

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON INESTABILIDAD
EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO ALLIN KAWSAY, CURAHUASI;
ABANCAY – 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

JASMINE BAZÁN HUAMANTICA

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE PRESIDENTE
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES SECRETARIO
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 121-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 20 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	5
1.1 Planteamiento del problema.	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.1.1 Antecedentes Internacionales	9
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	12
2.2 Bases teóricas	16
2.2.1 Teoría Fenomenológica de la personalidad “Car Roger”.....	16
2.2.2 Teoría de relaciones interpersonales (Hildegard Peplau).....	18
2.3 Bases conceptuales.....	20
2.3.1 El Trastorno Límite de la Personalidad.....	20
2.3.2 Cuando comienza el Trastorno Límite de la Personalidad	22
2.3.3 Signos y Síntomas.....	22
2.3.4 Causas	23
2.3.5 Diagnóstico.....	24
2.3.6 Clasificación	25
2.3.7 Complicaciones	25
2.3.8 Tratamiento	26
2.4. Definición de términos	29

CAPITULO III: CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DEL CENTRO DE SALUD MENTAL	31
3.1 Valoración.....	31
3.1.1 Datos de Filiación	31
3.1.2. Motivo de consulta:.....	31
3.1.3 Enfermedad Actual:	32
3.1.4 Antecedentes	32
3.1.5 Examen Físico:.....	33
3.1.6 Valoración Según Modelo de clasificación de Dominios y Clases:	33
3.2 Diagnostico de Enfermería	37
3.2.1 Lista de Hallazgos Significativos	37
3.2.2 Diagnostico de Enfermería Según Datos Significativos.....	38
3.2.3. Esquema de Diagnostico de Enfermería	38
3.4 Ejecución Y Evaluación	43
3.4.1 Registro de Enfermería: SOAPIE	43
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	50
ANEXOS	55

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, define la salud mental como *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» la salud mental”*. (1)

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan donde tiene como objetivo general de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. (1)

La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás. (1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para guiar las intervenciones de salud mental que se realicen en la Región de las Américas entre 2015 y 2020. Los trastornos de salud mental y por uso de sustancias tienen una alta prevalencia y son factores que contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, además de aumentar riesgo de padecer otras condiciones de salud. (2)

Los rasgos de personalidad son “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales”. (3)

Las personas con trastornos mentales no deben ser internadas en los hospitales psiquiátricos porque pierden sus habilidades sociales, dijeron hoy expertos del Grupo Impulsor de la Reforma de la Salud Mental (GIR), quienes propusieron como alternativa de tratamiento un modelo de atención comunitaria. (4)

Hay que comprender el sentido de lo que significa el tratamiento a una persona con trastornos mentales. El paciente de un hospital psiquiátrico al que uno observa que deambula, no lo hace por la enfermedad mental que tiene, sino por el deterioro social al que se le lleva. (4)

Desde el 2010 el Seguro Integral de Salud (SIS) incorporó a su cobertura de atención cuatro patologías mentales: depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. (4)

En el Perú, los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos, siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil. (5)

Un individuo afectado por esta patología tiene una personalidad disfuncional: experimenta cambios frecuentes e inexplicables en el carácter y en la imagen que tiene de sí mismo. Presenta relaciones de afectivas intensas e inestables, un miedo permanente al abandono, y problemas en su rendimiento escolar o laboral. (6)

Quien padece el trastorno *borderline* siente que vive sus emociones al límite: al límite del dolor, al límite de la tristeza. Tiene recurrentes sensaciones de vacío o tedio, asociadas a una producción insuficiente de serotonina, la hormona del placer, por ello procura saciarse a través del consumo excesivo de comida, los gastos desmesurados, las drogas, el sexo, e incluso conductas que atenten contra su integridad física (cortes o quemaduras autoinfligidas), temerarias (conducir a altas velocidades), o abiertamente suicidas, sus reacciones son excesivas, impulsivas, pues tienen dificultad en regular sus emociones, lo cual puede desembocar en explosiones de furia y agresión física.(6)

CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

1.1 Planteamiento del problema.

El suicidio se cobra la vida de más de 800.000 personas en todo el mundo cada año y es la segunda causa de muerte, después de las muertes accidentales, en varones jóvenes a nivel mundial. En las personas con trastorno límite de personalidad (TLP) se han encontrado tasas de suicidio de hasta un 10%, mientras que los intentos de suicidio son aún más frecuentes y se consideran uno de los motivos de consulta urgente más importantes de estos pacientes. Así, estudios epidemiológicos muestran que el 60-70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizarán 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida. (7)

El Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) reveló que el 75 por ciento de las personas que padecen el trastorno 'Límite de la personalidad', denominado también como 'Borderline', son mujeres. (8)

Entre el 2 y el 8 por ciento de la población española puede padecer trastorno límite de la personalidad, una patología grave y el más común de los trastornos de la personalidad. El porcentaje de afectados crece hasta conformar el 20 por ciento de la población hospitalizada, pero los profesionales especializados en su diagnóstico y tratamiento son escasos en el país de Madrid 2019. (9)

Según la OMS las cifras de adolescentes que padecen diversos trastornos de personalidad y comportamiento van en aumento a nivel internacional, donde informa que 1 de cada 5 personas entre los 10 y 19 años en etapa adolescente sufren de algún episodio de enfermedad mental, siendo una etapa de desarrollo crítico de la personalidad.(10)

Según la OPS/OMS en Ginebra/Washington el 30 de marzo del 2017 La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo

el mundo, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. (10)

Un estudio realizado por la carrera de Psicología de la Universidad Científica del Sur, evaluó los rasgos de Personalidad Psicopatológicos en Adolescentes de la zona de Lima Sur, evidenciando que 3 de cada 10 entrevistados tienen una tendencia a presentar rasgos psicopatológicos como prototipos de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos. (11)

El Ministerio de Salud (MINSA) estima que los trastornos mentales representan 17.4% del total de años de vida saludable perdidos, debido a su cronicidad prematura, que genera discapacidad. (11)

Las personas con Trastorno límite de la personalidad inician las relaciones sexuales a temprana edad en donde muestran mayor prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo, en especial, si estas están asociado al consumo de sustancias, lo que incrementa la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, mantener relaciones sexuales comerciales y sufrir violaciones.(12)

Las personas con Trastorno límite de la personalidad muestran más dudas sobre la identidad y orientación sexual, muestran de impulsividad sexual, mayor número de parejas sexuales, mayor apertura a las relaciones esporádicas y más problemas para mantener relaciones amorosas. (12)

Las mujeres con personalidad inestable o “borderline” son más propensas a sufrir cuadros depresivos intensos que llevan a intentar el suicidio en ciertos momentos y circunstancias como el Día de San Valentín (13)

“Según la tipología especializada, las mujeres ‘borderline’ son aquellas que no soportan la soledad ni los reveses sentimentales, tampoco el abandono o la infidelidad de su pareja y sufren mucho, son más vulnerables”. (13)

Sostuvo que estas personas no pueden manejar estas situaciones y por eso devienen con mayor facilidad en un cuadro depresivo intenso que las puede llevar al suicidio. (13)

Además, por estar siempre en busca de una pareja, pueden encontrarse con varones con un perfil psicológico similar, lo que incrementa la posibilidad de caer en depresión e intentar el suicidio. (13)

“Estas personas se presentan en las salas de emergencias con intentos de suicidio mediante el corte de sus venas, con sobredosis de pastillas o envenenamiento” (13)

El especialista refirió que alrededor del 70% de casos atendidos en dicho instituto por problemas sentimentales responden cuadros de crisis nerviosa de mujeres “borderline”. (13)

