, Theodore. Trastornos de la Personalidad: principios clásicos. Trastornos de Personalidad en la vida moderna. 2ªed. España: Masson S.A.;2006.p.1-38
- 33) Monzón Peña, Saray; Bauza Sidonns, Natalia; Serrano Ripoll, María Jesús et al. Adherencia terapéutica y personalidad: una revisión sistemática. *Rev. psiquiatr. salud ment* 2008
- 34) Obiols, Jordi. La depresión y la ansiedad: los trastornos del siglo XXI. Edición impresa diario vasco 2006
- 35) González Maclas, Laura; Unikel Santocini, Claudia. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Ment* 2003;26(3):1-8

- 36) Jáuregui Lobera, Ignacio; Santiago Fernández, María José; Estébanez Humanes, Sonia. Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Aten.prim.* 2009;41(4):201-206
- 37) Pereda, Noemí; Gallardo Puyol, David; Jiménez Padilla, Rosa. Trastornos de la Personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Esp. Psiquiatr* 2011; 39 (2):131-139
- 38) Torres, Ana; Plaza, Anna; García-Esteve, Lluís; Imaz, María Luisa; Subira, Susana; Tarragona, María Jesús et al. Impacto diferencial de las experiencias traumáticas de la infancia y la vida adulta en la personalidad. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*2010; 03 :43-50
- 39) Bernstein, David; Stein, Judith; Handelsman, Leonard. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 1998;23:855-68.
- 40) Meza-Rodríguez, Teraiza. Trastorno límite de personalidad: Constructos caracteriológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Almeon* 2007;14:55-64.
- 41) Moeller, Gerard; Barrat, Ernest; Dougherty, Donald et al. Aspectos Psiquiátricos de la impulsividad. *Am J Psychiatry* (Ed Esp) 2002;5:65-75.
- 42) Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 896-9.
- 43) Puerta García, Carmen. Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género. Available at: <http://www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/resumenes/CPuerta.pdf> Accessed: 10/05/12
- 44) Bel, María Teresa; Frigola, Isabel; Fabregat, Vicente; Borrego, Raquel; Conesa, Carlos; Corominas, Antoni et al. Coocurrencia del eje-II en el trastorno límite de la personalidad. Available at: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13155766&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=286&ty=52&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v03nEsp.Congreso13155766pdf001.pdf Accessed:30/03/12
- 45) Escribano Nieto, Tania. Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo* 2006;1(1): 4-20
- 46) Touriño González, Rafael; Inglott Domínguez, Rafael; Baena Ruiz, Ernesto; Fernández Fernández, Jaime. El papel de la familia en la adherencia al tratamiento. Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. 2ªed. España: Editorial Glosa;2007.p.59-62
- 47) Reinares, María; Corbella, Bárbara; Vieta, Eduard. La intervención familiar en el trastorno bipolar. Trastornos bipolares: avances clínicos y terapéuticos.1ª ed. España: Medica Panamericana; 2001.p.131-148
- 48) Marín, José Luis; Fernández Guerrero, María José. Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clín Salud* 2007;18(3)
- 49) Medina Ortiz, Oscar; Sánchez Mora, Nora; Conejo Galindo, Javier; Fraguas Herráez, David; Arango López, Celso. Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Rev.colomb.psiquiatr* 2007; 36(4)p. 701-717
- 50) Coon, Denis. Los estados de la conciencia. Fundamentos de psicología.10ª ed. España: Thomson Learning; 2005.p.165-207
- 51) Peterson, Michael J; Benca, Ruth M. El sueño en los trastornos del estado de ánimo. *Psychiatr Clin N Am* 29 (2006) 1009-1032

- 52) Aguilar, Eduardo; Esteban, Concha. Trastorno límite de la personalidad y suicidio. Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. España: Médica Panamericana;2005 p.156-177
- 53) Lozano Serrano, Carolina; Huertas Patón, Abigail; Martínez Pastor, Carlos Jeremías; Ezquiaga Terrazas, Elena; García-Camba de la Muela, Eduardo; Rodríguez Salvanés, Francisco José. Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2004;91
- 54) Quijano Rojas, Roberto Darwin. Trastorno paranoide de la personalidad CIE 10 F.60.0. Escuela de Medicina Universidad San Pedro. Available at: <http://www.slideshare.net/tekkenimpact/psiquiatra-trastorno-paranoide-de-la-personalidad>. Accessed: 10/05/12
- 55) Fred, Ferri. Consultor clínico 2006-2007: Claves diagnósticas y tratamiento. España: Elsevier; 2006.
- 56) Colom, Francesc; Vieta, Eduard. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Editorial Ars Medica, Barcelona, 2004
- 57) Caballo, Vicente. Trastornos de la personalidad. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 2ªed. España: España Editores S.A. 2008.p. 489-536
- 58) Cañones Garzón, Pedro Javier; Aizpiri Díaz, Javier; Barbado Alonso, José Antonio; Fernández Camacho, Alejandro; Gonçalves Estella, Fernando; Rodríguez Sendín, Juan José et al. Trastornos del sueño. Med.gen. 2003;59:681-690.
- 59) Cabanyes Truffino, Javier. Sueño y enfermedades psíquicas. Medicina del sueño: Enfoque multidisciplinario. España: Medica panamericana;2009.p.177-184
- 60) Carrato Vaza, Eulalia; Martínez Amorós, Rosana. Síndrome de Diógenes. A propósito de un caso. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (107), 489-495.
- 61) Joffre-Velázquez, Víctor Manuel; García-Maldonado, Gerardo; Saldívar-González, Atenógenes Martínez-Perales, Gerardo; García-Núñez, Selene. Perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con "Trastornos del espectro de esquizofrenia" atendidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano. Alcmeon 2010;16(2):117-124
- 62) Esbec Rodríguez, Enrique; Echeburúa Odriozola, Enrique. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. Actas Esp. psiquiatr 2010;38(5): 249-261
- 63) Fernández Montalvo, Javier; Echeburúa Odriozola, Enrique. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. Psicothema 2008; 20(2): 193-198
- 64) Echaury Tijeras, José Antonio; Fernández Montalvo, Javier; Martínez Sarasa, María; Azcárate, Juana María. Seminario Trastornos de personalidad en hombres maltratadores a la pareja. Anu. Psicol. Juríd 2011;21: 97-105
- 65) Amoruso, Lucia. Una perspectiva neurocientífica sobre la histeria. Rev. Col. Psicol. 2010;19(1): 85-95
- 66) Bakkevig Jonas F; Karterud, Sigmund. ¿Es un constructo válido la categoría de trastorno histriónico de la personalidad del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition? Psiqui Biol. 2011. doi:10.1016/j.psiq.2011.10.00
- 67) Fabelo Roche, Justo; Martín Alfonso, Libertad; Iglesias Moré, Serguei. La aceptación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia. Rev cuba salud pública 37(1)3-11
- 68) Salavera, Carlos; Puyuelo, Miguel; Tricás, José M; Lucha, Orosia. Comorbilidad de trastornos de personalidad: estudio en personas sin hogar. Psychol. av. discip 2010;9(2) :457-467

- 69) Téllez Vargas, Jorge. Impulsividad y suicidio. *Biol Psychiatry* 2003; 27: 829-33
- 70) Linehan, Marsha M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. 1ªed. España: Espasa libros S.L.U. 2003.
- 71) González Trijueque, David; Delgado Marina, Sabino. Acoso laboral y Trastornos de la Personalidad: Un estudio piloto con el MCMI-II. *Clin. Salud* 2008; 19(2):191-204
- 72) Salvanes Pérez, Roberto. Trastorno histriónico de la personalidad. *Trastornos de la personalidad*. España: Elsevier, 2003.p.191-200
- 73) Mejías Álvarez, Nelson et al. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones precancerosas de cérvix. *Prog. obstet. Ginecol* 2004;47(7):317-322
- 74) Savall, R. Enfermedades de transmisión sexual. *Aten primaria* 2005;36(5): 278-279
- 75) González Torres, Miguel Ángel; Salazar Vallejo, Miguel Ángel; Fernández Rivas, Aránzazu; Oraá Gil, Rodrigo. Sexualidad en los trastornos de la personalidad y la histeria. *Sexualidad y salud mental*. España: Editorial Glosa S.L. 2003.p.151-166
- 76) Caballo, Vicente; Andrés, Verania; Bas, Francisco. Fobia social. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 2ªed. España: España Editores S.A. 2008.p. 25-88
- 77) Quiroga Romero, Ernesto; Errasti Pérez, José Manuel. Tratamientos psicológicos eficaces para los Trastornos de Personalidad. *Psicothema* 2001;13(3): 393-406
- 78) Caballo, Vicente. Las habilidades sociales: Un marco teórico. Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales. 7ªed. España: siglo XXI España editores 2007.p.1-16
- 79) Santos García, Juan Matías; Pérez Urdaniz, Antonio; Rubio Gracia, Iluminada. Trastorno de la personalidad por evitación (o ansioso). *Trastornos de la personalidad*. España: Elsevier, 2003.p. 241-268
- 80) Feixas, Guillem; Antequera, Mónica; Almuedo, Gala; Bach, Lorenzo. La estructura cognitiva de los trastornos de personalidad de evitación y dependiente: un estudio con la técnica de rejilla. *Psicopatología Psicol. Clín* 2006;11(3): 147-154.
- 81) Ruiz Galán, Ana María. Plan de cuidados del paciente con trastorno de personalidad dependiente. *Nure Investig*, 2010:48.
- 82) Ortega Esteban, Miguel Ángel; Rubio García, Iluminada; Pastor Gil, Mónica. Trastorno de la personalidad por dependencia. *Trastornos de la personalidad*. España:Elsevier;2003.p.223-232
- 83) Cebrià Andreu, Jordi et al. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿Hay relación con la personalidad de la madre? Publicado en *An Pediatr (Barc)*. 2003; 58(01):29-33.
- 84) Cerón Muñoz, Ana M; Centelles Mañosa, Francesca; Abellana Senglà, Monserrat; García Capel, Silvia. Fibromialgia y trastornos de personalidad. *Semergen* 2010;9: 501-506
- 85) Ortiz-Tallo, Margarita; Cancino, Constanza; Cobos, Sebastián. Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones* 2011;23(3): 189-197

ANEXOS

ANEXO I

- Sexo: HOMBRE / MUJER
- Edad:_____
- Tipo Trastorno Personalidad:
- Enfermera que realiza valoración:
Enfermera1/Enfermera2/Enfermera3/Desconocido

