



PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO DEPRESIVO Y EL TRASTORNO LIMITE DE LA
PERSONALIDAD



CRUZ ROJA
MEXICANA

**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA DELEGACION
SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO LIMITE DE LA
PERSONALIDAD

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

MARTHA GUADALUPE MELENDEZ RODRIGUEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO DEPRESIVO Y EL TRASTORNO LIMITE DE LA
PERSONALIDAD



CRUZ ROJA
MEXICANA

**ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA DELEGACION
SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12**

PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO LIMITE DE LA
PERSONALIDAD

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA
PRESENTA

MARTHA GUADALUPE MELENDEZ RODRIGUEZ

ME y AS RITA DE GUADALUPE MARTINEZ ROCHA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA MEXICANA

DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

Martha Guadalupe Melendez Rodriguez

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero atención al Trastorno Límite de la Personalidad”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería

ME y AS. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Tutora y vocal

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Presidenta

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas
Secretaria

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



I.INDICE

RESUMEN.....	- 6 -
II INTRODUCCION.....	- 7 -
III.JUSTIFICACION	- 10 -
IV.OBJETIVOS.....	- 12 -
4.1 Objetivos Generales	- 12 -
4.2 Objetivo especifico.....	- 12 -
V. MARCO TEORICO.....	- 13 -
5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA	- 13 -
5.1.1 Antecedentes históricos.....	- 13 -
5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.....	- 18 -
5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	- 20 -
5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE	- 24 -
5.4.1 ETAPA DE VALORACIÓN.....	- 24 -
5.4.2 EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	- 28 -
5.4.3 ETAPA PLANEACION	- 33 -
5.5.4 ETAPA DE EJECUCIÓN.....	- 37 -
5.5.5 ETAPA DE EVALUACIÓN	- 39 -
5.4 LA TEORÍA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE HILDELGARD PEPLAU	- 41 -
5.5 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO	- 41 -
5.5.6 EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD	- 43 -
5.5.7 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	- 48 -
VI.- RESUMEN DEL CASO CLINICO	- 54 -
6.1.- VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	- 55 -
6.2 PLAN DE CUIDADOS	60
VII PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.....	75
7.1 CONCLUSION.....	77
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
IX GLOSARIO	83



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo está dedicado para mi familia que me apoyo en la estancia de mi carrera y ahora en este proceso, a mis amigos que siempre estuvieron conmigo, y confiaron en mí y has tal la fecha seguimos viéndonos a pesar de nuestros trabajos y nuestros tiempos que a veces no lo permiten.

Quiero agradecerle a mi asesora la cual tuvo el tiempo para estar revisando mi trabajo y haciéndome correcciones de las cuales fui aprendiendo y sobre todo redactando de acuerdo a un plan, también que supo cómo enseñarme y a valorar de diferente manera a los pacientes de salud mental.

A todos mis compañeros de trabajo que me dieron el tiempo de valorar y seguir haciendo mi trabajo en tiempos libres, y sobre todo en apoyarme a seguir adelante y no rendirme.

Gracias a todos, espero que deje algo de aprendizaje en este trabajo.



RESUMEN

Introducción: El trastorno Límite de la Personalidad (en adelante TLP) de acuerdo al DSM-V; es una afección mental que se caracteriza por un patrón continuo de estados de ánimo, autoimagen y comportamientos inestables. Por su parte el CIE-10 lo denomina trastorno emocionalmente inestable de la personalidad cuya principal característica es la inestabilidad emocional e impulsividad. Esta se reconoció como enfermedad en el siglo XIX, en el límite entre la psicosis y neurosis. La enfermería es una profesión que brinda cuidado y atención de la salud y el ser humano la eficiencia en el cuidado del paciente depende además de la formación académica, las experiencias vividas y el desarrollo de habilidades, este trabajo tuvo como **Objetivo general:** Brindar cuidados de enfermería desde el ámbito de la enfermería industrial a la persona con Trastorno Límite de la Personalidad, mediante la aplicación del proceso cuidado enfermero empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC y la aplicación de la teoría de las relaciones interpersonales; la **Metodología** en llevar a cabo una amplia revisión de la literatura como marco referencial de la aplicación del proceso cuidado enfermero a una persona con trastorno límite de la personalidad tratada en el ámbito de la enfermería industrial. Así mismo llevando a cabo un modelo teórico del Hildegard Peplau en el cual se divide en cuatro fases, las cuales pueden ser utilizables en este proceso enfermero, de lo anterior se llegó a las siguientes **Conclusiones:** El trastorno límite de la personalidad es complejo y su abordaje implica una atención individualizada centrada en la comunicación terapéutica lo cual es posible lograr a través de la aplicación de cuidado enfermero, tomando como referencia el modelo de H. Peplau.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, trastorno emocionalmente inestable, trastorno Borderline, proceso cuidado, enfermero, teoría de Peplau.



II INTRODUCCION

El Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante TLP) de acuerdo al DSM-V; es una afección mental que se caracteriza por un patrón continuo de estados de ánimo, autoimagen y comportamientos inestables. Por su parte el CIE-10 lo denomina trastorno emocionalmente inestable de la personalidad cuya principal característica es la inestabilidad emocional e impulsividad. Esta se reconoció como enfermedad en el siglo XIX, en el límite entre la psicosis y neurosis (Stone, 1990).

Este trastorno parece presentar tres componentes clínicos. Primero, un inestable sentido del yo con dificultades en las relaciones interpersonales, segundo, la impulsividad y tercero la inestabilidad afectiva. (Mercedes Ruiza, 2021).

Se estima que el 1,6% de la población adulta tiene TLP, pero puede llegar al 5,9. casi un 75% de las personas diagnosticadas con este trastorno son mujeres. en el pasado los hombres con TLP eran a menudo mal diagnosticados con trastorno de estrés postraumático o depresión, a lo que ahora las investigaciones recientes pueden parecer igualitarias a las de la mujer (Becker, 2000)

Alrededor del 10% de la población mundial sufre de un Trastorno Límite de la Personalidad, afecta a un 50% más personas que la enfermedad del Alzheimer y a casi tantas como la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar (combinados) (V. Igual, 2011).

El TLP se presenta en el 20% de los pacientes admitidos en hospitales psiquiátricos y afecta al 10% de personas en tratamiento de salud mental ambulatorio

En México, se estima que 15% de la población adulta, padece algún trastorno mental, y sólo 3% es atendido por un médico especialista (J, Campuzano Rincón, 2011)

Alrededor de 1.5 por ciento de la población mexicana presenta TLP, el cual predispone a quien la padece tener conductas de riesgo para la salud como abuso de sustancias, amenazas suicidas recurrentes y automutilación (B. Álvarez y J. I. Beltran, 2018)



1 mil 041 potosinos fueron atendidos durante el 2019 por presentar algún trastorno relacionado con esta enfermedad (Servicios de Salud del Gobierno de San Luis Potosí, 2020)

El TLP puede afectar en torno al 1% de la población general adulta. Generalmente el TLP se asocia preferentemente a personas jóvenes de cualquier clase social. De acuerdo a el sexo tanto como las mujeres y los hombres se encuentran sobre las estadísticas comparativas (Mercedes Rueda Lizana, 2021)

Es decir, el TLP es una enfermedad grave y crónica, se caracteriza por la inestabilidad en el estado de ánimo en las conductas y en las relaciones interpersonales, lo que conlleva alteraciones en muchas áreas de la vida; formativa, laboral, afectiva, relacional y familiar. Las personas afectadas por este trastorno tienden a mostrar dificultades en regular sus emociones y pensamientos conductas impulsivas e imprudentes, que pueden incluir autolesiones e intentos de suicidio, con dificultades en mantener comportamientos estables y dirigidos hacia metas vitales, establecer relaciones inestables con los demás.

Las comorbilidades asociadas al TLP son: la depresión, los trastornos de ansiedad, el consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimenticia e intento suicida,

La persona con trastorno límite de personalidad (TLP), independientemente de su género u orientación sexual, se relaciona con dificultades añadidas, estas relaciones afectivas acostumbran a ser pasionales conflictivas e incluso caóticas en algunos momentos.

Algunos de los factores que se asocian al TLP son el abandono en la niñez o la infancia, vida familiar disociada, comunicación deficiente de la familia, abuso sexual físico o emocional.

La enfermería es una profesión que brinda cuidado y atención de la salud y el ser humano la eficiencia en el cuidado del paciente depende además de la formación académica, las experiencias vividas y el desarrollo de habilidades.

El presente trabajo, tiene como propósito principal desarrollar un plan de cuidados de enfermería en una persona con Trastorno Límite de la Personalidad que cursa además con



PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO DEPRESIVO Y EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD



CRUZ ROJA
MEXICANA

un episodio depresivo; se ofrece también el abordaje desde la perspectiva filosófica de Hildegard Peplau a partir de su teoría de las relaciones interpersonales dada su destaca contribución a la enfermería psiquiátrica.



III.JUSTIFICACION

En el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Se ha decidido revisar el Plan de Acción sobre salud mental, adoptado en 2009, para actualizarlo y alinearlo como Plan estratégico la OPS y con el Plan de acción integral sobre salud mental de la OMS.

El Programa de Salud Mental (SM) promueve, coordina e implementa actividades de cooperación técnica dirigidas de fortalecer a las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes programas y servicios, contribuyendo a promover la salud mental, reducir la carga que significa enfermedades psíquicas, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación. Actualmente la mayoría o casi totalidad de los países de América Latina y el Caribe están recibiendo alguna modalidad de cooperación técnica en salud mental por parte de la OPS/OMS ya sea en proyectos específicos y de manera sistemática o de una forma puntual ante requerimientos concretos de los gobiernos

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamentales y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social (OMS, 2018).

Al respecto, el Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018 destacaba dentro de sus Metas (México Incluyente) el objetivo No. 1 “Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención del trastorno mental (Secretaría de Salud, 2014).

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana 035-STPS-2018, “Factores de riesgo psicosocial en el trabajo – Identificación, análisis y prevención” (NOM-035-STPS-2018), busca promover y atender en el entorno laboral situaciones que puedan provocar trastornos de ansiedad, desordenes del sueño, estrés y dificultades de adaptación, entre otros inconvenientes derivados de las funciones laborales, el caso clínico aquí presentado se detectó y atendió



en una empresa, lo destaca la relevancia que tiene el cuidado de enfermería en el ámbito laboral.

De acuerdo al Proceso Cuidado Enfermero se espera tener una interacción con el paciente además de llevar una valoración por patrones funcionales, esta con tener una valoración en enfermería, y tener un sistema organizado para obtener así un plan de alta.

Se considera viable desarrollar el presente trabajo y cumplir con los objetivos planteados toda vez que se cuenta con los recursos necesarios, así como el conocimiento, la experiencia y las habilidades para llevarlo a cabo.



IV.OBJETIVOS

4.1 Objetivos Generales

Brindar cuidados de enfermería desde el ámbito laboral a la persona con Trastorno Límite de la Personalidad, mediante la aplicación del proceso cuidado enfermero empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

4.2 Objetivo específico

Realizar una revisión de la literatura acerca de las principales características del TLP.

Describir la evolución del PCE, así como cada una de sus etapas.

Desarrollar de la teoría de las relaciones interpersonales de H. Peplau a partir de un caso clínico del TLP.

Diseñar un plan de alta para la persona con TLP.



V. MARCO TEORICO

5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA

5.1.1 Antecedentes históricos

La enfermería ha recorrido numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión donde tiene como sujeto de atención al hombre, la familia ya la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidado de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad (Ponti, 2016).