Vásquez comentó que en esta fecha especial las ideas suicidas son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, aunque éstos últimos son más decididos al momento de acabar con su propia vida y consuman la autoeliminación. (13)

“Las mujeres solicitan ayuda especializada generalmente luego del término de una relación amorosa y tienen esa dosis de nostalgia, recuerdos, tratando de recordar lo mejor que tuvieron en su vida sentimental”. (13)

Los hombres, en cambio, casi no acuden en búsqueda de ayuda y sólo nos enteramos de su decisión fatal por los medios de comunicación. (13)

“Hay meses como enero o diciembre donde se reportan más casos, por las celebraciones de Navidad y Año Nuevo, pero hemos encontrado en una

década tres años no consecutivos en donde febrero ha sido el mes con más casos”. (13)

Vásquez también indicó que la semana de la celebración del Día de San Valentín –entre el 11 y 20 de febrero- reporta generalmente el mayor número de atenciones por cuadros depresivos intensos. (13)

El Centro de Salud Mental Comunitario Allin Kawsay del distrito de Curahuasi, detectó que el de la población de esta zona, entre niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, sufren problemas relacionados a la salud mental, como es el caso de la depresión y el consecuente Inestabilidad emocional de la personalidad; por lo que; nuestro compromiso como Personal de la Salud es apoyar en la prevención, diagnóstico, seguimiento, acompañamiento permanente hasta su recuperación o estabilizar su salud; por lo que se realiza este proyecto que nos orientará en esta labor .

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

OBANDO, G (2015). En su estudio realizado para obtener el grado de maestro titulado “Factores clínicos relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad”. (Costa Rica) 2015. Cuyo objetivo de este trabajo de investigación es caracterizar los reingresos hospitalarios de esta población, en lo referente a las características de la persona hospitalizada. Como resultado se obtuvo lo siguiente según datos del área de Servicios Médicos y Estadísticas en Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, obtenidos mediante consulta directa, en el año 2013 hubo 95 egresos con el diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Dado que no existe consenso sobre una definición operativa del término “reingreso hospitalario”, En conclusión, De los 85 casos estudiados, 23 tuvieron uno o más reingresos hospitalarios en el periodo estudiado, lo que corresponde a un 27%. Entre el grupo sin reingresos hospitalarios y el grupo donde hubo nuevas hospitalizaciones. (14)

MONZÓN, S (2015). En su estudio denominado “El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: Diagnóstico diferencial con el desarrollo evolutivo adolescente”. (España) 2015, dicho estudio cuyo objetivo fue la realización de una revisión teórica o histórico-crítica a través del análisis de la bibliografía existente, sobre las diferencias entre

la patología borderline y las características evolutivas propias de la adolescencia, Siendo la metodología de investigación, descriptivas y, fundamentalmente, psicodinámicas. , Se observó tanto las características cualitativas como las cuantitativas. La adolescencia es un estadio del desarrollo que solo influye en el exacerbamiento y la coloración de la patología preexistente. Conclusiones Cuando existe un desarrollo evolutivo adecuado, hay suficiente integración y flexibilidad como para soportar las dificultades correspondientes de cada etapa. Un adolescente con un adecuado desarrollo evolutivo funciona de acuerdo con las normas de desarrollo. (15)

CABALLO V (2009) Realizaron un estudio titulado “Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo”. (España) 2009. En donde el objetivo fue averiguar las relaciones que existen entre la personalidad normal y la patológica; las relaciones entre los cinco grandes factores y los trastornos de la personalidad. En conclusión, los resultados muestran que tres factores, Extraversión, Estabilidad emocional y Amabilidad, se relacionan significativamente con algunos trastornos. Los hombres puntuaban significativamente más alto que las mujeres en factores como Extraversión, Estabilidad emocional. Las mujeres tenían puntuaciones superiores en el factor de la Amabilidad y en los trastornos Límite, Dependiente y Depresivo. Se discuten las implicaciones de estos resultados para la práctica clínica. (16)

GARCIA T, PÉREZ M y OTIN R (2010). Realizaron un estudio titulado “Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad” (España) 2010. Cuyo objetivo de este trabajo es ser una revisión del TLP y su tratamiento integral en los diferentes niveles asistenciales pero centrado en hospitales de día, ya que en general es en estos dispositivos donde

se tratan los casos más graves y donde más implantados están los programas específicos (si no para los TLP en particular sí para los TP en general). Como resultado en los Centros de Salud Mental, se están realizando ya grupos específicos para TP como parte de su tratamiento integral a este nivel. Por último, existe una falta de estudios que avalen la eficacia del tratamiento integral del TLP (no así del tratamiento psicoterapéutico), a pesar que sí hay una clara evidencia clínica de su eficacia. (17)

JIMÉNEZ, J A., y otros (2010). En su estudio titulado “el trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente” (España) 2010. El presente estudio tiene por objetivo proponer orientaciones psicoterapéuticas que favorezcan la interacción en el cuidado de pacientes con este trastorno. El estudio uso una metodología de tipo descriptivo donde son: revisiones sistemáticas, con y sin metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados, y no aleatorizados. Como resultado obtenido, proponemos el empleo de la filosofía dialéctica. En conclusión según los datos de que disponemos, a diferencia de lo que ocurre con otros trastornos mentales, como los de naturaleza psicótica, el tratamiento farmacológico del TLP no parece obtener resultados totalmente significativos, para una evolución positiva del mismo según las conclusiones del estudio, los pacientes podrían obtener mejores resultados por enfermeros con “actitudes positivas, dirigidas hacia la promoción de la salud de estos pacientes y contando con la recepción oportuna y el apoyo constante de los miembros del equipo de salud”. (18)

CRISTINA, M. (2013), y otros. En estudio que realizaron sobre” Estilos parentales, inestabilidad emocional y agresividad en niños de nivel socioeconómico bajo en Argentina y España” (España) 2013. Cuyo

objetivo es estudiar si el patrón de la relación entre el comportamiento de los padres y el desarrollo socioemocional de los niños se mantiene a través de diferentes contextos socioeconómicos y nacionales. Los resultados indican que la agresión y la inestabilidad emocional están relacionadas; Las dimensiones de estilos parentales se relacionan diferentemente con la inestabilidad emocional y la agresividad, Como resultados de este estudio sugieren que los patrones de interacción entre los padres y los niños son fundamentales en el desarrollo socioafectivo de estos últimos, y que serían similares cualquiera sea el contexto analizado. (19)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

BRICEÑO, C. (2013). Realizó un trabajo de investigación titulado: “Tratamiento de un caso clínico de trastorno no especificado de la personalidad” (Lima) 2016. En donde el objetivo fue presentar una descripción detallada de las características psicológicas actuales de un caso clínico de una mujer de 32 años que presenta un trastorno de personalidad no especificado. Como resultados se obtuvo lo siguiente, se pudo determinar que existe una predominancia de sistemas correspondientes al trastorno de personalidad por dependiente, así como al trastorno de personalidad evitativo. Estos últimos lograron remitir significativamente a lo largo del proceso de terapia. (20)

DENEGRÍ, L. (2018) En su estudio denominado “Características Psicosociales en personas con trastornos límite de la personalidad”. (Arequipa) 2018. Dicho estudio cuyo objetivo fue elaborar una construcción teórica de las características psicosociales vinculadas a personas con trastorno límite de la personalidad desde la perspectiva

del estudio de caso. El tipo de estudio fue cualitativo, utilizando la metodología de estudio de caso, valiéndose de un tipo de muestreo típico, muestra total de siete personas de un servicio de psiquiatría, ya que significativa para describir, analizar y comprender las características psicosociales del trastorno; llevando a plantear el por qué y para que del análisis de esta entidad clínica; la que se ve influenciada por factores individuales y con mayor implicancia socio biográficos. En conclusión, los resultados obtenidos evidencian que el trastorno se presentó en la totalidad de la muestra de sexo femenino y edades entre 22 y 53 años, donde el antecedente de violencia intrafamiliar es el mayor predisponente socio biográfico ello asociado a una familia disfuncional e infancia y adolescencia difícil con experiencias relacionadas a violencia sexual. (21)

