



Trabajo Fin de Grado

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE UNA PACIENTE CON TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

NURSING CARE PLAN FOR A PATIENT WITH BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER, A CLINICAL CASE STUDY

Autora

ITZIAR RANERO GALA

Directora

M^a JESÚS PARDO DIEZ

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Enfermería de Zaragoza

Curso Académico 2018/2019

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT.....	4
3. INTRODUCCIÓN	5
4. OBJETIVOS.....	9
4.1. OBJETIVO GENERAL	9
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
5. METODOLOGÍA	9
6. DESARROLLO.....	12
6.1. VALORACIÓN GENERAL.....	12
I. DATOS GENERALES	12
II. ENFERMEDAD ACTUAL.....	13
III. TRATAMIENTO MÉDICO	13
IV. VALORACIÓN FÍSICA INICIAL	14
V. HISTORIA ENFERMERA	14
VI. ORGANIZACIÓN DATOS SEGÚN MODELO DE M. GORDON.	16
6.2. FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.....	19
6.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS	20
6.4. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS	26
6.5. EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO	17
7. CONCLUSIÓN.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA	30
9. ANEXOS.....	33

1. RESUMEN

Introducción: El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por la impulsividad y la inestabilidad afectiva, interpersonal y en la autoimagen. Presenta una elevada prevalencia y supone un difícil diagnóstico y abordaje dada su heterogeneidad. Es necesaria la intervención multidisciplinar, donde la intervención de enfermería es fundamental.

Objetivos: Desarrollar un plan de cuidados individualizado, a partir de un caso clínico de una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, utilizando el modelo de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Metodología: Tras la valoración general de la paciente, siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon, se han identificado los diagnósticos enfermeros utilizando la Taxonomía Nanda Internacional, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Conclusión: La intervención enfermera es imprescindible durante la asistencia holística que requieren los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Gracias a la alianza terapéutica y el manejo de conductas y síntomas disruptivos, enfermería es capaz de mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad, Terapia, Enfermería, Cuidados enfermeros.

2. ABSTRACT

Introduction: Borderline Personality Disorder is characterized by impulsivity and affective, interpersonal and self-image instability. This disorder is known for having a high prevalence and it involving a difficult diagnosis due to its heterogeneous nature. It must be addressed from a multidisciplinary intervention where nurse action is essential.

Objective: To develop a personalized care plan, based on a clinical case study from a Borderline Personality Disorder patient, using the model of functional health patterns assessment developed by Marjory Gordon.

Methodology: Once general assessment of the patient has been completed following M. Gordon's model, nursing diagnosis have been identified using the Nanda International Taxonomy, the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the Nursing Interventions Classification (NIC).

Conclusion: Nurse intervention is essential during the holistic assistance that Borderline Personality Disorder patients require. Thanks to therapeutic alliance and the management of disruptive behaviors and symptoms, nursing is able to improve a patient's as well as their relatives' quality of life.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Therapy, Nursing, Nursing care.

3. INTRODUCCIÓN

La personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona; es decir, el conjunto de sentimientos, pensamientos y emociones que unido al comportamiento, perdurando en el tiempo, diferencian a cada individuo de los demás. La personalidad abarca las características y rasgos psicosociales, dejando a un lado las características físicas (1-3).

Los trastornos de personalidad (TP) son patrones duraderos, penetrantes e inflexibles, de experiencia interna y de conductas que se alejan marcadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Tienen comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta, son estables en el tiempo y provocan perjuicios para el sujeto. Los TP se clasifican en diferentes grupos según el modelo categorial, CIE-10 o DSM-V (3-5).

De este modo, los TP se encuadran en tres grupos en base a ciertas similitudes clínicas; el Grupo A catalogado como el de sujetos "raros" o "excéntricos", el Grupo B denominados "dramáticos" o "emocionales" y el Grupo C con sujetos manifiestamente "ansiosos" o "temerosos". El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o Borderline se encuentra clasificado dentro la categoría del Grupo B (Anexo I y II) (3,4).

El TLP afecta entorno a un 2% de los adultos. Es el más prevalente entre la población clínica y supone entre un 30-60% de los diagnósticos de TP. Abarca aproximadamente el 10% de los pacientes ambulatorios en centros de salud mental y el 15-20% de los ingresados en unidades de psiquiatría (3,6,7). El rango de edad con mayor incidencia se encuentra entre los 19 a 34 años y afecta más a mujeres que a hombres, con una relación de 3:1 (6,8).

Existe cinco veces mayor probabilidad de padecer TLP entre los familiares de primer grado y un mayor riesgo de sufrir trastornos de abuso de sustancias, trastornos del estado de ánimo y trastorno de conducta (7,9).

Es necesario especificar que no existe una causa capaz de determinar el origen del TLP, sino que puede ser dado por la suma de diferentes variables en un sujeto específico. Esta multicausalidad englobaría variables genéticas, biológicas, psicológicas y socioambientales (7,10).

El TLP afecta a las diferentes esferas en las que se desarrolla el individuo. Estos pacientes presentan un bajo auto-concepto, dando lugar a sentimientos crónicos de vacío y pérdida del yo. Tienen dificultad en mantener relaciones interpersonales y experimentan emociones alternantes, intensas e impredecibles con sentimientos de rabia, impotencia e incomprendión. Esto deriva en conductas auto-agresivas (abuso de sustancias, sexo promiscuo, conducción irresponsable o atracones de comida), actos auto-lesivos (cortes, quemazones) y actos o ideaciones suicidas (Anexo III) (4,11-13).

Se caracterizan por un excesivo temor al abandono o rechazo y presentan una escasa empatía y una clara desregulación cognitiva. Pueden existir reacciones paranoicas o disociativas y cabe destacar su impulsividad, que potencialmente tiene consecuencias negativas (4,11,12,14).

Es frecuente la presencia de comorbilidades, donde predominan los trastornos del ánimo (Trastorno Depresivo Mayor), trastornos de ansiedad (Trastorno por Estrés Post-traumático), trastornos adictivos y trastornos de la conducta alimentaria. Los dos primeros presentan una frecuencia de hasta el 87%, seguido de un 50% de casos de abuso de alcohol. En cuanto a los trastornos de conducta alimentaria, están presentes principalmente en mujeres con cuadros de bulimia. El dolor crónico también se manifiesta frecuentemente llegando hasta una prevalencia del 30% (2,7,8,15).

Por otro lado, el TLP puede coexistir con otros TP, siendo el más predominante el trastorno de personalidad dependiente con una prevalencia del 50% (8).

Diagnosticar el TLP resulta complejo debido a la variabilidad de su clínica. Debe haberse realizado un seguimiento longitudinal del paciente que permita observar una disfunción global y existir independencia de otros estados psicopatológicos del eje I (2,8). En España se utiliza la clasificación CIE-10 y DSM-V para su diagnóstico (Anexo IV). La entrevista ofrece poca

fiabilidad y es aconsejable la utilización de instrumentos psicométricos que permitan una mayor precisión en el diagnóstico (3,7).

El TLP supone un difícil abordaje, es por ello que se realiza un tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, siendo generalmente necesario una actuación mantenida en el tiempo. Los fármacos más utilizados son los antipsicóticos, ISRS y estabilizadores del ánimo; sin embargo, revelan poca efectividad en la reducción de la sintomatología (2,6).

El tratamiento psicoterapéutico se considera fundamental y se trabaja desde dos orientaciones diferentes: la Psicodinámica y la Cognitivo- Conductual. Esta última permite una mejoría de la ansiedad, depresión, funcionamiento global e incluso disminuye la conducta suicida, ira, impulsividad, heteroagresividad e irritabilidad (2,16-19). Cabe destacar el programa de tratamiento integral STEEPSS (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*) debido a la fuerza que ha adquirido en los últimos años en esta orientación (20).