A través de los años, enfermería ha evolucionado y cambiado conceptos, definiciones donde se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

A continuación, se señalan algunos hitos que marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión:

- ✓ **Prehistoria:** Etapa en la que el hombre vivía agrupado como únicos mecanismos de defensa ante las adversidades del medio y se dedicaba principalmente a la caza y se reconocían como hechicero o bruja mediante ritos mágicos.
- ✓ **Edad media baja (siglos XI-XV):** caballeros de la orden de san Juan de Jerusalén, caballeros teutónicos, órdenes religiosas franciscana y otras figuras como parteras, y sus métodos para tratar la enfermedad eran remedios creenciales mediante reliquias, exorcismos y remedios empíricos como enemas, ungüentos. Y mediante la medicina técnica se realizaba disección de cadáveres para estudio de anatomía.
- ✓ **Edad media alta:** Mujeres feudales, monjes-sacerdote, médico, médicos islámicos barberos, sangradores cirujanos, matronas y comadres y sus remedios eran creenciales mediante obras de caridad, remedios empíricos y medicina técnica.
- ✓ **Mundo contemporáneo (siglo XIX):** Figuras domésticas, médico de cabecera, comadrona, y la organización de Cruz Roja Internacional y Consejo Internacional de

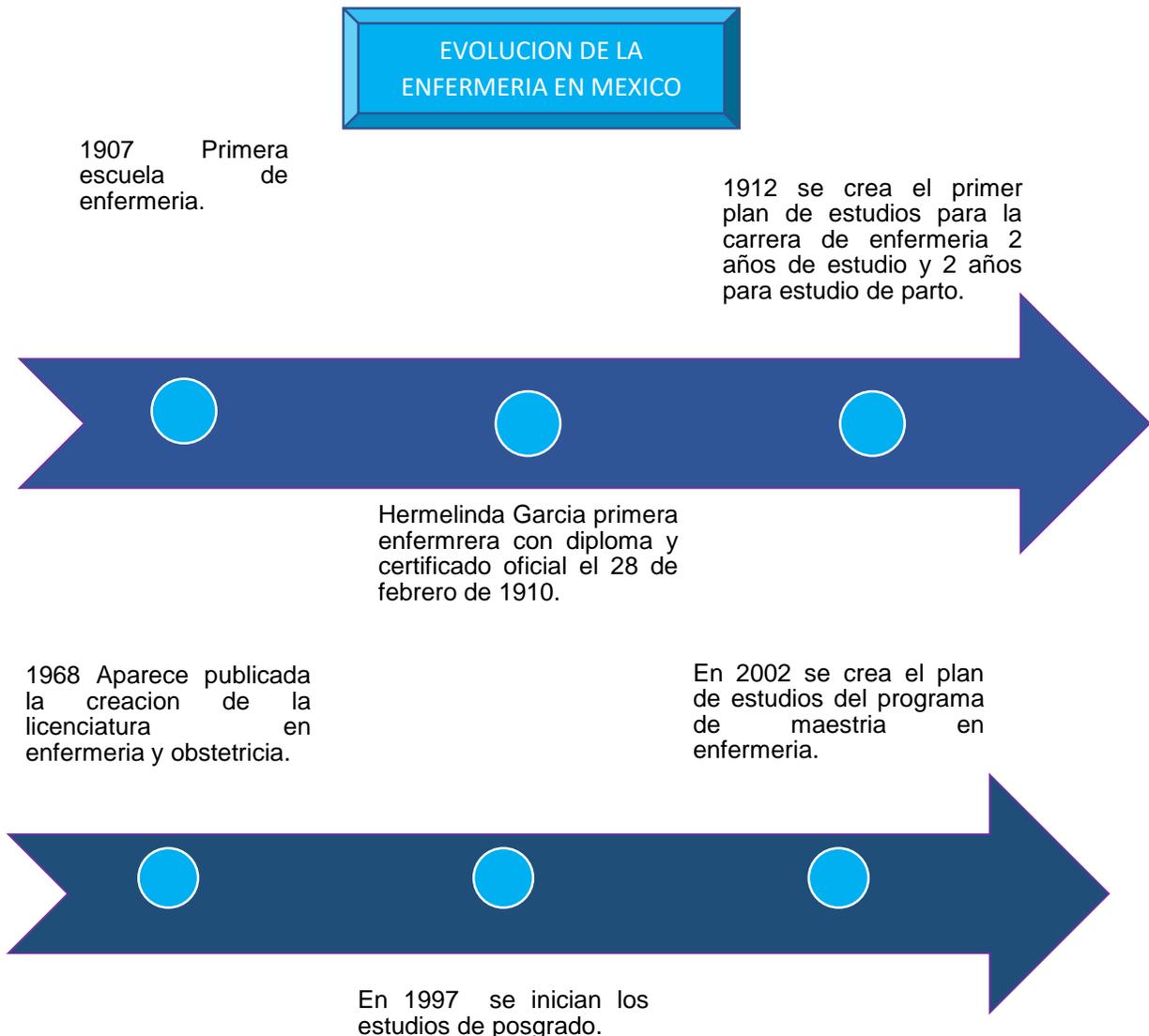


enfermería. Y sus remedios eran caseros, brebajes, purgas, medicina artesanal como aplicación de ventosas, ungüentos, y consejos dietéticos e higiénicos. Y como medicina experimental búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

- ✓ **Enfermería siglo XX:** Cirujanos-sangradores, ministrantes, practicantes, matronas y parteras, enfermeras auxiliares de clínica, técnicos sanitarios. Y sus métodos son mediante auge de la medicina científica, gran desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas protagonismo de la cirugía (Martínez y Chamorro, 2016)

En el caso de México, la figura No. 3 resume la evolución de la profesión:

Figura No. 3





Fuente: Torres y Zambrano, 2010.

Como parte histórica del pensamiento se crean modelos teóricos, ente los que destacan.

Florence Nightingale; 1820-1910 “Teoría del entorno” considerada la primera teórica de enfermería y donde creo cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad aire, agua, desagües eficaces, limpieza y luz. Amaro (2004)

Virginia Henderson 1897-1996 consideraba al apaciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independendencia. En su teoría de las 14 necesidades, es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, o a una muerte tranquila. Marriner y Raile (2006)

Dorotea Orem; 1914-2007 presenta su teoría de déficit autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí., teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Naranjo, concepción y Rodríguez (2017)

Dorothy Jonson; 1919-1988 Modelo de sistemas conductuales de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés. Ventura (2011)

Sor Calixta Roy; 1939 Modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno, ayuda a una prioridad a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación. Entre otras. Montaña (2018)

A medida que las enfermeras entraron a las escuelas en gran número durante la última mitad del siglo XX empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera y como se ha mencionado anteriormente, la enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual donde las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera. Marriner y Raile (2006)



La enfermería como una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina. Barrera, (2004).

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que el concepto de cuidado persona **salud** y **entorno** implícita y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes como son el saber ser que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.



La enseñanza de la enfermera se centra en las 4 funciones básicas de la profesión.

- ✓ **La función asistencial** se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.
- ✓ **La función docente** corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades factores de riesgo e integración docencia-servicio.
- ✓ **La función administrativa** abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.
- ✓ **La función de investigación** coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería. Barrera, (2004).

Tales cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con responsabilidad jurídica para determinar algunas acciones que conllevan aspectos legales en la profesión y con responsabilidad civil dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país.



5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Referente a el cuidado es un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos pero que se legitima en el mundo de los actos; el cuidado tiene un papel relevante en la existencia humana, por tanto, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería tiene un fundamento más allá del ejercicio profesional que busca llegar al mejor ser y vivir de cada persona (Vélez, Vanegas y Hoover, 2011).

El cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia; entre más se conoce el sujeto más grande es su actitud de cuidado, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería busca profundizar en mejorar la calidad de vida de cada persona, más allá del ejercicio profesional (Vélez y Vanegas, 2011).

La enfermería ha desarrollado su función como lo ha hecho la medicina. La enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han estado presentes personas con dificultades para satisfacer sus necesidades esenciales existiendo la necesidad de cuidar de ellas. Se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado (Benavent, et al.2002).

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos, con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), vive experiencias de salud. (Jiménez,1998).

En este énfasis el cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral,



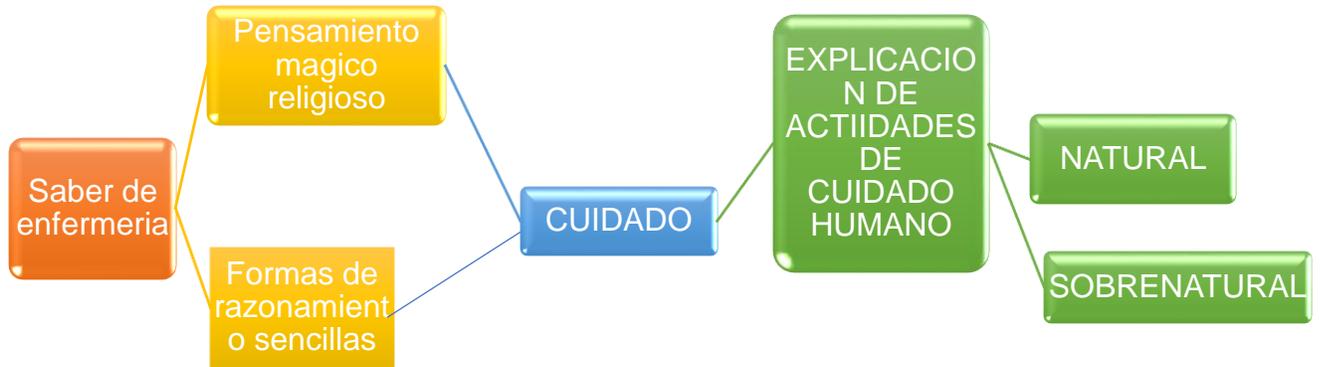
como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma (Ben,1994).

Este requiere ser utilizado como hilo integrador entre la teoría, la práctica y la investigación, con' el objeto de fortalecer y engrandecer el conocimiento de la enfermería fundamentado en el cuidado. Es necesario dar un significado de la disciplina profesional de enfermería que requiere de:

- Generación y creación de conocimientos propios para resolver los problemas de la práctica profesional de enfermería.
- Validación y replanteamiento de los conocimientos disciplinares.
- Generación y validación de teorías de tipo descriptivo y prescriptivo.
- Realización de investigación científica.
- Cualificación de la práctica en enfermería

La práctica es la expresión de las teorías y de cómo las enfermeras utilizamos el conocimiento, las figuras 1 y 2 esquematizan los antecedentes del conocimiento en enfermería y el desarrollo actual.

Figura 1. Conocimiento de la enfermería



Fuente: Riveros H. y Rosas ,1982

Figura 2. Desarrollo de la enfermería



5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reyna, 2010).



Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados (Gayosso, 2019).

El proceso cuidado enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería.

De esta forma, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuesta.

Antecedentes

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall (1955); por su parte Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas que incluían valoración, planeación y ejecución. (Potter, 2013)

En 1967 Yura y Walsh, establecen cuatro etapas al integrar la evaluación; entre 1974 y 1976 Bloch, Roy y Aspinall y algunas otras autoras más, establecieron las cinco etapas al añadir la etapa diagnóstica para 1992.

En 1993 la Asociación Norteamericana de Enfermería (NANDA) desarrolla la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y los criterios de resultado (NOC) antes denominados



objetivos; para el año 2005 presenta la taxonomía diagnóstica NANDA-I y a partir de entonces se actualiza dicha clasificación cada dos años. En la Taxonomía 2018-2020 destaca un modelo de proceso cuidado enfermero modificado propuesto por Hermann en 2013 en el cual se integra la teoría en enfermería, además integra en la etapa de planeación el diagnóstico, los resultados y las intervenciones, y propone un re-evaluación continua como se indica la siguiente figura:

Figura N° 3 Proceso cuidado enfermero modificado



Fuente: NANDA 2018, adaptado por Hermann 2013

Objetivos del proceso cuidado enfermero

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:



- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE: Es una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valora

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo. Crecimiento profesional.

Las características:



- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE

5.4.1 ETAPA DE VALORACIÓN

La Valoración es la considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la Evaluación. El Proceso de Atención de Enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería (Ministerio de salud pública y bienestar social 2013).

Objetivo de la valoración de enfermería

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz,2010).

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas



objeto de nuestra intervención”. Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención (Alfaro R, 1996).

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Fases de la valoración de enfermería

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Existen diversos tipos de datos:

Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).



Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería (Alfaro R, 1996).

