



**Universidad
Zaragoza**



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

AVDA. MARTINEZ DE VELASCO, 36

22004 HUESCA

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso académico 2014/2015

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS
ESTANDARIZADO PARA PACIENTES
CON TRASTORNO LÍMITE DE
PERSONALIDAD**

AUTOR/A: MARÍA MARÍN ZARZA

TUTOR/A: MARIA EUGENIA ESTRADA FERNANDEZ

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

Tabla de contenido

RESUMEN.....	2
Introducción:.....	2
Metodología:.....	2
Desarrollo:.....	2
Conclusión:	2
INTRODUCCIÓN	3
1. Tipos de Trastorno de Personalidad:	3
2. Tratamiento de los Trastornos de Personalidad	4
3. Trastorno Límite de Personalidad.....	4
3. Justificación del trabajo.....	6
OBJETIVOS.....	7
♦ Objetivo general:.....	7
♦ Objetivos específicos:	7
METODOLOGÍA	7
1. Perfil de búsqueda.....	7
2. Criterios de inclusión y exclusión	8
3. Análisis.....	8
DESARROLLO	8
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES DE MARJORY GORDON	9
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	11
CONCLUSIÓN	18
BIBLIOGRAFÍA	20

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por presentar un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y comportamiento. Actualmente afecta al 2% de la población total, comenzando en la adolescencia.

Metodología: Para la realización del Plan de Cuidados Estandarizado(PCE) se empleó el modelo de Marjory Gordon, la Taxonomía NANDA II International (North American Nursing Diagnosis Association) 2012-2014, la Clasificación de Resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) y la Clasificación de Intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification), además de la búsqueda de bibliografía en diferentes bases de datos y bibliotecas.

Desarrollo: Tras la clasificación de todas las manifestaciones que se presentan por patrones de Gordon, se concluyeron los siguientes diagnósticos de enfermería con sus correspondientes objetivos e intervenciones: Afrontamiento ineficaz, riesgo de violencia autodirigida, Ansiedad, Baja autoestima situacional y Deterioro de la interacción social.

Conclusión: A través de la elaboración de un PCE, se pudo concluir la falta de información, tanto general como protocolos o planes de cuidados, sobre el TLP en el entorno sanitario, con la intención de que la realización del PCE ayude a conocer la enfermedad y con ello a una mejor gestión de enfermería sobre los pacientes afectados.

Palabras clave: enfermería, trastorno de personalidad limítrofe, trastornos psicóticos, trastorno, límite, personalidad, cuidados y psiquiatría preventiva.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría ha sido considerada durante un largo periodo de tiempo como una enfermedad sobrenatural, evolucionando de tal manera que, actualmente se ha convertido en una de las principales ciencias del ámbito sanitario, y uno de los trastornos más comunes que se presentan en nuestra sociedad es el TLP.

Antes de comenzar a hablar del TLP, es preciso conocer el concepto de **Personalidad**, definiéndola como *"el conjunto de modelos internos y externos, que posee una persona, de adaptación a la vida y que están determinados por su composición genética y por las experiencias vitales"*.^(1, 2)

Por otro lado tenemos el término **trastorno de personalidad (TP)**, que la OMS lo define como *"Patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia y continúan durante la mayor parte de la edad adulta, aunque frecuentemente se vuelven menos obvios en la edad media o la vejez"* y que está caracterizado por patrón permanente e inflexible de las experiencias internas y del comportamiento.^(2, 3)

Algunas características comunes de los TP son conductas inflexibles, egocentrismo, incapacidad de tolerar el estrés, irresponsabilidad, manipulación y vulnerabilidad.^(1, 4)

Su prevalencia es alrededor del 13% de la población general. De todas las personas que presentan dichos trastornos, solo el 30% acuden a los servicios de atención primaria.⁽⁵⁾

1. Tipos de Trastorno de Personalidad:

Para poder conocer los diferentes tipos, es necesario clasificarlos en tres grupos: Cluster A, B y C.

1. Cluster A: Caracterizado por personas extrañas, excéntricas y con tendencia al aislamiento social. Dentro del tipo A encontramos el paranoide, esquizoide y esquizotípico.

2. Cluster B: Caracterizado por personas inmaduras e inestables, y a menudo conflictivos, considerándose que tienen una conducta emocional o dramática. En este tipo se encuentran los antisociales, el límite, el histriónico y los narcisistas
3. Cluster C: Sus principales características son la timidez, temor, ansiedad, inseguridad y pasividad. Se pueden encontrar por evitación, por dependencia y el obsesivo-compulsivo. ^(4, 5)

En el **Anexo 1** y **Anexo 2** se pueden apreciar las diferencias entre los distintos trastornos de personalidad.