En cuanto a la evolución del trastorno, se mantiene la inestabilidad crónica con un aumento de intentos autolíticos y suicidas durante el inicio de la edad adulta. No se trata de un trastorno degenerativo y con el paso del tiempo se produce un descenso paulatino de la gravedad del trastorno. Aquellos pacientes que reciben tratamiento muestran frecuentemente una mejoría, pudiendo adquirir cierta estabilidad relacional y profesional, con una aceptable calidad de vida al llegar a los cuarenta o cincuenta años. Sin embargo, no hay que olvidar que casi el 10% de los pacientes consiguen suicidarse antes de los 30 años (2,3,7,10).

La intervención realizada a estos pacientes debe ser holística y multidisciplinar por parte de los profesionales de enfermería, psiquiatría, psicología, terapeuta y trabajador social (21).

La intervención enfermera es esencial ya que permite el manejo de conductas disruptivas y la mejora de determinados síntomas psiquiátricos. Entre estas intervenciones destaca proporcionar a los pacientes un enfoque estructurado que les permita resolver problemas, fomentar la práctica de autocontrol mediante diversos mecanismos, manejar emociones negativas, ayudar a que los pacientes creen vínculos saludables entre sentimientos y

eventos o acciones e incluso desarrollar estrategias preventivas para conductas de riesgo. Enfermería mantiene un rol importante en la mediación familiar además de realizar talleres de educación para la salud que incrementen los conocimientos sobre TLP en la familia (17,20,22).

Es fundamental crear una efectiva alianza terapéutica entre paciente-profesional y el uso de habilidades comunicativas que favorezcan la rehabilitación del paciente y un ambiente terapéutico (17,23).

El TLP es un síndrome heterogéneo y complejo de delimitar. Estos pacientes ocupan un gran volumen dentro del ámbito de la salud mental y sanitario en general debido a sus elevadas comorbilidades y ocasiona graves repercusiones familiares, sociales, jurídicas y económicas. Es necesario avanzar y contribuir en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes y de sus familiares. Existen Unidades de atención destinadas a su abordaje y la acción enfermera es el eje central en esa asistencia. Debido al desconocimiento de la labor de Enfermería en el TLP es fundamental su divulgación y es por ello que se ha decidido realizar un proceso de atención de enfermería para fomentarlo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un plan de cuidados individualizado, a partir de un caso clínico de una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, utilizando el modelo de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales problemas de salud que presenta la paciente y desarrollar los diagnósticos de enfermería pertinentes.
- Establecer unos objetivos a conseguir y las intervenciones enfermeras necesarias para alcanzarlos.
- Evaluar la capacidad que tiene el paciente para cumplir los objetivos marcados.
- Resaltar la labor enfermera y la importancia que tiene la rehabilitación psicosocial en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

5. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando las bases de datos Pubmed, Science Direct y Dialnet Plus con la finalidad de recoger aquellos conocimientos referentes al Trastorno Límite de la Personalidad y su manejo profesional. Los resultados fueron acotados mediante el operador booleano: AND/Y.

Las palabras claves aplicadas han sido las siguientes: Trastorno Límite de la Personalidad, Terapia, Enfermería y Cuidados enfermeros. Además se han añadido a la búsqueda bibliográfica los Descriptores MESH: "Symptoms" y "Comorbid"; y el Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCs): "Tratamiento".

De igual manera se han consultado libros, guías clínicas de relevancia sobre el tema y la Ley de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales en el Boletín Oficial del Estado.

En cuanto a los criterios de inclusión se emplearon los artículos comprendidos entre 2008-2019 sobre el Trastorno Límite de la Personalidad y aquellos publicados en español e inglés, desestimando los textos enfocados a otras enfermedades de salud mental.

Bases de datos	Filtros	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos leídos	Artículos utilizados
Science Direct	2008-2019	"Borderline Personality Disorder" AND "Nursing care"	39	7	1
		"Borderline Personality Disorder" [Ti] AND "Symptoms"	85	14	5
Dialnet		"Trastorno Límite de la Personalidad" Y "Enfermería"	5	3	1
		"Trastorno Límite de la Personalidad" Y "Tratamiento"	68	15	2
Pubmed	2008-2019 "Humans" "Free full text"	"Borderline Personality Disorder/therapy"[Mesh]	152	21	4
		"Borderline Personality Disorder" [Mesh] AND "Comorbid"	72	13	4

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica

Libros de consulta	Referencia
Teorías de la personalidad	1
Cuidados de Enfermería en Salud Mental	3
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)	4
Clasificación Internacional de Enfermería (CIE-10)	5
Trastornos de la Personalidad	7
Guía de práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad	8
Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (NANDA)	25
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)	26
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	27
Diagnósticos Enfermeros en Salud Mental: Identificación, desarrollo y aplicación	28

Tabla 2: Libros consultados

Se llevó a cabo una entrevista en el mes de marzo, donde se realizó una valoración general, identificando los principales diagnósticos de Enfermería para posteriormente desarrollar una planificación individualizada.

Para realizar este caso clínico se cuenta con el consentimiento informado de la paciente (Anexo V).

Estrategia de implantación

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Búsqueda bibliográfica					
Metodología					
Entrevista con la paciente					
Valoración general					
Plan de intervención					

Tabla 3: Cronograma de Gantt

6. DESARROLLO

6.1. VALORACIÓN GENERAL

I. DATOS GENERALES

Fecha de valoración: 22-11-2015	
Nombre: María*	Sexo: Femenino
Edad: 29 años	Estado civil: Soltera
Persona de contacto: Su madre	
Diagnóstico médico: Trastorno Límite de la Personalidad (301.83)(F 60.3) según DSM o Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite (F 60.31) según CIE-10.	
Motivo de ingreso: Desequilibrio emocional persistente.	
Alergias: No conocidas. Intolerancia a: Tramadol, Nolotil, Valium, Lyrica.	
Tipo de ingreso: Voluntario	
Procedencia del paciente: Consulta de Psiquiatría	
Patología orgánica: - 4 vértebras cervicales desplazadas <ul style="list-style-type: none">- Síndrome del desfiladero torácico- Esofagitis	
Antecedentes psiquiátricos:	
En tratamiento o consulta por: Ansiedad y Depresión	
Ingresos anteriores: <ul style="list-style-type: none">▪ 1/mes durante los últimos 3 años → motivo: dolor▪ 1 noche → motivo: intento de suicidio con sobreingesta de Deprax	
Diagnósticos anteriores: <ul style="list-style-type: none">▪ Crisis de ansiedad▪ Baja autoestima	

*Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, no se registrarán datos privados que puedan identificar a la persona. (24)

Tabla 4: Hoja de Registro

II. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 29 años de edad con Trastorno Límite de la Personalidad que muestra pensamiento dicotómico y mágico, agresividad verbal y gran dependencia emocional. Su trastorno interfiere en su autonomía y sus severas somatizaciones dificultan su día a día. Ingresa en la Unidad de Trastornos de la Personalidad para realizar intervención y tratamiento rehabilitador.

III. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tratamiento de la paciente a su llega a la Unidad:

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	VÍA ADMINISTRACIÓN	PAUTA	INDICACIÓN
Gabapentina	800 mg	Oral	1-1-0	Dolor neuropático
Ciclobenzaprina (Yurelax)	20 mg	Oral	1-0-1	Relajante muscular
Desvenlafaxina (Pristiq)	100 mg	Oral	1-0-1	Antidepresivo
Omeprazol	10 mg	Oral	1-0-1	Reducción ácido gástrico
Lorazepam	10 mg	Oral	1 (si precisa)	Hipnótico - Ansiolítico
Dexketoprofeno (Enantyum)	25 mg	Oral	c/8 horas	Analgesico AINE
Paracetamol	1 gr	Oral	c/8 horas	Analgesico
Lidocaína	700 mg	Parche transdérmico	0-0-1	Analgesico (dolor neuropático)

Tabla 5: Tratamiento domiciliario

IV. VALORACIÓN FÍSICA INICIAL

Signos Vitales:	Exploración Física:
Tensión arterial braquial (Extremidad superior derecha): 120/72 mmHg (Extremidad superior izquierda): 118/67 mmHg	Peso: 62 kg
	Talla: 167 cm
Frecuencia cardiaca: 66 p.p.m. *	IMC (Índice de Masa Corporal): 23'66 Kg/m ² (Normopeso)
Frecuencia respiratoria: 14 r.p.m.*	Prótesis: Visual (gafas)
Temperatura: 36'5 °C (axilar)	Nivel de conciencia: consciente y orientada temporal y espacialmente. Responde a preguntas.
Saturación de O₂: 97%	

*p.p.m.: pulsaciones por minuto

*r.p.m.: respiraciones por minuto

Tabla 6: Valoración física inicial

V. HISTORIA DE ENFERMERÍA

María, mujer de 29 años, que ingresa de manera voluntaria en la Unidad de Trastornos de la Personalidad (UTP) del Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia.

Durante la primera toma de contacto, María está orientada en espacio y tiempo, y se muestra suspicaz aunque colaboradora durante todo el proceso de entrevista. Presenta lenguaje fluido y rápido.

María vive con sus padres en la localidad de Zaragoza y tiene un hermano de 24 años, el cual siempre ha sido uno de sus grandes apoyos, eran "uña y carne". Sin embargo, desde que se mudó con su pareja a un municipio de Navarra, no están tan unidos y asegura que "nadie de la familia soporta a su novia". Manifiesta una estrecha relación con ambos progenitores. Muestra una fuerte unión a su madre con quien sin embargo mantiene intensas y frecuentes discusiones. Evidencia relación de celotipia con su

padre tras hacerse éste cargo de su prima hermana como referente paterno. Existe disfunción familiar con antecedentes depresivos (Anexo VI).

Es auxiliar de enfermería pero en la actualidad no trabaja debido a que no es capaz de mantener un puesto laboral durante varios meses a causa de sus dolores. Presenta una discapacidad laboral del 40%. Hace 10 años sufrió un accidente de tráfico con graves secuelas cervicales (4 vértebras desplazadas) y padece el Síndrome del desfiladero torácico. Comenta que le ha afectado mucho física y psicológicamente “sobre todo el dolor crónico que es insoportable”. Se encuentra tratada por la Unidad del Dolor, quienes sugieren posibles somatizaciones.

Comenta que comenzó a ir al psicólogo con 18 años tras la ruptura sentimental con la que fue su pareja durante 6 años, con quien convivía, al enterarse de que la engañaba con una amiga. Presenta grandes dificultades para encajar separaciones y es incapaz de estar sola, siempre acompañada por su madre. Ésta reporta que “algunos la aman y otros no la tragan, la han tratado muy mal”.

Es fumadora y consume aproximadamente 16 cigarrillos al día. No toma alcohol de diario, aunque cuando sale de fiesta le gusta beberse 1 o 2 cubatas. De manera terapéutica, según ella, toma 3 caladas de cannabis. Su dieta consta de 5 comidas al día e ingiere 3 litros de agua diariamente.

Evacúa 3 veces al día sin esfuerzo ni dolor. Comenta que en ocasiones hace uso de laxantes debido a que se siente estreñida cuando toma hierro.

Duerme 10 horas nocturnas diarias y se levanta descansada. Sin embargo, comenta que presenta dificultades para conciliar el sueño. Para ello utiliza medidas farmacológicas: Lorazepam. Además antes de acostarse realiza higiene del sueño.

María presenta un aspecto limpio, cuidado y detallista. Utiliza ropa de moda y múltiples complementos a juego, compra de manera compulsiva. Se ducha todos los días y es totalmente independiente en el aseo y vestido.

Ella misma se prepara su medicación y sabe cuándo la tiene que tomar. En un día normal María se levanta a las 10 de la mañana, pasea con su madre

por el barrio, colabora en casa y después de comer sale o ve alguna película. No realiza ejercicio debido a su lesión cervical.

Relata que cuando se enfada se pone agresiva "sobre todo verbalmente", usando gritos e insultos, generalmente contra su madre. Se describe como una persona insegura, impulsiva, con miedo al ridículo, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y se siente infravalorada. Presenta rasgos ansiosos y de vacío y comenta que hace un año tuvo un intento autolítico por sobreingesta de fármacos pero que fue ella misma quien llamó al 112. Reseña que ha notado un empeoramiento desde que su última pareja sentimental la dejó tres meses antes de su boda.

Es católica y le "encanta ir al Pilar". No se encuentra satisfecha con su vida actual, la puntúa con un 5 sobre 10, "quiero que me pongan un tratamiento que me quite el dolor y poder llevar una vida normal y ser feliz". Manifiesta pensamientos mágicos tipo: "con un hijo sería mucho más feliz, todo iría mejor". Entre sus objetivos se encuentra adquirir una vivienda independiente, conseguir un trabajo, una relación estable y poder ser madre ante todo.

VI. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS SEGÚN EL MODELO DE MARJORY GORDON

1. PATRÓN PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

- ✓ Conciencia de enfermedad, con buen cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- ✓ Hábitos tóxicos:
 - Tabaco: 16 cigarrillos/día.
 - Alcohol: 2 cubatas cuando sale.
 - Cannabis: 3 caladas diarias de manera terapéutica.

2. PATRÓN NUTRICIÓN – METABOLISMO

- ✓ Dieta normal, ingesta de 5 comidas al día de manera equilibrada.
- ✓ Aporte de tres litros diarios de agua.
- ✓ Apetito normal.
- ✓ Estado de piel y mucosas: normohidratada, íntegra y con buen color.
- ✓ Norton: 20

3. <u>PATRÓN ELIMINACIÓN</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intestinal: tres veces al día. ✓ Uso ocasional de laxantes.
4. <u>PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vestido y arreglo personal: adecuado, cuidado y meticuloso. ✓ Autónoma en higiene y arreglo personal. ✓ Comportamiento motriz adecuado. ✓ No realiza ejercicio físico. ✓ Actividades y ejercicios diarios (además de AVDs): paseos tranquilos, salir y ver películas.
5. <u>PATRÓN SUEÑO – DESCANSO</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patrón habitual nocturno: 10 horas. ✓ No descanso diurno. ✓ Autónoma para levantarse. ✓ Problemas para conciliar el sueño. ✓ Uso de ayudas farmacológicas. ✓ Refiere sueño reparador.
6. <u>PATRÓN COGNITIVO – PERCEPTUAL</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nivel de conciencia dentro de la normalidad. ✓ Orientada autopsíquica y alopsíquicamente. ✓ Pensamiento mágico y dicotómico. ✓ Expresión del lenguaje adecuado y sin dificultades de comunicación. ✓ Presencia de dolor en pierna izq., brazo dcho., espalda y cervicales.
7. <u>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se siente infravalorada, insegura y presenta baja autoestima. ✓ Aceptación de su imagen corporal.
8. <u>PATRÓN ROL – RELACIONES</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vive con sus padres. ✓ Persona más significativa: su madre. ✓ Conflictos con sus padres. ✓ No tiene amistades de confianza mantenidas en el tiempo. ✓ Presenta dependencia en sus relaciones sentimentales. ✓ No mantiene los trabajos. Desempleada.

9. PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

- ✓ En la actualidad no tiene pareja.
- ✓ Se siente satisfecha con sus relaciones sexuales.
- ✓ Utiliza métodos anticonceptivos: anillo vaginal y preservativo.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS

- ✓ Percepción de soporte familiar sobreprotector.
- ✓ En ocasiones presenta ansiedad.
- ✓ Baja tolerancia a la frustración.
- ✓ Agresividad verbal.
- ✓ Impulsiva.
- ✓ Somatizaciones.

11. PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

- ✓ Creyente: católica.
- ✓ Planes de futuro: conseguir una vivienda independiente, un trabajo y una relación estable y poder ser madre.

Tabla 7: Clasificación según patrones M. Gordon

6.2. FORMULACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS (25)

1.(00126) Conocimientos deficientes r/c nuevo diagnóstico médico m/p conocimientos insuficientes.
2.(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c cambios en el patrón del sueño y deterioro del funcionamiento social m/p "me cuesta dormir", pérdida de amistades y de empleo.
3.(00071) Afrontamiento defensivo r/c temor al fracaso y autoconfianza insuficiente en sí mismo y los demás m/p hipersensibilidad a las críticas, proyección de la culpa y negación de los problemas.
4.(00133) Dolor crónico r/c lesión de médula espinal m/p expresiones de dolor continuadas.
5.(00119) Baja autoestima crónica r/c fracasos repetidos y enfermedad psiquiátrica m/p subestimación de sus habilidades, búsqueda de reafirmación excesiva y fracasos repetidos en eventos vitales.
6.(00146) Ansiedad r/c crisis situacional m/p agresividad verbal y dolores en pierna izq., brazo dcho., espalda y cervicales.
7.(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en los procesos de pensamiento m/p falta de amistades y actividades.

Tabla 8: Diagnósticos de Enfermería

6.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

1.(00126) Conocimientos deficientes r/c nuevo diagnóstico médico m/p conocimientos insuficientes.

Criterios de resultado (NOC): (26)

- 1803: Conocimiento: proceso de la enfermedad.

Tabla 9: Niveles de evidencia para NOC

	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana
1803	180302: Características de la enfermedad	1	5
	180313: Efecto psicosocial de la enfermedad en uno mismo	1	5
<i>1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso</i>			

Intervenciones (NIC): (27)

- 5618: Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- 5606: Enseñanza: individual.

Actividades (28)

- Valorar si posee los conocimientos adecuados sobre su trastorno y cuidados de salud.
- Fomentar la expresión de las percepciones que posee la paciente sobre sí misma.
- Instruir a la paciente sobre su trastorno y promover su autoconocimiento.

2.(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c cambios en el patrón del sueño y deterioro del funcionamiento social m/p "me cuesta dormir", pérdida de amistades y de empleo.

Criterios de resultado (NOC):

- 1204: Equilibrio emocional.
- 1403: Autocontrol del pensamiento distorsionado.

Tabla 10: Niveles de evidencia para NOC

	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana
1204	120401: Muestra un afecto adecuado a la situación	2	5
	120403: Muestra control de impulsos	1	5
1403	140309: Interacciona con los demás de forma adecuada	2	5
	140312: Expone pensamiento basado en la realidad	1	5
1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso			

Intervenciones (NIC):

- 5100: Potenciación de la socialización.
- 4350: Manejo de la conducta.
- 4700: Reestructuración cognitiva.

Actividades

- Confrontar los sentimientos dicotómicos del paciente.
- Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.
- Desarrollar un gráfico para registrar sus emociones.

3.(00071) Afrontamiento defensivo r/c temor al fracaso y autoconfianza insuficiente en sí mismo y los demás m/p hipersensibilidad a las críticas, proyección de la culpa y negación de los problemas.

Criterios de resultado (NOC):

- 1302: Afrontamiento de problemas.
- 1502: Habilidades de interacción social.

Tabla 11: Niveles de evidencia para NOC

	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana
1302	130205: Verbaliza aceptación de la situación	1	5
	130208: Se adapta a los cambios en desarrollo	1	5
1502	150216: Utilizar estrategias de resolución de conflictos	1	5
	150203: Cooperación con los demás	2	5

1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso

Intervenciones (NIC):

- 5230: Mejorar el afrontamiento.
- 4340: Entrenamiento de la asertividad.
- 5650: Ayuda con el control del enfado.
- 5370: Potenciación de roles.
- 4480: Facilitar la autorresponsabilidad.

Actividades

- Ayudar a la paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Alentar a la paciente a identificar estrategias positivas para manejar su estilo de vida.
- Ayudar a la paciente a identificar y asumir la responsabilidad de las consecuencias de sus actos.
- Ayudar a la paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Uso del rol-playing para la practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Fomentar unas correctas relaciones interpersonales.

4.(00133) Dolor crónico r/c lesión de médula espinal m/p expresiones de dolor continuadas.

Criterios de resultado (NOC):

- 1605: Control del dolor.

Tabla 12: Niveles de evidencia para NOC

	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana
1605	160511: Refiere dolor controlado	2	5
	160504: Utiliza medidas de alivio no analgésicas	2	5
<i>1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso</i>			

Intervenciones (NIC):

- 1400: Manejo del dolor.

Actividades

- Determinar los factores que aumentan o disminuyen el dolor.
- Enseñar el uso de medidas no farmacológicas que reducen el dolor.

5.(00119) Baja autoestima crónica r/c fracasos repetidos y enfermedad psiquiátrica m/p subestimación de sus habilidades, búsqueda de reafirmación excesiva y fracasos repetidos en eventos vitales.

Criterios de resultado (NOC):

- 1205: Autoestima.
- 1614: Autonomía personal.

Tabla 13: Niveles de evidencia para NOC

	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana
1205	120501: Verbalizaciones de autoaceptación	2	5
1614	161403: En proceso de toma de decisiones muestra independencia	2	5
	161412: Expresa satisfacción con las elecciones de la vida	1	5
<i>1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso</i>			

Intervenciones (NIC):

- 5400: Potenciación de la autoestima.
- 5270: Apoyo emocional.
- 4470: Ayuda en la modificación de sí mismo.
- 5480: Clarificación de valores.

Actividades

- Animar a la paciente a identificar sus habilidades y virtudes.
- Investigar razones de culpa o autocritica y reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma.
- Ayudar a la paciente a reconocer cómo afectan en su propia valía los actos que realizan sus similares.
- Fomentar situaciones que promuevan la autonomía de la paciente.
- Ayudar a la paciente a desarrollar la autoestima y la seguridad.
- Ayudar a la paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.

6.(00146) Ansiedad r/c crisis situacional m/p agresividad verbal y dolores en pierna izq., brazo dcho., espalda y cervicales.

Criterios de resultado (NOC):

- 1402: Autocontrol de la ansiedad.
- 1405: Autocontrol de los impulsos.
- 1401: Autocontrol de la agresión.

Tabla 14: Niveles de evidencia para NOC

	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana
1402	140207: Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	2	5
	140203: Planea estrategias para superar situaciones estresantes	1	5
1405	140502: Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas	1	5
1401	140101: Se abstiene de arrebatos verbales	1	5

1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso

Intervenciones (NIC):

- 6040: Terapia de relajación.
- 5230: Mejorar el afrontamiento.
- 4370: Entrenamiento para controlar los impulsos.
- 5390: Potenciación de la autoconciencia.

Actividades

- Instruir a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Ayudar a la paciente a identificar aquellas situaciones que desembocan la ansiedad.
- Instruir a la paciente en estrategias de control de impulsos.
- Fomentar el autoanálisis de sus pensamientos y actuaciones.

7.(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en los procesos de pensamiento m/p falta de amistades y actividades.

