

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD HOSPITALIZADOS, SERVICIO DE
MEDICINA GENERAL, HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE
LA VEGA ABANCAY-APURÍMAC, 2014 - 2016**

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

DINA VICTORIA CCAIPANI GALINDO

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned to the right of the author's name.

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN | SECRETARIA |
| ➤ MG. WILLIAM HOLDEN HORNA PÍZARRO | VOCAL |

ASESORA: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 507

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 09/11/2017

Resolución Decanato N° 3098-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional.

INDICE

	Pág.
I.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1.Descripción De La Situación Problemática	5
1.2. Objetivo.....	6
1.3. Justificación	7
II.MARCO TEORICO.....	9
2.1. Antecedentes del estudio.....	9
2.1.2. Antecedentes internacionales	9
2.1.2 Antecedentes nacionales	10
2.2. MARCO CONCEPTUAL	13
2.2.1. CONCEPTOS.....	13
2.3. DEFINICION DE TERMINOS	31
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	33
3.1. Recolección de Datos	33
3.2. Experiencia Profesional	34
3.3. Proceso de Realización en el Tema de Informe	35
3.4.- Descripción del Área Laboral.....	36
IV. RESULTADOS.....	38
V. CONCLUSIONES	46

VI. RECOMENDACIONES	49
ANEXOS	51
ANEXO 01: DOCUMENTOS	51
ANEXO 02: FOTOGRAFIAS	52

INTRODUCCIÓN

La personalidad es el conjunto dinámico de características emocionales, de pensamiento y de conducta que son únicas de cada persona. Hay diversas aproximaciones teóricas a la personalidad en psicología, cada una proponiendo una relación distinta entre la personalidad y otros constructos psicológicos, sobre cómo se desarrolla la personalidad o cómo ésta interactúa con los sucesos. Se puede definir como la suma total de las formas en que un individuo reacciona y se relaciona con los demás; son los rasgos mensurables que exhibe una persona.

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. Los rasgos de la personalidad sólo constituyen un trastorno de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar.

Respecto a la existencia de la personalidad, no todos los psicólogos comparten la convicción de que el comportamiento responda a predisposiciones estables en cada sujeto y, por otra parte, la personalidad es una construcción hipotética, un artefacto conceptual que pretende proponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico preestablecido.

Bermúdez define a la personalidad como “la organización relativamente estable de características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas

bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones". (1)

El presente informe se realizó un estudio descriptivo, acerca de cuidados de enfermería en paciente con trastorno de personalidad en la recuperación de la salud en el servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega 2014 a 2 016.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción De La Situación Problemática

No hay una respuesta clara, pero parece ser que, como en otros trastornos mentales, la genética, los problemas cerebrales y la formación pueden jugar un papel importante en el desarrollo de trastornos de la personalidad. Existe evidencia sobre la importancia de los siguientes factores, como abusos físicos o sexuales durante la infancia violencia familiar padres que beben demasiado

Si a los niños se les saca de este tipo de ambiente difícil, tienen una menor probabilidad de desarrollar un trastorno de la personalidad. Problemas de comportamiento en la infancia, como la agresión severa, la desobediencia y las frecuentes rabietas.

Algunas personas con trastorno antisocial de la personalidad tienen ligeras diferencias en la estructura cerebral y en la manera en que ciertas substancias funcionan en sus cerebros. A pesar de ello, no existe ningún escáner cerebral o análisis de sangre específicos para el trastorno de la personalidad.

Usar drogas o alcohol. No llevarse bien con la familia o la pareja. Problemas económicos. Ansiedad, depresión u otros problemas mentales.

Alrededor de un 40-70% de pacientes ingresados en una sala psiquiátrica tiene un trastorno de la personalidad.

Un 30-40% de pacientes psiquiátricos tratados en la comunidad por un servicio de salud mental tiene un trastorno de la personalidad.

Alrededor de un 10-30% de los pacientes que visitan al médico de cabecera tiene un trastorno de personalidad.

Las personas con un trastorno de la personalidad, como todas aquellas con problemas de salud mental, pueden sufrir estigma por su diagnóstico. Provocan la condena, el desprecio y el temor de los demás en lugar de la compasión, el apoyo y la comprensión. Esto, ni es bueno ni ayuda a nadie. El trastorno de personalidad es un problema real que requiere ayuda real. Todos podemos ayudar al ofrecer nuestra amistad, apoyo y comprensión, en vez de juzgar y discriminar a las personas con trastornos de la personalidad.