1. Patrón percepción/mantenimiento de la salud

- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
 - 00079 Incumplimiento del tratamiento
 - 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud
-
- Actitud ante la enfermedad: Aceptación / Rechazo / Otros
 - Hábitos tóxicos: Tabaco / Alcohol / Drogas
 - ¿Con cuántos profesionales ha estado en tratamiento?:_____
 - ¿Por qué los ha dejado?: Ineficaces/ Solo daban pastillas / No le entendían / Eran muy duros / Otros
 - ¿Cuántas veces ha estado ingresado en el último año?:_____
 - ¿Ha recibido tratamiento no farmacológico previamente? No/ Si
 - Tipo tratamiento no farmacológico: Psicoanálisis/Apoyo psicoeducativo/Terapia de grupo/Rehabilitación/Terapia individual/Terapia familiar//Terapia cognitivo conductual/Otros
 - ¿Ha recibido tratamiento farmacológico previamente? No /Si
 - Tipo tratamiento farmacológico: Antidepresivos/Ansiolíticos/Hipnóticos/ Neurolépticos/Anticonvulsionantes/Otros
 - ¿Actualmente cumple las pautas de medicación?: Si /No/ No toma la prescrita / Prácticamente se automedica / Toma irregularmente o a dosis más bajas / Otras:_____
 - ¿Ha estado ingresado en algún centro psiquiátrico? Si/ No
 - Tipo de centro psiquiátrico: Unidad de Agudos/Centro de día/Hospital Psiquiátrico/Otros

2. Patrón nutricional/metabólico

- 00001 Desequilibrio nutricional por exceso
 - 00002 Desequilibrio nutricional por defecto
-
- IMC
 - Conductas de : Anorexia / Bulimia / No

3. Patrón de eliminación

- 00011 Estreñimiento

4. Patrón de actividad y ejercicio

- 00097 Déficit de actividades recreativas
- 00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar
- 00102 Déficit del autocuidado: alimentación
- 00108 Déficit del autocuidado: baño/higiene
- 00109 Déficit del autocuidado: vestido/acicalamiento

5. Patrón sueño/descanso

- 00095 Deterioro del patrón de sueño

- Horas sueño:
- Calidad sueño: Satisfactorio/ No satisfactorio
- Problemas durante el sueño: De inicio/Despertar precoz/Interrupciones/Pesadillas/Hipersomnia
- Sueño desorganizado: Si/No

6. Patrón cognitivo/perceptivo

- 00132 Dolor agudo
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal
- 00822 Confusión aguda
- 00831 Deterioro de la memoria
- 00072 Alteraciones sensorio-perceptivas
- 00083 Alteración de los procesos del pensamiento

7. Patrón autopercepción / autoconcepto

- 00118 Trastorno de la imagen corporal
- 00120 Baja autoestima situacional
- 00124 Desesperanza
- 00119 Baja autoestima crónica
- 00146 Ansiedad

- Percepción de su imagen corporal: Aceptación / Rechazo/Indiferencia/Distorsión
- ¿Se considera emocionalmente inestable?: Si / No
- ¿Piensa que no sirve para nada?: Si / No
- ¿Considera que su vida esta o estará irreversiblemente deteriorada?: Si / No

8. Patrón rol/relaciones

- 00052 Deterioro de la interacción social
- 00054 Riesgo de soledad

- 00060 Interrupción de los procesos familiares
 - 00053 Aislamiento social
 - 00055 Desempeño inefectivo del rol
- Estructura familiar: Vive solo/Vive acompañado:_____
 - Vive acompañado por: Padres-Hermano/a/ Amigos/ Compañeros de piso/Otros
 - Depende en exceso de algunas personas: NO / SI
 - Tiene mucha dificultad para estar solo: NO / SI
 - Su trabajo es: Satisfactorio/Insatisfactorio/indiferente
 - Situación laboral: Empleo fijo/Empleo inestable/Nunca ha trabajado/Parado Trabajo esporádico/ ILT /Estudiante /Jubilado /Ama de casa /Otros
 - Situación académica: Sin estudios/ Básicos concluidos /Básicos sin concluir Medios concluidos/ Medios sin concluir /Universitarios concluidos/ Universitarios sin concluir / Otros
 - Nivel socioeconómico de su familia de origen: Bajo/ Medio bajo /Medio/ Medio alto /Alto
 - ¿Utiliza conductas manipuladoras y / o seductoras para conseguir lo que quiere?: Si / No

9. Patrón sexualidad/ reproducción

- 00065 Patrones sexuales inefectivos
- Utilización de métodos anticonceptivos: No/Si
 - Medidas de prevención de ETS: No/Si
 - Pareja estable: No/ Si
 - Promiscuidad: No/ Si
 - Problemas de diferenciación y /o identidad sexual: Si/No
 - Según su orientación sexual usted se considera: Homosexual / Bisexual / Heterosexual
 - Sentimientos frente a ello: Ansiedad/Miedo/Culpabilidad/Aceptación/Otros
 - Considera su vida sexual: Satisfactoria/ Insatisfactoria
 - ¿Ha sido sometido en alguna ocasión a algún tipo de abuso sexual? No / Si
 - Embarazos: Si/No
 - Abortos: Si/No

10. Patrón adaptación/tolerancia al estrés

- 00069 Afrontamiento inefectivo
- 00071 Afrontamiento defensivo
- 00073 Afrontamiento familiar incapacitante
- 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
- 00140 Riesgo de violencia autodirigida
- 00070 Deterioro de la adaptación

- 00072 Negación ineficaz
 - 09211 Afrontamiento familiar comprometido
 - 00139 Duelo disfuncional
 - 00141 Síndrome postraumático
- Conductas impulsivas: No/Si
Atracones / Ludopatía / Gasto excesivo/Actividades de riesgo/ Robos/
Autoagresividad / Heteroagresividad / Drogas /Alcohol / Tabaco / Fármacos /
Otras
 - Ha tenido problemas con la justicia: No /Si
 - ¿Ha pensado en suicidarse? No / Si
 - ¿Ha intentado suicidarse? No/ Si
 - Forma intento suicidio: Pastillas/Venoclisis/Otras

11. Patrón valores/creencias

- 00066 Sufrimiento espiritual
- En el ámbito existencial se considera: Vacio / Pleno
 - Grado satisfacción (1 mínimo- 10 máximo):
 - Creencias religiosas: Si/No

ANEXO II

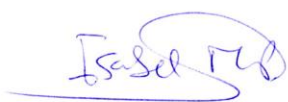
SOLICITUD AUTORIZACION USO DATOS PERSONALES

Yo, Nuria Pascual Bellido, con DNI 73086940R, solicito autorización para hacer uso de datos personales de pacientes que han sido ingresados en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia durante el año 2011, comprometiéndome expresamente a utilizarlos con fines investigativos, a cuidar de la confidencialidad y secreto de los datos, a no cederlos, ni venderlos, ni permitir el acceso por parte de terceros.



Jefe Servicio Psiquiatría

D. Vicente Rubio Larrosa



Supervisora Unidad de Psiquiatría

Dña. Isabel Martínez Planas



En Zaragoza a 6 de FEBRERO de 2012

ANEXO III ANÁLISIS DESCRIPTIVO

ÍNDICE

GRÁFICOS

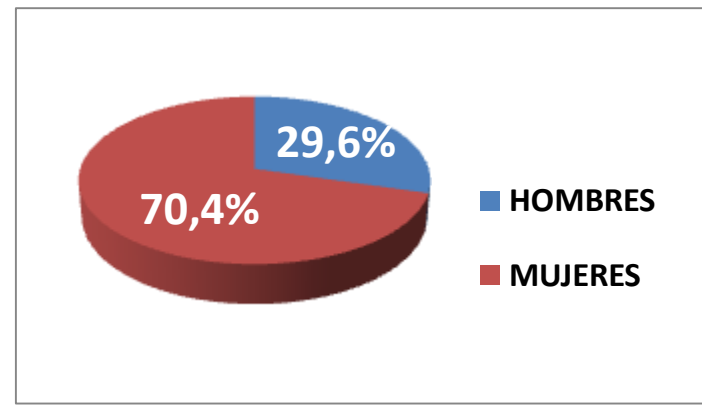
Gráfico I.....	p.57
Gráfico II.....	p.58
Gráfico III.....	p.63
Gráfico IV.....	p.64
Gráfico V.....	p.65
Gráfico VI.....	p.66
Gráfico VII.....	p.67
Gráfico VIII.....	p.68-69
Gráfico IX.....	p.70
Gráfico X.....	p.71
Gráfico XI.....	p.72
Gráfico XII.....	p.73-74
Gráfico XIII.....	p.75

TABLAS

Tabla I.....	p.57
Tabla II.....	p.58
Tabla III.....	p.59
Tabla IV.....	p.59
Tabla V.....	p.60
Tabla VI.....	p.61
Tabla VII.....	p.62

❖ GRÁFICO I

PORCENTAJE PACIENTES SEGÚN SEXO



❖ TABLA I

EDAD PACIENTES MUESTRA

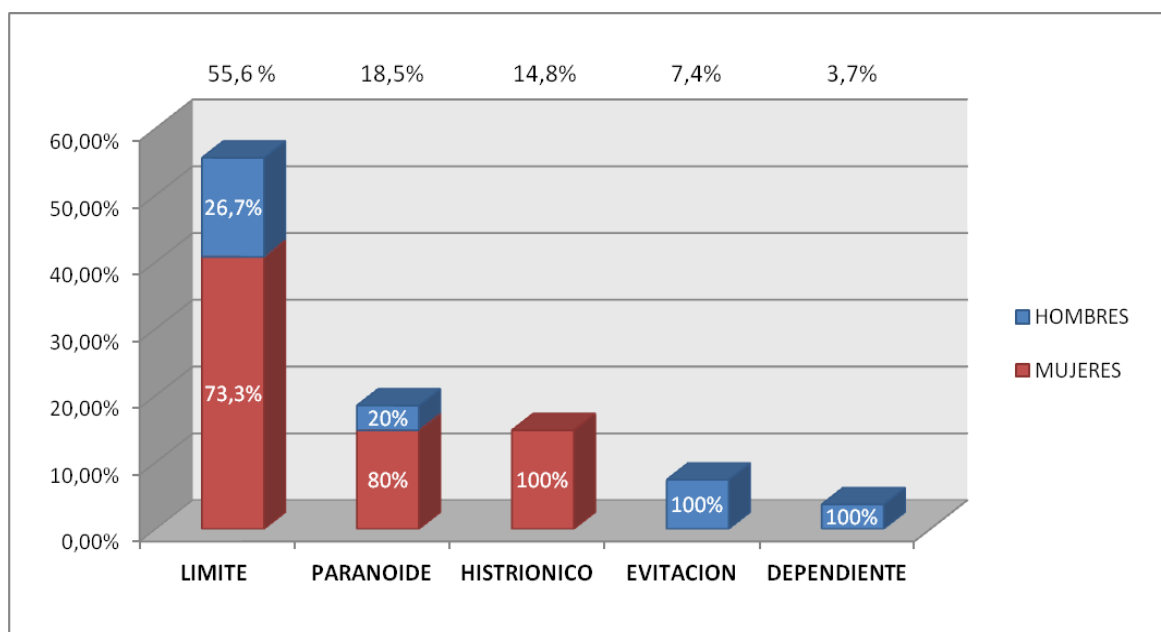
POBLACIÓN	MEDIA	MODA	MEDIANA	RANGO		DESVIACIÓN TÍPICA
				MIN.	MÁX.	
MASCULINA	35	35	36	21	42	6'649
FEMENINA	29	20	29	18	40	7'256
TOTAL	31	20	32	18	42	7'557
		35				