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Sin duda, esta primera etapa del proceso de atención de enfermería es necesaria llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del desarrollo del plan de cuidados estandarizado (PLACE), y la aplicación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en Enfermería (GPCE), que dicho sea de paso es el resultado del desarrollo de la enfermería basada en la evidencia (EBE), convertida en práctica basada en la evidencia (PBE).

Existen diversos modelos de valoración:

Criterios de valoración siguiendo un orden cefalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.

Criterios de valoración por aparatos y sistemas: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: Este método es un método propio de la profesión, el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera



eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero (Alfaro R; 1996).

Fig. N° 4. Métodos de valoración

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad-ejercicio 5. Reposo-sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Autopercepción-auto concepto 8. Rol-relaciones 9. Sexualidad-reproducción 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias 	<p>Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores. 	<p>Orden lógico de cabeza a pies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2010).

Los patrones son los siguientes:



Patrón 1 Percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Patrón 2 Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores – creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y / o religiosas que influyen en la adopción de decisiones (Alfaro R; 1996).

5.4.2 EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas, es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, (NANDA) Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas (NANDA. 2018).

Una taxonomía se define como una «Clasificación: clasificación especialmente ordenada de plantas y animales según sus supuestas relaciones naturales»; la palabra deriva de la raíz



'taxón', «el nombre que se aplica a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura» (Merriam-Webster, 2009). Podemos adaptar esta definición para una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente nos interesa la clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos que sean de interés para la enfermería, según sus supuestas relaciones naturales.

Los diagnósticos de NANDA-I se construyen mediante un sistema multiaxial. El sistema consiste en ejes cuyos componentes se combinan para conseguir que los diagnósticos sean sustancialmente iguales en forma y en coherencia con el modelo ISO.

Un eje, para el propósito de la Taxonomía de NANDA-I, está definido operacionalmente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Hay siete ejes. El modelo de diagnóstico enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y la relación entre ellos (NANDA,2018).

El orden y algunas de las etiquetas y definiciones se cambiaron después de la versión 2005-2006 para adecuarse al International Standards Reference Model for a Nursing Diagnosis:

Eje 1: Núcleo diagnóstico.

Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, comunidad).

Eje 3: Juicio (deteriorado, ineficaz, etc.).

Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).

Eje 5: Edad (bebé, niño, adulto, etc.).

Eje 6: Tiempo (crónico, agudo, intermitente, etc.).

Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de promoción de salud, etc.).

Entre las ventajas del uso de la Taxonomía, están:

- El uso de un lenguaje común
- La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo
- La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud

Antecedentes históricos de los diagnósticos de enfermería

El término diagnóstico de Enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Esta autora afirmaba que... una



vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería.

Años más tarde, Johnson, Abdellah y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente. Durante los años 60, en Estados Unidos, se producen continuos debates sobre el uso del término (diagnóstico de enfermería), sin embargo, gran número de enfermeras continuaban utilizándolo.

Paralelamente se desarrollaban numerosos trabajos de investigación multidisciplinaria, lo que representó un aumento de conocimientos con respecto al tema, que fundamentaron e impulsaron de forma definitiva su expansión en el uso del diagnóstico de enfermería. En la década de los 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen los estándares de la práctica de enfermería (Avalos E.; S.F).

Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país.

En 1979-1980 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presenta los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas. (Silé V) (S.F)

Diagnóstico como proceso

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

- Recolección de datos: recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
- Detección de señales/ patrones: cambios en el estado físico (ej. Gasto urinario disminuido)
- Establecimiento de hipótesis: alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.
- Validación: pasos necesarios para desestimar otras hipótesis y simplificar en un solo problema.
- Diagnóstico: decisión sobre el problema basado en la validación (Doenges M. 2014)

Tipos de diagnostico



El sistema de diagnósticos de enfermería de NANDA-Internacional 2018-2020 nos brinda las siguientes categorías.

- Diagnóstico enfocado en el problema:** un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad, se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados.
- Diagnóstico de riesgo:** un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/procesos de vida, se compone de etiqueta diagnóstica y factor de riesgo.
- Diagnóstico de promoción de la salud:** un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, está compuesto por etiqueta diagnóstica y características definitorias (Heather T. 2018).
- Diagnóstico de Síndrome:** Es un juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente, a través de intervenciones similares. se estructura con etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados. Ejemplo síndrome del dolor crónico.

Enunciado diagnóstico y sus componentes

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo el núcleo diagnóstico (El Eje 1 y el juicio de enfermería (Eje 3), es un término o frase concisa que representa un patrón de señales relacionadas.

Características definitorias: Son señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (por ejemplo, signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias presta apoyo a la precisión del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema.

Factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (por ejemplo, causa, factor contribuyente). Una revisión del historial del cliente a menudo ayuda a identificar factores



relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a estos factores etiológicos para eliminar la causa subyacente del diagnóstico enfermero.

Factores de riesgo son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (por ejemplo, ambiental, psicológico, genético).

En la versión de la NANDA 2018-2020 se incluyen dos categorías que conforman el diagnóstico enfermero, las cuales aparecían en ediciones pasadas como parte de los factores de riesgo o relacionados; sin embargo, tales factores no son modificables por las intervenciones enfermeras, por lo que sólo se integran como parte de los componentes para orientar a la enfermera a la identificación del diagnóstico. Tales categorías son:

Población en riesgo Son los grupos de individuos que comparten ciertas características, que les hace más susceptibles a dicho diagnóstico.

Condiciones asociadas: Son diagnósticos médicos que no son modificables de manera independiente por la enfermera y que están asociados al diagnóstico.

Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a:

P = Problema: «en relación con...» o «relacionado con...»

E = Etiología: «manifestado por...»

S = Signos y síntomas.

El diagnóstico se identifica claramente con la formulación de hipótesis que precisan ser contrastadas en una etapa posterior. (Rubiano Y) (S.F)

La taxonomía tiene tres niveles:

- DOMINOS (13), es una esfera de actividad estudio o interés, ejemplo, promoción de la salud, actividad/reposo, sexualidad.
- CLASES (47), subdivisión de un grupo mayor
- DIAGNOSTICOS (172), el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, o problemas de salud, reales o potenciales. (Carrillo G) (S.F)

Factores que influyen para elaborar un diagnóstico:

- Habilidad para reunir datos



- Conocimientos teóricos
- Experiencia
- Intuición
- Capacidad intelectual
- Filosofía personal y marco conceptual (Doenges M. 2014)

5.4.3 ETAPA PLANEACION

La planeación enmarca como el fortalecimiento de los principios éticos profesionales puede ser parte esencial en la formación y desarrollo de los profesionales de la salud, lo que requerirá de formas propias en su organización, ejecución y control. Debe tomarse en cuenta que existen aspectos normativos o reguladores que contribuyen al control, lo que hace que se cumplan las leyes, que funcione adecuadamente lo administrativo, y que se organice el proceso de acuerdo a lo establecido y desde lo académico. (Reina, C 2010).

Pero otros aspectos requieren un tratamiento cualitativo, como el impacto que puede producir la aplicación de estos principios por parte del personal de enfermería en la atención a los pacientes, a sus familiares, a sus compañeros de trabajo, lo que producirá satisfacciones recíprocas (Reina, C 2010).

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero el cual se desarrolla como la tercera etapa que complementa el proceso cuidado enfermero, esta consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente: enfermera/paciente conducentes a prevenir reducir, controlar corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.



Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (UNAM,2020).

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

- Establecer prioridades en los cuidados.

Se trata de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una persona, familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados. (UNAM,2020).

Planteamiento de los objetivos

Esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

Hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último, es importante que los objetivos se decidan de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería



Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. (UNAM. (2020).

Tipo de planeación dependiendo la etiqueta diagnóstica

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta (UNAM,2020).

Los indicadores son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para sus procesos con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud.(Hernández.V, 2014).



La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones de enfermería. Caracterizando el estado del paciente, la familia o la comunidad en el nivel concreto. Algunos ejemplos de indicadores son: Utiliza estrategias para potenciar la salud, Mantiene las rutinas familiares habituales e Ingesta adecuada de líquidos. (Connect.E, 2020)

Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones, facilitando la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente. (Connect.E, 2020)

La actual Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), representa el proceso enfermero el cual se ha ampliado a seis fases: **valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, ejecución y evaluación** Sobre estas líneas, compartimos el modelo que se centró en el conocimiento de enfermería y la toma de decisiones clínicas como el marco para que las enfermeras elijan diagnósticos, intervenciones y resultados para un paciente. (Moorhead, N,2018)

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición tiene cinco niveles de los cuales se clasifican en la 4ta edición de esta manera:

7-Dominios, 31-Clases ,385- Resultados, indicadores de resultados y escala de medición (Blanco, C., 2014).

Los dominios mencionados son los siguientes: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria. Los cuales nos permiten identificar el dominio afectado y así ofrecer una intervención de enfermería adecuada para obtener una respuesta concreta de la salud de nuestro paciente (Blanco, C., 2014).



5.5.4 ETAPA DE EJECUCIÓN

En el proceso de enfermería, la implementación, aplicación o ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología NIC (Berman y Snyder, 2013). Es en esta etapa es donde se implementan o se llevan a cabo todas las intervenciones y actividades planteadas por los profesionales de enfermería en la etapa de planificación, que gracias a la NIC podemos clasificarlas y enlazarlas con los resultados del NOC (Universidad de Guanajuato, 2018).

La implementación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (Berman y Snyder, 2013).

La implementación implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones.
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado (UNAM, 2020).

Clasificación de intervenciones de enfermería NIC

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos y la investigación eficaz.

La creación de la NIC se produjo en 1987, cuando Joanne McCloskey y Gloria Bulechek formaron un grupo de investigación para definir y desarrollar las intervenciones que habitualmente realizaban las enfermeras. En la actualidad se han publicado un total de siete ediciones a continuación se enlistan según su año de publicación

- Primera edición 1992
- Segunda edición 1996



- Tercera edición 2000
- Cuarta edición 2004
- Quinta edición 2008
- Sexta edición 2013
- Séptima edición 2018 (Bulechek, et al, 2013).

Taxonomía de la NIC

La taxonomía de la NIC es una organización sistemática de las intervenciones en función de las similitudes. La estructura de la taxonomía NIC tiene tres niveles, las cuales se integran por campos, clases e intervenciones, La sexta edición de la NIC contiene 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones.

Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo, la intervención y una bibliografía (Bulechek., et al, 2013).

Etapas de la implementación

Se lleva a cabo en tres etapas:

1. Preparación.
2. Intervención.
3. Documentación (Universidad de Guanajuato, 2018).

1. Preparación

La primera etapa de la fase de implementación consiste en prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige que el profesional de enfermería identifique y realice una serie de actividades tales como:

- La revisión de las intervenciones de enfermería.
- El análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- El reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades de enfermería concretas.



- La identificación y recolección de los recursos necesarios.
- La preparación de un entorno seguro y privado que conduzca a los tipos de actividades necesarios (Universidad de Guanajuato,2018).

2. Intervención

En esta etapa del proceso cuidado enfermero es donde se realiza tanto la implementación de la actividad prescrita, como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

El enfoque en la fase de implementación es el inicio de las intervenciones de enfermería, las cuales son diseñada para cubrir la mayor parte de las necesidades identificadas del paciente, así mismo se debe realizar una priorización de las actividades de enfermería, para con ello realizarlas en orden de mayor importancia (Universidad de Antioquia, 2016).

3.Documentación

Dentro de la implementación de intervenciones de enfermería se debe realizar una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería (Universidad de Guanajuato, 2018).

5.5.5 ETAPA DE EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan:

1. El progreso del paciente hacia la consecución de objetivos y/o resultados.
2. La eficacia del plan asistencial de enfermería.

Berman y Snyder (2013) Mencionan que “la evaluación es un aspecto importante porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse”.

La evaluación se debe realizar de forma una continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención



resulte más efectiva (UNAM, 2020). La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos de salud o es dado de alta, en caso de ser dado de alta debe incluir la capacidad de autocuidado del paciente (Berman y Snyder, 2013).

Componentes de la evaluación

Dentro de los componentes de la evaluación encontramos los siguientes:

1° Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores NOC): el profesional de enfermería realizara la recolección de datos para poder concluir que objetivos se cumplieron y a qué grado.