CAMPOS, L. (2015) En su estudio denominado “Prototipos de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos en adolescentes de zonas marginales de la ciudad de Huánuco, 2015” (Huánuco) 2015. En donde el objetivo fue orientado a conocer las preocupaciones expresadas a través de las actitudes que los adolescentes tienen con respecto a problemas significativos del desarrollo, los prototipos de personalidad, preocupaciones expresadas y los Síndromes clínicos que reflejan áreas significativas de sentimientos patológicos, pensamientos y comportamientos. El estudio uso una metodología de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformado por 300 adolescentes de zonas marginales de la ciudad de Huánuco, a quienes se les aplicó el Inventario Clínico para Adolescentes de Millón. En conclusión el estudio señalo que las escalas con más altos puntajes están relacionados con lo egocéntrico, histriónico, conformista y rudo. Esto nos indica que los adolescentes de la muestra suelen estar

bastante seguros de sus capacidades y frecuentemente son vistos por los demás como pendientes de sí mismos y narcisistas, sin preocuparse por las necesidades de los otros. (22)

MONZÓN, S (2015). En su estudio denominado “El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: Diagnóstico diferencial con el desarrollo evolutivo adolescente”. (España) 2015. dicho estudio cuyo objetivo fue la realización de una revisión teórica o histórico-crítica a través del análisis de la bibliografía existente, sobre las diferencias entre la patología borderline y las características evolutivas propias de la adolescencia, de manera que permita la comprensión y el buen diagnóstico de la patología límite en esta etapa evolutiva. Siendo la metodología de investigación bibliográfica con análisis de textos desde las diferentes perspectivas históricas, descriptivas y, fundamentalmente, psicodinámicas, dado que los autores que más han investigado sobre el tema proceden del paradigma psicoanalítico. En conclusión tras realizar una evaluación psicológica a partir de las diferentes pruebas aplicadas, vamos a observar tanto las características cualitativas como las cuantitativas, comprobando que los comportamientos en la adolescencia evolutiva son transitorios, y aunque se pueden manifestar muy intensamente, nunca llegarán a alcanzar la intensidad de los comportamientos asociados a los trastornos de personalidad, por lo menos no de manera duradera, persistente e inflexible. (23)

SABINO, Y. (2017) En su trabajo de investigación titulado “Estudio de tres casos clínicos: Trastorno de somatización, Trastorno límite de la personalidad y depresión mayor, Lima - 2017” (Lima) 2017. Donde el objetivo fue presentar tres casos clínicos de Psicología, a la vez, describir las causas de Trastorno de Somatización (TS), un Trastorno

Límite de Personalidad (TLP) y una Depresión Mayor (DM), proponiendo un plan psicoterapéutico. El estudio uso una metodología de tipo cualitativa, porque no se usa datos numéricos ni estadísticos, se enfoca al estudio de cualidades y atributos de los fenómenos. En conclusión, en los tres pacientes se determinó las causas del desarrollo de su trastorno, son particularmente el factor psicosocial, familiar y experiencias infantiles traumáticas, y otros como: Proceso de apego, vulnerabilidad genética para (TLP). Distorsiones cognitivas, perdida de refuerzo positivo y disminución de noradrenalina para (DM). (24)

LUJAN, M. (2017) En su estudio denominado “Trastornos clínicos de personalidad en estudiantes de psicología que manifiestan ideación suicida / intento suicida”. (Arequipa) 2017. Tiene como objeto de estudio identificar la prevalencia de ideación e intento suicida y describir los trastornos clínicos de personalidad en los estudiantes de Psicología – 2016. Dicho estudio es de tipo cuantitativo con diseño Transeccional descriptivo comparativo; los instrumentos utilizados fueron la Escala de ideación suicida de Beck y el Inventario de evaluación de la Personalidad – PAI. Como resultados se muestran que la prevalencia de ideación suicida en los alumnos de psicología es del 5,6% y el 13,8% son sujetos que han cometido intento suicida; los perfiles de personalidad en quienes manifiestan categoría suicidio son las escalas clínicas de depresión y manía; así también, encontramos que el sexo masculino refleja mayores características de rasgos límites y trastornos de ansiedad relacionados a diferencia del sexo femenino que manifiesta rasgos antisociales y problemas con el alcohol. En conclusión, hay significancia entre la ideación suicida e intento suicida con las dificultades que presentan los sujetos dentro de sus relaciones sentimentales. (25)

ZEGARRA, J. (2011-2013) y otros en su trabajo de investigación denominado “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el centro de salud mental “Moisés Heresi” de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013.” (Arequipa-Perú) tiene como objetivo conocer la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en el sur del Perú entre los años 2011-2013 el método usado es descriptivo realizado mediante la consulta y análisis de historias clínicas, a través de un muestreo no-probabilístico se analizaron 1489 historias clínicas de los pacientes nuevos atendidos entre los años 2011 y 2013 en un centro de salud mental de referencia para la macro-región sur. Resultados: El 70% de los pacientes atendidos en el periodo de estudio comprendía a adultos jóvenes y adultos de edad media, económicamente activos y solteros. Los trastornos del humor tuvieron una prevalencia durante el periodo 2011 al 2013 de 22,3%, seguidos de los trastornos psicóticos (18,3%), y los trastornos por consumo de sustancias (15,2%). Se encuentran diferencias en torno al género en conclusión los pacientes atendidos fueron en su mayoría adultos jóvenes y adultos de edad media, lo que incrementa los años de vida saludable perdidos por tratarse de trastornos que tienden a la cronificación, los trastornos del humor, psicóticos y trastornos por consumo de sustancias son los más prevalentes dentro de la población. (26)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría Fenomenológica de la personalidad “Car Roger”

Esta teoría trata de comprender la conducta humana y las vivencias que desde el interior de las personas determinan su desarrollo y evolución. (27)

Carl Roger nació en 1902 es un autor conocido del movimiento humanista, su método terapéutico, la terapia centrada en el paciente, o terapia no directiva, parte de la hipótesis central de que el individuo posee en si mismo medios para autocomprensión y para el cambio de concepto de si mismo, elaboro una teoría de la personalidad a partir de la experiencia clínica obtenida mediante la aplicación de un método psicoterapéutico creado por él. (28)

Rogers parte del hecho de que las personas nacen con tendencias constructivas que necesitan ser expresadas, pero se deben dar las condiciones para ello, lo innato de la personalidad, lo que hace a cada persona diferente, si esto no ocurre va ser por los obstáculos del desarrollo. (28)

“No es tanto ser amonestado lo que puede dañar el desarrollo del niño, sino la forma en que es amonestado”. por ejemplo cuando un niño no recibe suficiente amor y cariño de la madre, el niño mira a los otros y no a su si mismo como guía de su conducta, el niño acepta a su si mismo solo cuando se comporta en la forma en que sabe que la madre lo aprueba o acepta. (28)

La base del desarrollo de la personalidad esta basada en el “de si mismo” o “self”, que esta a su vez se basa en las experiencias asimiladas por el “organismo”. (28)

Desarrollo del Concepto “De si mismo” es característico de la persona que además de poseer rasgos físicos que le identifican como única posee diversas formas de conciencia y pensamientos, en definitiva el “self” o el concepto que tiene una persona de si misma configura gradualmente su manera de vivir ya que la conciencia del yo es el centro del mundo interior de la persona, de esta manera el self es la causa que

determina nuestra individualidad frente a los otros ya que esto hace que cada uno de nosotros viva en un mundo muy distinto , de esta manera a través de las terapias el paciente encontrara la posibilidad de indagar y descubrir en si mismo sentimientos extraños ,desconocidos y peligrosos, solo en la medida que el paciente reconoce todas sus emociones que lo constituye de forma inconsciente y así comprenderá que todo ello forma parte de si mismo y va aceptar como la fuerza motriz que empuja su conducta y pensamiento. (29)

2.2.2 Teoría de relaciones interpersonales (Hildegard Peplau)

Hildegard pelau nacio en 1943 obtuvo un bachillerato en psicología interpersonal en bennington college,Vermont.