2. Tratamiento de los Trastornos de Personalidad

El tratamiento en los TP consiste en la combinación de la psicofarmacología y de las psicoterapias. La función de los fármacos va a ser tratar la afectación crónica de la cognición, ansiedad o impulsividad, siendo los principales fármacos utilizados los antidepresivos, los estabilizadores del ánimo, las benzodiacepinas y los neurolépticos.

Por otro lado tenemos las psicoterapias, siendo las más utilizadas la terapia cognitivo-conductual, gracias a la cual van a entender el propio paciente cómo piensa y actúa, la psicoterapia dinámica centrada en el desbloqueo del inconsciente y las terapias dialéctico-conductual, destinada a aquellas personas con conductas autolesivas ^(4, 6, 7)

3. Trastorno Límite de Personalidad

El TLP se caracteriza por presentar un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y comportamiento. ^(2, 8, 9, 10)

Fue en 1938 cuando Stern utilizó por primera vez el término *borderline* para referirse a aquellos pacientes que no podían ser clasificados claramente debido a su heterogeneidad clínica, la falta de documentación y su difícil conceptualización. Ya fue en 1980 cuando el trastorno límite se define como entidad científica. ^(8, 9, 11, 12)

Su prevalencia es alta ya que afecta al 2% de la población total, observándose en el 10% de los pacientes ambulatorios y en el 20% de los internos. Tiene mayor frecuencia en las mujeres que en hombres, con una proporción de 7:3, debido, según algunos autores, a la escasez de cuidados que tuvieron durante su niñez. Su comienzo se da en la adolescencia de forma predominante, disminuyendo su intensidad en las edades medias. (2, 4, 8, 10)

Presenta un curso clínico inestable, con numerosas reagudizaciones caracterizadas por una gran inestabilidad en la autoimagen en la que se perciben de diferente manera a cómo lo hacen los demás; relaciones personales inestables e intensas sintiendo una necesidad exagerada de cariño y compañía a la vez que rechazan un contacto íntimo para evitar que se les realice daño emocional, por eso van a oscilar desde una idealización de las personas hasta las amenazas de suicidio solo para sentirse apoyados. (8, 9, 11, 13, 14)

Otra tendencia que presentan en cuanto a sus habilidades es la falta de autoobservación y reconocimiento. El pensamiento mágico está siempre muy presente en estas personas con el objetivo de tener o hacer algo para ser felices. Las conductas compulsivas, el autocastigo, las adicciones y la sensación de pérdida de control, en la que se sienten fuera de su cuerpo, seguido de pena y culpabilidad, se convierten en un aspecto muy común entre los pacientes. (8, 9, 11, 15)

En cuanto el abordaje terapéutico de esta enfermedad se han encontrado diferentes opiniones, llegando a la conclusión, según los estudios más recientes, de dos tipos de tratamientos: el tratamiento farmacológico, que tras varios años de estudio no se han obtenido resultados científicos por lo que es utilizado para sintomatología específica, y por otro lado, el tratamiento psicoterapéutico, que a pesar de estar actualmente en pleno desarrollo de investigación, se considera el principal tratamiento para estos pacientes. Las principales psicoterapias utilizadas en el Límite son:

1. **Terapias de orientación psicoanalítica** dentro de las cuales tenemos las Terapias psicodinámicas (TPD), el Tratamiento basado

en la mentalización (TBM) y la psicoterapia basada en la Transferencia (PBT)

2. **Terapias de orientación cognitivo-conductual** en las que encontramos la terapia Cognitivo-conductual (TCC) la Dialectico-conductual y la terapia centrada en esquemas. ^(9, 12, 16)

Presenta una etiología compleja e indefinida, ya que no se dispone de ningún modelo con evidencia científica, sin embargo, muchos autores hablan de las posibles causas que podrían desencadenarlo. Una de las principales causas es la influencia ambiental que se ve afectada con una adaptación impulsiva de las nuevas situaciones. Otros factores implicados son la vulnerabilidad genética, aumentando la sensibilidad frente a las reacciones, la alteración de los neurotransmisores y factores psicosociales. ^(8, 9, 11, 15, 17)

3. Justificación del trabajo

Para un correcto abordaje de la salud, tanto individual como colectivo, es necesario el uso de un plan de cuidados, es decir, una planificación de las intervenciones tras un análisis de la situación.

El TLP, dentro de los TP, es el que mayor prevalencia presenta en nuestra actualidad, ya que como se ha dicho anteriormente, el 2% de la población total lo presentan.

Otro motivo de elección es la temprana edad de presentación y la susceptibilidad que tiene, apareciendo entre los jóvenes, por lo tanto convirtiéndose en un tema actual en el que todo el mundo debería estar concienciado y tener unos conocimientos básicos ya que se pueden presentar casos cercanos.

Por último para un mejor desarrollo de la profesión de enfermería es adecuado abordar un tema de salud desde todos los campos, siendo así atención primaria el primer recurso de los pacientes, teniendo que conocer todas las patologías que afectan actualmente a la sociedad.