2° Comparación de los datos de enfermería con los resultados: cuando se determina si se ha conseguido un objetivo se puede extraer 3 posibles conclusiones:

- El objetivo se cumplió
- El objetivo se cumplió parcialmente
- El objetivo no se cumplió

3° Relación de las actividades de enfermería con los resultados: se determina si las actividades de enfermería fueron la causa que contribuyó al resultado obtenido.

4° Extracción de conclusiones sobre el estado del problema: se usar el juicio clínico para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.

5° Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería: independientemente de que se cumpla, el grado de cumplimiento, así como si no se cumplieron los objetivos se debe tomar decisiones sobre continuar, modificar o terminar el plan de cuidados de enfermería (Berman y Snyder, 2013)



5.4 LA TEORÍA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE HILDEGARD PEPLAU

El modelo teórico utilizado en este PCE, el modelo teórico de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau, ya que se trata de abordar un problema de la salud mental.

Hildegard Peplau trabajo en un hospital neuro psiquiátrico en Inglaterra junto a figuras relevantes de la psiquiatría inglesa y americana. Posteriormente colaboro en el restablecimiento del Sistema de Salud Mental en Estados Unidos.

El modelo Peplau, se centra en la Teoría de relaciones interpersonales y destaca la importancia de la enfermera/o en el proceso interpersonal definido como terapéutico.

La personalidad de la enfermera/o es muy importante tanto, por la influencia que pueda provocar en sí misma como para el paciente.

5.5 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO UTILIZADO

Fig. N°5 Cuatro elementos de Hildegard Peplau

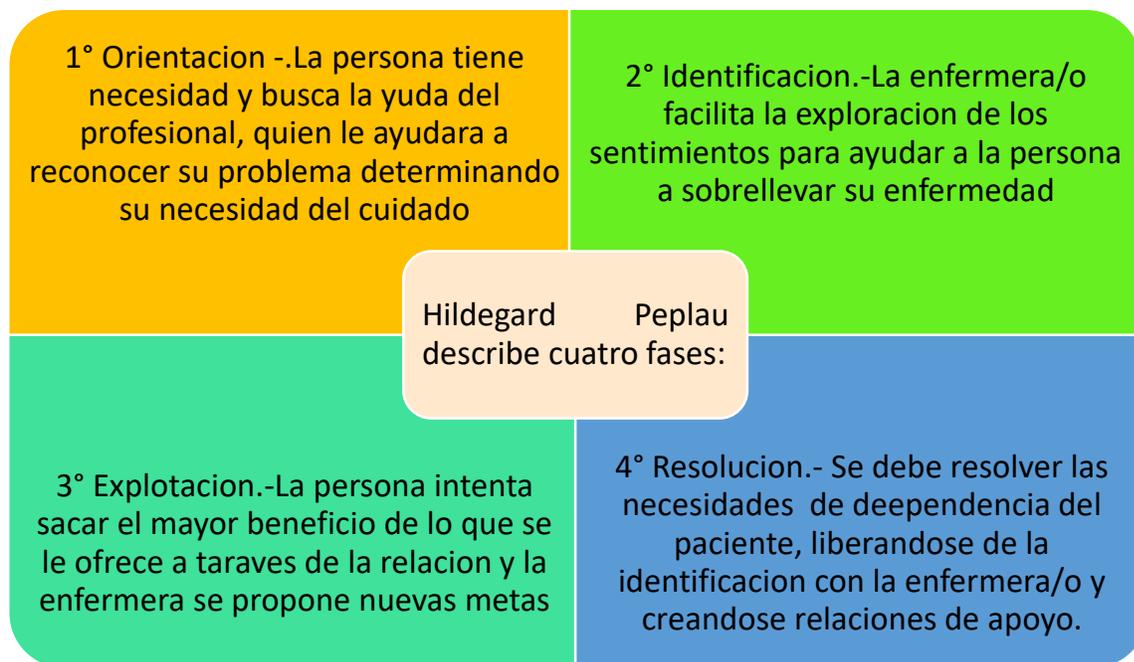
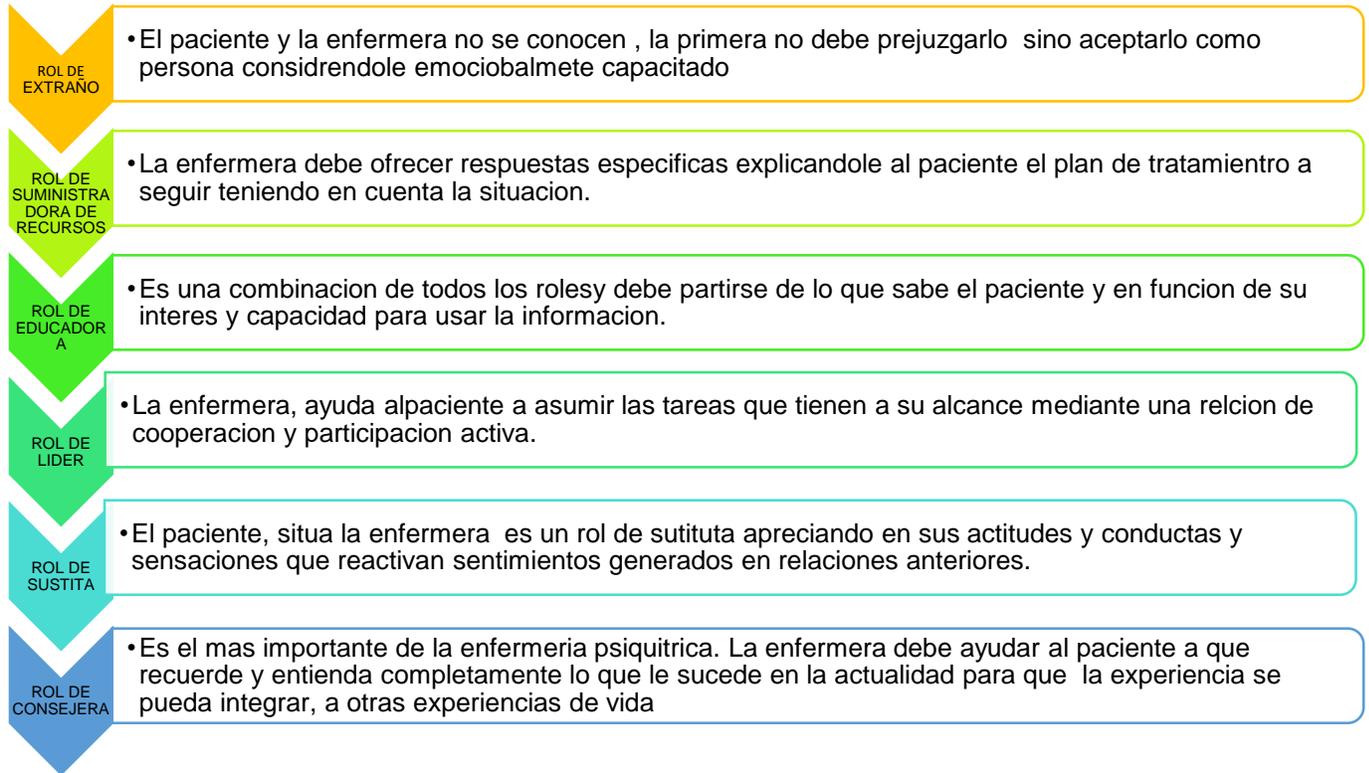




Fig. N° 6 Roles de enfermería de Hildegard Peplau



El modelo de Peplau permite el abordaje de la persona con TLP ya que parte de la relación terapéutica enfermera-paciente; se considera que la persona debe ser capaz de desarrollarse y crecer, cuando este proceso es alterado o interrumpido por una situación de salud tan impactante como el TLP, la función de la enfermera se dirige a establecer una comunicación efectiva que privilegia la escucha activa, en este caso, la identificación de conductas de riesgo como la ideación suicida, de manera que se puedan establecer planes de seguridad ante la crisis y una vez superada favorecer el proceso de desarrollo y crecimiento personal que permita su funcionamiento independiente.



5.5.6 EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno Límite de la Personalidad es una enfermedad mental grave que se distingue por los estados de ánimo, comportamiento y relaciones inestables.

De acuerdo al DSM-IV, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Fig. N° 7 Clasificación de la DSM IV



En el DSM IV de acuerdo a las tres clasificaciones divididas en Grupos se encuentra en el “C” ya que la dependencia de acuerdo a l caso clínico es obsesivo compulsiva a la personalidad (Peters J, 2019)

CIE 10 F60.3

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente



provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo OMS, (1995).

Se estima que afecta entre el 1% y el 2% de la población general y que puede llegar a representar el 10% de los diagnósticos psiquiátricos Tomas Baader M, (2014)

Se estima, según el DSM-III, que afecta a un 2% de la población general, del cual un 75% son mujeres(OMS,1995)

El aislamiento, la desconcentración, el insomnio, la fatiga y el desorden en la alimentación, son cambios de personalidad y conducta que deben ser observados como alertas.

Algunas personas con TLP sufren episodios psicóticos breves, originalmente los expertos pensaban que esta enfermedad era una versión atípica, o límite de trastornos mentales. Los expertos de salud mental aun no coinciden con el nombre, al parecer está mal interpretado hasta ahora y no existe un término más preciso.

La mayoría de las personas sufren de:

- Problemas para regular las emociones y sentimientos
- Comportamiento impulsivo e imprudente
- Relaciones inestables con otras personas

Las personas con este trastorno también tienden a tener otros trastornos concurrentes, como depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de alimentación, así como la automutilación, los comportamientos suicidas o suicidios. Zerkowitz P, Paris J, Guzder J, Feldman R, (2001).

Síntomas

Una persona debe demostrar un patrón duradero de comportamiento que incluya al menos, cinco de los siguientes síntomas:

- Reacciones extremas, como pánico depresión, ira o acciones frenéticas.



- Relaciones intensas y tempestuosas con la familia, amigos y seres queridos, que en general cambia entre la cercanía extrema y amor extremo (idealización) a una aversión o ira extremas (devaluación)
- Imagen propia o autoestima distorsionada
- Comportamientos impulsivos y con frecuencia peligrosos
- Comportamientos o amenazas suicidas recurrente o comportamientos de automutilación, como cortarse.
- Ánimos intensos y muy cambiables
- Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento
- Ira inadecuada e intensa o problemas para controlar la ira
- Pensamientos paranoicos relacionados con el estrés o síntomas severos de disociación.

Generalmente el TLP comienza durante la adolescencia o la adultez temprana. Algunos estudios señalan que los primeros síntomas pueden ocurrir durante la niñez

Algunas personas con TLP padecen síntomas severos y requieren cuidado intensivo, hasta hospitalización. Otros reciben medicamentos ambulatorios.

COMORBILIDAD DEL TLP

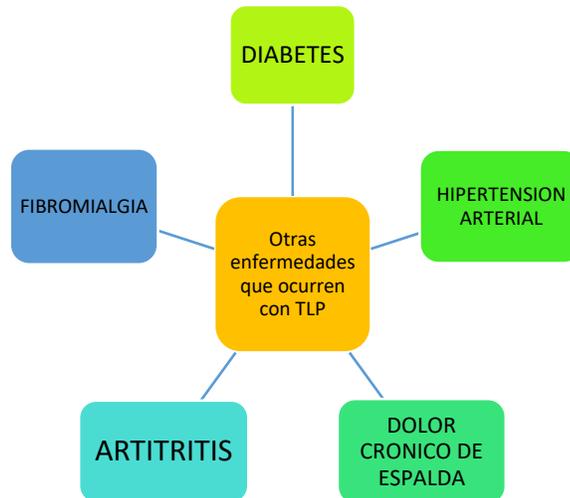
El TLP ocurre generalmente con otras enfermedades.

Estos trastornos concurrentes pueden dificultar el diagnóstico y tratamiento del TLP, especialmente si los síntomas de las otras enfermedades coinciden con los síntomas de las otras enfermedades coinciden con los síntomas del TLP (Tadic A, Wagner S, Hoch J y Baskaya O, 2009).