Falleció el 17 de marzo de 1990 en su casa en Sherman Oaks california

En 1969 se convierte en directora ejecutiva de la American Nurses Associations

La teoría de las relaciones interpersonales es el modelo en el cual se destaca la importancia de la atención de la enfermera al paciente, la misión de la enfermera es educar al paciente y ayudarlo al alcanzar un desarrollo maduro de su personalidad.

La personalidad de la enfermera es muy importante por la influencia que pueda provocar tanto para sí misma como para el paciente, para Peplau la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal comunitario. (30)

La teoría de Peplau se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente, Este modelo teórico humanista orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirige el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental. (31)

En su teoría, Peplau describe cuatro fases de relación enfermera–paciente y Estas etapas son: orientación, identificación, explotación y resolución, este modelo teórico se caracteriza por la atención centrada en el paciente, puede ser utilizado en la enfermería a todos los niveles. (31)

Para Peplau la enfermería es: “Un proceso significativo, terapéutico e interpersonal, la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en dirección a una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria”. El cuidado de enfermería es concebido entonces, como un proceso dinámico en cuanto a que la relación enfermera-paciente cambia y a medida que cambia, se transforman a la vez, enfermera y paciente, la enfermera podrá utilizar los recursos disponibles, así como los avances tecnológicos para mantener la vida y la dignidad de los pacientes. (31)

En definitiva, la humanización del cuidado en contextos tecnológicos en gran medida requiere el reconocimiento de los avances y desarrollos tecnológicos como medios, no fines, para la atención y el cuidado de las personas. La tecnología a veces, es el único medio por el cual se pueden satisfacer deseos humanos, por lo tanto, no es la tecnología la

responsable de la pérdida de humanidad en los ambientes tecnológicos, al parecer la responsabilidad descansa más en la técnica. (31)

La calidad del encuentro entre la enfermera y el paciente hace la diferencia entre una práctica humanizada y otra instrumental, por esto, una relación interpersonal, más allá de la ejecución de procedimientos y técnicas, es como lo explica Peplau (1990), una oportunidad de crecimiento y maduración para el paciente y la propia enfermera. La teoría de las relaciones interpersonales, puede servir como pilar en el cual sustentar las actuaciones de la enfermera y conferir significado a su relación con el paciente. (31)

Por último, dejar de abrazar la técnica y lograr el compromiso con el cuidado, estableciendo una relación centrada en el paciente y no en la tecnología, es en definitiva el objetivo para la atención humanizada y en esto resulta fundamental una comunicación clara y fluida, que permita las fases del proceso de relaciones identificadas y descritas por Peplau para quien, como se ha dicho, la enfermería es un proceso importante, terapéutico e interpersonal que hace posible la salud (1990). (31)

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 El Trastorno Límite de la Personalidad

Una cuestión importante antes de entrar en la descripción de los trastornos de la personalidad es plantearse qué es la personalidad. Desde el punto de vista histórico, es un término que deriva del griego (prósopon) y del latín (personare, persona), que originalmente era sinónimo de “personaje”, y se designaba con ello la máscara utilizada

por los actores de teatro que les permitía no sólo amplificar su volumen de voz, sino también ocultar su verdadero rostro. (32)

La personalidad podría considerarse como un patrón complejo de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distinguen a las personas entre sí, que persisten a lo largo del tiempo y se manifiestan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos serían una compleja mezcla de factores temperamentales (determinados por la biología) y caracterológicos (determinados por el ambiente). Según el DSM-IV-TR, los rasgos de personalidad son “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (32)

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2002), los rasgos de personalidad sólo pueden llegar a constituir un trastorno de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo en el individuo. (32)

El Trastorno de Personalidad Límite se relaciona principalmente con una profunda problemática narcisista y con una dimensión afectiva “enojada y hambrienta de atención”, que se expresa a través de una búsqueda continua de confirmación externa, para “rellenar” y apoyar unas “insaciables necesidades afectivas” así como una baja autoestima. (33)

Las personas con este trastorno también tienen tasas altas de trastornos concurrentes, como depresión, trastorno de ansiedad, abuso

de sustancias y trastornos de la alimentación, así como la automutilación, los comportamientos suicidas o suicidios. (33)

2.3.2 Cuando comienza el Trastorno Límite de la Personalidad

Comienza durante la adolescencia o la adultez temprana y algunos estudios señalan que los primeros síntomas de la enfermedad pueden ocurrir durante la niñez. (34)

2.3.3 Signos y Síntomas

Las personas con el trastorno límite de la personalidad pueden tener cambios de estado de ánimo y mostrar incertidumbre sobre cómo se ven a sí mismos y su papel en el mundo.

- Un miedo intenso de abandono, incluso llegar a medidas extremas para evitar una separación o un rechazo real o imaginario.
- Un patrón de relaciones intensas inestables, como idealizar a una persona por un momento y luego creer que esa persona no muestra interés o es cruel.
- Cambios rápidos de identidad e imagen propias que incluyen el cambio de metas y valores, y verse a sí mismo como malo y como si no existieras.
- Períodos de paranoia relacionada con el estrés y pérdida de contacto con la realidad, que puede durar desde algunos minutos hasta algunas horas.
- Comportamiento impulsivo y riesgoso, como apuestas, conducción imprudente, sexo inseguro, ola de gastos, atracones o abuso de drogas, o sabotaje del éxito al dejar de repente un buen trabajo o terminar una relación positiva.

- Amenazas o conductas suicidas o autolesiones, a menudo en respuesta al miedo de separación o rechazo.
- Grandes cambios de humor que pueden durar desde algunas horas hasta algunos días, que pueden incluir felicidad intensa, irritabilidad, vergüenza o ansiedad.
- Sentimientos continuos de vacío.
- Enojo intenso, inadecuado, como perder el temperamento con frecuencia, ser sarcástico o amargado o tener peleas físicas. (35)

2.3.4 Causas

2.3.4.1 Historia familiar. Las personas que tienen un familiar cercano (como un padre o hermano) con este trastorno pueden tener mayor riesgo de desarrollar el trastorno límite de la personalidad o características del trastorno (como la impulsividad y la agresividad).

2.3.4.2 Factores cerebrales. Los estudios demuestran que las personas con el trastorno límite de la personalidad pueden tener cambios estructurales y funcionales en el cerebro, especialmente en las áreas que controlan los impulsos y la regulación emocional. Pero no está claro si estos cambios fueron factores de riesgo para el trastorno o causados por el trastorno.