❖ TABLA II

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

		N	%
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo	2	8
	Medio bajo	7	28
	Medio	15	60
	Medio alto	1	4
	Alto	0	0
SITUACION ACADEMICA	Básicos concluidos	10	38,5
	Medios sin concluir	8	30,8
	Medios concluidos	4	15,4
	Universitarios sin concluir	3	11,5
	Universitarios concluidos	1	3,8
SITUACION LABORAL	Desempleo	15	60
	ITL	6	24
	Otros	4	16
	Empleo fijo	0	0
	Empleo inestable	0	0

❖ GRÁFICO II

PORCENTAJE SEGÚN TIPO TP

❖ TABLA III

ANÁLISIS DESCRIPTIVO PACIENTES CON T. LÍMITE

		MEDIA	D.E.*
EDAD ¹		29	7
ESTANCIA ²		54	16,6
		N	%
DIAGNOSTICO ³	0095 DETERIORO DEL PATRON SUEÑO	15	78,9
PATRON ⁴	7. AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO	13	86,7

*Desviación Típica

²: Expresado en días⁴: Patrón alterado más¹: Expresado en años³: Diagnostico más frecuente

frecuente

❖ TABLA IV

ANÁLISIS DESCRIPTIVO PACIENTES CON T. PARANOIDE

		MEDIA	D.T.*
EDAD ¹		34	7,8
ESTANCIA ²		66	29,3
		N	%
DIAGNOSTICO ³	0095:DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO	5	100
PATRON ⁴	5. SUEÑO/DESCANSO	5	100

*Desviación Típica

²: Expresado en días⁴: Patrón alterado más¹: Expresado en años³: Diagnostico más frecuente

frecuente

❖ TABLA V

ANÁLISIS DESCRIPTIVO PACIENTES CON T. HISTRIÓNICO

		MEDIA	D.T.*
EDAD ¹		24	5,1
ESTANCIA ²		63	6,7
		N	%
DIAGNOSTICO ³	0124:DESEPERANZA	4	100
PATRON ⁴	4. ACTIVIDAD/EJERCICIO	4	100
	7. AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO		
	8. ROL/RELACIONES		

* Desviación Típica

²: Expresado en días⁴: Patrón alterado más¹: Expresado en años³: Diagnostico más frecuente

frecuente

❖ TABLA VI

ANÁLISIS DESCRIPTIVO PACIENTES CON T. POR EVITACIÓN

		MEDIA	D.T.*
EDAD ¹		38	1,4
ESTANCIA ²		43	27,5
		N	%
DIAGNOSTICO ³	0097:DEFICIT ACTIVIDADES RECREATIVAS	2	100
	0098:DETERIORO MANTENIMIENTO HOGAR		
	0831:DETERIORO MEMORIA		
	0124:DESESPERANZA		
	0119:BAJA AUTOESTIMA CRONICA		
	0052:DETERIORO INTERACCION SOCIAL		
	0054:RIESGO DE SOLEDAD		
	0053:AISLAMIENTO SOCIAL		
	0065:PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS		
	0069:AFRONTAMIENTO INEFECTIVO		
	0066:SUFRIMIENTO ESPIRITUAL		
PATRON ⁴	4.ACTIVIDAD/EJERCICIOS	2	100
	6.COGNITIVO/PERCEPTIVO		
	7.AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO		
	8.ROL/RELACIONES		
	9.SEXUALIDAD/REPRODUCCION		
	10.ADAPTACION/TOLERANCIA AL ESTRÉS		
	11.VALORES/CREENCIAS		

*Desviación Típica

²: Expresado en días⁴: Patrón alterado más¹: Expresado en años³: Diagnostico más frecuente

frecuente

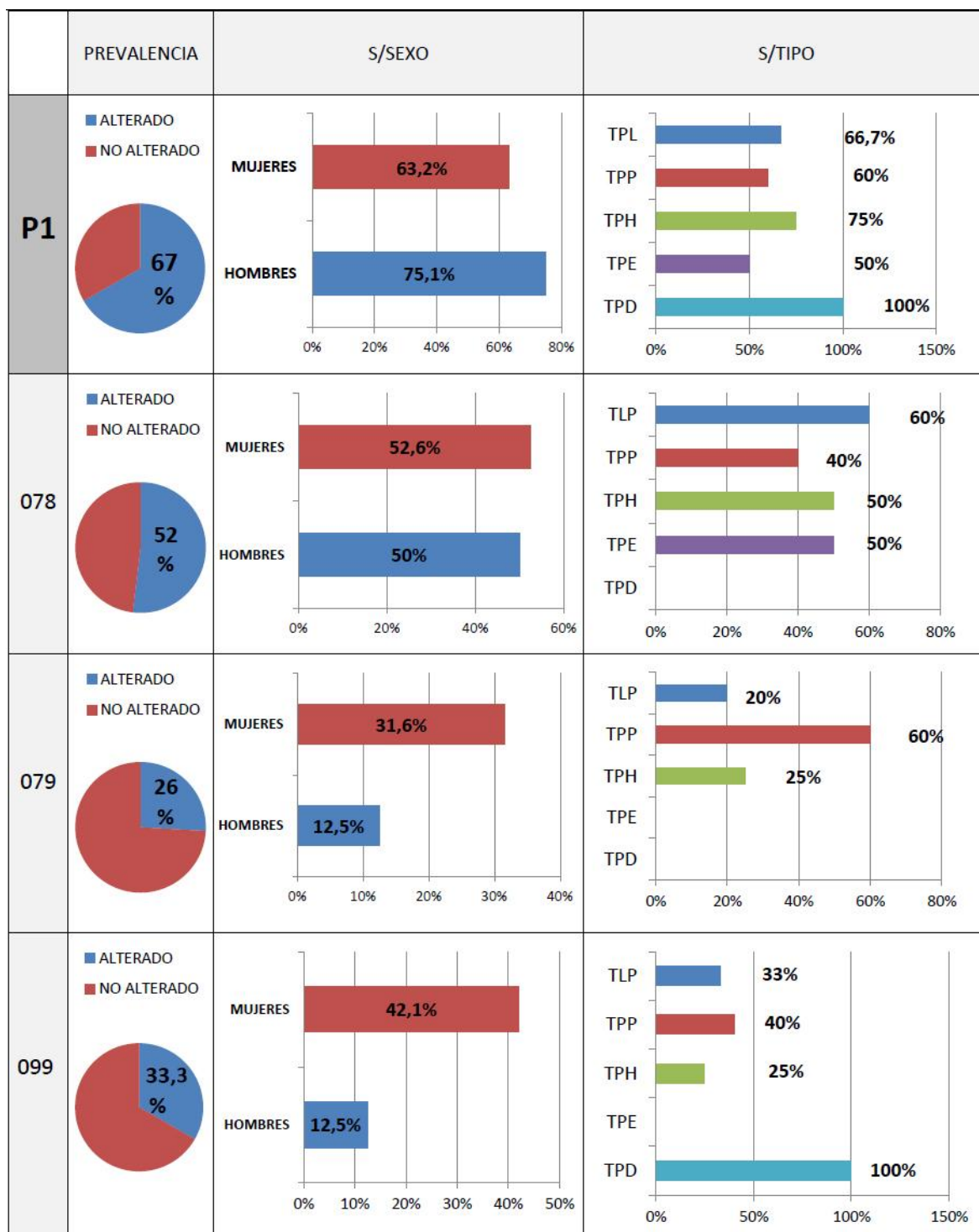
❖ TABLA VII

ANÁLISIS DESCRIPTIVO PACIENTES CON T. DEPENDIENTE

		MEDIA	D.T.*
EDAD ¹		42	0
ESTANCIA ²		73	0
		N	%
DIAGNOSTICO ³	099: MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	1	100
	00138: RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS		
PATRON ⁴	1.PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO SALUD	1	100
	10.ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS		

*Desviación Típica
¹: Expresado en años
²: Expresado en días
³: Diagnóstico más frecuente
⁴: Patrón alterado más frecuente