OBJETIVOS

◆ **Objetivo general:**

Realizar un plan de cuidados estandarizado del con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre dicho trastorno.

◆ **Objetivos específicos:**

1. Desarrollar la valoración de las manifestaciones clínicas del TLP mediante a través del modelo de Marjory Gordon.
2. Desarrollar los diagnósticos de enfermería del TLP con sus correspondientes objetivos e intervenciones según la evidencia científica consultada.

METODOLOGÍA

1. Perfil de búsqueda

Se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado requiriéndose una revisión de la literatura actual para poder obtener una visión general del TLP.

Las bases de datos consultadas fueron Cuiden, Cuidatge, Enfispo, Ibecs Liliacs, y Pubmed.

Los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR.

La búsqueda se realizó entre los meses de Diciembre del 2014 y Abril del 2015.

Se consultaron la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca, el Colegio de Enfermería de Huesca, la 7ª planta del Hospital San Jorge de Huesca y la Universidad de Enfermería de Zaragoza.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda en las bases de datos mencionadas fueron: enfermería, trastorno de personalidad limítrofe, trastornos psicóticos, trastorno, límite, personalidad, cuidados y psiquiatría preventiva.

2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Artículos que contemplen planes de cuidados estandarizados de enfermería, con su valoración, diagnósticos y actividades sobre el TLP.
- Artículos publicados en español.
- Documentos que estén publicados a partir del 2003.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no cumplan las características anteriormente nombradas.
- Artículos que únicamente hablen de aspectos médicos.
- Artículos de enfermería psiquiátrica basados únicamente en otros trastornos.
- Documentos publicados en idiomas extranjeros.

3. Análisis

De los artículos totales encontrados en las bases de datos para el trabajo se han utilizado en total 6 artículos y se han desechado 464 artículos, buscados todos ellos en las bases de datos nombradas anteriormente.

DESARROLLO

Tras haber realizado una búsqueda bibliográfica sobre el TLP, principalmente en las bases de datos nombradas en la metodología o en libros y artículos, el siguiente paso fue seleccionar y agrupar las manifestaciones más comunes de dicho trastorno junto con sus diagnósticos más característicos e intervenciones, siendo los principales diagnósticos: afrontamiento ineficaz, riesgo de suicidio, ansiedad, baja autoestima situacional y deterioro de la interacción social, los cuales se desarrollaran a continuación.

En el cuadro que se ve a continuación se ha realizado una valoración de enfermería basada en el modelo de Marjory Gordon (**Anexo 3** y **Anexo 4**)

ya que se trata de un tema de psiquiatría por lo que las características propias se adaptan mejor a los patrones que dicho modelo presenta.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES DE MARJORY GORDON

Tabla 1: Valoración de las manifestaciones según el patrón de Marjory Gordon

Patrón	Manifestaciones
1. Percepción/ Mantenimiento de la salud	Baja conciencia de enfermedad ^(18, 19) Mala respuesta al tratamiento ⁽¹⁸⁾ Abuso de sustancias tóxicas. ^(9, 18, 21)
2. Nutrición/Metabólico	Alteraciones alimentarias ⁽¹⁸⁾
3. Eliminación	Estreñimiento, uso de laxantes ⁽¹⁸⁾
4. Actividad/Ejercicio	No muestran interés por actividades diarias o de ocio. ⁽²²⁾ Abandono de actividades ⁽²²⁾ Incapacidad para disfrutar el ocio ⁽¹⁸⁾
5. Descanso/Sueño	Patrón irregular. ⁽¹⁸⁾
6. Cognitivo/Perceptual	Alteraciones en el pensamiento, siendo desadaptativo y fluctuante. ⁽¹⁸⁾
7. Autopercepción/Autoconcepto	Sentimiento crónico de vacío y aburrimiento. ^(9, 18, 21) Inestabilidad en su imagen y estado de ánimo/emocional. ^(18, 21) Alteración de su identidad, teniendo una infravaloración y dificultades para construir una imagen estable. ^(18, 21) Conductas autolesivas, teniendo múltiples intentos de ideas de suicidio. ⁽¹⁸⁾ Egocentrismo. ^(18, 21)
8. Rol/Relaciones	Abandono de los estudios/oficio cuando están a punto de alcanzar sus objetivos ⁽⁹⁾ Relaciones intensas e inestables con la familia y seres queridos. ^(9, 21)