Fig. N°8 Comorbilidad por sexos



Fig. N°9 Otras enfermedades



Fuente: Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K, Kringlen E, (2000)



FACTORES DE RIESGO

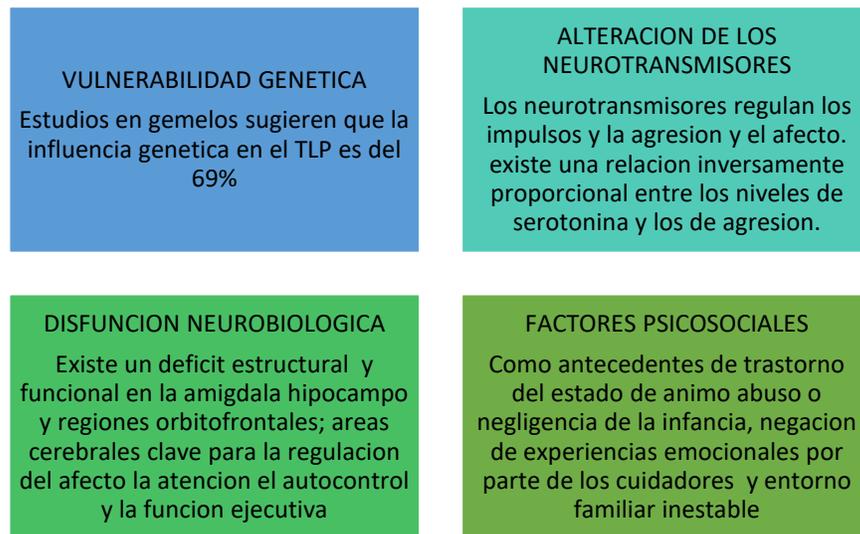
Los científicos concuerdan en que es probable que estén involucrados factores genéticos y medioambientales.

Estudio muestra que la persona pueda heredar su temperamento y rasgos específicos de la personalidad, en especial la impulsividad y la agresión. los científicos están estudiando genes que ayudan a regular las emociones y el control de los impulsos respecto a su posible relación con el trastorno

Posiblemente también otros de los factores sean sociales o culturales y así aumenten el riesgo de padecer el TLP. La impulsividad, el, mal criterio a la hora de tomar decisiones y otras consecuencias del TLP pueden llevar a los individuos a situaciones de riesgo. Los adultos con el trastorno límite de la personalidad son mucho más propensas a ser las víctimas de la violencia, incluyendo violación y otros delitos. Paris J, (2005).

Las causas del TLP son complejas o definidas y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogenico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. Hay distintos factores que pueden estar implicados en su etiología:

Fig. N° 10 Etiología genética y neurológico





5.5.7 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Un profesional de salud mental con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Realizando un examen médico completo y exhaustivo puede ayudar a descartar otras posibles causas de los síntomas.

Ningún examen por si solo puede diagnosticar el TLP. Un estudio determinó que los adultos con el trastorno de TLP demostraron reacciones emocionales excesivas a leer palabras con significado desagradable en comparación con personas sanas. las personas con TLP más severo demostraron una respuesta emocional más intensa que aquellos que sufren de un TLP menos severo (McCain y Pos 2007).

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL DSM-V Y DEL CIE-10

El trastorno de personalidad limite (DSM V) se caracteriza por un patrón dominante de ingesta inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza al principio de la edad adulta y se manifiesta en diferentes contextos, por 5 o más de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (no incluye el comportamiento suicida ni de automutilación que figura en criterio).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamientos, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).



7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004).

ESTUDIOS PARA MEJORAR EL DIAGNOSTICO DEL TLP

Los estudios que se han hecho recientemente muestran diferencias entre la estructura y la función cerebrales entre las personas con el TLP y aquellas que no padecen esta enfermedad. Sugieren que las áreas del cerebro involucradas en las respuestas emocionales se vuelven hiperactivas en personas con el TLP cuando realizan tareas que perciben como negativas.

Personas con el trastorno también muestran menos actividad en áreas del cerebro que ayudan a controlar las emociones, los impulsos agresivos y permiten entender el contexto de esta situación McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT,(et.al), (2006)

TRATAMIENTO

El TLP puede tratarse con psicoterapia o terapia de dialogo

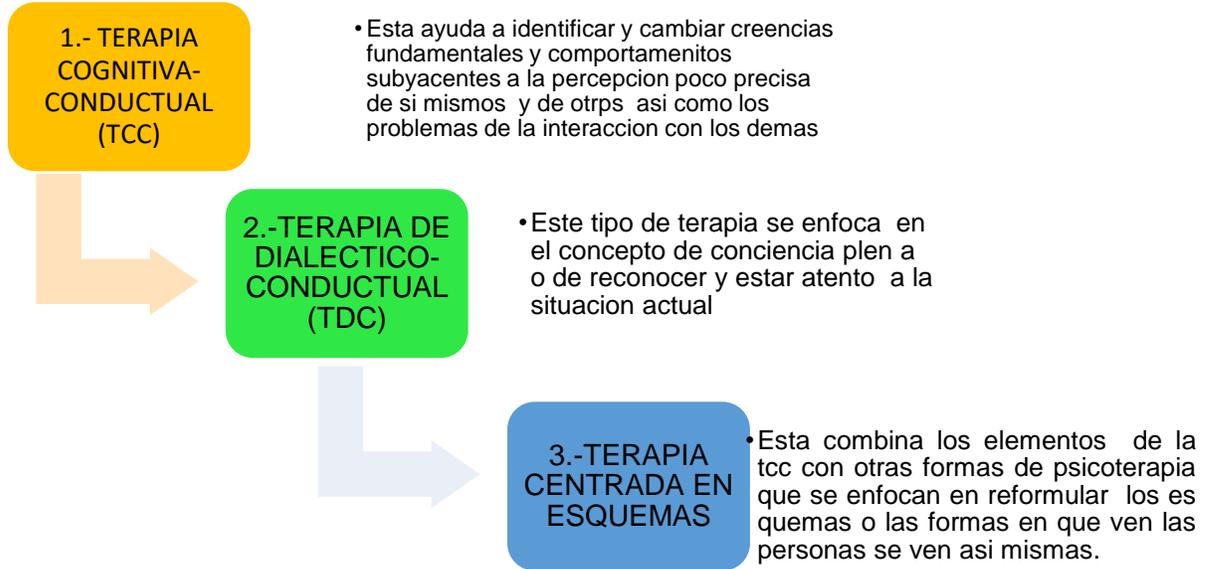
Los tratamientos a continuación son solo algunas opciones que pueden estar disponibles para una persona con TLP.

PSICOTERAPIA

Es en general el primer tratamiento para personas con TLP, puede aliviar algunos síntomas, pero se requieren de otros estudios para entender mejor cuan bien funciona la psicoterapia.



Fig. N°11 Tratamiento psicoterapia



Un tipo de terapia de grupo, Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) está diseñada como un tratamiento relativamente breve, que consiste en 20 sesiones de dos horas lideradas por un trabajador social con experiencia. Stone MH. M (2006)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No se ha aprobado ningún medicamento para el TLP. Sin embargo, muchas personas con el TLP son tratadas con medicamentos en conjunto de la psicoterapia. para algunas personas los medicamentos los ayudan a reducir los síntomas como la ansiedad, la depresión o la agresión.

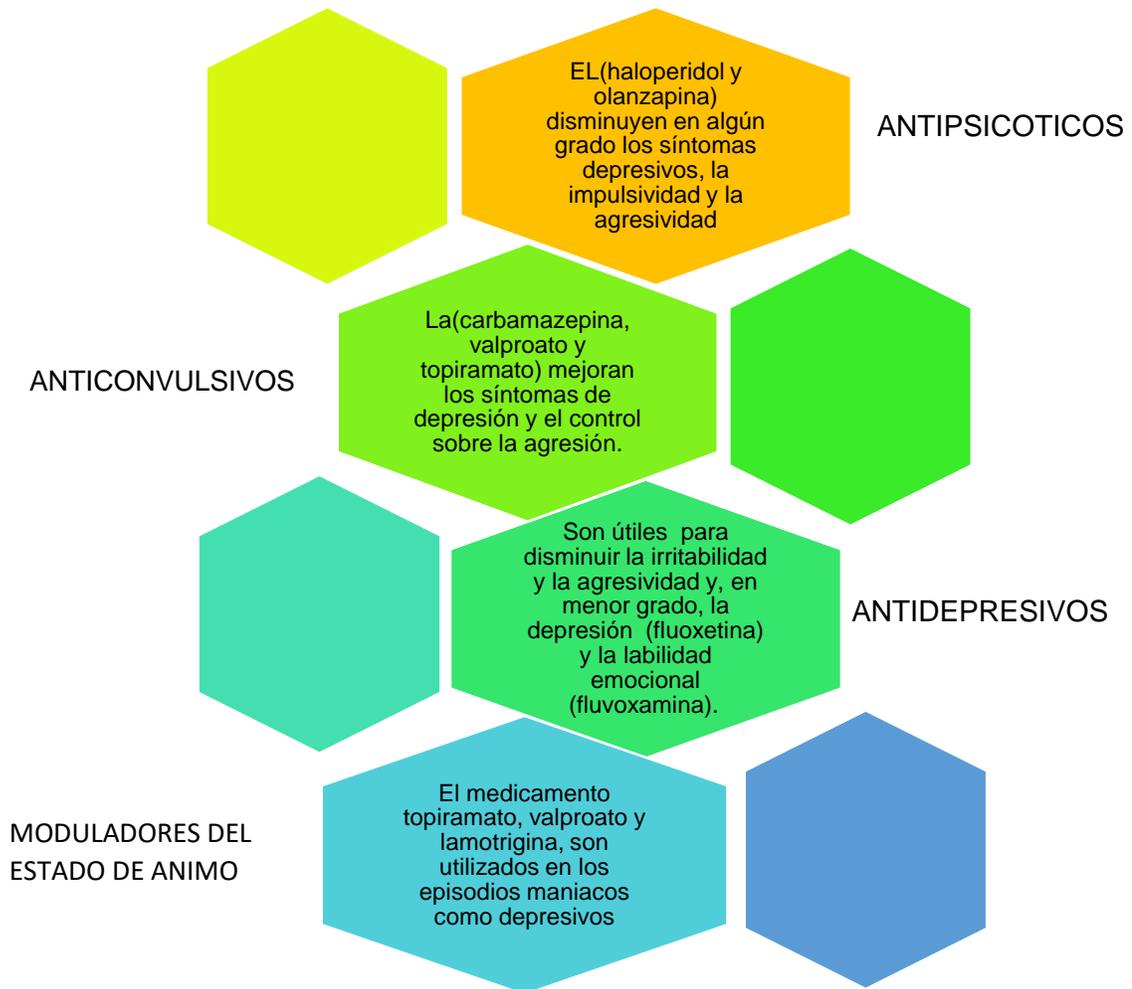
Los medicamentos pueden causar diversos efectos secundarios en diferentes personas. Es recomendable que al acudir al médico saber que esperar de los medicamentos en particular (Hoffman PD y Fruzzetti AE, 2007).

Quetiapina: es un fármaco antipsicótico que puede ayudar a paliar algunos de los síntomas que suelen aparecer en el TLP, como son la ansiedad, impulsividad, estado de ánimo y síntomas psicóticos.



Citalopram: se usa para tratar la depresión. El Citalopram pertenece a una clase de antidepresivos llamados inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI). Se cree que actúa aumentando la cantidad de serotonina una sustancia natural del cerebro, que ayuda a mantener el equilibrio mental.