❖ GRÁFICO III



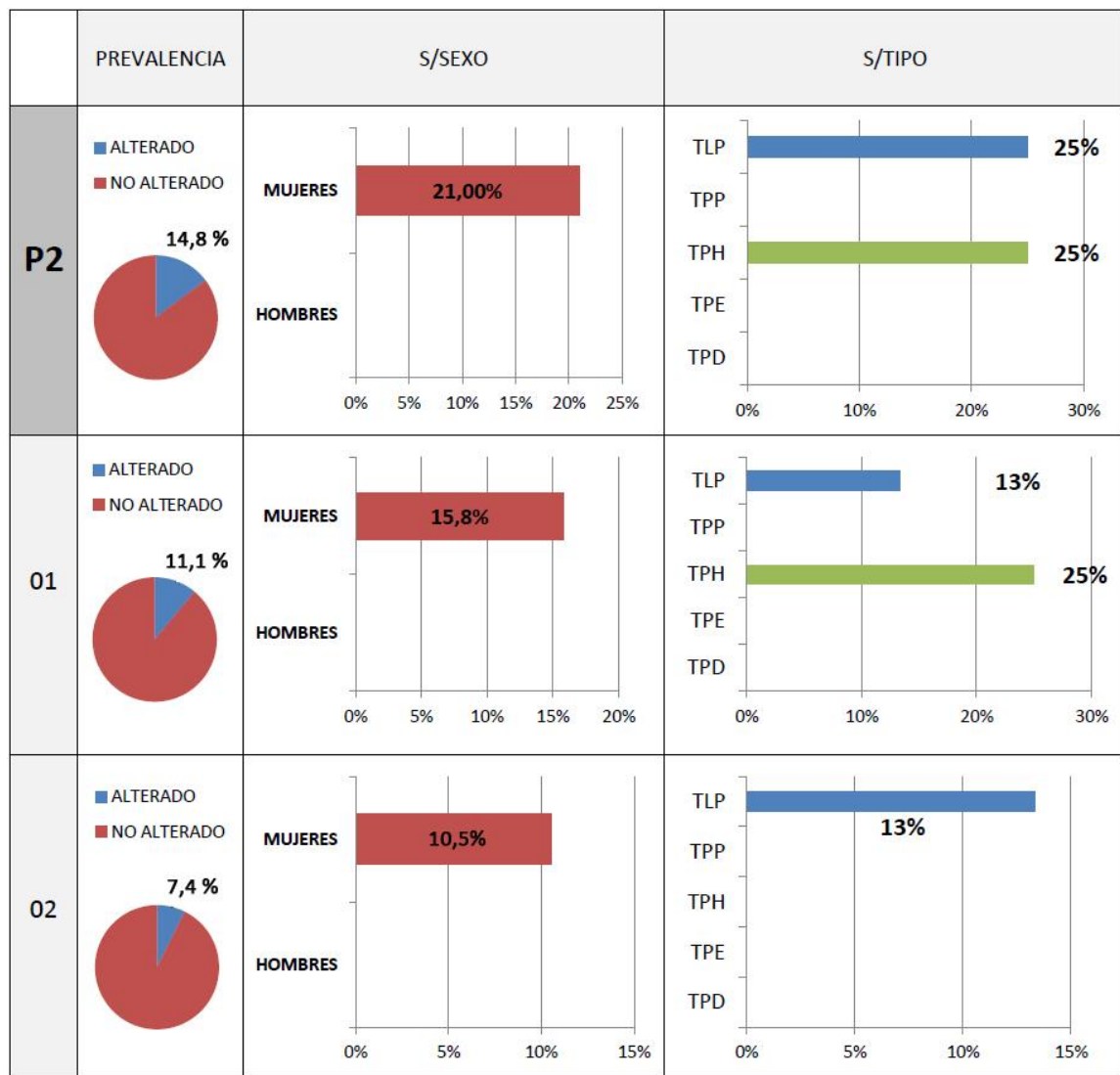
P1: Patrón percepción/mantenimiento de la salud

099: Mantenimiento inefectivo de la salud

078: Manejo inefectivo del régimen terapéutico

079: Incumplimiento del tratamiento

❖ GRÁFICO IV

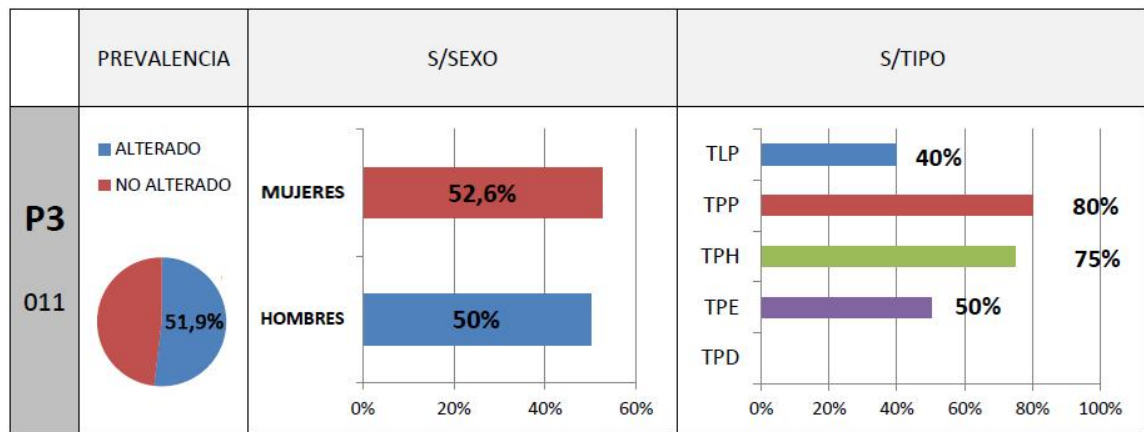


P2: Patrón nutricional/metabólico

01: Desequilibrio nutricional por exceso

02: Desequilibrio nutricional por defecto

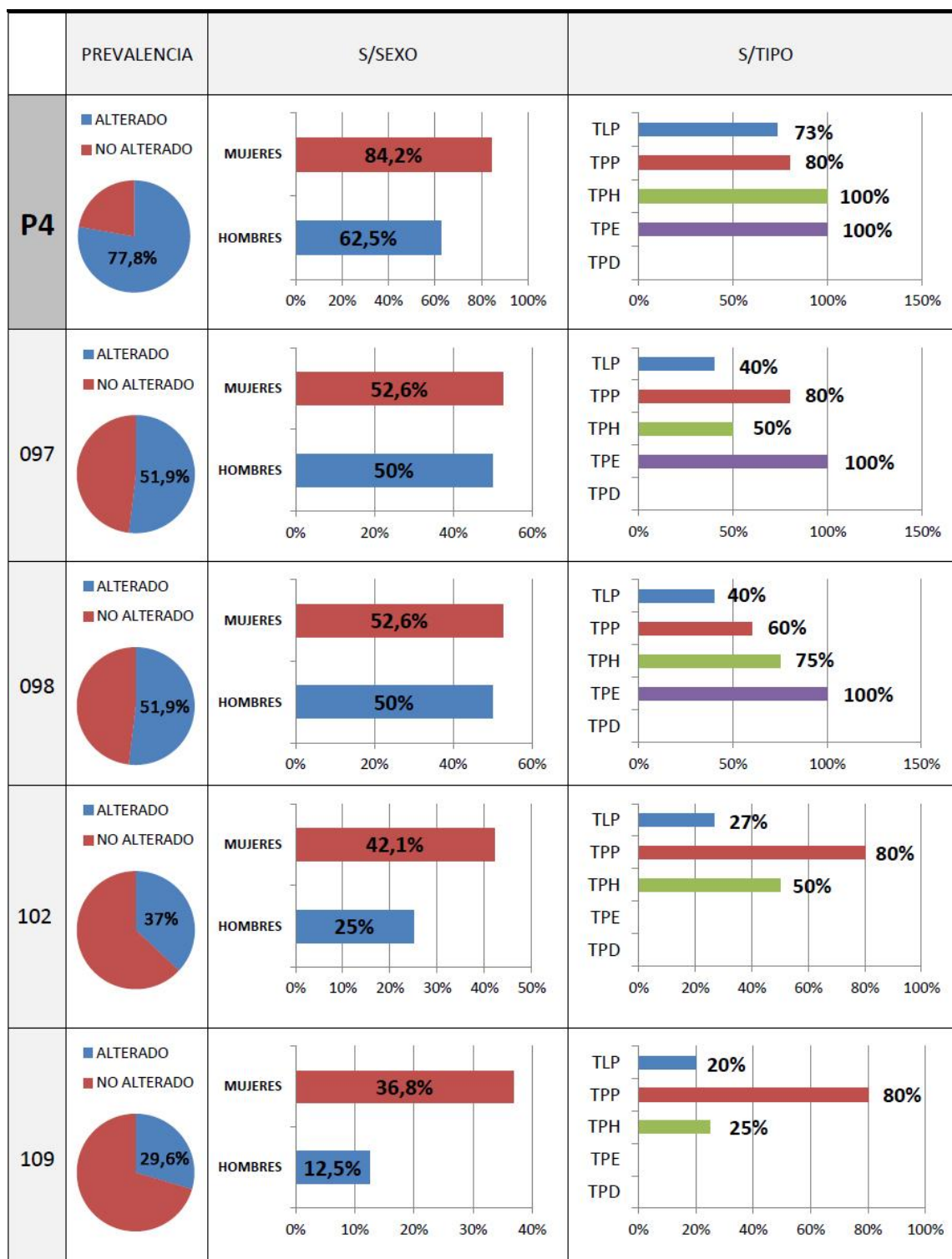
❖ GRÁFICO V



P3: Patrón eliminación

011: Estreñimiento

❖ GRÁFICO VI



P4: Patrón actividad/ejercicio

097: Déficit de actividades recreativas

098: Deterioro en el mantenimiento del hogar

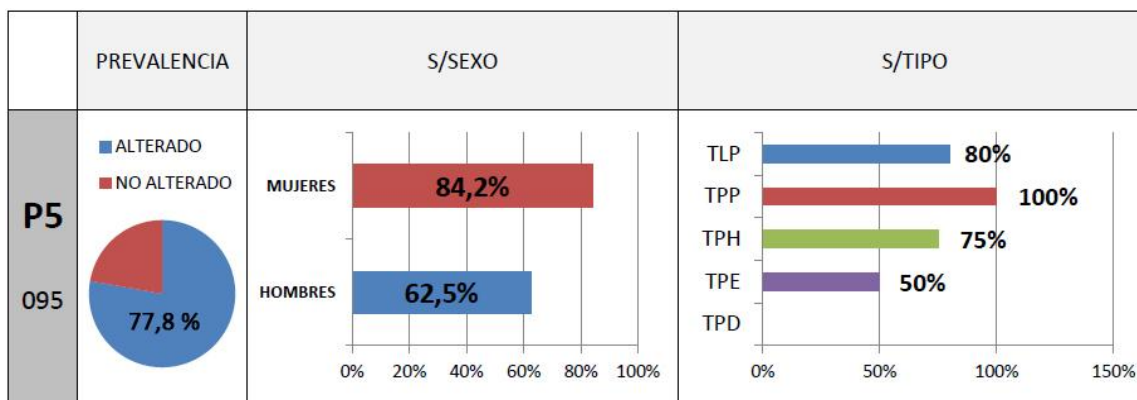
0102: Déficit del autocuidado: alimentación