	<p>Incapacidad para gestionar el dinero. ⁽¹⁸⁾</p> <p>Sus relaciones interpersonales pasan de la ideación a la devaluación. ⁽²¹⁾</p> <p>Manipulación en las relaciones. ⁽²¹⁾</p> <p>Dificultad para establecer relaciones. ⁽²¹⁾</p>
9. Sexualidad/Reproducción	Conductas sexuales de riesgo ^(18, 21)
10. Adaptación/Tolerancia al estrés	<p>Predisposición a actuar de forma impulsiva sin tener en cuenta las consecuencias. ^(9, 21)</p> <p>Manifestaciones violentas y explosivas al recibir críticas o al sentirse frustrados. ⁽²¹⁾</p> <p>Comportamiento amenazante y chantajista. ⁽²¹⁾</p> <p>Ira inapropiada e intensa. ⁽¹⁸⁾</p> <p>Frecuentes y rápidos cambios de humor. ⁽⁹⁾</p> <p>Conductas autolesivas ^(9, 18, 21)</p> <p>Pensamientos paranoicos relacionados con el estrés, como sentirse separado de uno mismo, observarse desde fuera del cuerpo o perder contacto con la realidad ⁽⁹⁾</p>
11. Valores/Creencias	No alterado

(9, 15, 16, 18, 20, 21, 23)

Como se puede apreciar, este trastorno presenta una gran heterogeneidad de los síntomas, siendo un poco confuso a la hora de diagnosticarlo, por ello hay una serie de síntomas más característicos que indican más claramente un Trastorno Límite de la Personalidad. Estos síntomas son la inestabilidad afectiva en las relaciones sociales y de la imagen, la impulsividad, alteración de la identidad, mala respuesta al tratamiento y las conductas autolesivas.

Una vez organizadas las manifestaciones clínicas, se desarrollarán los diagnósticos enfermeros seleccionados según la opinión de diversos autores.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1. Afrontamiento ineficaz** r/c percepción inadecuada del control m/p falta de control de los impulsos frente a situaciones de estrés, inestabilidad emocional, ira inapropiada y abuso de tóxicos.

Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas prácticas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles. ^(16, 18, 25)

Tabla 2: Objetivos del diagnóstico Afrontamiento ineficaz

1405 NOC: Autocontrol de los impulsos.
<u>Definición:</u> Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo. INDICADORES <ul style="list-style-type: none">- 140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales- 140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas- 140504 Identifica consecuencias de las acciones impulsivas de los demás.- 140506 Evita ambientes y situaciones de alto riesgo.- 140508 Busca ayuda cuando experimenta impulsos.
1904 NOC: Control del riesgo: consumo de drogas
<u>Definición:</u> acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de drogas que son una amenaza para la salud. INDICADORES <ul style="list-style-type: none">- Reconoce el riesgo de abuso de drogas- Reconoce las consecuencias personales asociadas con el abuso de drogas
1302 NOC: Afrontamiento de problemas
<u>Definición:</u> Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo INDICADORES <ul style="list-style-type: none">- 130201 Identifica patrones de superación eficaces.- 130203 Verbaliza sensación de control.- 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos.- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.

Tabla 3: Intervenciones del diagnóstico Afrontamiento ineficaz

<p>5230 NIC: Aumentar el afrontamiento</p> <p><u>Definición:</u> Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">– Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.– Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.– Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.– Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
<p>4370 NIC: Entrenamiento para controlar los impulsos</p> <p><u>Definición:</u> Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">– Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción inmediata.– Enseñar al paciente a detenerse y pensar antes de comportarse impulsivamente.– Ayudar al paciente a elegir el curso de acción que resulte más beneficioso.
<p>4500 NIC: Prevención del consumo de sustancias nocivas</p> <p><u>Definición:</u> Potenciar un estilo de vida que evite el uso de alcohol y drogas.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">– Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés.– Preparar al paciente para sucesos frustrantes.– Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.

(15, 21, 22, 25, 26)

2. Riesgo de suicidio r/c impulsividad, sentimiento de vacío, inestabilidad de la autoimagen.

Definición: Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma. ^(16, 18, 25)

Tabla 4: Objetivos de diagnóstico Riesgo de suicidio

1408 NOC: Autocontrol del impulso suicida
<u>Definición:</u> Acciones personales para contener acciones o intentos de suicidio.
INDICADORES
<ul style="list-style-type: none">– Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.– Verbaliza ideas de suicidio, si existen.– No intenta suicidarse.
1406 NOC: Control de la automutilación
<u>Definición:</u> Acciones personales para reprimir las lesiones autoinflingidas intencionadas.
INDICADORES
<ul style="list-style-type: none">– Busca ayuda cuando siente la necesidad de autolesionarse.– Mantiene el compromiso de no autolesionarse.– No se autolesiona.

Tabla 5: Intervenciones del diagnóstico Riesgo de suicidio

6340 NIC: Prevención del suicidio
<u>Definición:</u> Disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">– Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.– Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos)– Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.– Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.– Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que puede aumentar significativamente el riesgo de suicidio.– Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y los programas disponibles.

6654 NIC: Vigilancia: seguridad

Definición: Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarlas en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
- Proporcionar el nivel adecuado de vigilancia y permitir las acciones terapéuticas.
- Colocar al paciente en el ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación.