El presente informe he redactado en memoria de mis pacientes que se hospitalizaron en el servicio de medicina con trastorno de personalidad donde se identificó los problemas de su salud mental y se brindó los cuidados de enfermería para su recuperación de su salud mental con trastorno de personalidad.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en el paciente con trastorno de personalidad hospitalizado en el servicio de medicina general del hospital regional Guillermo Díaz de la Vega.

1.3. Justificación

El motivo por el cual escogí hacer el presente informe sobre el trastorno de personalidad fue porque a raíz de realizar la especialización de enfermería en salud mental, mi concepto del enfermo psiquiátrico cambio totalmente. La sociedad considera a las personas con trastorno mental como "locos", malos, agresivos, peligrosos, y que deberían muchas veces ser internados en un centro de por vida.

Esa era la idea que tenía yo del enfermo (puede que no tan extrema) pero si pensaba que eran personas conflictivas pudiendo llegar a ser peligrosas. Tras realizar las prácticas, mi visión y percepción del enfermero psiquiátrico cambio totalmente. Son personas muy vulnerables, la mayoría con vidas desestructuradas y traumas familiares, que viven en una realidad inexistente y que muchas veces son apartadas de la sociedad. En la vida me imaginé que un enfermo con trastorno de personalidad pudiese transmitirme tanta ternura y afecto, e incluso recibirte cada día con unos buenos días con una sonrisa. El servicio donde laboro ingresa de todos los tipos de pacientes que he conocido durante estos años de mi carrera.

Realizo el trabajo por ellos, para poder contribuir de alguna manera (por pequeña que sea) en la investigación de nuevos objetivos e intervenciones de la enfermedad, para mejorar la calidad de vida del paciente, para potenciar la importancia del rol de enfermería en los cuidados al paciente con trastorno de personalidad y además, para poder concientizar a todas las personas que

algún día lean el presente trabajo o escuchen la presentación del mismo, que no están locos, están enfermos, y que no son criminales; que la sociedad los etiqueta erróneamente y como personas que son, que no deben ser incluidas en la sociedad, y no apartadas ni internadas.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del estudio

Sobre el problema a investigar, existen trabajos de investigación y estudios relacionados, los cuales fueron realizados tanto en el ámbito internacional, nacional y no se encontró sobre investigaciones a nivel local y se indican siguiendo un orden cronológico.

2.1.2. Antecedentes internacionales

1.- Título: Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes.

Los autores: Ulloa, Contreras, Paniagua & Victoria en el Hospital psiquiátrico infantil de México año 2013, se realizó un estudio descriptivo de aproximadamente quinientos adolescentes entre el año 2005 y el año 2011 con el propósito de indagar las características demográficas y clínicas, así como también los motivos por los cuales los adolescentes se autolesionan se obtiene, que los cortes son los métodos mayormente utilizados para herirse. Dentro de las principales causas para llegar a esta conducta se encuentran la baja tolerancia a la frustración, llamar la atención del entorno, la ansiedad y los síntomas afectivos. Se llega a la conclusión de las autolesiones en adolescentes han crecido, estando mayormente asociadas a trastornos depresivos y de conducta. (2)

2.- Título: Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas

El autor del presente investigación RODRÍGUEZ en el año 2007 en Colombia realiza un análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones método entrevista a nueve mujeres entre 15 y 39 años de edad con trastornos de la alimentación y antecedentes de autolesiones: golpes, lesiones en la piel, entre ellas quemaduras, Las autolesiones están asociadas a vivencias de culpa o castigo, alivio emocional, estados disociativos, antes, en el momento, o después de hacerlo. Todas las personas entrevistadas expresan haber experimentado vivencias traumáticas a temprana edad como, por ejemplo, abuso sexual, maltrato, amenazas de secuestro, etc. Se concluye que existe una fuerte conexión entre los traumas, la disociación, las conductas autolesivas y los trastornos alimentarios. (3)

2.1.2 Antecedentes nacionales

1.-Título:

Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares **ROSPIGLIOSI** en el año 2010 en Lima Metropolitana el presente investigación está dirigida a indagar las incidencias de las autolesiones y los factores demográficos, sociales y psicológicos en adolescentes en la edad comprendida entre 13 y 17 años de edad.