2.3.4.3 Factores medioambientales, culturales y sociales. Muchas personas con este trastorno informan que han tenido acontecimientos traumáticos durante la infancia, como abuso, abandono o adversidad. Otras personas pueden haber sido expuestas a conflictos hostiles y relaciones inestables en las que se sintieron invalidadas. (36)

2.3.5 Diagnóstico

No existe ninguna prueba médica para diagnosticar el TLP, y un diagnóstico no se basa en un síntoma tiene por lo menos tener 5 o 9 síntomas mencionados y debe ser diagnosticado por un profesional de la salud mental mediante una entrevista de un psiquiatra, evaluaciones médicas y cuando sea apropiado entrevistar a los familiares y amigos. (37)

2.3.6 Factores de Riesgo del Trastorno Límite de la Personalidad

Es probable que estén involucrados factores genéticos y medio ambientales; Las experiencias traumáticas de la infancia como la pérdida, separación temprana de los padres, abusos físicos, etc., debido a estas experiencias, el niño no sería capaz de adquirir la capacidad de integrar, en una sola representación coherente, los aspectos positivos y negativos de sí mismo y de los demás. Como consecuencia, en la etapa adulta, oscilará entre estas dos posiciones (exageradamente positivo y exageradamente negativo), colocándose en el límite entre conductas adaptativas y muy patológicas. (38)

2.3.6.1 Predisposición genética. Es posible que tengas un riesgo más elevado si un familiar cercano (tu madre, padre, hermano o hermana) tiene el mismo trastorno o uno similar.

2.3.6.2 Una infancia con episodios de estrés. Las experiencias traumáticas de la infancia como la pérdida, separación temprana de los padres, abusos físicos o fueron desatendidas durante la infancia, o sus padres o las personas responsables consumieron sustancias en forma indebida o tuvieron problemas de salud mental. Otras estuvieron expuestas a conflictos hostiles y relaciones familiares inestables (39).

1.1.7 Clasificación

Se caracteriza por un patrón dominante de 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:

- ❖ Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (no incluye el comportamiento suicida ni de automutilación que figura en criterio)
- ❖ Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- ❖ Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto lesivas (e.g. gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
- ❖ Comportamientos, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
- ❖ Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (e.g. episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- ❖ Sensación crónica de vacío. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (e.g. exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- ❖ Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (40)

2.3.8 Complicaciones

El trastorno límite de la personalidad puede dañar muchos aspectos de tu vida. Puede afectar negativamente las relaciones íntimas, el trabajo,

el estudio, las actividades sociales y la imagen que tienes de ti mismo y dar como resultado lo siguiente:

- Cambios o pérdidas del puesto de trabajo frecuentes.
- No finalizar tu formación educativa.
- Múltiples problemas legales, por ejemplo, ser condenado a prisión.
- Relaciones conflictivas, problemas en tu matrimonio o divorcio.
- Causarte daño a ti mismo, como cortes o quemaduras, y hospitalizaciones frecuentes.
- Involucrarte en relaciones abusivas.
- Embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, accidentes automovilísticos y peleas debido a una conducta impulsiva y riesgosa.
- Intento de suicidio o suicidio logrado. (41)

2.3.9 Tratamiento

Un plan de tratamiento típico y completo incluye psicoterapia, medicación y apoyo familiar.

2.3.9.1 Psicoterapia

La psicoterapia es la piedra angular para el tratamiento. Además de la terapia dialéctica conductual, que fue creada específicamente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, existen otros tipos de psicoterapia que son eficaces. (42)

La terapia dialéctica conductual (TDC, DBT en inglés) se centra en la enseñanza de habilidades de afrontamiento para combatir impulsos destructivos, regular las emociones y mejorar las relaciones mientras añaden validación. Incluyendo trabajo individual y de grupo, la TDC fomenta la práctica de técnicas de mindfulness. Se ha demostrado que la TDC es eficaz para reducir el

comportamiento suicida, la hospitalización psiquiátrica, el abandono del tratamiento, el abuso de sustancias, la ira y las dificultades interpersonales.

La terapia cognitiva conductual (TCC) ayuda a cambiar el pensamiento negativo y el comportamiento asociado al TLP. El objetivo de esta terapia es reconocer pensamientos negativos y enseñar estrategias de afrontamiento (42).

2.3.6.2 Medicación

No existe medicación específica para el tratamiento de síntomas como el vacío, el abandono y la alteración de la identidad, pero puede ser útil para el tratamiento de otros síntomas como la ira, la depresión y la ansiedad. Esta medicación puede incluir estabilizadores de los estados de ánimo, antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos. (42)

2.3.6.3 Hospitalización

Cuando la psicoterapia y la medicación no son suficientes, puede ser necesaria la hospitalización. Un hospital puede proporcionar un ambiente seguro para una persona con TLP que se autolesiona o tiene pensamientos suicidas. (42)

2.3.6.4 Comorbilidad

Una persona con trastorno límite de la personalidad puede tener trastornos adicionales que deben tratarse conjuntamente, como pueden ser:

- Trastornos de ansiedad, como el trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno bipolar.

- Depresión.
- Trastornos de la alimentación, especialmente bulimia nerviosa.
- Otros trastornos de la personalidad.
- Abuso de sustancias. (42)

2.3.6.5 Psicoterapia

La psicoterapia es el primer tratamiento para las personas con el trastorno límite de la personalidad ([enlace en inglés](#)). Se puede ofrecer de manera individual con un terapeuta o en una sesión de grupo. Las sesiones de grupo dirigidas por terapeutas pueden ayudar a enseñarles a las personas con este trastorno cómo interactuar con los demás y cómo expresarse de manera eficaz. Es importante que las personas que están en terapia se lleven bien con y confíen en su terapeuta. La naturaleza misma del trastorno límite de la personalidad puede dificultar que las personas con este trastorno formen un vínculo llevadero y de confianza con su terapeuta. (43)

2.3.6.6 La terapia dialéctica-conductual

Que se desarrolló para personas con el trastorno límite de la personalidad ([enlace en inglés](#)), se enfoca en el concepto de estar plenamente consciente o de reconocer y estar atento a la situación y al estado emocional actual. Este tipo de terapia también enseña habilidades para controlar las emociones intensas, reducir los comportamientos autodestructivos y mejorar las relaciones.

2.3.6.7 La terapia cognitiva-conductual

puede ayudar a las personas con el trastorno límite de la personalidad a identificar y cambiar las creencias fundamentales o los comportamientos subyacentes a la percepción equivocada de sí

mismos y de otros, así como los problemas de la interacción con los demás. Este tipo de terapia puede ayudar a disminuir los síntomas de cambios de estado de ánimo y de ansiedad, así como reducir el número de comportamientos suicidas o de comportamientos autodestructivos.

2.3.6.8 Terapia Para Cuidadores y Familiares

Las familias de personas con el trastorno límite de la personalidad también pueden beneficiarse de la terapia. Tener un pariente con este trastorno puede ser estresante, y los familiares pueden, de manera involuntaria, actuar en formas que podrían empeorar los síntomas de la persona con este trastorno. (43)

Algunas terapias para el trastorno límite de la personalidad incluyen a los familiares en las sesiones del tratamiento. Estas sesiones ayudan a las familias a desarrollar habilidades para comprender mejor y apoyar al miembro de la familia con el trastorno límite de la personalidad. (43)

2.4. Definición de términos

Cuidado: - Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo de tipo descriptivo interpretativo, realizado con el propósito de comprender cómo representan los profesionales de enfermería su quehacer profesional. (44)

Cuidado de enfermería: - los cuidados de enfermería son las atenciones y cuidados que recibe una persona cuando se encuentra internada en una institución médica. (45)

Inestabilidad emocional: - La inestabilidad emocional es un rasgo de personalidad que pertenece al espectro del neuroticismo, y se expresa a través de la expresión de cambios relativamente bruscos en el estado emocional de una persona. (46)

Personalidad: - La personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto. (47)

Bordenline: - El trastorno de personalidad borderline es un trastorno mental frecuente cuyos afectados presentan altos niveles de estrés y sufrimiento. (48)