(15, 21, 22, 25, 26)

3. Ansiedad r/c percepción situación como amenazante m/p inquietud, bloqueo del pensamiento y deterioro de la solución de problemas.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza. ^(16, 18, 25)

Tabla 6: Objetivos del diagnóstico Ansiedad

1302 NOC : Afrontamiento de problemas

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

INDICADORES

- 130204 Refiere disminución de estrés
- 130210 Adopta conductas para reducir el estrés
- 130213 Evita situaciones excesivamente estresantes
- 130215 Busca ayuda profesional de forma adecuada
- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico

Tabla 7: Intervenciones del diagnóstico Ansiedad

5203 NIC: Aumentar el afrontamiento (en afrontamiento ineficaz)
5820 NIC: Disminución de la ansiedad
<p><u>Definición:</u> Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> – Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones – Ayudar al paciente a reconocer las situaciones que precipitan la ansiedad. – Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
4360 NIC: Modificación de la conducta
<p><u>Definición:</u> Promoción de un cambio de conducta</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> – Animar al paciente a que examine su propia conducta. – Identificar la conducta que ha de cambiarse. – Desarrollar un programa de cambio de conducta. – Administrar refuerzos positivos en las conductas que hay que incrementar.

(15, 21, 22, 25, 26)

4. Baja autoestima situacional r/c sentimiento de rechazo o no ser reconocido m/p expresión negativa, sentimientos de incapacidad y aislamiento.

Definición: Estado en el que una persona que previamente tenía una autoestima positiva, experimenta sentimientos negativos hacia sí misma como respuesta a un acontecimiento (perdida, cambio). (16, 18, 25)

Tabla 8: Objetivos del diagnóstico Baja autoestima situacional

1305 NOC: Modificación psicosocial: cambio de vida
<p><u>Definición:</u> Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante.</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> – 130501 Establecimiento de objetivos realistas.

- 130502 Mantenimiento de la autoestima.
- 130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro.

1302 NOC: Afrontamiento de problemas

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

INDICADORES

- 130210 Adopta conductas para reducir el estrés.
- 130213 Evita situaciones excesivamente estresantes.
- 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.

Tabla 9: Intervenciones del diagnóstico Baja autoestima situacional

5230 NIC: Aumentar el afrontamiento

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

5201 NIC: Guía de anticipación

Definición: Preparación del paciente en anticipación a una crisis en desarrollo y/o circunstancial.

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.
- Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles.
- Programar visitas en momentos de desarrollo estratégicos.

5390 NIC: Potenciación de la conciencia de sí mismo

Definición: Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

ACTIVIDADES

- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.

(15, 21, 22, 25, 26)

5. 00052 Deterioro de la interacción social r/c alteración del autoconcepto m/p verbalización de malestar ante situaciones sociales e interacción disfuncional con los demás.

Definición: Situación en la que el intercambio social de la persona es insuficiente o excesivo o resulta inefectivo. ^(16, 18, 25)

Tabla 10: Objetivos del diagnóstico Deterioro de la interacción social

1502 NOC: Habilidades de interacción social

Definición: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.

INDICADORES

- 150203 Cooperación con los demás.
- 150207 Mostrar consideración.
- 150212 Relacionarse con los demás.
- 150216 Utilizar formas y/o métodos de resolución de conflictos.

Tabla 11: Intervenciones del diagnóstico Deterioro de la interacción social

4362 NIC: Modificación de la conducta: habilidades sociales

Definición: Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos

asociados con los problemas interpersonales.

- Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales.

5100 NIC: Potenciación de la socialización

Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

ACTIVIDADES

- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.

(15, 21, 22, 25, 26)

Para la realización del desarrollo se han tenido en cuenta diferentes documentos en los que se nombraban los diversos diagnósticos, seleccionando aquellos en los cuales coincidían los autores, además de corroborando su existencia con varios libros y artículos, como el NANDA o diferentes guías enfermeras sobre los diagnósticos generales en psiquiatría realizadas en Extremadura o Cataluña.

CONCLUSIÓN

Tras el desarrollo del Plan de Cuidados Estandarizado, a través de la realización de una revisión bibliográfica sobre el TLP, se ha detectado una escasa evidencia publicada, por tanto se considera necesaria una mayor documentación sobre temas psiquiátricos al igual que una elaboración de planes de cuidados de enfermería, ya que puede servir de ayuda o herramienta para el trabajo diario que realizan las enfermeras.

A la hora de realizar el trabajo, la mayor dificultad que se encontró es la escasa información sobre el tema tratado, en especial en cuanto a cuidados y protocolos enfermeros. Esto puede deberse al constante cambio que sufre nuestra sociedad, tanto social como político, obligando a la sociedad y al

sistema sanitario a adaptarse a nuevos patrones y trastornos, puesto que nos encontramos en una sociedad dinámica.