Fig. N° 12 Tratamiento farmacológico



Sánchez F, (2021)



Fig. N° 13 Tratamiento basado en estudio

OTROS TRATAMIENTOS



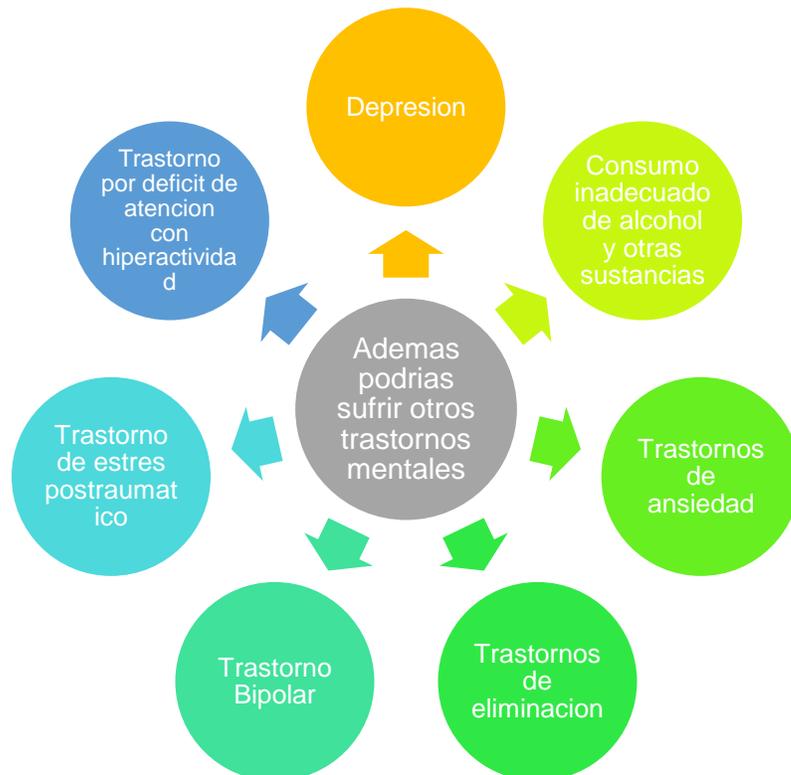
ACIDOS GRASOS OMEGA-3: Un estudio realizado en 30 mujeres que padecen TLP demostro que los acidos grasos omega- 3 pueden ayudar a reducir los sintomas de agresion y depresion. eltratamiento parecia ser tan bien tolerado como los estabilizadores de estado de animo recetados comunmente y con pocos efectos secundarios

(Zanarini MC y Frankenburg FR, 2003)

Fig. N° 14 Complicaciones de TLP



Fig. N° 15 Otras complicaciones





VI.- RESUMEN DEL CASO CLINICO

Nombre del Paciente: M J R G

Talla: 1.61

Peso:100.900 kg.

T°:35.2° C

T/A:115/71 mmHg

Fc: 81 lpm

Fr: 18x´

Glicemia en ayuno: 98 mg/dl

Mujer de 22 años originaria y residente de S.L.P, escolaridad preparatoria, ocupación empleada en centro de atención telefónica con horario de 12:00 a 20:00 hrs. De L-D, con descanso un día a la semana, niega toxicomanías es la mayor de un hermano, vive con sus padres y su hermano menor de 6 años.



AHF. Hermano con TDAH, madre con depresión posparto. Vive con sus con sus papas y un hermano, su mama sufre depresión y su hermano TDA-H, su tío materno es alcohólico y lo acaban de detectar con trastorno de ansiedad

APP. Presenta obesidad, trastorno limítrofe de la personalidad en seguimiento por psicólogo particular, estrabismo, hipermetropía y astigmatismo.

Motivo de consulta: La paciente presenta insomnio labilidad emocional, preocupación excesiva, fatiga, angustia y animo bajo. De acuerdo con la nota médica destaca que es altamente probable que tenga comorbilidad con TDA-A. Se reporta con inteligencia normal y con diagnóstico de caracteroterapia limítrofe, con antecedentes episodios de despersonalización desrealizacion y disociación en el marco de ansiedad intensa detonada por factores ambientales y psicoestructura limítrofe.

DX TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Medicamentos

Citalopram 20mg 0-0-1

Quetiapina 100 mg 0-0-1

Le suspenden valproato y fluoxetina

6.1.- VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Patrón 1: Percepción/Manejo de la Salud:

Paciente femenina no sabe interpretar si tiene buena salud ya que a veces se deprime y sufre crisis en el trabajo, fue diagnosticada en el 2019 con Trastorno Límite de Personalidad, a veces toma su medicamento y a veces se le olvida. Ingiere bebidas alcohólicas (ocasionalmente).

Refiere que comenzó con el trastorno desde que nació su hermano, su mama la oculta el nacimiento de su hermano, y comienza con depresión, a su vez la madre curso con depresión post-parto posterior al nacimiento del hermano de la paciente, su mama se va con su abuela en lo que se recuperaba de la cesárea.



En 2019 comenta que la dejó su novio, se muere el papa de su amigo que era su figura paterna y se queda sin trabajo.

Presenta descuido de su higiene y aliño, refiere bañarse cada tercer día, lo anterior secundario a la depresión, pues comenta que cuando se deprime le falta de energía para atender sus necesidades de higiene (abulia).

En casa prevalecen las malas condiciones de higiene, ya que comenta que sus papas y ella son acumuladores compulsivos de ropa, muebles y animales, que se encuentran en la calle, duerme en el cuarto con su mamá y hermano, duerme en el suelo ya que su cama se encuentra con plaga de fauna nociva, por la suciedad que tienen en casa.

No es alérgica a ningún medicamento y alimento, comenta ponerse todas sus vacunas en IMSS, ya que lleva un control específico en su Unidad Médica Familiar.

Patrón 2: Nutricional/Metabólico

Apariencia general de complejión endomórfica, hábitos alimenticios deficientes, refiere comer 5 a 6 veces al día y tener atracones de comida (niega conducta purgativa), dieta pobre en calidad predominando alimentación no saludable (frituras, hamburguesas, nachos, hot dogs, papas a la francesa y coca-cola), acepta el consumo de agua natural, pero sin llegar a la cantidad recomendable.

Talla: 1.61cm, Peso:100.900 kg, IMC:38.9 (Obesidad exógena), Glicemia capilar en ayuno de 90mg/dL T°:36.2

Piel y mucosas integra, bien hidratadas, mejillas rubicundas. Cabeza sin lesiones, con presencia de pediculosis, sin presencia de caspa o seborrea. Integridad. Se encuentra con mala higiene bucal y falta de algunas piezas dentales, con presencia de caries tratadas. Oídos íntegros, bien implantados con mala higiene por presencia de cerumen, mucosas hidratadas. Ojos simétricos y presencia de estrabismo, hipermetropía y astigmatismo.

Exploración de abdomen sin datos relevantes.

Patrón 3: Eliminación

Sus hábitos de eliminación son normales evacua dos veces al día, una por la mañana y otra en la noche, micciones 4 o más veces el día orina normal, tiene hiperhidrosis palmar. A la exploración el abdomen es globoso a expensas de panículo adiposo, a la auscultación



peristaltismo normal, palpación y percusión sin alteraciones, sin presencia de zonas de sensibilidad, sin hallazgos en región genitales.

Patrón 4: Actividad/ Ejercicio

Refiere no realizar ninguna actividad física, porque no le alcanza tiempo y la mayoría del tiempo está cansada, durante el día a la exploración física sus constantes vitales son: T/A:115/71 mmHg, Fc: 81 x', Fr: 18x', Dex: 98 mg/Dl en ayuno.

Patrón 5: Sueño/Descanso

Descansa aproximadamente 5 horas y media diariamente sin medicamentos, al tomarse el clonazepam refiere dormirse hasta 12 horas, no acostumbra a tomar siestas ya que se la pasa en el trabajo, refiere insomnio tardío, por las noches tiene cansancio con alteraciones emocionales.

Tomaba risperidona y quetiapina la cual suspendió hace un mes, ya que decía estar cansada la mayor parte del día, ahora solo toma una pastilla de clonazepam.

Patrón 6: Cognitivo /Perceptual

Consiente, aunque con somnolencia, orientada en lugar, tiempo y persona, memoria retrograda y anterógrada conservadas, expresión del pensamiento coherente con un tono perseverante, atención central.

Cuando presenta crisis refiere escuchar voces e ideas interpretativas las cuales son auditivas y visuales, al momento no las presenta.

Patrón 7: Autopercepción

Se considera una persona inestable, trabaja con mucha presión, frustración y poca tolerancia, la mayor parte del tiempo es "muy voluble" (sic, paciente). Sus cambios de humor son drásticos que le generan problemas laborales.

Expresa "quisiera cambiar mi imagen corporal": por lo cual piensa bajará de peso "Ese día que lo haga tendré todo lo significativo que es para mí el amor y el cariño" (sic, paciente).



Tiene ideas de muerte y planeación suicida refiere que ha pensado en arrojarse a los vehículos en movimiento saliendo del trabajo. Con respecto a alteraciones conductuales refiere antecedentes de heteroagresion y aislamiento, hace 3 años presentó descontrol de impulsos hacia una prima, razón por la cual acude al psicólogo, tiene crisis de ansiedad cuando tiene la cita al psicólogo, con sus padres se siente más “como la madre de sus propios padres” (sic, paciente).

Patrón 8: Relaciones

Ella se considera en su familia como la mama ya que asume las responsabilidades de la familia, algunas veces recibe apoyo económico de su mamá, y el apoyo emocional ocasionalmente proviene de algunas de sus primas.

“Mis papas apenas y se toleran” (sic. paciente), ella no tiene comunicación con su papa desde hace más de 5 años, solo hablan para lo necesario. Su interacción social con el personal que la atiende en el servicio médico es buena y amable le gusta acudir.

Patrón 9: Sexualidad/Reproducción

Menarca a los 14 años regular hasta que fue diagnosticada con TLP desde entonces sus ciclos son irregulares asociándolos la paciente a los medicamentos. A los 16 años comienza su vida sexual, actualmente con vida sexual activa, refiere satisfacción en ellas, su método anticonceptivo es preservativo, con tendencia a la promiscuidad sexual. Nunca se ha realizado examen de cáncer cervicouterino y cáncer de mama.

Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al estrés

Ella considera estar viviendo cambios en su trabajo con relación a sus superiores lo que le genera estrés, a veces esto desencadena las crisis depresivas o de ansiedad, no sabe cómo se siente, suele alejarse de las personas, y las personas también de ella al cambio de su humor, refiere intentar no enojarse mucho para sentirse mejor, refiere dificultades para la resolución de sus problemas solo acude con el psicólogo que es el único que la entiende.

Patrón 11. Valores/Creencias



PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO DEPRESIVO Y EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD



CRUZ ROJA
MEXICANA

No cree en ninguna religión, solo cree que es importante ella y sus amigos y el estudio, se siente insatisfecha con su vida algunas veces.

Sus planes a futuro son estudiar psicología y tener una familia diferente a la que ella tuvo.

6.2 Plan de cuidados

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 1 percepción/manejo salud</p> <p>Datos objetivos: Trastorno Límite de Personalidad Impulsividad Heteroagresion Antecedentes de episodios psicóticos</p> <p>Datos Subjetivos: ideas suicidas planeación suicida</p>	<p>Dominio: 11</p> <p>Clase: 3 Violencia</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00150 Riesgo de Suicidio</p> <p>Factor(es) de riesgo: Impulsividad</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		<p>Dominio: 3 Salud Psicosocial</p>	<p>Clase: 2 (M) Bienestar psicológico</p>		
		<p>Criterio de resultado: 1204 Equilibrio emocional</p>			
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación inicial *</p>	<p>Puntuación Diana*</p>	
		<p>120407 Conflicto de ideas</p>	<p>1</p>	<p>4</p>	
<p>120416 Ideas suicidas</p>	<p>1</p>	<p>4</p>			
<p>120421 Depresión</p>	<p>1</p>	<p>4</p>			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 4 Seguridad</p> <p>Clase: V Control de Riesgos INTERVENCION: 6340 Prevención del suicidio</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis). • Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda. • Implantar las acciones necesarias para reducir la angustia inmediata del individuo al negociar un contrato de no autolesión o de seguridad. 	<p>Factores de prevención la conducta suicida:</p> <p>Es más efectiva la terapia combinada (Psicoterapia más Farmacoterapia) que la terapia con antidepresivos únicamente (IMSS,2015).</p> <p>El uso de estrategias de autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidades, técnicas de solución de problemas o la reevaluación positiva son estrategias de afrontamiento encontradas en muestras de personas que no tienen historia de suicidio frente a las estrategias de evitación, presentes en aquellos que tienen historias de intentos de suicidio (Villas, Remesall. Chico, Gómez y Torrico; 2018).</p> <p>La ideación y planeación suicida es una urgencia psiquiátrica.</p>	Criterio de resultado: 1204 Equilibrio emocional	
		Indicador (es)	Puntuación final
		120407 Conflicto de ideas	1
		120416 Ideas suicidas	2
120421 Depresión	2		
*La paciente se comprometió a seguir el tratamiento y buscar ayuda si persiste la ideación suicida			

- Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos acerca del contrato.