Criterios de resultado (NOC):

- 1604: Participación en actividades de ocio.
- 1203: Severidad de la soledad.

Tabla 15: Niveles de evidencia para NOC

	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana
1604	160401: Participación en actividades diferentes al trabajo habitual	2	5
1203	120313: Dificultad para superar la separación	1	5
	120308: Sensación de no ser comprendido	1	5
<i>1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso</i>			

Intervenciones (NIC):

- 4310: Terapia de actividad.
- 4920: Escucha activa.
- 5440: Aumentar los sistemas de apoyo.
- 7100: Estimulación de la integridad familiar.

Actividades

- Determinar los problemas interpersonales derivados del déficit de habilidad social.
- Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas y animar a desarrollar relaciones.
- Fomentar la implicación y búsqueda de intereses personales.
- Promover unos correctos roles familiares y colaborar en la solución de problemas.

6.4. EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

María ingresa en la Unidad de Trastornos de la Personalidad y tras la valoración integral se realiza una planificación de las intervenciones a realizar según el cronograma de intervención de la Unidad (Anexo VII).

Durante la primera semana se realiza de manera grupal una sesión donde se describen los trastornos de personalidad con sus características definitorias y los prejuicios que ocasionan. Los pacientes, con ayuda de un tríptico (Anexo VIII), deben reflexionar durante la semana sobre aquellas características que más los describen.

En las siguientes semanas se trabaja la asertividad y las emociones. Grupalmente se realizan actividades en las que se describen situaciones cotidianas de tensión o conflicto y donde los pacientes deben responder de manera asertiva e identificar obstáculos de comunicación y estrategias comunicativas. Además mediante la “burbujas de emociones” (Anexo IX) se trabajan las emociones que evocan determinados momentos. En terapia individual, se instruye a María en percibir las claves fisiológicas que indican el comienzo de la ira y agresividad. Mediante ejercicios de auto-observación y auto-regulación, junto con técnicas de respiración y relajación, se trabaja la impulsividad verbal, frustración e ira. Éstos son elementos principales en el desencadenamiento de sus conflictos y es por ello que se realiza especial hincapié con el objetivo de aumentar su tolerancia y mejorar sus capacidades en la resolución de enfrentamientos. Además se abordan sus

intensos dolores y se instruye sobre medidas no farmacológicas que pueden reducirlos.

Se trabaja con María la dependencia emocional mediante su autoestima y se realizan diversas actividades para su fomento como la enumeración de virtudes, redacción de una carta a su "yo" del pasado y la elaboración de un proyecto de superación personal, entre otras. De forma grupal se realiza un taller sobre la recepción de críticas y se visualiza un vídeo biográfico de Pedro García Aguado y el cortometraje "El circo de las mariposas" con una posterior reflexión grupal.

Posteriormente se realiza un abordaje de la ansiedad de manera individual y grupal. Se pretende que la paciente aumente su autoconocimiento y se instruye sobre técnicas que la disminuyan como: ejercicios respiratorios, relajación, ideación de un lugar seguro, evaluación alternativa no catastrofista, entre otras.

Durante las últimas semanas de forma individual se tratan los intereses y motivaciones personales y se plantea cómo reanudar las actividades de ocio. Además se trabajan las habilidades sociales recreando diferentes situaciones de la vida diaria mediante el role-playing, siendo grabados y posteriormente visualizados y analizados durante los talleres grupales.

Tras las ocho semanas y una evaluación continuada, María muestra una clara evolución positiva. Se planifica el alta hospitalaria y su comienzo en el programa ambulatorio durante los próximos dos años.

6.5. EVALUACIÓN/SEGUIMIENTO

Tras la hospitalización se obtuvieron unos resultados muy satisfactorios en un corto periodo de tiempo (2 meses). Aumentaron los niveles de evidencia a 5 en los conocimientos sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, el manejo del dolor, la ansiedad y el afrontamiento. Se observó un claro aumento en la autoconfianza y autoestima, lo que le permite a María sentirse motivada para continuar con la terapia.

María acude semanalmente a la consulta del programa ambulatorio de la Unidad. Se lleva a cabo un seguimiento sobre la adherencia e incorporación

de la paciente a su vida diaria y se refuerzan aquellas actitudes positivas de la paciente. Además se continua con las intervenciones y actividades planificadas sobre aquellos diagnósticos enfermeros que no han alcanzado el objetivo deseado. Esos diagnósticos son los siguientes:

1.(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c cambios en el patrón del sueño y deterioro del funcionamiento social m/p "me cuesta dormir", pérdida de amistades y de empleo.

Tabla 16: Niveles de evidencia para NOC

NOC	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana	Nivel final
1204	120403: Muestra control de impulsos	1	5	4
1403	140309: Interacciona con los demás de forma adecuada	2	5	4
1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso				

2. (00119) Baja autoestima crónica r/c fracasos repetidos y enfermedad psiquiátrica m/p subestimación de sus habilidades, búsqueda de reafirmación excesiva y fracasos repetidos en eventos vitales.

Tabla 17: Niveles de evidencia para NOC

NOC	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana	Nivel final
1614	161412: Expresa satisfacción con las elecciones de la vida	1	5	4
1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso				

3.(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en los procesos de pensamiento m/p falta de amistades y actividades.

Tabla 18: Niveles de evidencia para NOC

NOC	Indicadores	Nivel previo	Nivel diana	Nivel final
1604	160401: Participación en actividades diferentes al trabajo habitual	2	5	3
1203	120313: Dificultad para superar la separación	1	5	4
	120308: Sensación de no ser comprendido	1	5	4
<p><i>1.Ningún conocimiento 2.Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4.Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso</i></p>				

7. CONCLUSIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno que supone un difícil manejo, es por ello que resulta necesario un abordaje multidisciplinar y holístico. Es necesario realizar un plan de cuidados apoyado en un sistema de confianza, responsabilidad y comunicación entre los profesionales y la paciente, lo que permite fomentar su rehabilitación psicosocial.

Tras la intervención enfermera, la paciente ha sido capaz de conseguir los objetivos hasta alcanzar su mayoría. Ha aumentado los conocimientos en referencia a su trastorno, manejo del dolor y la ansiedad junto con la mejora del afrontamiento. Además, ha presentado grandes avances sobre su autoestima y rehabilitación psicosocial, permitiendo mejorar su autopercepción.

Tras llevar a cabo el plan de cuidados, queda reflejada la importancia de la figura de enfermería como eje central durante la relación terapéutica y rehabilitación de la paciente. De esta manera se pone de manifiesto cómo una intervención holística y personalizada permite la reinserción de la paciente a la vida en sociedad con una gran mejora de su calidad de vida y la de sus familiares.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Cloninger SC. Introducción a la teoría de la personalidad. En: Quintanar Duarte E, editor. Teorías de la personalidad. 3^a ed. México: Pearson Educación; 2003. p. 2-30.
- 2- García López MA, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010; 30(2):263-278.
- 3- Eby L, Brown NJ. Trastornos de la personalidad. En: Martín Romo M, editor. Cuidados de Enfermería en Salud Mental. 2^a ed. Madrid: Pearson Educación; 2010. p. 175-198.
- 4- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales:DSM-V. 5^aed. Madrid: Panamericana;2014.
- 5- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermería décima revisión (CIE-10). Madrid: Panamericana;2003.
- 6- Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García V, Sánchez Muñoz M. El Trastorno Límite de Personalidad: La filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. Enferm glob. 2010; 9(3):1-16.
- 7- Rubio Larrosa V, Molina Ramos R, Pérez Urdaniz A. Trastorno Límite de la personalidad. En: Rubio Larrosa V, Pérez Urdaniz A, editores. Trastornos de la Personalidad. Madrid: Elsevier;2003. p.139-190.
- 8- Guíasalud.es. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Internet]. 1^a ed. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011 [citado 10 Feb 2019]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Tratorno_Límite_Personalidad.pdf
- 9- Kienast T, Stoffers J, Bermpohl F, Lieb K. Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction: Epidemiology and Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2014; 111(16):280-286.
- 10- Escribano Nieto T. Trastorno Límite de la Personalidad: estudio y tratamiento. Intelligo. 2006; 1 (1): 4-20.