108: Déficit del autocuidado: baño/ higiene

109: Déficit del autocuidado: vestido

/acicalamiento

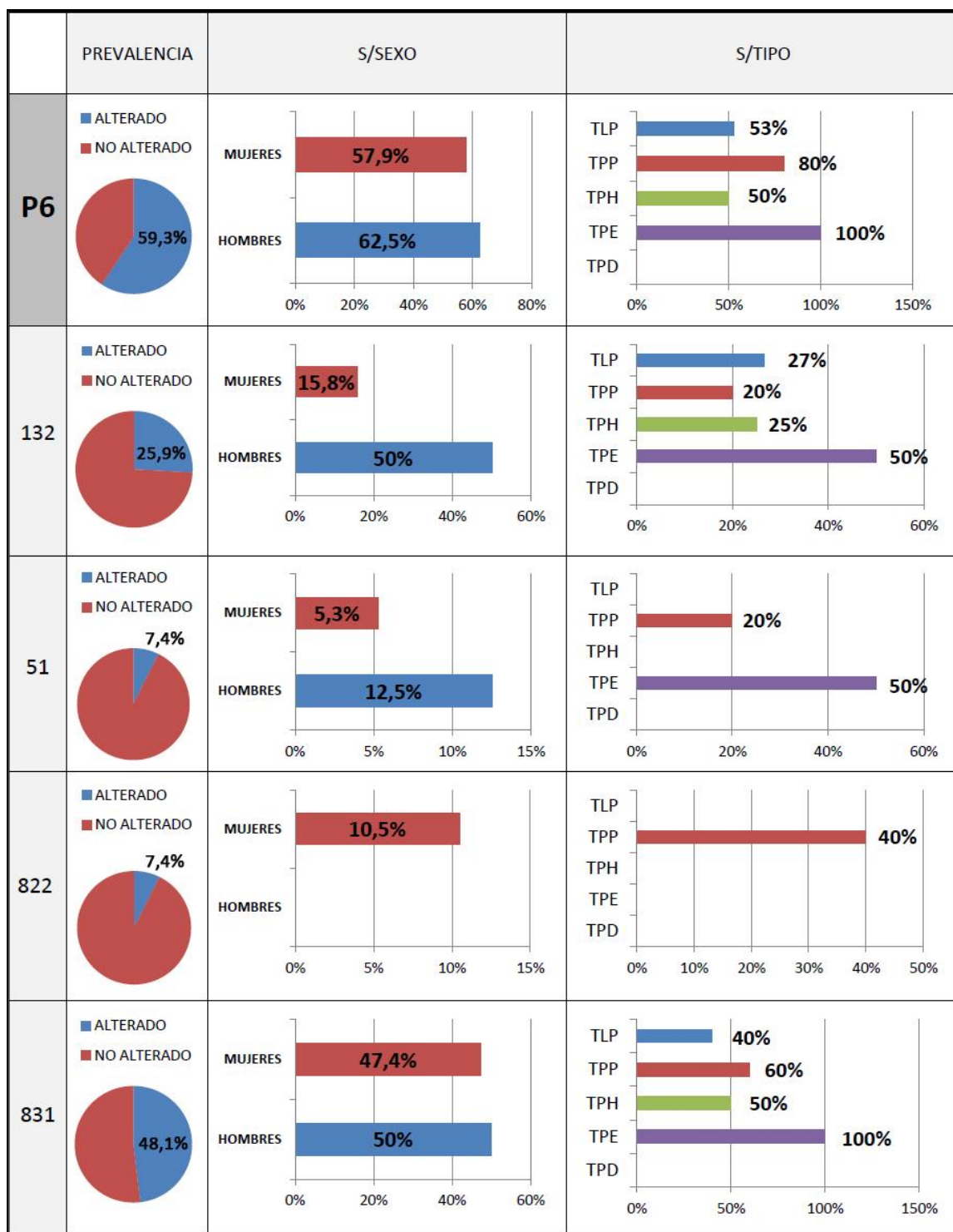
❖ GRÁFICO VII



P5: Patrón sueño/descanso

095: Deterioro en el patrón sueño

❖ GRÁFICO VIII



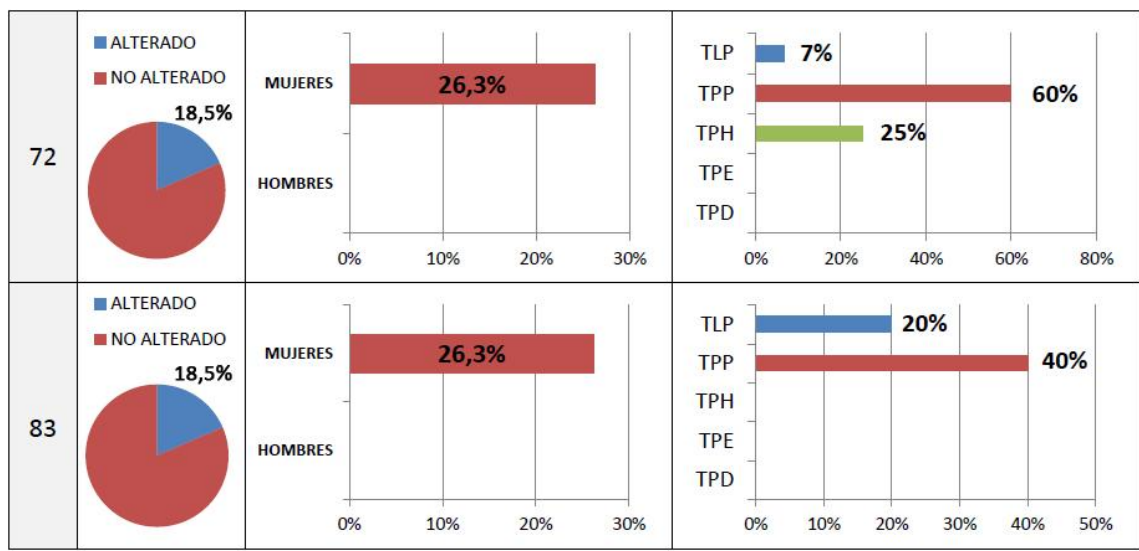
P6: Patrón cognitivo/perceptivo

822: Confusión aguda

132: Dolor agudo

831: Deterioro de la memoria

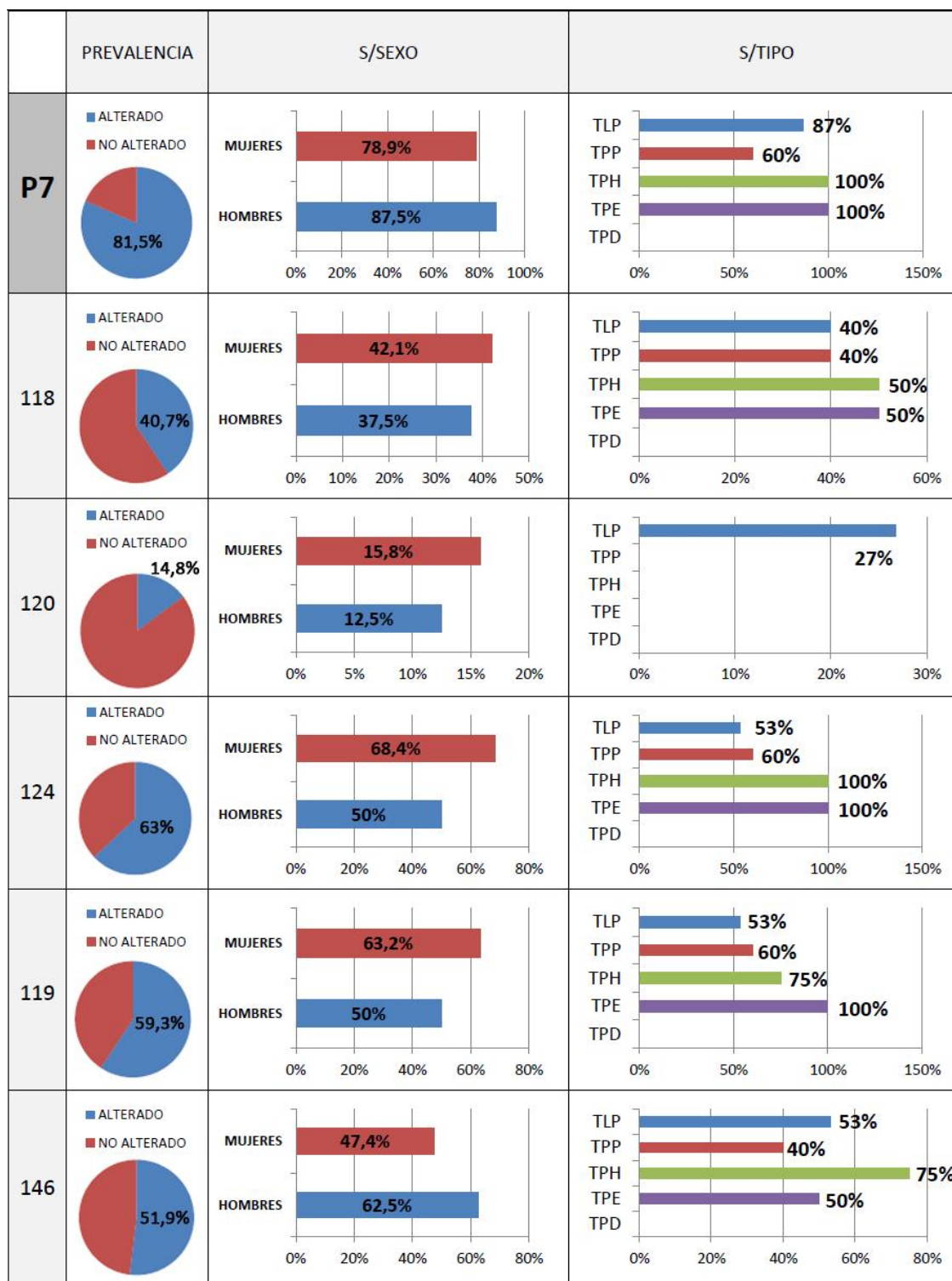
51: Deterioro de la comunicación verbal



72: Alteraciones sensorperceptivas

83: Alteración de los procesos de pensamiento

❖ GRÁFICO IX



P7: Patrón autopercepción/autoconcepto

118: Trastorno de la imagen corporal

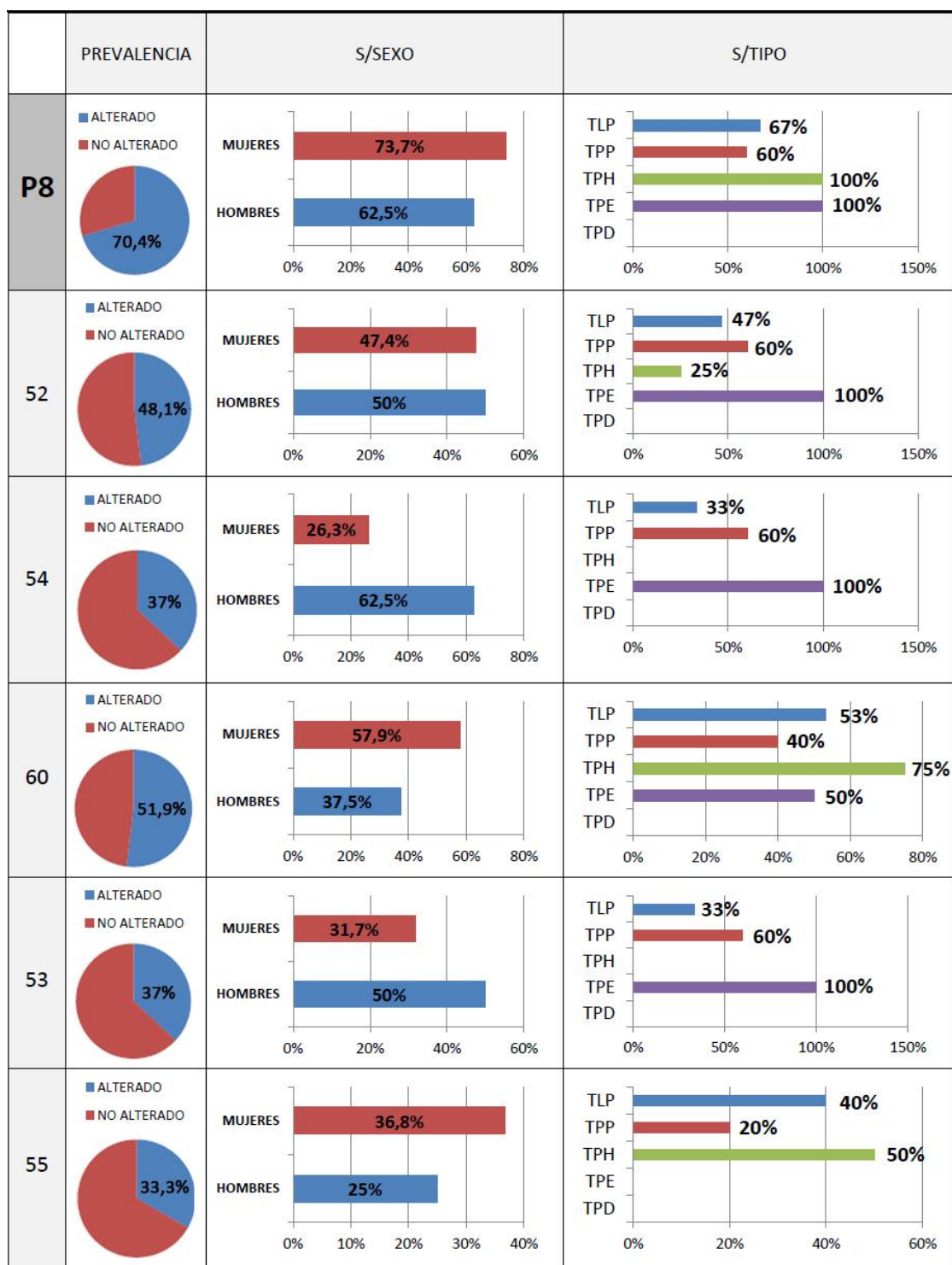
120: Baja autoestima situacional

124: Desesperanza

119: Baja autoestima crónica

146: Ansiedad

❖ GRÁFICO X



P8: Patrón rol/relaciones

52: Deterioro de la interacción social

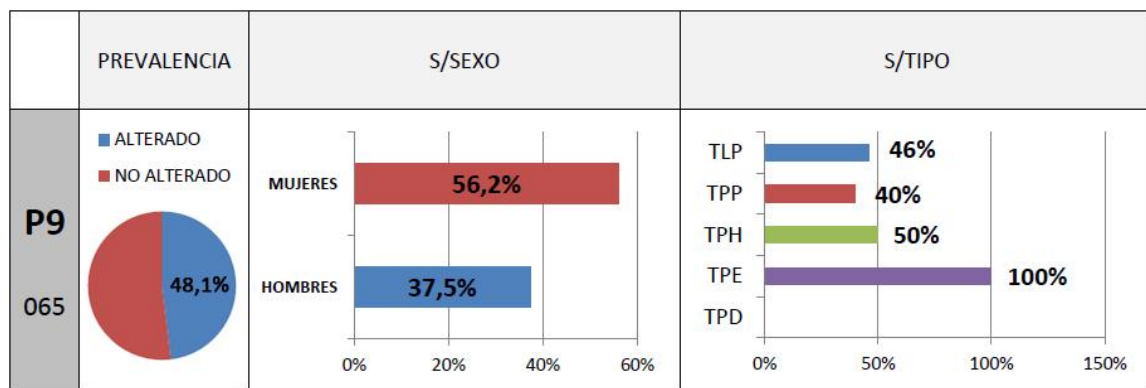
54: Riesgo de soledad

60: Interrupción de los procesos familiares

53: Aislamiento social

55: Desempeño inefectivo del rol

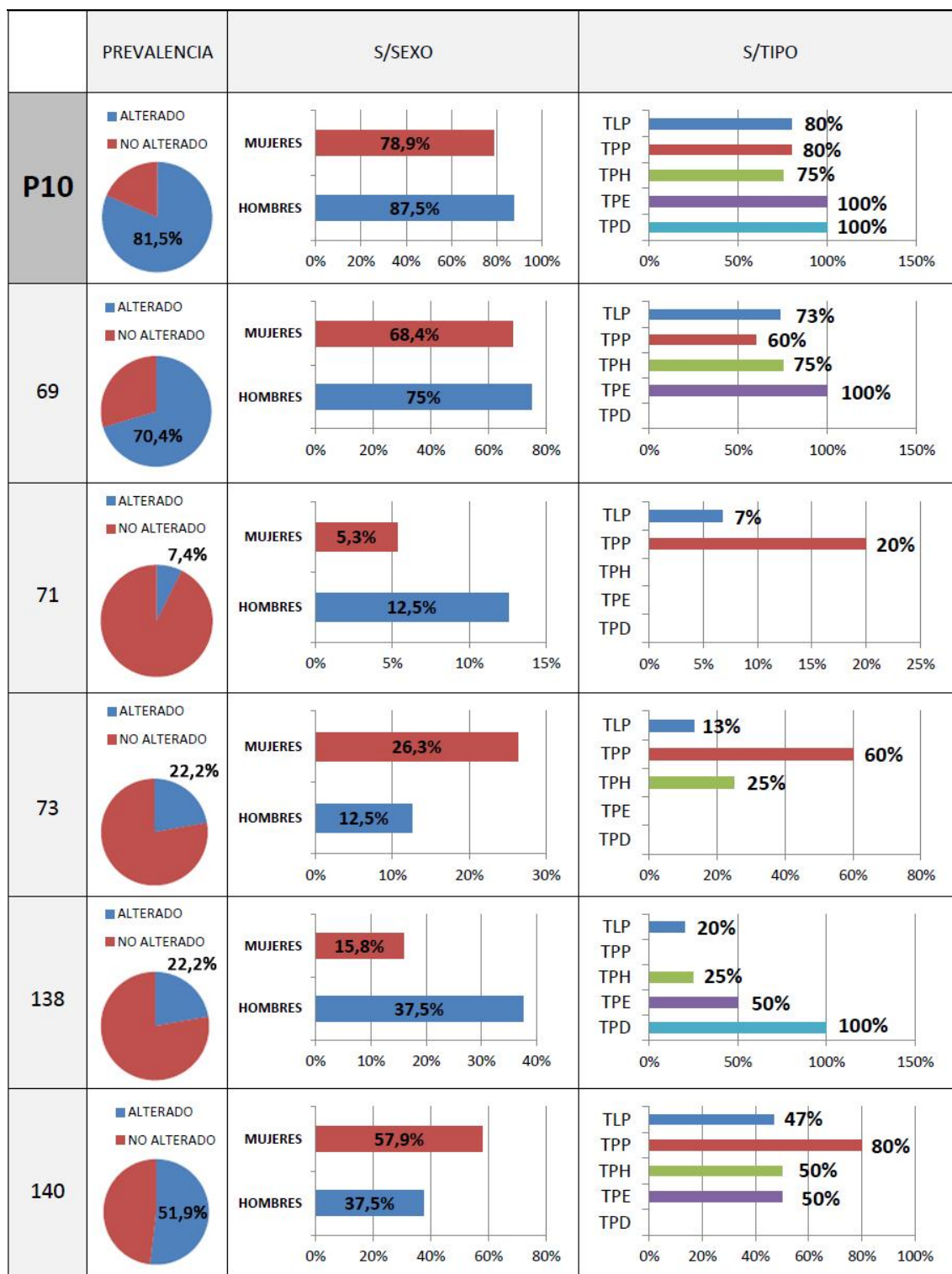
❖ GRÁFICO XI



P9: Patrón sexualidad/reproducción

065: Patrones sexuales inefectivos

❖ GRÁFICO XII



P10: Patrón adaptación/tolerancia al estrés

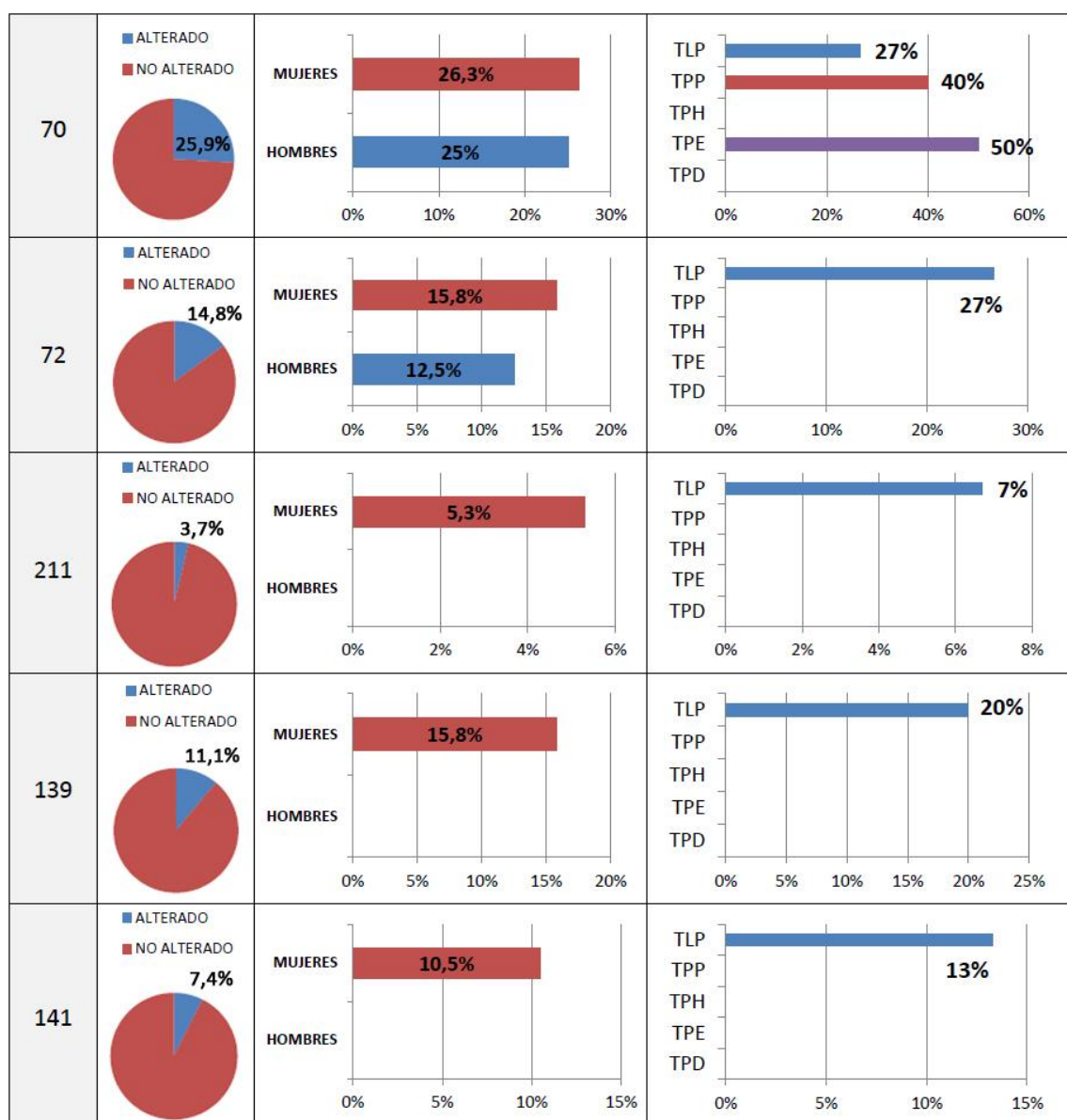
69: Afrontamiento inefectivo

71: Afrontamiento defensivo

73: Afrontamiento familiar incapacitante

138: Riesgo de violencia dirigida a otros

140: Riesgo de violencia autodirigida



70: Deterioro de la adaptación

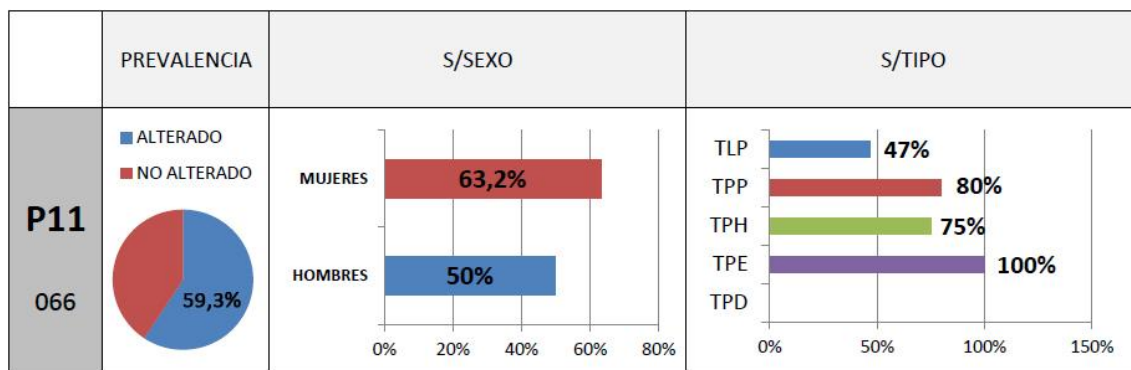
72: Negación ineficaz

211 Afrontamiento familiar comprometido

139: Duelo disfuncional

141: Síndrome postraumático

❖ GRÁFICO XIII



P11: Patrón valores/creencias

066: Sufrimiento espiritual

ANEXO IV ANÁLISIS BIVARIANTE

ÍNDICE

TABLAS

Tabla VIII.....	p.77-78
Tabla IX.....	p.79-80
Tabla X.....	p.81
Tabla XI.....	p.81
Tabla XII.....	p.82-83
Tabla XIII.....	p.84
Tabla XIV.....	p.85-86
Tabla XV.....	p.87-88
Tabla XVI.....	p.89
Tabla XVII.....	p.90-91
Tabla XVIII.....	p.92

❖ TABLA VIII

T. LÍMITE & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

	N	%	P	DIAGNÓSTICOS	N	%	P
				MANEJO INEFECTIVO REGIMEN TERAPÉUTICO	9	33,3	0'343
PATRON1	10	37	1*	INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	3	11,1	0'662*
				MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	5	18,5	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON2	3	11,1	0'605*	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	2	7,4	1*
				DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	2	7,4	0'487*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON3	6	22,2	0'168	ESTREÑIMIENTO	6	22,2	0'168
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON4	11	40,7	0'66*	DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	6	22,2	0'168
				DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	6	22,2	0'168
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:ALIMENTACIÓN	7	25,9	0'863