La metodología es de carácter mixto exploratorio con datos cuantitativos y cualitativos, con un análisis cualitativo y cuantitativo. Se aplican dos encuestas a cuatrocientos cincuenta y seis estudiantes que se encuentran cursando uno de los tres últimos años de secundaria en dos colegios de Lima Metropolitana. Las encuestas apuntan a medir las variables socio-demográficas y las características de la autolesión con el resultado de 27.4% de los adolescentes alguna vez se ha autolesionado o lo hace en el momento en que se lleva adelante la investigación, mayormente lesionándose la piel y golpeándose. Se destacan como motivos de esta conducta, los sentimientos de tristeza, angustia y ansiedad. Se puede constatar que la mayoría de estos adolescentes no acuden a buscar apoyo y que los comportamientos autolesivos están relacionados a factores sociales y psicológicos: diferencias de género, insatisfacción corporal, conflictos en la familia, etc. (4)

2.- Título: Autolesión no suicida en adolescentes peruanas.

El Dr. **CASTRO MORALES** Jorge en el año: 2009 a 2014.en Lima Metropolitano realiza un estudio, con el objetivo de lograr larga reflexión sobre el tema, la formulación de un instrumento exploratorio del mismo y la presentación de este texto para el debate de una propuesta exploratoria se utilizó un registro de datos demográficos y antecedentes clínicos, acompañado de una relación de las once creencias irracionales básicas descritas por Ellis y presentadas en la forma de frases sencillas de no más de diez palabras. En Adolescentes peruanas, cuyas edades varían entre 12 y 19

años, fueron seleccionadas entre las que acudieron a la consulta. Tuvo como resultado que en el rango de “bastante” o “casi siempre” destacaban, con seis menciones cada una, las creencias “No puedo controlar lo que me pasa” y “Es más fácil evitar que afrontar algo” e inmediatamente después, con cinco menciones, “Es mejor ser respaldado por alguien más poderoso”. Las inferencias que se pueden corregir a partir de estas expresiones resultan obvias y pueden ser de ayuda en el proceso psicoterapéutico. De los comentarios finales anotados por las pacientes rescato dos aseveraciones cargadas de sentidos contradictorios: “Al cortarme sentía que destapaba una olla de presión”. “Cuando me cortaba no sentía dolor”. La ideación suicida estaba presente en todas las participantes, pero solo dos de ellas habían realizado un intento de severidad grave.

La manifestación semiológica más ostensible en todas ellas era la presencia de cortes superficiales en los antebrazos y piernas, que ellas se habían inferido. ((5)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. CONCEPTOS.

1.- Según **MORRIS**, la personalidad de un individuo hace referencia a un patrón propio de pensamientos, sentimientos y conductas, el cual es permanente y consistente en el tiempo. Sin embargo, ciertos sujetos adquieren formas inflexibles de pensar y actuar que les impiden ajustar su comportamiento a las exigencias de la situación, lo que les provoca conflictos, ansiedad y sufrimiento. Tales individuos padecen los llamados “trastornos de personalidad” y, para varios autores como Turkat y Alpher, por lo menos la mitad de quienes acuden a una consulta psicológica muestran señales de padecer alguno de ellos (citados en Morris, 1992). Es más, según estudios recientes, es probable que una de cada dos personas sufra de algún trastorno psicológico en algún momento de su vida (6). (7)

2.- Para Los **BIANCO Y MERLE** (2010), los trastornos de personalidad se presentan cuando el modo habitual en el que una persona se comporta afecta sistemática y negativamente a los demás o a sí misma, con el consiguiente malestar que esto provoca. Señalan, además, que en situaciones reales los rasgos problemáticos no suelen presentarse en forma pura, sino como una combinación de varios de ellos.

3.- Al respecto, **KOLB** (1983) señala que esta conducta problema es el producto lógico de varios factores que se conjugan entre sí, como la dotación genética particular de cada individuo, la influencia moldeadora del hogar, las

experiencias vividas, el estrés y cualquier afección corporal que altere la eficiencia o integridad del organismo biológico de la persona, entre otras.

4.- Sin embargo, **FELDMAN** (2005) señala que es bastante frecuente que quienes padecen trastornos de personalidad experimenten poca angustia personal en relación con su inadaptación psicológica; llevan, de hecho, una vida aparentemente normal, aunque en su interior se halle un conjunto de rasgos inflexibles y desadaptados que no permiten su adecuado funcionamiento social.