- 11- Florenzano Urzúa R, Guerrero Morales JF. Trastorno de personalidad: desde Schneider al DSM-5. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2014; 52(1):38-49.
- 12- Lo Monte F, Englebert J. Borderline personality disorder and lived time. *Evol psyquiatr.* 2018; 83(4):37-45.
- 13- Blasczyk-Schiep S, Kazen M, Jaworska-Andryszewska P, Kuhl J. Volitional determinants of self-harm behavior and suicidal risk in persons with borderline personality disorder. *Eur J Psychiatr.* 2018; 32(2):77-86.
- 14- Miano A, Grosselli L, Roepke S, Dziobek I. Emotional dysregulation in borderline personality disorder and its influence on communication behavior and feelings in romantic relationships. *Behav Res Ther.* 2017;95:148-157.
- 15- Sansone RA, Sansone LA. Chronic Pain Syndromes and Borderline Personality. *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(1):10-14.
- 16- Paris J. Differential diagnosis of bipolar and borderline personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2018; 41(4):575-582.
- 17- Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2011; 37(1):37-42.
- 18- Neacsu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy Skills Use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder. *Behav Res Ther.* 2010; 48(9):832-839.
- 19- Burgal Juanmartí F, Pérez Lizeretti N. Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2017 [citado 20 Feb 2019]; 38(2):148-156. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2832.pdf>
- 20- Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with Borderline Personality Disorder: A randomized controlled trial and 1 year Follow-up. *Am J Psychiatry.* 2008;165(4):468-478.

- 21- Bermúdez García P. El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. *Enferm Integral* [Internet]. 2015 [citado 21 Feb 2019]; (108): 47-55. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/108/ENF-INTEG-108.pdf>
- 22- Lubman DI, Hall K, Pennay A, Rao S. Managing borderline personality disorder and substance use: an integrated approach. *Aust Fam Physician*. 2011;40(6):376-381.
- 23- Pierò A, Cairo E, Ferrero A. Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6(1):17-25.
- 24- Ley Orgánica de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales. Ley 5/2018 de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6-12-2018).
- 25- Herdma TH, Shigemi Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España; 2015.
- 26- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6^a ed. Madrid: Elsevier España; 2018.
- 27- Butcher HK, Bulechek GM, Docterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^a ed. Madrid: Elsevier España; 2018.
- 28- Almajano Navarro V, Marco Arnau I, Morales Rozas AB, Sieso Sevil AI, Gonzalez Asenjo H, Cinca Monterde C, et al, editores. Diagnósticos Enfermeros en Salud Mental: Identificación, desarrollo y aplicación. 2^a ed. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014.

ANEXOS

ANEXO I: CLASIFICACIÓN DSM-V Y CIE-10

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V	
GRUPO	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
Grupo A: Raro-Excéntrico	<ul style="list-style-type: none">• 301.1 (F60.0) Trastorno paranoide de la personalidad• 301.2 (F60.1) Trastorno esquizoide de la personalidad• 301.22 (F21) Trastorno esquizotípico de la personalidad
Grupo B: Dramático-Emocional	<ul style="list-style-type: none">• 301.7 (F60.2) Trastorno antisocial de la personalidad• 301.83 (F60.3) Trastorno límite de la personalidad• 301.50 (F60.4) Trastorno histriónico de la personalidad• 301.81 (F60.81) Trastorno narcisista de la personalidad
Grupo C: Ansioso-Temeroso	<ul style="list-style-type: none">• 301.82 (F60.6) Trastorno de la personalidad por evitación• 301.6 (F60.7) Trastorno de la personalidad por dependencia• 401.4 (F60.5) Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Tabla de elaboración propia. Fuente: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales:DSM-V. 5^aed. Madrid: Panamericana;2014.

Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10	
•F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad	•F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad
•F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad	•F60.6 Trastorno ansioso o por evitación de la personalidad
•F60.2 Trastorno disocial de la personalidad	•F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad
•F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la persona. Tipo límite	•F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Tabla de elaboración propia. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermería décima revisión (CIE-10). Madrid: Panamericana; 2003.

ANEXO II: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TLP

Trastornos de Personalidad	Características	Trastorno Límite de la Personalidad
Trastorno paranoide de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Ideas paranoïdes Reacción furiosa Rencor persistente 	<ul style="list-style-type: none"> Impulsividad Enfado inapropiado Miedo al abandono
Trastorno esquizoide de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Indiferencia, anhedonia Soledad 	<ul style="list-style-type: none"> Idealización, devaluación Inestabilidad afectiva
Trastorno esquizotípico de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Ideas paranoïdes Ansiedad social 	<ul style="list-style-type: none"> Amenazas Miedo al desamparo
Trastorno antisocial de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Actitudes manipuladoras: objetivo beneficio material 	<ul style="list-style-type: none"> Actitudes manipuladoras: objetivo atención de otros
Trastorno histriónico de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Centro de atención Actitudes manipuladoras Emociones alternantes 	<ul style="list-style-type: none"> Autodestrucción Rupturas interpersonales coléricas Sentimiento de vacío
Trastorno narcisista de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos de grandeza Falta empatía 	<ul style="list-style-type: none"> Inestabilidad de la autoimagen y del yo
Trastorno de la personalidad por evitación	<ul style="list-style-type: none"> Miedo a las relaciones personales o situaciones sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Manipulación en las relaciones interpersonales
Trastorno de la personalidad por dependencia	<ul style="list-style-type: none"> Miedo al abandono: sumisión Reemplazo urgente de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> Miedo al abandono: rabia e ira
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Perfeccionismo Rigidez e inflexibilidad Avaricia 	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones interpersonales inestables Gastos

Tabla de elaboración propia. Fuente: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-V. 5^aed. Madrid: Panamericana;2014.

ANEXO III: COMPARATIVA DE AUTOLISIS Y SUICIDIO

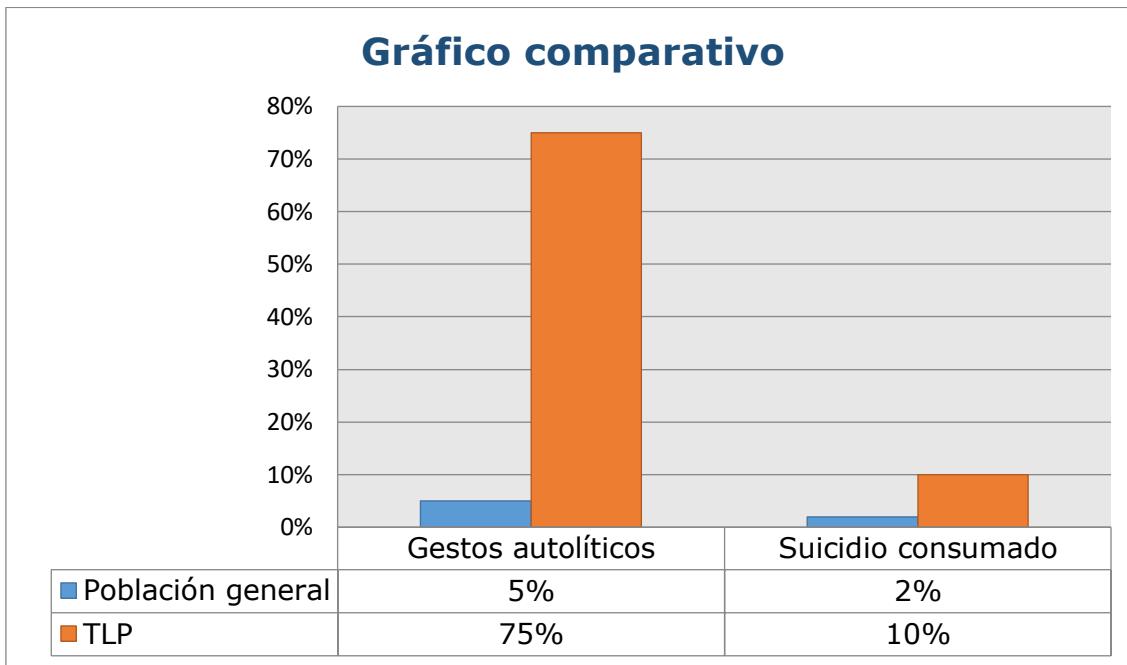


Tabla de elaboración propia. Fuente: García López MA, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010; 30(2):263-278.