Trastorno de personalidad: - Un trastorno de personalidad es un tipo de trastorno mental en el cual tienes un patrón de pensamiento, desempeño y comportamiento marcado y poco saludable. (49)

Ideación suicida; - El suicidio podría definirse como un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte) discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado. (50)

Suicidio: - es considerado por la OMS (2000) como un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. (51)

Impulsividad: - Es la disminución en la capacidad para demorar o inhibir el comportamiento como respuesta a un estímulo. (52)

Familia disfuncional: - Es toda familia que no es capaz de proveer lo necesario para que los hijos crezcan sanos tanto físico como emocionalmente y felices. (53)

**CAPITULO III: CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON
INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL**

PLAN DE INTERVENCION

3.1 Valoración

3.1.1 Datos de Filiación

DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombres: H.E.R.M

Nacionalidad: Peruana

Fecha de nacimiento: 24/11/2005

Sexo: Femenino

Localidad: Curahuasi

Provincia: Abancay

Estado civil: soltera

Informante: Madre

3.1.2. Motivo de consulta:

Madre refiere que su hija adolescente está muy sensible, se enoja rápido y se encierra en su cuarto, tiene bajas calificaciones y se autolesiona en los brazos y en el abdomen, y constantemente amenaza con quitarse la vida.

3.1.3 Enfermedad Actual:

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. CIE-10
F60.3

3.1.4 Antecedentes

Abuso Psicológico (Por parte de su padre)

Bullying (En su institución educativa)

3.1.4.1 ANTECEDENTES FAMILIARES:

Familia Disfuncional

Violencia familiar

3.1.4.2 ANTECEDENTES PERSONALES:

Adolescente, fue traído por su madre al C.S.M.C con
diagnóstico de

Abuso psicológico por parte de su padre donde recibió sus
psicoterapias.

3.1.4.3 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Según los datos recolectados de la encuesta aplicada a la madre, podemos concluir, que no cuentan con recursos económicos suficientes, es un hogar disfuncional pues el padre de sus hijos no vive con ellos, y el aporte económico que les da es muy poco, la madre de la adolescente tiene tres hijos aun estudiantes; en cuanto a los servicios de agua y desagüe son precarios, cuenta con agua por momentos y en ocasiones tienen que almacenar el

agua, cuenta con letrina, cocina a leña, y la madre solo estudio nivel primario.

3.1.5 Examen Físico:

- Adolescente de 14 años de edad con peso 44 kgr, talla 149.8cm
- Frecuencia cardiaca 69/minuto, frecuencia respiratoria 20 x´,
- Temperatura 36.5°C, presión arterial 90/60mmhg con IMC:20 ,facies triste
- Cráneo con fontanela anterior normotensa,
- Pupilas isocóricas, fotoreactivas, pabellones auriculares, mucosas húmedas.
- Cuello sin alteraciones.
- Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa normal por ambos campos pulmonares, sin alteraciones cardiacas.
- Abdomen, blando depresible.
- Genitales femeninos,de acorde a la edad

3.1.6 Valoración Según Modelo de clasificación de Dominios y Clases:

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2: Gestión de la salud “descuido personal”

Se observa a la adolescente con un descuido personal de su imagen durante la estancia en su hogar y centro educativo.

Madre refiere que la adolescente no se relaciona mucho con las personas, no tiene amigas y se encierra en su cuarto sola.

Actualmente la adolescente afronta un proceso de separación de sus padres que interfiere en las actividades de su vida diaria y en

sus estudios, Anteriormente cuidaba de su salud y de su aspecto físico

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión

Sin alteraciones en valores antropométricos

Alimentación e hidratación adecuada

No presenta alergias alimenticias

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4: Función respiratoria

Adolescente refiere: “Esta orinando normal”

Orina y deposición espontáneas dentro de características normales,

Temperatura 36,5°C, piel hidratada, FR= 20xmi Sat.O 2 94%.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 2: Actividad / ejercicio

Madre refiere que su hija no realiza ningún deporte, duerme poco y se levanta en las madrugadas, se baña siempre y cuando la madre le exige y siempre esta con la misma ropa, se observa a la adolescente con un descuido personal de su imagen durante la estancia en su hogar y centro educativo.

Madre duerme poco por la preocupación hacia su hija.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN

Clase 3: Sensación – percepción

Nivel de conciencia: activa.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Autoconcepto

Se le observa sensación de ansiedad, repite en varias ocasiones la intención de suicidio, se ve a sí misma y a su futuro de forma pesimista y negativa, autoestima deteriorada, verbaliza que si muriese nadie le echaría de menos.,

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Clase 3: Desempeño del rol

Adolescente no sale de casa, mala relación con su padre, no realiza tareas de hogar.

Madre refiere: “Vivo con mis hijos, mi esposo tiene otro compromiso”

Se observa siempre a la madre al lado de la adolescente, no hay presencia del padre; tiene 3 hijos que aún están estudiando, su padre tiene otro compromiso.

Proceso de familia disfuncional.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Paciente adolescente de 14 años meses de edad. Sexo: Femenino.

A la evaluación se observa genitales acordes a su edad.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Mama refiere: “Estoy preocupada por mi hija, me siento muy triste, espero que mi hija se recupere y recapacite, aprenda a valorar su vida, también me preocupan mis otros hijos”.

Se observa a la adolescente irritable, ansiosa frente a los cuidados de enfermería y cumplimiento del tratamiento psiquiátrico indicado.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores /creencias

De familia católica, quienes asisten en pocas ocasiones a la iglesia, la madre de la adolescente no relaciona la enfermedad de la adolescente con ninguna creencia.

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Riesgo de Lesión

Adolescente siempre suele cortarse las muñecas de la mano con un guillet cada vez que se siente triste.

DOMINIO 12: CONFORT

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Mama refiere: “Mi hija si tiene sus vacunas de nacimiento completas”

3.2 Diagnostico de Enfermería

3.2.1 Lista de Hallazgos Significativos

Dominio 1: Promoción De La Salud

- Descuido personal

Dominio 4: Actividad / Reposo

- No realiza actividades recreativas

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

- Autoestima baja
- Ideación suicida

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Ansiedad

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

- Cutting

PRIORIZACION DE PROBLEMAS:

- Ideación suicida
- Cutting
- Autoestima baja
- Ansiedad
- Descuido personal
- No realiza actividades recreativas

3.2.2 Diagnostico de Enfermería Según Datos Significativos

1. Autoestima crónica baja, R/C falta de afecto m/p verbalizaciones negativas
2. Ansiedad r/c amenaza de la integridad física o muerte m/p irritabilidad
3. Descuido personal/C depresión M/P higiene personal inadecuada
4. Aislamiento social R/C Falta de personas significativas de soporte E/P ausencia de apoyo familiar.
5. Automutilación, R/C carencia de familia (familia disfuncional) E/P cortes en la mano(Cotting)
6. Riesgo de suicidio, R/C expresión de deseos de morir M/P tristeza

3.2.3. Esquema de Diagnostico de Enfermería

Nombre del paciente: R.M.H.E.

Edad: 15 años

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
1. Autoestima crónica baja, R/C falta de afecto m/p verbalizaciones negativas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar el autoconcepto ➤ Autoestima ➤ modificación psicosocial: cambio de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo emocional ➤ Potenciación de la autoestima ➤ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. ➤ Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. ➤ Aumentar el afrontamiento 	Adolescente mejora su Autoestima.