5.- **MILLÓN** (1981) ha hecho hincapié en que el factor final que parece desempeñar un importante papel en el TLP es un sentido débil o inestable de la identidad. La confusión acerca de las metas y prioridades les hace difícil a estos individuos trabajar con regularidad y eficacia para alcanzar metas no inmediatas, teniendo sobre todo en cuenta sus cambios emocionales abruptos. De esto resulta una ineficacia real y un bajo sentido de la propia eficacia, lo que a su vez lleva a una falta de motivación y de perseverancia, con un éxito aún más limitado cuando las condiciones son adversas. La falta de un sentido claro del sí mismo les dificulta la toma de decisiones en situaciones ambiguas y provoca una baja tolerancia a la edad. También les hace difícil cuestionar su creencia de que son intrínsecamente inaceptables, como para mantener un sentido de la propia identidad cuando entran en relaciones con otros que expresan sin trabas sus opiniones y sentimientos.

6.- Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), "el trastorno general de la personalidad es un patrón perdurable de experiencia interna y

comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo". Se manifiesta en el ámbito cognitivo, afectivo, de funcionamiento interpersonal y/o de control de los impulsos. Es un patrón inflexible y que domina al sujeto en muchas situaciones, causa malestar significativo, es de larga duración y estable. (8)

7.- Recientemente, los investigadores **GARCÍA, MARTÍN Y OTÍN** (2010) efectuaron una nueva revisión de las posibilidades terapéuticas eficaces para el trastorno límite de personalidad. Estos autores también enfatizan la importancia de una terapia integral y distinguen distintos abordajes a tenor del tipo y gravedad de la sintomatología que manifieste el sujeto:

a) Los pacientes con sintomatología poco intensa y/o un adecuado nivel funcional pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio centrado en psicoterapia individual, precisando o no tratamiento psicofarmacológico; b) Los pacientes con intensa sintomatología y/o un pobre nivel funcional precisan de un tratamiento multidisciplinario más intensivo centrado en psicoterapia individual, familiar y grupal junto con tratamiento psicofarmacológico coadyuvante que se administra en unidades más especializada. Unidades de Hospitalización. En ocasiones, ante situaciones de alta inestabilidad y dificultad de contención del paciente, es recomendable el ingreso.

2.-Trastorno de Personalidad:

La personalidad es un conjunto de características o patrones, que definen a una persona, es decir sentimientos, pensamientos, actitudes y conducta de cada individuo, que nos hacen ser diferentes de los demás.

Cada persona al nacer, tiene en cierto modo su personalidad condicionada por la biología, pero esta personalidad se va ir modificando a lo largo del tiempo, en función de las relaciones del sujeto con el ambiente

La personalidad cambia y se estructura con el paso del tiempo, ya sea por la figura de influencias paténtales o sociales, que pueden actuar de forma consciente o inconsciente. (9)

3.- Los Trastornos a Considerar Son:

-Trastornos de personalidad formas clínicas

❖ Grupo a:

Su característica principal sería la de resultar extraños o excéntricos, con déficit de habilidades sociales y dificultad de sintonizar afectivamente con los demás. Pueden presentar sintomatología psicótica.

-Trastorno de personalidad Paranoide: Se caracteriza por enorme suspicacia y desconfianza de la gente. Rechazan la responsabilidad de sus actos y se la achacan a los demás. Hostiles, irritables y coléricos Los fanáticos, acaparadores de injusticias, cónyuges celosos y litigantes crónicos, a menudo son trastornos paranoides.

Epidemiología. Constituyen entre el 0.5% y el 2.5% de la población. Los familiares de esquizofrénicos, muestran una incidencia mayor. Es más frecuente entre los hombres. Presentan mayor frecuencia entre inmigrantes y sordos.

Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva

Sintomatología. Interpretan las acciones de los demás, como amenazantes o insultantes. Esperan ser explotados o dañados por los demás. Cuestionan la lealtad y la sinceridad de amigos y colaboradores. A veces celosos patológicos. λ Parecen no tener emociones e inspiran miedo a los demás.

Evolución. A veces toda la vida, Otras veces evolucionan a la esquizofrenia. Presentan problemas de convivencia laboral o familiar.

-Trastorno personalidad esquizoide: Presentan aislamiento social de toda la vida. Malestar o indiferencia ante la interacción humana. Introversión. Afecto constreñido. Los demás los ven como excéntricos, aislados y solitarios.

Epidemiología. Puede afectar al 7.5%, aunque no está claramente establecido. Parece más frecuente entre mujeres que en hombres.

-Trastorno de personalidad Esquizotípico:

Anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, que no llegan a reunir los criterios para la esquizofrenia. Conductas marcadamente extravagantes y raras. Pensamiento mágico. Ideas peculiares. Ideas de referencia. Ilusiones de desrealización.