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:BAÑO/HIGIENE	4	14,8	0'257*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	3	11,1	0'398*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON 5	12	4,4	0'797*	DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO	12	44,4	1*
				DIAGNÓSTICOS			
				DOLOR AGUDO	4	14,8	1*
				DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	0	0	0'188*
PATRON6	8	29,6	0'696*	CONFUSIÓN AGUDA	0	0	0'188*
				DETERIORO DE LA MEMORIA	6	22,2	0'343
				ALTERACIONES SENSORPERCEPTIVAS	1	3,7	0'139*
				ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO	3	11,1	1*
				DIAGNÓSTICOS			
				TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	6	22,2	1*
PATRON7	13	48,1	0'628*	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	4	14,8	0'106*

				DESESPERANZA	8	29,6	0'424*
				BAJA AUTOESTIMA CRONICA	8	29,6	0'696*
				ANSIEDAD	8	29,6	0'863
				DIAGNÓSTICOS			
				DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	7	25,9	0'863
PATRON 8	10	37	0'696*	RIESGO DE SOLEDAD	5	18,5	0'706*
				INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	8	29,6	0'863
				AISLAMIENTO SOCIAL	5	18,5	0'706*
				DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	6	22,2	0'683*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON9	7	25,9	0'863*	PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS	7	25,9	0'863
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON10	12	44,4	1	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	11	40,7	1*
				AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	1	3,7	1*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	2	7,4	0'357*
				RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	3	11,1	1*
				RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	7	25,9	0'547
				DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN	4	14,8	1*
				NEGACIÓN INEFICAZ	4	14,8	0'106*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	1	3,7	1*
				DUELO DISFUNCIONAL	3	11,1	0'231*
				SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	2	7,4	0'487*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON11	7	25,9	0'239*	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	7	25,9	0'239*

*: Estadístico exacto de Fisher

❖ TABLA IX

T. PARANOIDE & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

	N	%	P	DIAGNÓSTICOS	N	%	P
				MANEJO INEFECTIVO REGIMEN TERAPÉUTICO	2	7,4	0'648*
PATRON1	3	11,1	0'55*	INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	3	11,1	0'091*
				MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	2	7,4	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON2	0	0	0'417*	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	0	0	1*
				DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	0	0	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON3	4	14,8	0'186	ESTREÑIMIENTO	4	14,8	0'326*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON4	4	14,8	0'697*	DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	4	14,8	0'326*
				DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	3	11,1	1*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:ALIMENTACIÓN	4	14,8	0'165*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:BAÑO/HIGIENE	4	14,8	0'047*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	4	14,8	0'017*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON5	5	18,5	0'629*	DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO	5	18,5	0'555*
				DIAGNÓSTICOS			
				DOLOR AGUDO	1	3,7	1*
				DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	1	3,7	0'342*
PATRON6	4	14,8	0'302*	CONFUSIÓN AGUDA	2	7,4	0'028*
				DETERIORO DE LA MEMORIA	3	11,1	0'648*
				ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS	3	11,1	0'030*
				ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO	2	7,4	0'221*
				DIAGNÓSTICOS			
				TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	2	7,4	1*
PATRON7	3	11,1	0'221*	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	0	0	0'561*
				DESESPERANZA	3	11,1	1*

				BAJA AUTOESTIMA CRONICA	3	11,1	1*
				ANSIEDAD	2	7,4	0'648
				DIAGNÓSTICOS			
	N	%	P		N	%	P
				DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	3	11,1	0'648*
PATRON8	3	11,1	0'472*	RIESGO DE SOLEDAD	3	11,1	0'326*
				INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	2	7,4	0'648*
				AISLAMIENTO SOCIAL	3	11,1	0'326*
				DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	1	3,7	0'636*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON9	2	7,4	0'538*	PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS	2	7,4	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON10	4	14,8	0'674*	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	3	11,1	0'616*
				AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	1	3,7	0'342*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	3	11,1	0'056*
				RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	0	0	0'555
				RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	4	14,8	0'326*
				DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN	2	7,4	0'580*
				NEGACIÓN INEFICAZ	0	0	0'561*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	0	0	1*
				DUELO DISFUNCIONAL	0	0	1*
				SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	0	0	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON11	4	14,8	0'302*	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	4	14,8	0'618*

*: Estadístico exacto de Fisher

❖ TABLA X

MEDIDA DE LA ASOCIACIÓN

		INTERVALOS DE CONFIANZA	
DIAGNÓSTICO	VALOR	INF	SUP
DÉFICIT AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE	10'667	0'984	115'683
DÉFICIT AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	18	1'562	207'447
CONFUSIÓN AGUDA	0'60	0'293	1'227
ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS	15	1'496	150'395

❖ TABLA XI

MEDIDA DE LA ASOCIACIÓN

		INTERVALOS DE CONFIANZA	
<u>TRASTORNO PARANOIDE</u>	P	VALOR	INF SUP
PROBLEMAS CON LA JUSTICIA (SI/NO)	0'040	12	1'074 134'110