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponer un ambiente de aceptación. ➤ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. ➤ Presentar al paciente personas que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. ➤ Potenciación de sociabilización ➤ Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. ➤ Fomentar compartir problemas con los demás. ➤ Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente. ➤ ➤ Aumentar los sistemas de apoyo ➤ Escucha activa ➤ potenciación de la imagen corporal 	
--	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
Ansiedad r/c amenaza de la integridad física o muerte m/p irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocontrol de la ansiedad ➤ Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. ➤ Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad ➤ Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminución de la ansiedad ➤ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. ➤ Favorecer una respiración lenta y profunda ➤ Técnicas de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de manifestaciones de ansiedad. ➤ Actitud positiva ante las preocupaciones. ➤ Autocontrol de conductas inadecuadas ➤ Control de la ansiedad

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
1. Descuido personal,R/C depresión M/P higiene	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocuidado ➤ Higiene ➤ Comunicación ➤ Responsabilidad ➤ Actividades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayuda en la toma de decisiones para la salud ➤ Favorecer el apoyo familiar ➤ Conducta saludable 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidado personal: baño ➤ Cuidado personal: higiene

<p>personal inadecuada.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favorecer la autorresponsabilidad ➤ Favorecer autonomía en el autocuidado. ➤ Cuidados psicológicos. Escucha activa. ➤ Promover la expresión de sentimientos. ➤ Poner en contacto con grupo de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equilibrio emocional ➤ Cuidados personales actividad de la vida diaria
---------------------------------	--	---	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACION
<p>1. Aislamiento social R/C Falta de personas significativas de soporte E/P ausencia de apoyo familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Habilidades de interacción social. ➤ Inclusión social ➤ Soporte social. ➤ Participación en actividades de ocio 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenciación de la socialización ➤ Animar al paciente a desarrollar relaciones y fomentar con las que tenga interés en común. ➤ Incentivar la sinceridad al presentarse y el respeto del derecho de los demás. ➤ Promover el compartir problemas comunes con los demás, así como la implicación en intereses nuevos. ➤ Remitir al paciente a un grupo o programa de ayuda en habilidades sociales. ➤ Ayudar al paciente a mejorar su aspecto personal y conocer sus virtudes y limitaciones. ➤ Reforzar positivamente todo contacto establecido con los demás. ➤ Aumentar los sistemas de apoyo ➤ Fomento de la implicación familiar. ➤ Determinar el grado de apoyo familiar. Otros sistemas de apoyo con los que cuenta y las dificultades para su uso ➤ Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. ➤ Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación ➤ Explicar a los demás implicados la manera en la que pueden ayudar. ➤ Apoyo emocional 	<p>Se integra a la sociedad. Soporte social.</p>

		➤ Terapia de relajación simple	
--	--	--------------------------------	--

3.4 Ejecución Y Evaluación

3.4.1 Registro de Enfermería: SOAPIE

S: Madre refiere que su hija adolescente está muy, ansiosa, se enoja rápido y se encierra en su cuarto, tiene bajas calificaciones en el colegio y repetidas veces se autolesiona en los brazos y en el abdomen, constantemente amenaza con quitarse la vida,

O: Adolescente menor irritable, ansiosa, con mal estado de higiene personal Al examen físico: Piel: tibia elástica. Cabeza: normocefalico con presencia abundante de pelo, grueso, cejas: distribución uniforme, completas, ojos: color marrón, simétricas Nariz: Tabique nasal simétricos. Boca: Labios simétricos, Lengua hidratada, oídos y cuello: dentro de límites normales. Tórax anterior: movimiento respiratorio, expansión torácica sin esfuerzo, murmullos vesiculares presentes control de signos vitales temperatura 36.4°C, pulso:64x', Respiración: 22 x', presión arterial 90/60mmhg miembros superiores derecho e izquierdo, en ambos miembros, piel con presencia de cicatrices, ausencia de edemas en el brazo izquierdo presencia de cicatriz como consecuencia del corte provocado por la adolescente, miembros inferiores dentro de límites normales. Genitales: íntegros acorde a su edad.

A: - Autoestima crónica baja, R/C falta de afecto m/p verbalizaciones negativas

Ansiedad r/c amenaza de la integridad física o muerte m/p irritabilidad

Descuido personal/C depresión M/P higiene personal inadecuada

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	Evaluación
<p>1. Automutilación, R/C carencia de familia(familia disfuncional) E/P cortes en la mano(Cotting)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocontrol de la automutilación ➤ Control de la presión 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidado de las heridas ➤ Determinar el motivo o razón de la conducta ➤ Retirar los objetos peligrosos del entorno del usuario. ➤ Observar si se producen efectos secundarios derivados a la utilización de fármacos en el paciente y los resultados esperados. ➤ Indicar a su familia la vigilancia continua del usuario ➤ Instruir al usuario en estrategias de afrontamiento según corresponda. ➤ Animar al paciente a que hable con su familia o en quien más confía cuando surja el impulso de autolesionarse ➤ Administrar medicamentos, según corresponda, para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación ➤ Ayudar al paciente a identificar las situaciones y sentimientos desencadenantes que provoquen la conducta de autolesión 	<p>Mantiene el compromiso de no autolesionarse</p>

Aislamiento social R/C Falta de personas significativas de soporte E/P ausencia de apoyo familiar.

		➤ Instruir sobre la medicación al usuario o familiar	
--	--	--	--

Automutilación, R/C carencia de familia (familia disfuncional) E/P cortes en la mano (Cotting)

Riesgo de suicidio, R/C expresión de deseos de morir M/P tristeza

P: Afianzar la relación Enfermera / adolescente y Madre.

Establecer unos objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Autocontrol de impulso suicida

Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad

Brindar apoyo social

I: - Control de la automutilación

Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.

Facilitar las salidas constructivas de la ira y la hostilidad.

Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

E: - Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Autocontrol del impulso suicida

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	Evaluación
<p>2. Riesgo de suicidio, R/C expresión de deseos de morir M/P tristeza</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocontrol de impulso suicida ➤ Deseo de vivir ➤ Equilibrio emocional ➤ Bienestar personal ➤ Habilidades de interacción social 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevención del suicidio <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas. ➤ Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos. ➤ Facilitar las salidas constructivas de la ira y la hostilidad. ➤ No tratar de minimizar sus problemas y considerar en serio todas las amenazas de suicidio del adolescente e informar inmediatamente ➤ Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás ➤ Administrar medicación si procede. 	<p>Adolescente con deseos de vivir</p>

		<ul style="list-style-type: none">➤ Disponer de un ambiente de aceptación➤ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.➤ Adoptar medidas de seguridad, retirando de su entorno del adolescente todos aquellos objetos que le puedan servir para autolesionarse➤ Observar con atención la toma de medicación y asegurarnos que ingiere la medicación prescrita.➤ La prioridad máxima debe ser proteger la vida del paciente y evitar la ejecución del plan suicida.	
--	--	--	--

Autocontrol de impulso suicida

CONCLUSIONES

.Los adolescentes tienden a tener cambios como en el carácter, como lo que piensan en la sociedad, los adolescentes se sienten solos, rechazados que llegan a pensar que su vida no tiene sentido y toman decisiones drásticas y es ahí donde necesitan el apoyo de los cuidadores o padres.

El trastorno de la personalidad es un problema de salud mental que afecta a la población en nuestra Región, que pasa desapercibido.

Según el instituto nacional de salud mental “Honorio delgado Hideyo Noguchi” del ministerio de salud las cifras de suicidios crecen de manera preocupante en el Perú ,pues en el 2018 se autoeliminaron 385 personas y en lo que va el año 2019 la cifra llego a 110 y la edad se da de 18 a 60 años a razón de 2 hombres por una mujer también dentro están los menores de 8 a 14 años de edad y el 90% de las razones que llevaron al suicidio es por depresión ,trastorno de personalidad, esquizofrenia o abuso de drogas.