ANEXO IV: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

CIE-10	DSM-V
<p>F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad</p> <p>F60.30 Tipo impulsivo</p> <p>A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).</p> <p>B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. 3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. 4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata. 5) Humor inestable y caprichoso <p>F60.31 Tipo limítrofe (Borderline)</p> <p>Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).</p> <p>Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales). 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales. 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados. 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión. 5) Sentimientos crónicos de vacío. 	<p>Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)</p> <p>Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5. 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). 7) Sentimientos crónicos de vacío. 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes) 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves
<p>Tabla de elaboración propia. Fuentes: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermería décima revisión (CIE-10). Madrid: Panamericana; 2003. /American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales:DSM-V. 5^aed. Madrid: Panamericana;2014.</p>	

ANEXO V: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por la alumna de la Universidad de Zaragoza
ITZIAR RANERO GALA, con
DNI _____ de la Facultad de las Ciencias de la Salud.

El objetivo de este Trabajo de Fin de Grado es desarrollar un plan de cuidados individualizado a partir de un caso clínico.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionario y/o las entrevistas serán tratadas asegurando en todo momento el anonimato y la confidencialidad según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

13-Marzo-19

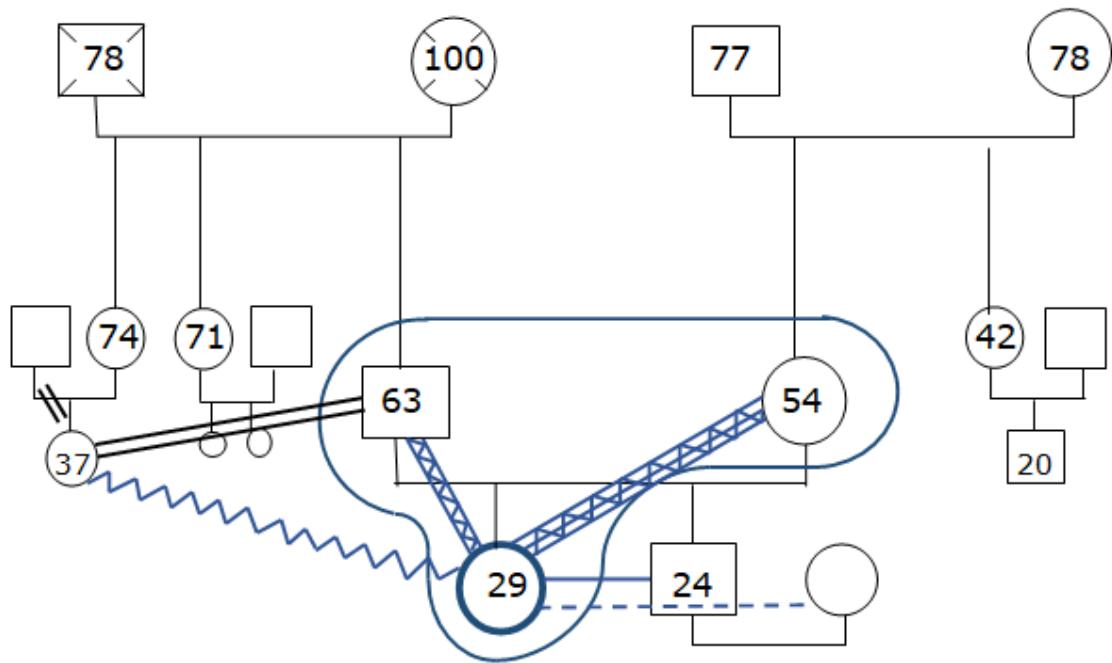
Nombre del alumno/a
(en letras de imprenta)

Firma del Alumno/a

Fecha

13- MARZO- 2019

ANEXO VI: GENOGRAMA FAMILIAR



Antecedentes psiquiátricos familiares:

- Abuelo paterno: se suicidó.
 - Primo hermano por parte del padre: se ahorcó hace un año.
 - Padre: comenzó con ataques de ansiedad a los 10-12 años.
 - Primo: Síndrome de Asperger.
 - Hermano: ansiedad e inseguridad.

ANEXO VII: CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN



Durante el periodo de hospitalización, en las primeras dos semanas, se le realiza a la paciente una valoración exhaustiva por parte del equipo multidisciplinar. Tras ello comienza una etapa, que concluye en la octava semana, donde se realizan diversas intervenciones individuales y grupales por parte de los profesionales del equipo. Finalizada la etapa de hospitalización se da inicio al programa ambulatorio, en el que se lleva a cabo un seguimiento regular de la paciente y a su vez se siguen realizando diferentes intervenciones. La duración del programa ambulatorio alcanza los dos años hasta el alta y derivación de la paciente.

ANEXO VIII: TRÍPTICO

GRUPO A

(Raros y Excéntricos)



- ESQUIZOIDE: Muy solitario, tendencia al aislamiento (no tiene necesidad de contacto con la gente) Dificultad en la manifestación de afecto.
- ESQUIZOTÍPICO: Extravagante, vivencias extrañas.
- PARANOIDE: Desconfiado, susceptible; "todo el mundo habla de él o quiere perjudicarle".

GRUPO B

(Teatrales y Emocionales)



- NARCISISTA: Se cree que es un ser "especial y único"; superior a los demás. Muy manipulador.
- HISTRIÓNICO: Exagerado, le gusta ser el centro de atención. Vive todo con mucha intensidad, tanto lo bueno como lo malo. Provocadores y/o seductores.
- ANTISOCIAL: Falta de ética y moralidad. Ausencia de remordimientos. Delincuencia!!
- LÍMITE: (Se desarrolla más específicamente a continuación)