❖ TABLA XII

T. HISTRIÓNICO & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

	N	%	P	DIAGNÓSTICOS	N	%	P
				MANEJO INEFECTIVO REGIMEN TERAPÉUTICO	2	7,4	1*
PATRON1	3	11,1	0'593*	INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	1	3,7	1*
				MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	1	3,7	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON2	1	3,7	0'495*	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	1	3,7	0'338
				DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	0	0	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON3	3	11,1	0'327*	ESTREÑIMIENTO	3	11,1	0'596*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON4	4	14,8	0'341*	DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	2	7,4	1*
				DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	3	11,1	0'596*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:ALIMENTACIÓN	1	3,7	0'596*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:BAÑO/HIGIENE	2	7,4	0'613*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	1	3,7	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON5	3	11,1	1*	DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO	3	11,1	1*
				DIAGNÓSTICOS			
				DOLOR AGUDO	1	3,7	1*
				DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	0	0	1*
PATRON6	2	7,4	0'545*	CONFUSIÓN AGUDA	0	0	1*
				DETERIORO DE LA MEMORIA	2	7,4	1*
				ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS	1	3,7	1*
				ALTERACION DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO	0	0	0'561*
				DIAGNÓSTICOS			
				TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	2	7,4	1*
PATRON7	4	14,8	0'417*	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	0	0	1*

				DESPERANZA	4	14,8	0'264*
				BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	3	11,1	0'624*
				ANSIEDAD	3	11,1	0'596*
				DIAGNÓSTICOS	N	%	P
				DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	1	3,7	0'596*
PATRON8	4	14,8	0'221*	RIESGO DE SOLEDAD	0	0	0'264*
				INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	3	11,1	0'596*
				AISLAMIENTO SOCIAL	0	0	0'264*
				DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	2	7,4	0'582*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON9	2	7,4	0'673*	PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS	2	7,4	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON10	3	11,1	0'583*	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	3	11,1	1*
				AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	0	0	1*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	1	3,7	1*
				RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	1	3,7	1*
				RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	2	7,4	1*
				DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN	0	0	0'545*
				NEGACIÓN INEFICAZ	0	0	1*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	0	0	1*
				DUELO DISFUNCIONAL	0	0	1*
				SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	0	0	1*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON11	3	11,1	0'455*	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	3	11,1	0'624*

*: Estadístico exacto de Fisher

❖ TABLA XIII

MEDIDA DE LA ASOCIACIÓN

INTERVALOS DE CONFIANZA				
<u>TRASTORNO</u>	P	VALOR	INF	SUP
<u>HISTRIONICO</u>				
PROMISCUIDAD (SI/NO)	0'032	4	1'872	8'545

❖ TABLA XIV

T. EVITACIÓN & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

N % P				DIAGNÓSTICOS	N % P			
				MANEJO INEFECTIVO REGIMEN TERAPEUTICO	1	3,7	1*	
PATRON1	1	3,7	0'564*	INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	0	0	1*	
				MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	0	0	0'538*	
DIAGNÓSTICOS								
PATRON2	0	0	0'721*	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	0	0	1*	
				DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	0	0	1*	
DIAGNÓSTICOS								
PATRON3	1	3,7	0'741*	ESTREÑIMIENTO	1	3,7	1*	
DIAGNÓSTICOS								
PATRON4	2	7,4	0'598*	DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	2	7,4	0'481*	
				DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	2	7,4	0'481*	
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:ALIMENTACIÓN	1	3,7	1*	
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:BAÑO/HIGIENE	0	0	0'516*	
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	0	0	1*	
DIAGNÓSTICOS								
PATRON5	1	3'7	0'402*	DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO	1	3,7	0'402*	
DIAGNÓSTICOS								
				DOLOR AGUDO	1	3,7	0'459*	
				DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	1	3,7	0'145*	
PATRON6	2	7,4	0'342*	CONFUSIÓN AGUDA	0	0	1*	
				DETERIORO DE LA MEMORIA	2	7,4	0'222*	
				ALTERACIONES SENSORPERCEPTIVAS	0	0	1*	
				ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO	0	0	1*	
DIAGNÓSTICOS								
				TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	1	3,7	1*	

PATRON7	2	7,4	0'658*	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	0	0	1*
				DESESPERANZA	2	7,4	0'516*
				BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	2	7,4	0'499*
				ANSIEDAD	1	3,7	1*
N	%	P	DIAGNÓSTICOS		N	%	P
				DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	2	7,4	0'222*
PATRON8	2	7,4	0'487*	RIESGO DE SOLEDAD	2	7'4	0'128*
				INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	1	3,7	1*
				AISLAMIENTO SOCIAL	2	7,4	0'128*
				DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	0	0	0'538*
DIAGNÓSTICOS							
PATRON9	2	7,4	0'222*	PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS	2	7,4	0'222*
DIAGNÓSTICOS							
PATRON10	2	7,4	0'658*	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	2	7,4	1*
				AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	0	0	1*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	0	0	1*
				RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	1	3,7	0'402*
				RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	1	3,7	1*
				DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN	1	3,7	0'459*
				NEGACIÓN INEFICAZ	0	0	1*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	0	0	1*
				DUELO DISFUNCIONAL	0	0	1*
				SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	0	0	1*
DIAGNÓSTICOS							
PATRON11	2	7,4	0'342*	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	2	7,4	0'499*

*Estadístico exacto de Fisher

❖ TABLA XV

T. DEPENDIENTE & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

	N	%	P	DIAGNÓSTICOS	N	%	P
PATRON1	1	3,7	1*	MANEJO INEFECTIVO REGIMEN TERAPÉUTICO	0	0	0'481*
				INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	0	0	0'741*
				MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	1	3,7	0'333*
DIAGNÓSTICOS							
PATRON2	0	0	1*	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	0	0	0'889*
				DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	0	0	1*
DIAGNÓSTICOS							
PATRON3	0	0	0'481*	ESTREÑIMIENTO	0	0	0'481*
DIAGNÓSTICOS							
PATRON4	0	0	0'222*	DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	0	0	0'481*
				DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	0	0	0'481*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:ALIMENTACIÓN	0	0	0'519*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO:BAÑO/HIGIENE	0	0	0'630*
				DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	0	0	0'704*
DIAGNÓSTICOS							
PATRON5	0	0	0'222*	DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO	0	0	0'222*
DIAGNÓSTICOS							
	0	0	0'407*	DOLOR AGUDO	0	0	0'741*
PATRON6				DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	0	0	1*
				CONFUSIÓN AGUDA	0	0	1*
				DETERIORO DE LA MEMORIA	0	0	0'519*
				ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS	0	0	0'815*
				ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO	0	0	0'815*

	N	%	P	DIAGNÓSTICOS	N	%	P
	0	0	0'185*	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	0	0	0'593*
PATRON7				BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	0	0	0'852*
				DESESPERANZA	0	0	0'370*
				BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	0	0	0'407*
				ANSIEDAD	0	0	0'481*
				DIAGNÓSTICOS			
	0	0	0'296*	DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	0	0	0'519*
PATRON8				RIESGO DE SOLEDAD	0	0	0'630*
				INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	0	0	0'481*
				AISLAMIENTO SOCIAL	0	0	0'630*
				DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	0	0	0'667*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON9	0	0	1*	PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS	0	0	0'519*
				DIAGNÓSTICOS			
PATRON10	1	3'7	1*	AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	0	0	0'296*
				AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	0	0	1*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	0	0	0'778*
				RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	1	3,7	0'222*
				RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	0	0	0'481*
				DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN	0	0	0'741*
				NEGACIÓN INEFICAZ	0	0	0'852*
				AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	0	0	1*
				DUELO DISFUNCIONAL	0	0	0'889*
				SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	0	0	1*
	N	%	P	DIAGNÓSTICOS	N	%	P
PATRON11	0	0	0'407*	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	0	0	0'407*

*Estadístico exacto de Fisher

❖ TABLA XVI

TIPOS TP & SEXO

P					
	TPL	TPP	TPH	TPE	TPD
SEXO	0'516*	0'528*	0'221*	0'080*	0'296*

❖ TABLA XVII

SEXO & PATRONES-DIAGNÓSTICOS

	P	DIAGNÓSTICOS	P
		MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO	0'615*
PATRON 1	0'450*	INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	0'301*
		MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	0'149*
		DIAGNÓSTICOS	
PATRON 2	0'221*	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	0'331*
		DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	0'487*
		DIAGNÓSTICOS	
PATRON 3	0'615*	ESTREÑIMIENTO	
		DIAGNÓSTICOS	
		DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	0'615*
		DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	0'615*
PATRON 4	0'227*	DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	0'385*
		DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE	0'349*
		DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	0'216*
		DIAGNÓSTICOS	
PATRON 5	0'227*	DETERIORO DEL PATRON DE SUEÑO	
		DIAGNÓSTICOS	
		DOLOR AGUDO	0'088*
		DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	0'513*
PATRON 6	0'586*	CONFUSIÓN AGUDA	0'487*
		DETERIORO DE LA MEMORIA	0'615*
		ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS	0'144*
		ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO	0'144*
		DIAGNÓSTICOS	
		TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	0'586*

		BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	0'663*
PATRON		DESESPERANZA	0'316*
7	0'528*	BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	0'414*
		ANSIEDAD	0'385*
	P	DIAGNÓSTICOS	P
		DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	0'615*
		RIESGO DE SOLEDAD	0'091*
PATRON		INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	0'293*
8	0'442*	AISLAMIENTO SOCIAL	0'316*
		DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL	0'450*
		DIAGNÓSTICOS	
PATRON		PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS	0'385*
9	0'385*	DIAGNÓSTICOS	
		AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	0'558*
		AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	0'513*
		AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE	0'406*
		RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	0'227*
PATRON		RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	0'293*
10	0'528*	DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN	0'668*
		NEGACIÓN INEFICAZ	0'663*
		AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	0'704*
		DUELO DISFUNCIONAL	0'331*
		SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	0'487*
		DIAGNÓSTICOS	
PATRON		SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	0'414*
11	0'414*		

*Estadístico exacto de Fisher

❖ TABLA XVIII

MEDIDA DE LA ASOCIACIÓN

INTERVALOS DE CONFIANZA				
<u>SEXO</u>	P	VALOR	INF	SUP
TCA (SI/NO)	0'005*	2'714	1'507	4'890

*Estadístico exacto de Fisher