Se puede concluir la falta de información que hay por parte de los profesionales sanitarios en cuanto a los nuevos temas psiquiátricos, considerando el plan de cuidados realizado como un aporte de información con el objetivo de orientar, en especial, al personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reginal Pelletier L. Desarrollo de la personalidad y trastornos de la personalidad. En: Revraca Shives, L. Enfermería psiquiátrica y de salud mental: Conceptos básicos. 1ª Edición. Madrid: McGraw-Hill; 2007. P. 334-352
2. Pelegrín Valero C, Olivera Pueyo J. Pacientes con trastornos de la personalidad: diferencias y similitudes entre una unidad de corta estancia y una unidad de trastornos de la personalidad [tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza: Zagan; 2013.
3. Megías Lizancos F, Serrano Parra MD. Trastornos de la personalidad. En: Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de salud mental. Masson; 2003
4. Tajima Pozo K, Anta Tejado L. Trastornos de la personalidad. Manual del Residente en Psiquiatría [Revista en internet] 2009 [Consultado el 28/01/15]p. 566
5. Arnaldos Payá M, Molino Contreras JL. Trastornos de la personalidad. En: Megías-Lizancos, F. Serrano Parra. MD. Enfermería en Psiquiatría y salud mental. 2ª Edición. Madrid: DAE; 2002. P. 131-139
6. Royal College of Psychiatrist. Terapia Cognitivo Conductual (TCC) [monografía en Internet]. Londres: Timms P; 2009 [Consultado el 24/02/2015]. Disponible en:

<http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

7. Sánchez-Barranco Ruiz A, Sánchez-Barranco Vallejo P. Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2001[consultado el 24/02/2015], vol XXI (78): [pag 7-25]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n78/n78a02.pdf>
8. De Prado Medina JA. Trastorno de personalidad límite en Atención Primaria [Revista en Internet]. Rev ROL 2013 [Consultado el 25/02/2015]; 36(7-8):480-486. Disponible en:
http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2013/07/08_Trastorno.pdf
9. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Trastorno Límite de la Personalidad. [Consultado el 22/02/2015]; 1-21
10. Palomo T, Jiménez MA. Trastorno de la Personalidad. Manual de Psiquiatría [Revista en línea]. 2009 [Consultado el 05/04/2015]; cap 24.
11. Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. GPC. 2011 [Consultado el 22/02/2015]; (01): 1-323.
12. Benjumea Pino P, Caballo Manrique V, Cuevas Yust C, López Álvarez M, Marín Romera A. Atención a las personas con Trastorno Límite de la Personalidad en Andalucía [Revista en Internet]. Doc técnico. 2012 [Consultado el 18/03/2015]; 1-118. Disponible en:
<https://feafes.org/publicaciones/AtencionpersonasTLPAndalucia.pdf>
13. ADAM. Trastorno límite de la personalidad [Internet]. MedlinePlus: Instituto nacional de la salud; [11/10/12; 02/02/15]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000935.htm>

14. Solans García A, Díaz Allepuz M, Gradada López JM, Rubio Larrosa V, Llagostera Esteban S. Trastorno de personalidad guía informativa para familiares. Zaragoza: Hospital provincial Ntra. Sra. De Gracia.
15. Gunderson John, Hirschfeld R, Blashfield R, Fiester SJ, Millon T. Trastornos de la Personalidad. En: López-Ibor Aliño JJ. Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Primera edición. Barcelona: Masson; 2002. 765-81
16. Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García V. El Trastorno Límite de Personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente [Revista en Internet]. Rev EG. 2010 [Consultado el 18/03/2015]; (20): 1-16. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/revision4.pdf>
17. Carrasco Muñoz S. Enfermería en el Trastorno Límite de la Personalidad. HY. 2013: (82): 59-65
18. Gallo Delgado N, Gozález López C, Ahijado Aguado G, Gómez López A, Ramos García S. Comorbilidad entre Trastorno Límite de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Disponible en:
<http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/13a78739-7afb-4771-a8e1-03ec14e7e268/90ef3dbb-3b18-4905-a341-a97793c1b0cc/90ef3dbb-3b18-4905-a341-a97793c1b0cc.pdf>
19. Portal sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Bordeline [en internet]. Unidad de Trastornos de la Personalidad. Hospital Ntra. Sra. De Gracia. Zaragoza: Rubio Larrosa V; 2015 [Consultado el 20/01/15]. Disponible en:
<https://www.trastornolimite.com/Trastorno-limite-de-la-personalidad-TLP/los-sintomas-ocultos-en-el-trastorno-limite-de-la-personalidad.html>
20. Álvarez Suarez JL, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de patrones funcionales