El sexo femenino es más propenso a sufrir de trastorno de la personalidad sin embargo del sexo masculino son los que se terminan suicidando ya que ellos no piden ayuda psicológica.

Según la OMS las cifras de adolescentes que padecen diversos trastornos de personalidad y comportamiento van en aumento a nivel internacional, donde informa que 1 de cada 5 personas entre los 10 y 19 años en etapa adolescente sufren de algún episodio de enfermedad mental, siendo una etapa de desarrollo crítico de la personalidad.

El tratamiento del trastorno límite de la personalidad es uno de los desafíos más difíciles con el que se enfrenta el personal de enfermería. Por eso se debe a acompañar y apoyar a estos pacientes para encontrar sentido en su enfermedad y ayudar al paciente a ser el autor de su propia experiencia.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Gobierno Regional designar mayor presupuesto para: crear nuevos Centros de Salud Mental Comunitario con implementación adecuada, contratar a más profesionales competentes, que brinden atención integral de la salud mental.
- Financiar Proyectos de prevención y promoción de la salud mental para trabajos en Instituciones Educativas de niveles primario, secundario y superior.
- Mayor compromiso laboral, ético y vocacional para realizar trabajos eficientes con logro de metas óptimas, y récord en atenciones de prevención y promoción de la salud.
- Promover Círculos de Investigación con equipo interdisciplinario en salud mental para prevenir y tratar problemas de Trastornos de la personalidad, especialmente en la edad más vulnerable que son los adolescentes.

- Implementar el C.S.M.C. Allin Kawsay con equipos y profesionales de salud mental que aseguren un trabajo eficiente y competente en la prevención y promoción de la salud, que abarque todo el distrito de Curahuasi.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> .
2. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es
3. Mestre, M., Tur, A., & Del Barrio, M. (2004). Temperamento y Crianza en la Construcción de la Personalidad. Conducta agresiva, inestabilidad y Prosocialidad. *Acción Psicológica*.
4. https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2486:pacientes-problemas-salud-mental-no-deben-ser-internados&Itemid=900
5. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
6. Constanza Vera-Varelaa,* , Lucas Giner b , Enrique Baca-Garcíaa,c,d,e,f,g y María L. Barrigón. Artículo. Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. Madrid 2019.
7. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
8. https://wradio.com.mx/radio/2011/01/01/sociedad/1293918120_405450.html
9. ANIS Informadores de la salud. <http://www.anisalud.com/actualidad/notas-de-prensa-anis/4733-entre-el-2-y-el-8-de-la-poblaci%C3%B3n-padece-trastorno-l%C3%ADmite-de-la-personalidad>

10. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
11. <https://www.cientifica.edu.pe/noticias/estudio-previene-que-3-cada-10-adolescentes-sufriria-trastornos-personalidad>
12. <https://www.trastornolimite.com/tlp/sexualidad-y-apego-en-el-trastorno-limite-de-la-personalidad>
13. <https://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=161376>
14. OBANDO, G. Factores clínicos relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Costa Rica 2015. Para optar el grado de Maestro en la Universidad...
15. MONZÓN S. El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: Diagnóstico diferencial con el desarrollo evolutivo adolescente”. España 2015.
16. CABALLO V, GUILLEN J. y SALAZAR I. Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo”. España 2009.
17. GARCIA T, PÉREZ M. y OTIN R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. España 2010.
18. JIMÉNEZ J. y otros. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. España 2010.
19. CRISTINA M. y otros. Estilos parentales, inestabilidad emocional y agresividad en niños de nivel socioeconómico bajo en Argentina y España. España 2013.
20. BRICEÑO C. Tratamiento de un caso clínico de trastorno no especificado de la personalidad. Lima 2016 [tesis] para optar el título de profesional de Licenciada en Psicología en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón.

- 21.** DENEGRÍ L. Características Psicosociales en personas con trastornos límite de la personalidad. Arequipa 2018. [Tesis] para optar el grado de Doctora en Psicología, en la Universidad Nacional de San Agustín.
- 22.** CAMPOS L. Prototipos de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos en adolescentes de zonas marginales de la ciudad de Huánuco, 2015. Huánuco 2015.
- 23.** MONZÓN S. El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: Diagnóstico diferencial con el desarrollo evolutivo adolescente. España 2015 [Tesis] para optar el título de Doctor en Psicología de la Universidad de Salamanca.
- 24.** SABINO Y. Estudio de tres casos clínicos: Trastorno de somatización, Trastorno límite de la personalidad y depresión mayor, Lima – 2017. [Tesis] para optar el título profesional de licenciado en Psicología Humana, universidad Alas Peruanas 2017.
- 25.** LUJAN M. Trastornos clínicos de personalidad en estudiantes de psicología que manifiestan ideación suicida / intento suicida. Arequipa 2017 [tesis] para optar el título de Psicología, Universidad Nacional de San Agustín.
- 26.** ZEGARRA, J. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el centro de salud mental “Moisés Heresi” de Arequipa – Perú, entre los años 2011-2013. Arequipa 2013.
- 27.** <file:///C:/Users/Luis%20Beltran/Downloads/Dialnet-EIDesarrolloDelConceptoDeSiMismoEnLaTeoriaFenomeno-2383842.pdf>
- 28.** https://es.slideshare.net/MariaGarcia270/carl-rogers-teoria-de-la-personalidad?qid=9727c5a6-e5a9-43e9-a119-21be123b5e2f&v=&b=&from_search=2

- 29.**file:///C:/Users/Luis%20Beltran/Downloads/Dialnet-ElDesarrolloDelConceptoDeSiMismoEnLaTeoriaFenomeno-2383842.pdf
- 30.** <https://es.slideshare.net/enfe3005/hildegar-milit-enfe3005>
- 31.**http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962009000100007
- 32.**file:///C:/Users/Luis%20Beltran/Documents/Hipnosis-Trastorno-Limite-Personalidad-04%20yasitaaaaa%201.pdf
- 33.** <https://psisemadrid.org/trastorno-de-personalidad-limite/>
- 34.**<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad/index.shtml>
- 35.**<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20370237>
- 36.**<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad/index.shtml>
- 37.** <https://www.trastornolimite.com/>
- 38.** <https://psisemadrid.org/trastorno-de-personalidad-limite/>
- 39.**<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20370237>
- 40.**<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20370237>
- 41.**<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20370237>

42. <https://psisemadrid.org/trastorno-de-personalidad-limite/>
43. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad/index.shtml>
44. <https://palabraclave.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/0>
45. <https://www.educativo.net/articulos/los-cuidados-de-enfermeria-y-sus-principales-conceptos-739.html>
46. <https://psicologiaymente.com/personalidad/inestabilidad-emocional>
47. <https://www.definicionabc.com/social/personalidad.php>
48. <http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=41>
49. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/personality-disorders/symptoms-causes/syc-20354463>
50. <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a08.pdf>
51. https://waps.es/wpcontent/uploads/sites/2/2018/09/IMPULSIVIDAD_Y_SU_ICIDIO.pdf
52. https://waps.es/wpcontent/uploads/sites/2/2018/09/IMPULSIVIDAD_Y_SU_ICIDIO.pdf
53. <https://mejorconsalud.com/familia-disfuncional-como-afecta-a-los-hijos/#:~:text=Una%20familia%20disfuncional%20es%20toda,caracter%C3%ADstica%20de%20una%20familia%20disfuncional.>

ANEXOS

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA FAMILIAR



SE BRINDA ORIENTACION DEL AUTOESTIMA A LA ADOLESCENTE A SU VEZ A SUS HERMANOS MENORES



SE BRINDA



SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA A LA MADRE DE LA ADOLESCENTE