Epidemiología. Aparece en 3% de la población. Se da más en familiares de esquizofrénicos. Más entre gemelos monocigóticos

Discurso peculiar y con significado solo para ellos Relaciones interpersonales pobres Pueden presentar síntomas psicóticos de corta duración En casos graves anhedonia y depresión

Evolución. El estudio Mac Glashan demostró que un 10% acaban suicidándose Se considera como una pre-esquizofrenia, No obstante, algunos consiguen trabajo e incluso relaciones familiares y sexuales

❖ **Grupo b:**

Personas cuya conducta resulta teatral, emotiva o errática, considerados como personas inmaduras con falta de voluntad y con falta de aprendizaje de socialización.

-Trastorno de personalidad antisocial: Se caracterizan por la realización de actos criminales o antisociales y con la incapacidad para adaptarse a las normas sociales. Conducta antisocial continúa y crónica, en la que se violan los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.

Epidemiología. El 3% en varones y 1% en mujeres. Más común en áreas urbanas y deprimidas y población flotante. 75% de la población carcelaria Se inicia antes de los 15 años en varones y en las mujeres antes de la pubertad.

Características. Tensión, irritabilidad, ira a veces difícil de detectar, Suelen tener anomalías EEG y signos neurológicos leves. Pueden aparecer como

normales e incluso amables Suelen cometer robos, mentiras, escapadas de casa, delincuencia y actividades ilegales que se inician en la niñez

Explican su conducta de forma que para ellos no tiene ninguna importancia, Manipulativas y embaucadores. Poco fiables y mentirosos promiscuidad.

Abuso del cónyuge y de niños consumo abusivo de alcohol y drogas sin remordimientos.

Evolución. No suele haber remisiones se da un pico al final de la adolescencia parece que disminuyen al hacerse mayores Se pueden dar somatizaciones, depresión y abuso de alcohol y sustancias.

-Trastorno de personalidad Narcisista: Sensación de auto importancia sentimientos de grandiosidad. Se sienten personas especiales

Epidemiología. Se dan en el 1% de la población. Hay más posibilidad en los padres que inculcan valores de omnipotencia, grandiosidad o talento.

Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal

Características. Se consideran especiales, esperan que los traten como tales y toleran poco las críticas. Desean fama y fortuna, se creen autorizados para todo. Sus relaciones interpersonales son frágiles, incapaces de mostrar comprensión Se aprovechan de los demás. El curso es crónico, toleran mal el envejecimiento

-Trastorno de personalidad Límite: Están en la frontera entre neurosis y psicosis, con inestabilidad emocional y alteración de la autoimagen.

Epidemiológicamente, no hay datos y se supone que afecta al 1-2% y es más frecuente en mujeres. Se inicia al principio de la edad adulta. Presentan relaciones personales inestables, intensas que oscilan entre la idealización y la devaluación. Tienen una imagen de sí mismos inestable Presentan impulsividad. Gastos, sexo, conducta temeraria Intentos o amenazas de suicidio recurrentes.

- Inestabilidad afectiva.
- Sentimientos de vacío
- Pueden presentar micro episodios psicóticos
- Cambios frecuentes del humor (enfadado, deprimido)
- Conducta altamente impredecible
- Conductas auto lesivas, cortarse las venas, pincharse, quemarse, etc.
- Mantienen relaciones tempestuosas con los demás.
- No toleran la soledad y buscan compañía frenéticamente.
- Se quejan de sentimientos de vacío y aburrimiento.
- Suelen proyectar en los demás sus sentimientos.
- Sitúan a los demás en "todo bueno, todo malo

Evolución. El curso es estable y crónico, alta incidencia de episodios depresivos, incapaces de adaptarse a los cambios de ciclo vital

-Trastorno de personalidad histriónico: Presentan conducta exagerada y extrovertida. Excitables y emotivos incapacidad de mantener relaciones profundas o duraderas. Se da en un 2-3% de la población y más en mujeres que en hombres

Características. Suelen ser cooperativos, gesticulan y vocalizan exageradamente con gran componente afectivo. Los Exámenes cognitivos son normales Fácilmente olvidan material con carga emocional

Parece que su misión fuera buscar la atención de los demás. Exageran sus pensamientos y emociones Rabietas y lloros para centrar la atención Conducta seductora, proclives al flirteo, necesitan reafirmarse continuamente, malas relaciones personales, vanidosos, egocéntricos y volubles.

❖ **Grupo c:**

Componente importante de la ansiedad o temor, se clasifica cada grupo por las diferentes estrategias desadaptativas que utilizan para evitar ese temor.