- [monografía en internet]. Gijón (Asturias): Dirección de Enfermería de Atención Primaria; 2010 [Consultado el 20/01/15]. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
21. Larrosa V, Molina Ramos R, Pérez Urdaniz A. Trastorno Límite de la Personalidad [Monografía en internet]. 1º ed. Barcelona: 2007 [Consultado el 23/01/2015]. Disponible en: <http://educativos.org/products/biblioteca-de-psiquiatria-3#>
22. Ariño GR, Benedí SL, Buatas PM^{aj}, Colomer SA, García GM^{ae}, González AH. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Editorial Glosa, S.L; 2009.
23. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. Trastorno Límite de la Personalidad. 1ª edición. Madrid: Médica Panamérica; 2005
24. Almajano Navarro V, Marco Arnau I, Morales Rozas AB, Sieso Sevil AI, González Asenjo H, Cinca Monterde C. Diagnósticos enfermeros en Salud Mental. 2ª Edición. Aragón: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014
25. Franco Zambrano A, González Márquez E, Cano Miranda I, Domínguez Pérez I, Flores Mateos I, Salgado Pacheco J. Planes de cuidados enfermeros en SM. Extremadura: Junta de Extremadura, Conserjería de Sanidad y Dependencia; 2008
26. Tejedor García M^{aj}, Etxabe Marceil M^{ap}. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: ed Glosa, S.L; 2007.
27. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificaciones. Barcelona: Elsevier; 2012-2014.
28. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4º ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007

29. Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). Proyecto de resultados Iowa. 4º ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007

30. Carranza Almansa I. Tratamiento de un caso de Trastorno Límite de la Personalidad en una comunidad terapéutica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Revista en internet]. 2002 [Consultado el 11/04/2015]: nº 18. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100009

ANEXOS

ANEXO 1

DIFERENCIAS TRASTORNO LÍMITE CON OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	
1. Trastorno del estado del ánimo: el trastorno límite puede presentarse asociado a estos trastornos que, en caso de cumplir criterios diagnósticos de ambos, se diagnosticarán los dos.	
2. Trastorno histriónico-trastorno límite	
Búsqueda de atención, comportamiento manipulativo y emociones cambiantes.	Igual pero diferenciándose por la destructividad, rupturas de las relaciones y sentimientos crónicos de vacío y soledad.
3. Trastorno esquizotípico-trastorno límite	
Ideas o ilusiones paranoides.	Ideas paranoides pero más pasajeras y en respuesta a estímulos externos.
4. Trastorno paranoide y narcisista-trastorno límite	
Reacción colérica ante estímulos menores pero sin autodestructividad, impulsividad y preocupaciones de abandono.	En el trastorno límite sí que se presentan estas características.
5. Trastorno antisocial-trastorno límite	
Comportamientos manipulativos para conseguir un provecho, poder o gratificación material.	En el límite su objetivo es lograr el interés de las personas que se ocupan de ellos.
6. Trastorno dependencia-trastorno límite	
Se caracteriza por temor al abandono reaccionando con una búsqueda urgente de un apoyo	También tiene temor al abandono pero reaccionan con un sentimiento de vacío, rabia y demandas.

ANEXO 2

Tabla 1. Valoración por patrones funcionales de salud

Patrones	Valoración	Aspectos psicopatológicos
1. Percepción-control de la salud	Aspecto personal Actitud frente a su enfermedad Adaptación al régimen terapéutico Conciencia de enfermedad	Adecuado, descuidado, extravagante Aceptación, rechazo, sobrevaloración Sí/No Sí/No
2. Nutrición-metabólico	Hábitos de comida y líquidos, uso de nutrientes	Anorexia, bulimia, soledad, tristeza, pensamientos distorsionados
3. Eliminación	Función excretora (vesical, intestinal y cutánea) uso de laxantes	Consumo de opiáceos, anorexia, bulimia, pensamientos distorsionados
4. Actividad-ejercicio	Ocio, autonomía en vida cotidiana, comportamiento motriz, factores fisiológicos	Crisis de angustia, t. afectivos, psicosis, trastornos psicomotores
5. Sueño-descanso	Hábitos de sueño, descanso, horas, la edad, pesadillas	Ansiedad/estrés, t. afectivos, y alteraciones cognitivo-perceptivas
6. Cognitivo-perceptivo (En Enfermería Psiquiátrica/ Salud Mental es uno de los más importantes)	Conciencia, orientación espacio/tiempo/ persona, percepción, memoria, inteligencia, pensamiento: contenido y curso, lenguaje	Demencias, psicosis, intoxicaciones, t. afectivos, ideas de suicidios, pensamientos distorsionados
7. Autopercepción-autoconcepto	Autodescripción de sí mismo-general y competencia personal, sentimientos, comportamientos, identidad personal	Pérdidas de parte del cuerpo, sentimientos de amenazas, de estrés, inferioridad, cambios notables de habilidades, desamparo. Ideas de suicidios
8. Rol-relaciones	Estructura y roles familiares, laborales y sociales, responsabilidades personales, factores sociolingüísticos y fisiológicos	Enfermedad física o mental, estrés, miedo, ira, agresividad
9. Sexualidad-reproducción	Cambios reales (reales o percibidos), sentimientos frente a ellos, conductas alteradas	Ansiedad, miedo, culpabilidad, parafilias, pensamientos delirantes, identidad sexual, abusos sexuales, violaciones
10. Adaptación-tolerancia al estrés	Resistencia a los cambios, control al estrés soporte familiar	Miedos, pensamientos obsesivos, incapacidad personal, traumas previos, rabia, impotencia
11. Valores y creencias	Lo que una persona considere importante en su vida	Psicosis, t. afectivos, miedos