GRUPO C

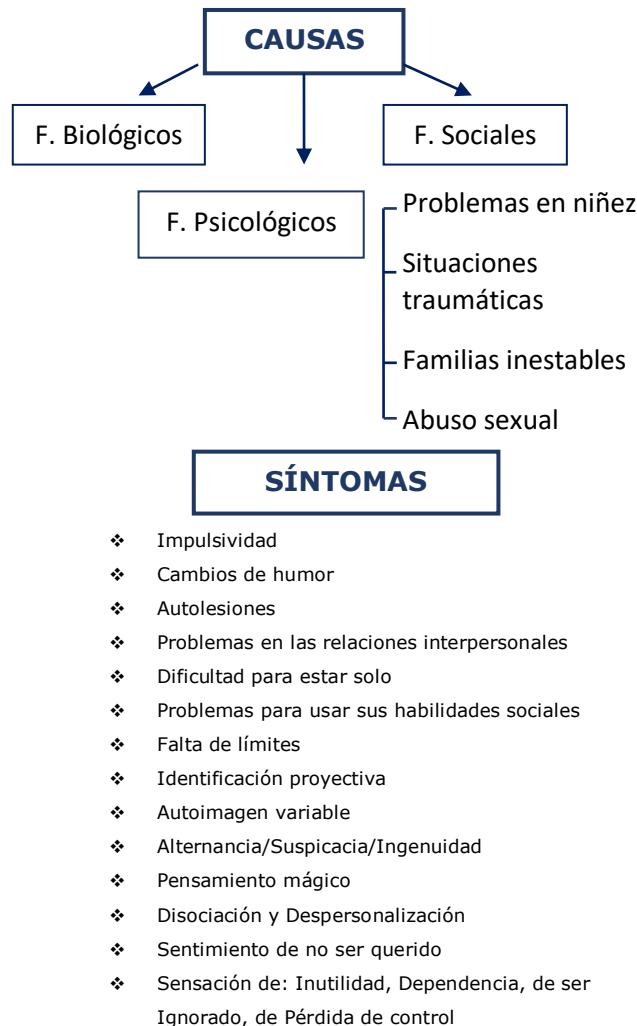
(Ansiosos y Temerosos)



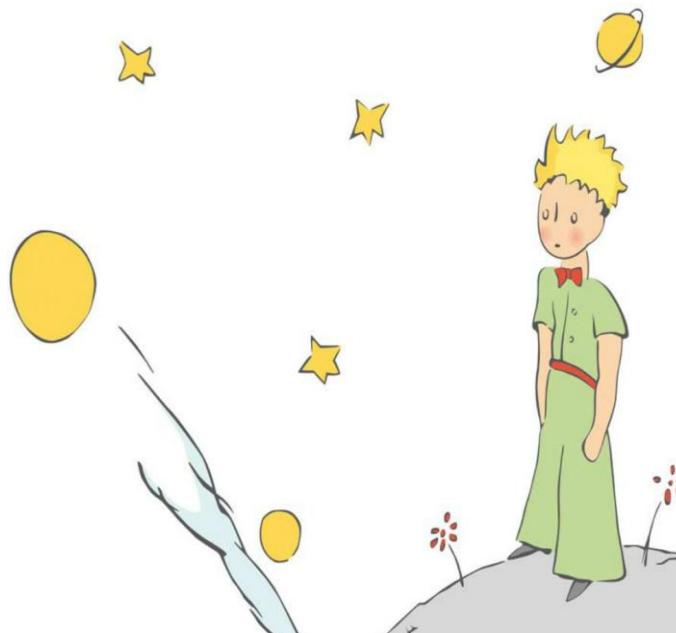
- EVITATIVO/ANSIOSO: Inseguro. Miedo al contacto social, al ridículo, a la crítica, la reprobación o al rechazo. Evitan situaciones!!↑ Ansiedad
- DEPENDIENTE: Sumiso, vulnerable a las críticas. No soporta el rechazo. Depende continuamente de otra persona.
- OBSESIVO: ¡¡Rigidez!! Preocupación por las listas, el orden, los horarios... Perfeccionistas.

- TRASTORNO LÍMITE:

Inestabilidad emocional. Caos emocional continuo: "piensa de una forma, siente de otra y se comporta de otra".



"Me pregunto si las estrellas se iluminan con el fin de que algún día cada uno pueda encontrar la suya"



EQUIPO DE ENFERMERÍA UTPCA

HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA
(Zaragoza)

La Personalidad es nuestra forma de ser, un conjunto de rasgos emocionales y conductuales característicos de cada individuo.



Cuando este conjunto de rasgos supone una desaparición y/o malestar en mí y ...
no me deja funcionar en mi día a día!



<< TRASTORNO DE PERSONALIDAD>>

ANEXO IX: BURBUJAS DE EMOCIONES

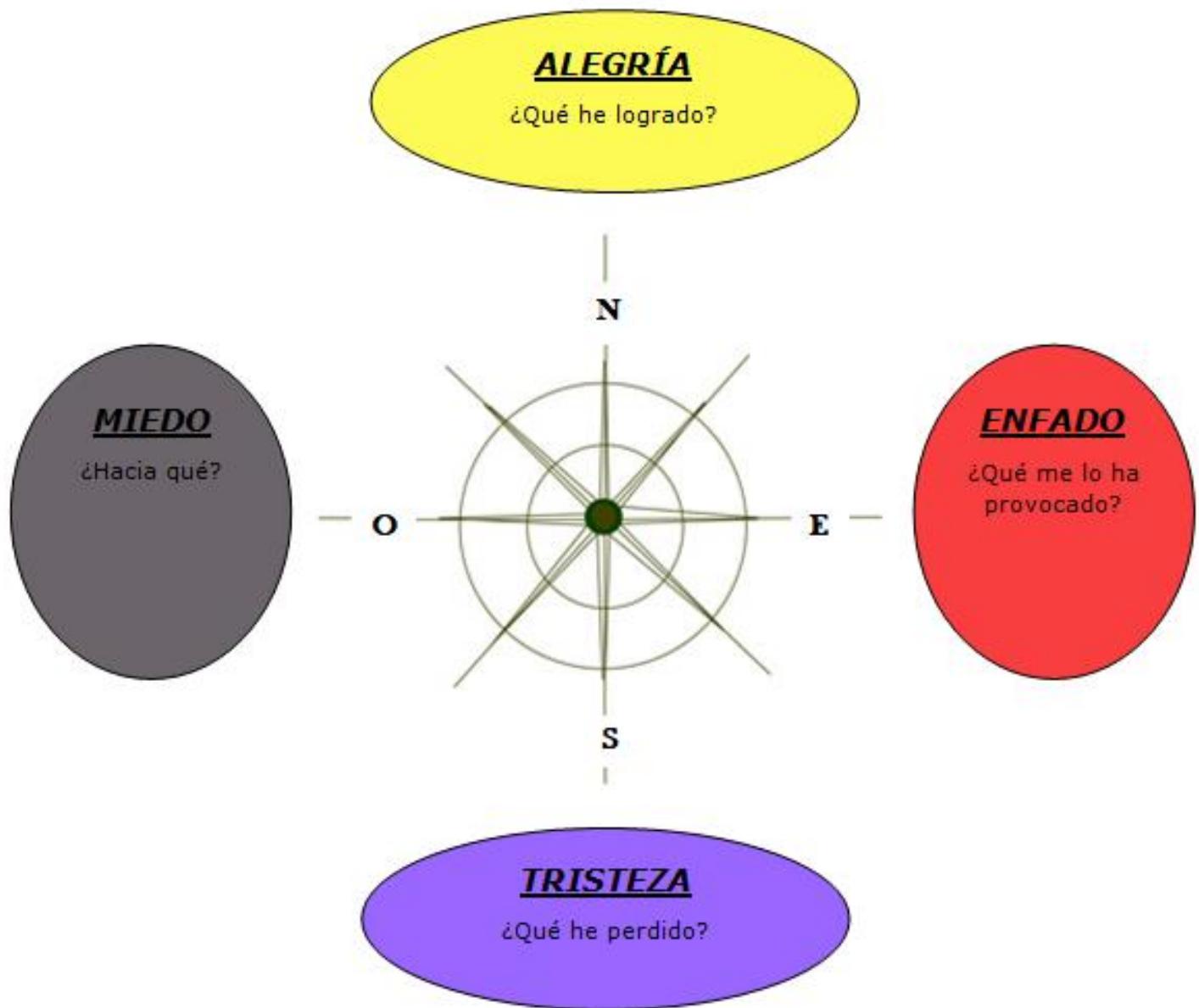


Diagrama de elaboración propia.