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 10 Adaptación/Tolerancia al estrés</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Se observa con ansiedad y síntomas depresivos, descuido personal.</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere dificultades en la interacción social, laboral. Antecedentes de heteroagresion</p>	<p>Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés</p> <p>Clase: 2 Respuestas de afrontamiento</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la regulación del estado de animo</p> <p>Factor(es) relacionados: Deterioro del funcionamiento social</p> <p>Características definitorias: Afectación de la autoestima Desesperanza irritabilidad</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 3 Salud Psicosocial	Clase: (M) Bienestar psicológico		
		Criterio de resultado: 1204 Equilibrio Emocional			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		120403 Muestra control de los impulsos	1	3	
120407 Conflicto de ideas	1	3			
120416 Ideas suicidas	2	3			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 Conductual</p> <p>Clase: R. Ayuda para el afrontamiento</p> <p>INTERVENCION: 5330 Control del estado de animo</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad a medida que progresa el tratamiento. • Administrar cuestionarios de autocumplimentados (escala de Beck, escalas del estado funcional) según corresponda. 	<p>De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica se usará la tabla de Goldberg la cual es de medida preventiva de ansiedad y depresión. Están son algunas técnicas conductuales de relajación: Técnicas de relajación: para alcanzar un estado de hipoactivación que contrarreste y ayude a controlar el de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en relajación progresiva • Entrenamiento en control de la respiración Técnicas de exposición: exposición a los estímulos que provocan la ansiedad, con el objetivo de prever y reducir las respuestas adaptativas • Desensibilización sistemática • Exposición gradual in vivo Técnicas de autocontrol: enseñan al paciente los principios que rigen la conducta no deseada • Autoobservación 	Criterio de resultado: 1204 Equilibrio emocional	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>120403 Muestra control de los impulsos</p> <p>120407 Conflicto de ideas</p> <p>120416 Ideas suicidas</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y algo que le rodean del riesgo de daños físicos. • Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas. • Animar al paciente, según pueda tolerarlo a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoreforzamiento y autocastigo • Control de estímulos <p>Entrenamiento en habilidades sociales: tras analizar las conductas problema y reentrenarlas.</p> <p>(Goldberg y Cols,1998)</p>		
--	---	--	--

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 4 Actividad y ejercicio</p> <p>Datos objetivos: Depresión</p> <p>Higiene personal deficiente, Higiene del hogar deficiente</p> <p>No acude a detecciones de cáncer de mama y cervico- uterino</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere no realizar ninguna actividad física, abulia.</p>	<p>Dominio: 4 Actividad/Reposo Clase:5 Autocuidado</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Descuido personal</p> <p>Factores(s) relacionado(s) o Incapacidad para mantener el control, Función ejecutiva deficiente</p> <p>Características definitorias: Higiene del entorno insuficiente Higiene personal insuficiente No adherencia a las actividades saludables</p>	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)			
		Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud		Clase: (S) Conocimiento sobre salud	
		Criterio de resultado: 0305 Autocuidados: higiene			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		030506 Mantiene la higiene oral	2	3	
030508 Se lava el pelo	1	4			
030509 se peina o cepilla el cabello	2	3			
030514 Mantiene una apariencia oulcra	2	4			
030517 Mantiene la higiene corporal	2	4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1 Fisiológico/Básico</p> <p>Clase: F. Facilitación del autocuidado</p> <p>INTERVENCION: 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado. • Determinar la cantidad tipo de ayuda necesitada. • Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia calidad, relajante, privada y personalizada. • Mantener rituales higiénicos. • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. 	<p>La educación es una herramienta fundamental de la promoción de la salud que facilita el cambio de conducta potenciando factores protectores.</p> <p>También puede usarse en prevención de la enfermedad para identificar factores de riesgo que eviten que individuos o colectivos sufran daños o lesiones usando medida de protección específica.</p> <p>Técnicas de aseo bucal</p> <p>Aseo de la cavidad nasal</p> <p>Aseo de oídos externos</p> <p>Aseo de cabello y herramientas para la pediculosis</p> <p>(GPC. IMSS, 2014)</p>	Criterio de resultado: 0305 Autocuidados de higiene	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>Indicador (es)</p> <p>030506 Mantiene la higiene oral</p> <p>030508 Se lava el pelo</p> <p>030509 se peina o cepilla el cabello</p> <p>030514 Mantiene una apariencia pulcra</p> <p>030517 Mantiene la higiene corporal</p>	<p>3</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): 7 Auto Percepción</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Trastornos mentales en la madre y el hermano</p> <p>Datos Subjetivos: Dinámica familiar disfuncional</p> <p>Refiere no tener una buena relación con su padre (no le habla desde hace años).</p>	<p>Dominio: 7 Rol/Relaciones</p> <p>Clase: 2 Relaciones familiares</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Procesos familiares disfuncionales</p> <p>Factores(s) relacionado(s) Habilidades insuficientes para la solución de problemas</p> <p>Características definitorias: Aislamiento Social, habilidades insuficientes para la solución de problemas, Incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales depresión, frustración</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: 3 Salud Psicosocial	Clase: (N) Adaptación psicosocial	
		NOC: [2602] Funcionamiento de la familia:		
		260209 Se adapta a crisis inesperadas	Puntuación inicial *	1
260210 Obtiene los recursos	1		3	
260211 Crea un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos	2		4	
260214 Implica los miembros en la resolución de los conflictos	2		4	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 5 Familia Clase: X. Cuidados durante la vida</p> <p>INTERVENCION: 7150 Terapia Familiar</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los miembros de la familia a cambiar el modo en el que se relacionan con otros miembros de la familia. • Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional. • Determinar si se están produciendo abusos en la familia. 	<p>LA TERAPIA FAMILIAR Y NEUROCIENCIAS:</p> <p>El modelo biopsicosocial se plantea los desórdenes psiquiátricos como el resultado de un grupo de factores de riesgo biológico, psicológico y social. No todas las familias con dificultades de interacción son asociadas con el niño, pero frecuentemente es el paciente designado. Este mosaico de factores de riesgo sugiere al psiquiatra un posible diagnóstico con respecto al niño, apreciando la interacción familiar. La terapia familiar conjunta se refiere a sesiones en que todos los miembros familiares se tratan con el terapeuta. La terapia familiar coexistente se refiere a la terapia familiar y terapia individual dirigidas al mismo tiempo. El grupo familiar múltiple se refiere a las reuniones de varias familias. Todas tienen un miembro familiar con problemas similares.</p> <p>(Barret PM, 1994)</p>	Criterio de resultado: [2602] Funcionamiento de la familia:	
		Indicador (es)	Puntuación final
		260209 Se adapta a crisis inesperadas	3
		260210 Obtiene los recursos	3
260211 Crea un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos	4		
260214 Implicados miembros en la resolución de los conflictos	4		

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 2 Nutricional/Metabólico</p> <p>Datos objetivos: Talla: 1.61cm, Peso:100.900 kg, IMC:38.9 (Obesidad exógena), Glicemia capilar en ayuno de 90mg/dL</p> <p>Datos Subjetivos: Dieta pobre en calidad predominando alimentación no saludable (frituras, hamburguesas, nachos, hot dogs, papas a la francesa y coca-cola)</p>	<p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Obesidad</p> <p>Factores(s) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo: Consumo de bebidas endulzadas con azúcar, Frecuencia alta en ingestión de comida de restaurante o frita, La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad</p> <p>Características definitorias: Adulto: Índice de masa corporal mayor a 30kg</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 2 Salud Fisiológica	Clase: (K) Digestión y Nutrición		
		Criterio de resultado: 1004 Estado Nutricional			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
100402 Ingesta de alimentos	1	4			
100403 Energía	1	4			
100405 Relación peso y talla	2	5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 Conductual</p> <p>Clase: (S) Educación de los pacientes</p> <p>INTERVENCION: 5614 Enseñanza dieta prescrita</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.</p> <p>Determinar las perspectivas, antecedentes culturales y otros factores del paciente y de la familia que puedan afectar la voluntad del paciente para seguir la dieta prescrita.</p> <p>Informar al paciente sobre los alimentos permitidos prohibidos</p>	<p>A. Promover la salud con las intenciones nutricionales considerando además la pérdida de peso a largo plazo el control clínico de medidas fisiológicas como presión arterias, lípidos sanguíneos o glucosa para que el tratamiento sea eficaz</p> <p>B. Los objetivos del tratamiento de la obesidad son varios:</p> <p>Lograr pérdida significativa (10% peso del peso inicial)</p> <p>Disminuir el riesgo cardiovascular y metabólico asociado al exceso de peso, hay beneficios sobre las complicaciones de la obesidad</p> <p>Mejorará los factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad</p> <p>Mejorar las comorbilidades vinculadas al exceso de peso</p> <p>Disminución de otros factores de riesgo mediante los nutrientes contenidos de la composición de alimentos</p> <p>C. Condiciones que debe cumplir el tratamiento dietético o plan de alimentación</p>	Criterio de resultado: 1004 Estado Nutricional	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>100402 Ingesta de alimentos</p> <p>100403 Energía</p> <p>100405 Relación peso y talla</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>

	<p>Disminuir la grasa corporal perseverando al máximo grasa magra.</p> <p>Ser factible de realizar a largo plazo.</p> <p>Ser eficaz a largo plazo y mantener un peso saludable.</p> <p>Prevenir futuras ganancias de peso.</p> <p>Inducir una mejoría psicopática con recuperación de la autoestima</p> <p>Aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida del sujeto</p>		
--	--	--	--

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): 8 Rol/ Relaciones</p> <p>Datos objetivos: Antecedentes de heteroagresion</p> <p>Datos Subjetivos: Refiere dificultad para el manejo de emociones, consumo de alcohol, tendencia a la promiscuidad sexual.</p>	<p>Dominio: 5 Percepción/Cognición</p> <p>Clase: 4</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Control de impulsos ineficaz</p> <p>Factores(s) relacionado(s) o Trastorno del estado de animo</p> <p>Características definitorias: Actuación impulsiva, Irritabilidad, Promiscuidad sexual</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Salud psicosocial	Clase: (O) Autocontrol		
		Criterio de resultado: Autocontrol de los impulsos			
		Indicador (es) 140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		140503 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas	2	5	
140507 Verbaliza control de impulsos	2	5			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 Conductual</p> <p>Clase: (O) Terapia conductual</p> <p>INTERVENCION: 4370 Entrenamiento para controlar impulsos</p> <p>ACTIVIDADES Manejo de la conducta Mejora de la imagen corporal Terapia con el entorno</p>	<p>De la siguiente manera se realizaron los siguientes procedimientos terapéuticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La utilización de la relación terapéutica en el contexto que moldearla estilo impulsivo. 2. La realización de rol-playing en sesión para simular situaciones que en el piso le generaban reacciones emocionales fuertes y ensayar alternativas de respuesta. 3. Exposiciones planificadas en su vida cotidiana destinadas a la puesta en marcha de estas nuevas habilidades en su contexto natural. 4. Instrucciones a los educadores del piso de tratamiento de modo que se reforzara adecuadamente las conductas objetivos y se extinguieran las inadecuadas 	Criterio de resultado: Autocontrol de los impulsos	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales</p> <p>140503 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas</p> <p>140507 Verbaliza control de impulsos</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>



VII PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: M J R G

EDAD:22 Años SEXO: Femenino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Trastorno Límite de la Personalidad

FECHA DE ELABORACIÓN: agosto 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Urgencias de la clínica #50 Clínica psiquiátrica
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Solicitar ayuda terapéutica ante datos de: ansiedad extrema, pensamientos suicidas recurrentes, descontrol de impulsos, depresión severa.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Se le explica a la paciente que las característica principal de su trastorno es la dificultad para el manejo de sus emociones lo que provoca relaciones sociales difíciles, aunado a la poca tolerancia cuando las cosas no salen como espera (pobre tolerancia a la frustración) y como respuesta a ello se presenta la impulsividad que puede traducirse en agresión hetero o autodirigida.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Mantener una dieta saludable, sin grasas lampreados y bebidas endulzantes químicas, como jugos y refrescos, tomar 2 lb de agua el dia, mantener frutas y verduras entre comida, y eliminar harinas.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Buscar la comunicación con su familia, expresar sentimientos, sugerir la terapia familiar como alternativa para mejorar la relación familiar. Recomendar en el ámbito laboral la comunicación de forma efectiva, buscar un momento para comunicar sus sentimientos y como impactan en su rendimiento laboral; mejorar la tolerancia hacia superiores (Rol playing). Se sugiere mejorar la limpieza en el hogar, involucrando a toda la familia, el control de fauna nociva y la promoción de la higiene personal.
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)	Se recomienda realizar caminata iniciando con 30 minutos diarios y aumentar el tiempo según tolere, se le comenta que a medida que el medicamento (antidepresivo) hace su efecto podrá recobrar la energía para realizar sus actividades.



PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO DEPRESIVO Y EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD



CRUZ ROJA MEXICANA

MEDICAMENTO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Y NO	Citalopram 0-0-1 Quetiapina 0-0-1 Clonazepam en caso de insomnio
ESPRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)		Buscar la tolerancia ante preferencias o creencias religiosas de la familia, buscar acercamiento hacia algo o alguien que le pueda transmitir paz.



7.1 CONCLUSIONES

El trastorno límite de la personalidad o Borderline, es un síndrome, no una enfermedad, ya que no presupone una causa común. Las personas que reciben este diagnóstico en particular son muy diferentes entre sí, por lo que requieren un tratamiento altamente personalizado adecuado a sus características y circunstancias.

La aplicación del proceso cuidado enfermero desde el enfoque de la teoría de las relaciones interpersonales es de gran utilidad en el abordaje del TLP, dadas las características del trastorno, se requiere del desarrollo de habilidades terapéuticas en el personal de enfermería para establecer metas en el manejo, así como el establecimiento de límites en la relación enfermera-paciente; debido a la alta posibilidad de desarrollar niveles de dependencia con el paciente.

El cuidado a la persona con TLP representó un reto personal y profesional, debido, en primer lugar al poco conocimiento que tenía sobre las características del trastorno, para lo cual fue necesario documentarme ampliamente, por otro lado el desarrollo de la empatía ante conductas poco adaptativas en la paciente no fue sencillo, sin embargo el tener presente que el objetivo de la relación enfermera-paciente es considerar a la persona como un ser holístico que requiere apoyo para el afrontamiento positivo me permitió estar abierta a brindar ayuda ante un trastorno complejo que sitúa a la persona en condición de vulnerabilidad.



VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Suarez J., Del Castillo Arévalo F., Fernández Fidalgo D. y Muñoz Meléndez M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicios de Salud Principado de Asturias. Consultado el 31 de Julio de 2021; Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
2. Amaro Cano, M. (2004). Historia Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Cuidad de la habana. Revista cubana enfermería v.20 n.3.
3. Ávalos Torres E, Silé Rojas V, Roche Molina H, y Gómez Rodríguez J, (2007). Diagnóstico de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos más frecuentes en afecciones cardiovasculares. Consultado el 29 de Julio del 2021. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/trastorno-limite-de-la-personalidad-abordaje-de-enfermeria-desde-un-hospital-de-psiquiatria-caso-clinico/>
4. B. Barnier, Daniel N. Klein, J.L. Pedreira Massa, J. Romeo, M.J. Ruiz Lozano y J. Canals Sans. (2005). guía de trastorno depresivo. 2005, de Salud Mental. Consultado el 30 de Julio del 2021. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
5. Bateman, A. y Fonagy, P. (2004), *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press. Consultado el 28 de Julio del 2021 Disponible en: <https://psisemadrid.org/trastorno-de-personalidad-limite/>
6. Ben S. (1994) Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. Comportamiento contemporáneo de liderazgo. IV edición J.B. Lippincott
7. Benavent MA, Rodríguez J, (2006). Enfermería ciencia arte y cuidado., de HospitaClínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras Consultado el 17 de Julio 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
8. Blanco, C, Saribia.R, Larazo.M(2014). Metodología de Enfermería. (Julio,27,2021). Consultado el 31 de Julio 2021. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jjmijana/5-2taxonomianicnoc>
9. Bulechek, G. Butcher, H. Dochterman, J. y Wagner, C. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Barcelona España: ELSEVIER.



10. Carrillo Gonzales G, y Rubiano Mesa Y. (julio, septiembre, 2007). La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. julio, 2021, de Scielo. Consultado el 27 de Julio del 2021 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300009
11. Doenges M, Frances Moorhouse M. (2014). Proceso y diagnósticos de enfermería. julio, 2021, de Manual moderno enfermería. Consultado el 20 Julio 2021. Disponible en <https://hdl.handle.net/10901/14589>
12. García Flores-M, Ariza-C, Durán DM., Sánchez HB, Colliere-MF, Marriner-Tomey A, García-Martín Caro C. (9-10 de marzo de 2006). La Importancia del Cuidado enfermería. o 14/04/2009, de Reunión Nacional de Enfermería. 1° semana internacional de calidad en la salud Consultado el 16 de julio 2021. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/beneficios.
13. Hernández.V. (2014). Indicadores de calidad (Julio, 27,2021). De Hernandez.Consultado el 17 de Julio del 2021. Disponible en: <https://es.slideshare.net/veronikamayo/indicadores-de-calidad-40095982>
14. Jiménez Barbero, Pérez García, Rivera Rocamora, C. Medina Garrido, L. Munuera García, V. y Sánchez Muñoz, M. (2010), N°20, El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. Consultado el 18 de Julio 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300024
15. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC, Zannarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR, Meyer B, Pilkonis PA, Beevers CG, Kleindienst N, Bohus M, Ludascher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, Chapman AL, Reicherzer M, Stieglitz RD, (et.al), (2010), DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS PUBLICACION DE NIH Núm. 13.4928 Consultado el 23 de Julio del 2021, Disponible en: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/limite_personalidad.pdf
16. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC, Zannarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR, Meyer B, Pilkonis PA, Beevers CG, Kleindienst N, Bohus M, Ludascher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, Chapman AL, Reicherzer M, Stieglitz RD, (et.al), (2010), DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS



HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS PUBLICACION DE NIH Núm. 13.4928 Consultado el 23 de Julio del 2021, Disponible en: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/limite_personalidad.pdf.

17. León Román, C. (2006). Editorial ciencia enfermería, Vol. 2, Enfermería ciencia y arte del cuidado. Revista Cubana Enfermería, 1, 5
18. Marly, F. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de ssaver disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
19. Martínez Martín, M. y Chamorro Rebollo, E. (2016). Historia de la Enfermería, Evolución Histórica Del Cuidado Enfermero. 3. Edición. Ed. Elsevier. Consultado el 16 de Julio del 2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
20. Meleis, A, Kise Larson, Gordon S, Farrel M, Duran de Villalobos, Benner P, Boykin, A. (2000). EL cuidado como objeto de la enfermería. 0, de Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Consultado el 14 Julio 2021. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312>
21. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; Vol. 3 N° 1. Consultado el 31 de Julio 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
22. Montaña, J. (2018). Callista Roy: biografía, teoría y obras. Lifeder. Consultado el 29 de Julio del 2021. Disponible en: <https://www.lifeder.com/callista-roy/>.
23. Moorhead N., Marion.J., Meridean L., Maas. y Swanson.E.(2018). Clasificación De Resultados De Enfermería (Julio, 27,2021). De Moorhead,N.Consultado el 25 de Julio del 2021 Disponible en:<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-relacion-entre-las-clasificaciones-de-enfermeria-NOC>
24. NANDA. Herdman T, Kamitsuru S. (2018-2020). Diagnósticos Enfermeros. julio 15, 2021, de Edición Hispanoamericana.
25. Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. y Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Universidad de ciencias médicas Cuba. Revista vol.19 n.3



26. Organización Mundial de la Salud (1995): Trastornos mentales y del comportamiento; descripciones clínicas y pautas del diagnóstico (CIE 10). Ed. Meditor. Consultado el 28 de Julio del 2021. Disponible en: https://www.centromultiprofesional.com/wp-content/uploads/2016/08/CIE_10-T_Personalidad.pdf
27. Peters J, (2019) Trastorno Límite de la Personalidad, Albert Brown Medical. Consultado el 28 de Julio del 2021. Disponible en: https://www.tuotromedico.com/temas/trastorno_limite_personalidad.htm
28. Ponti, L. (2016). La enfermería y su rol en la educación para la salud, Ed.UAI. Disponible en:https://www.academia.edu/25884140/La_enfermer%C3%ADa_y_su_rol_en_la_educaci%C3%B3n_para_la_salud
29. Potter, A. (2013). Proceso de atención de enfermería. Consultado el 12 Julio, 2021, de salud pública de Paraguay disponible en: <file:///C:/Users/NominaTemporal/Downloads/proceso.pdf>
30. Reina.C (2010) El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. (3-4),2021, Julio,14 De Umbral Científico. Consultado el 24 de Julio del 2021.Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
31. Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico de salud mental 2013-2018. Programa sectorial de salud. 1 ed. Consultado el 22 de Julio 2021. Disponible en: http://consame.salud.gob.mx/Descargas/Pdf/Salud_Mental.pdf
32. Torres Barrera, S y Zambrano Lizárraga, E. (2010). Breve historia de la educación de la enfermería en México. Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc. 18 (2): 105-110.Consultado el 16 de Julio del 2021 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>
33. UNAM. (2020). El Proceso de Atención de Enfermería. Consultado julio 14, 2021, de UNAM. Consultado el 29 de Julio del 2021 Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
34. Universidad de Antioquia. (2016). Ejecución de las intervenciones en el proceso de atención de enfermería. Consultado julio 14 de Julio del 2021 Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962>



35. Universidad de Guanajuato. (2018). Unidad didáctica 4: Proceso enfermero. Consultado julio 14 del 2021, de universidad de Guanajuato Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/>
36. Vélez A., Consuelo Vanegas G., José Hoover. (2011). Epistemología del cuidado en
37. Ventura, H y Johnson, D. (2011). Modelo de sistema conductual. Instituto superior de Enfermería. Chiapas. Disponible en: http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/05/modelo-del-sistema-conductual_30.html



IX GLOSARIO

Anticonvulsivos: Medicamento u otra sustancia que se usa para prevenir o interrumpir las crisis epilépticas o convulsiones

Antidepresivos: Estos medicamentos ayudan a mejorar la forma en que el cerebro utiliza ciertas sustancias químicas naturales.

Antipsicóticos: Los antipsicóticos son un tipo de drogas psicotrópicas que alivian síntomas psicóticos como los delirios, el lenguaje, y la conducta desorganizados y las alucinaciones

Cervicouterino: Es un tumor maligno que se inicia en el cuello de la matriz y es mucho más frecuente en mujeres mayores de 30 años.

Comorbilidad: También conocida como morbilidad asociada es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona

DSMV: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana

EBE: Enfermería Basada en Evidencia

GPCE: Guía de Práctica Clínica en Enfermería

Heteroagresion: Se conoce como todas aquellas conductas o comportamientos agresivos que van dirigidos hacia otras personas.

Metaparadigmas: Es el conjunto de conceptos esenciales que identifican los fenómenos de interés para la enfermería, constituye el núcleo disciplinar de la enfermería.

PBE: Practica Basada en Evidencia

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Trastorno Borderline: También conocido como el Trastorno Límite de la Personalidad



PROCESO CUIDADO ENFERMERO ATENCION AL TRASTORNO DEPRESIVO Y EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD



**CRUZ ROJA
MEXICANA**