Fuente: Herrera Arce A., Betolaza López de Gámiz E., Murua Navarro F., Martínez H., Jiménez-Lerma JM. Trastornos Adictivos

Anexo 4

Anexo 5

CASO CLÍNICO

Datos Generales

Paciente varón de 19 años de edad, estudiando actualmente en la universidad de Madrid, sin hijos y mantiene una pareja sentimental. Ingresa en la unidad de Psiquiatría de Huesca tras un intento de suicidio.

Vive con un par de compañeros en Madrid en un piso de estudiantes y no realiza ninguna actividad social, "no quiero conocer a gente".

Antecedentes Personales

Ingreso previo en 2014 en la unidad de Psiquiatría de Madrid por autolesionarse, causado por un abandono del tratamiento.

Alergias medicamentosas no conocidas.

Enfermedad actual

Paciente que ingresa en la unidad de psiquiatría tras un intento de suicidio. La familia cuenta que "llevaba una semana un poco rara, se aislaba en su habitación, presentaba grandes cambios de humor y desaparecía de casa durante largas horas".

Se muestra consciente y orientado en tiempo y lugar y poco colaborador durante la entrevista. Nos comenta "me siento muy solo, nadie me hace caso". Refiere que empezó a sentir esta sensación a medida que se acercaban los exámenes, y con ello aumentó su nivel de ansiedad. Cuando hablamos acerca del tratamiento que se le puso en el anterior ingreso nos dice "no me voy a curar con esas pastillas, el problema lo tiene la gente que me abandona"

Diagnóstico médico: Trastorno Límite de Personalidad.

Valoración de Enfermería

1. Percepción/ Mantenimiento de la salud	Tiene conciencia de enfermedad pero no cree necesario la toma de tratamiento para curarse.
--	--

2. Nutrición/Metabólico	No conoce
3. Eliminación	No conoce
4. Actividad/Ejercicio	No quiere realizar actividades sociales porque no quiere relacionarse con otras personas.
5. Descanso/Sueño	No conoce
6. Cognitivo/Perceptual	No conoce
7. Autopercepción/Autoconcepto	Sentimientos de soledad y abandono. Inestabilidad afectiva. Conductas autolesivas con ideas de suicidio.
8. Rol/Relaciones	Se encuentra aislada, no quiere relacionarse ni con su familia.
9. Sexualidad/Reproducción	No conoce.
10. Adaptación/Tolerancia al estrés	Ansiedad y estrés causados por una nueva situación.
11. Valores/Creencias	No conoce.

Diagnósticos de Enfermería

1. Afrontamiento ineficaz r/c falta de control de los impulsos e inestabilidad afectiva m/p conductas de riesgo e incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.

1302 NOC: Afrontamiento de problemas

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo

INDICADORES

- 130201 Identifica patrones de superación eficaces.
- 130203 Verbaliza sensación de control.
- 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos.
- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.

5230 NIC: Aumentar el afrontamiento

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

ACTIVIDADES

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

2. Riesgo de suicidio r/c sentimiento de soledad.

1408 NOC: Autocontrol del impulso suicida

Definición: Acciones personales para contener acciones o intentos de suicidio.

INDICADORES

- Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos.
- Verbaliza ideas de suicidio, si existen.

6340 NIC: Prevención del suicidio

Definición: Disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida.

ACTIVIDADES

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos)
- Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua) cuando haya un alto riesgo de suicidio.
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que puede aumentar significativamente el riesgo de suicidio.
- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y los programas disponibles.

3. Ansiedad r/c alto grado de estrés m/p inestabilidad emocional, abandono de los estudios, aislamiento.

1302 NOC : Afrontamiento de problemas

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

INDICADORES

- 130204 Refiere disminución de estrés
- 130210 Adopta conductas para reducir el estrés
- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico

5820 NIC: Disminución de la ansiedad

Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

ACTIVIDADES

- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
- Ayudar al paciente a reconocer las situaciones que precipitan la Instruir ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

4. Deterioro de la interacción social r/c alteración del autoconcepto m/p aislamiento y la no realización de actividades sociales.

1502 NOC: Habilidades de interacción social

Definición: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.

INDICADORES

- 150203 Cooperación con los demás.
- 150212 Relacionarse con los demás.

5100 NIC: Potenciación de la socialización

Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

ACTIVIDADES

- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.