-Trastorno de personalidad por dependencia: Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de confianza en sí mismo

-Trastorno de personal por evitación: Sensibilidad extrema al rechazo, vida aislada social, timidez exagerada, necesitan garantías de que la aceptación será total, parece que tuvieran complejo de inferioridad, se da entre el 1-3%.

Características. Lo más importante es la ansiedad por hablar ante otros y se presentan de forma tensa y nerviosa, hipersensibilidad al rechazo Incertidumbre al hablar, les asusta hablar en público y hacer cualquier petición, pueden interpretar los comentarios de otros como degradantes. Laboralmente solitarios, no suelen tener amigos o confidentes, son tímidos.

-Trastorno de personalidad obsesivo compulsivo: Presentan constricción emocional, gusto por el orden, perseverancia, obstinación, indecisión
Perfeccionismo

❖ **Teorías Etiológicas**

-Factores genéticos, Mas concordancia en los monocigóticos que los dicigóticos. Algunos trastornos sobre todo los 3 primeros son más comunes entre las familias de esquizofrénicos. La depresión se asocia más a las familias del bordelinde. A veces coexiste bordelinde con trastornos afectivos.

-Factores temperamentales, El temperamento es la base biológica del carácter y se define como la manera natural, con la que el individuo interactúa y vive en el entorno que lo rodea. Esto implica, la habilidad para adaptarse a los cambios, el estado de ánimo, la intensidad con que se vive, el nivel de actividad, la accesibilidad y la regularidad para hacer algún trabajo. Las disfunciones del sistema nervioso en la niñez, con síntomas neurológicos leves son más comunes en los trastornos bordelinde.

-Factores biológicos, La testosterona alta, se ha asociado con impulsividad. La monoamino oxidasa (MAO) baja, se ha relacionado con el trastorno esquizotípico. De entre los neurotransmisores, el que más se postula como causante del trastorno de personalidad es la serotonina, porque muchos pacientes mejoran al tomar medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden afectar los niveles de serotonina en el cuerpo, trabajando como antidepresivos y ayudando a aliviar los síntomas de la depresión. Aunque no sabe con precisión cómo funcionan.

-Factores psicológicos, Los trastornos de personalidad se han estudiado fundamentalmente por la escuela psicoanalítica, resaltando la importancia de

las fases oral, anal y de resolución del conflicto edípico. Teorías conductistas.

Teorías cognitivas

-Factores sociales, Anomia Crisis, todas aquellas situaciones que se caracterizan por la ausencia de normas sociales que las restrinjan y también el trastorno del lenguaje que imposibilita a una persona a llamar a las cosas por su nombre.

4.- Intervenciones Psicosociales Preventivas

ACTIVIDADES

a. Entrenamiento para el control de impulsos

Ayudamos al paciente a identificar el problema o situación que le hacen perder la serenidad y reaccionar de forma impulsiva.

Buscamos con él la mejor estrategia posible para el control de las conductas impulsivas, reforzándole positivamente cada nuevo éxito.

Se le anima a buscar soluciones en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico.

b.- Disminución de la ansiedad

- Se crea un ambiente que facilite la confianza donde pueda expresar sus sentimientos, percepciones y miedo.
- Se establecen actividades encaminadas a la reducción de la tensión.
- Se le proporciona información objetiva sobre el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad.
- Se le ayuda a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Se le instruye sobre técnicas de relajación.

- Se determina la capacidad del paciente en la toma de decisiones.
- Se administran los medicamentos prescritos por el médico para la reducción de la ansiedad.

c.- Aumentar el afrontamiento

Proporcionar información objetiva sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, utilizando un enfoque sereno de la situación.

A través de las actividades diarias de la unidad se favorece la relación con otras personas con intereses y objetivos comunes.

Se le anima a expresar sentimientos, percepciones y miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva.

Se le ayuda a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida.

d.- Potenciación de la autoestima

Se determina la confianza del paciente en sus propios juicios y se le ayuda a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo, así como a evaluar su propia conducta.

Se le anima a aceptar nuevos desafíos con la confianza de ser capaz de superar los obstáculos.

Se le facilitan actividades que aumenten la autoestima y la confianza en su capacidad de realizar cosas, tanto de forma individual como en grupos.

Se anima a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Evitamos realizar críticas negativas, mostrando confianza en que es capaz de controlar la situación.

Fomentamos el aumento de responsabilidad consigo mismo

Se realizan afirmaciones positivas sobre él.

e.- Control ambiental:

Prevención de la violencia

Se retira cualquier objeto que pudiera ser potencialmente peligroso, controlando de forma sistemática el ambiente para mantenerlo fuera de peligro.

En el ingreso se registra al paciente por si tuviera objetos peligrosos.

Se instruye a las visitas del paciente sobre temas relacionados con la seguridad.

Se le vigila/supervisa durante el afeitado y en todo momento que utilice objetos cortantes o afilados.

5.- Tratamiento Farmacológico

-Valproato sódico: Riesgo de toxicidad hepática (por lo que se recomienda tomar controles del perfil hepático en forma seriada y del nivel plasmático del medicamento). Teratogenicidad que afecta al tubo neural, por lo que no debe ser administrado durante el embarazo.

-**Lamotrigina:** Riesgo de Stevens Johnson, por lo que debe suspenderse en cuanto aparezcan síntomas cutáneos (prurito intenso).

-**Topiramato:** Déficits en la atención y memoria. Contraindicados para un adecuado rendimiento escolar.

- **Olanzapina:** Síndrome metabólico, obesidad, aumento de prolactina, amenorrea.

-**Aripiprazol:** Sedación y náuseas.

Nickel y col. han realizado un extenso estudio de esta última droga en el tratamiento de la personalidad límite y concluyen que la respuesta de los pacientes así tratados es muy auspiciosa. Mi experiencia personal ratifica esta conclusión.

Una constatación sorprendente en el artículo previamente citado (el de Lieb y col.) es que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina no tienen efecto seguro en el tratamiento de pacientes con comportamiento suicida o parasuicida. Esto se contradice con la presunta acción de la sertralina como regulador de la agresividad, además de antidepresiva.

- **La sertralina,** es un medicamento clave en el arsenal terapéutico que se ha de tener disponible en casos de ALNS. (10)

6.-Teorías Y Modelos de Hildegard Peplau

-Teoría psicodinámica de Hildegart Peplau.

Es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau define la "Enfermería Psicodinámica" como "aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia "

Para Peplau la **ENFERMERÍA** es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las **PERSONAS** son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la **ENFERMEDAD**.

Define **SALUD** como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria

La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes **ENTORNOS**: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades.

Caracterizar el modelo, la forma de actuación de la enfermería para alcanzar los objetivos anteriores. Se trata de actuar en lugar de la persona o

paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuar mediante la instrucción, etc.

En este modelo las acciones son realizadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal.

La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones.

La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse.

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

-En la relación enfermera y paciente describe cuatro fases.

1. Orientación: En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.

2. Identificación: El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades

3. Explotación: El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.

4. Resolución: Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

-En la relación de enfermería con el paciente, Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar.

1. Papel del extraño: El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.

2. Papel de persona-recurso: La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.

3. Papel docente: La autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).

4. Papel conductor: El profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.

5. Papel de sustituto: El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.

6. Papel de consejero: Es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

Concluimos que el modelo de Hildegart Peplau, es un modelo de interacción donde enfermera- paciente unida pueden aprender y crecer personalmente.

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

1.- La personalidad.

Es un conjunto de características o patrones, que definen a una persona, es decir sentimientos, pensamientos, actitudes y conducta de cada individuo, que nos hacen ser diferentes de los demás.

2.-Unidad de trastornos de la personalidad.

La Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) es un espacio independiente dentro del Hospital especializado en el tratamiento de los Trastornos graves de la Personalidad.

3.-Profesional de enfermería.

Es aquel que presta un servicio a la sociedad en coordinación con los otros profesionales del área de la salud, a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades, así como de la rehabilitación de las personas que las padecen, basándose en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas reales o potenciales que los sujetos sanos o enfermos presentan, con el propósito de conservar y fomentar la salud.

4.-Enfermería Psiquiátrica

Un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona familia o comunidad con el objeto de promover la salud Mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias.

3.3. Proceso de Realización en el Tema de Informe

Los cuidados que brindo como enfermera asistencial con los pacientes con trastorno de personalidad es una experiencia especial ya que ingresan pacientes con trastorno de personalidad de diferentes localidades de la región, mi objetivo es disminuir las autolesiones los intentos de suicidio ideas suicidas y depresión mejorar el estado de salud mental del paciente reducir la frecuencia de la gravedad y a las consecuencias psicosociales. Lograr una disminución continua de síntomas y aumento en el control de impulsos y emociones, mejorar la tolerancia al estrés y las dificultades, mejorar la calidad de vida prevenir el abandono de la terapia y disminuir el ingreso psiquiátrico.

Actualmente no se han realizados estudios sobre el tema los problemas de salud que aqueja a los pobladores de la localidad, los trastornos de personalidad en el hospital donde laboro deben estar sostenidas por estudios para disminuir los intentos autolíticos y las autolesiones, reducir las recaídas y las hospitalizaciones, aumentar la capacidad de relación y la funcionalidad, así como la integración social y laboral. La calidad de las intervenciones psicológicas y psicosociales depende de que los profesionales poseamos los conocimientos, la formación y las habilidades necesarias para implementar alguna de las intervenciones que han sido efectivas en entornos de investigación, así como del apoyo organizativo imprescindible. En medida en que se encuentran pacientes descompensados con recursos familiares y/o sociales desbordados que requieren de intervenciones diarias de apoyo, cuidados y administración de tratamiento.

3.4.- Descripción del Área Laboral

Organización. Orgánicamente el servicio de medicina es parte del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, su función es netamente asistencial y de docencia.

- Recursos Humanos.

- Actualmente cuenta con 02 Médicos Internistas

- 01 Gastroenterólogo,

- 01 Endocrinólogo,

- 02 Cardiólogos,

- 01 Neumólogo,

- 01 Psiquiatra a medio tiempo,

- 01 Médico general, residentes e internos,

- 08 Licenciadas. en Enfermería y

- 08 Técnicos. en enfermería.

- **Infraestructura.** El servicio cuenta con 10 habitaciones distribuidas según patologías y sexo de los usuarios (pacientes) dentro de ello el ambiente de clinoc debidamente acondicionado para tal fin, total cuenta con 36 camas funcionales.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

**DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON
TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL**

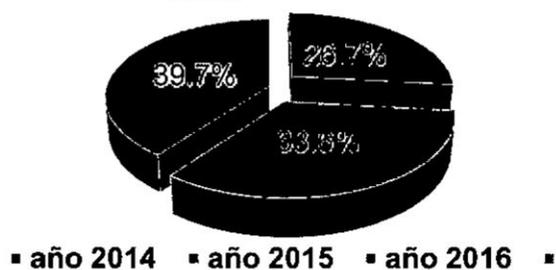
AÑOS	PACIENTES	PORCENTAJE
2014	35	26.7 %
2015	44	33.6 %
2016	52	39.7 %
TOTAL	131	100 %

GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016.

Fuente: Unidad de informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.

GRAFICO: N° 4.1

DISTRIBUCIÓN POR AÑOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014-2016.



Fuente: Unidad de informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.

1.- Interpretación. El gráfico demuestra el incremento de hospitalizaciones por cada año por problemas de salud mental en 2014 el 26.7%, 2015 33.6% y en el año 2016 39.9%.

-Datos demográficos de pacientes con trastorno de personalidad que se hospitalizaron en servicio de medicina.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016.

TABLA N°: 4.2

EDAD	N° CASOS	PORCENTAJE
15 años - 20 años	89	68%
21 años - 26 años	38	29%
27 años - 33 años	04	3%
TOTAL	131	100%

Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

GRAFICO N° 4.2

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETAREO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016.



Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

2.-Interpretación: Los trastornos de personalidad, por ser patrones de rasgos inflexibles, persistentes y permanentes que aparecen en la adolescencia, al final de la adolescencia o principio de la vida adulta.

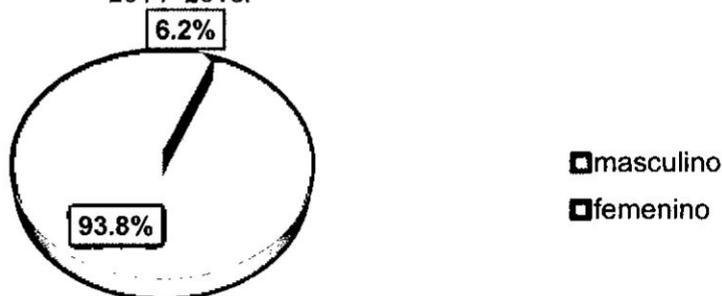
TABLA N°: 4.3
DISTRIBUCIÓN POR GENERO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON
TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016.

GENERO	N° casos	%
Masculino	08	6.2%
Femenino	123	93.8%
TOTAL	131	100%

Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

GRAFICA N° 3

DISTRIBUCIÓN POR GENERO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS
CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY
2014- 2016.



Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

Interpretación: la población femenina en etapa de adolescencia presenta un perfil psicológico con altísimas tasas de prevalencia de trastornos de personalidad de límite en el 93.8%, en masculino el 6.2%.

TABLA N°: 4.4

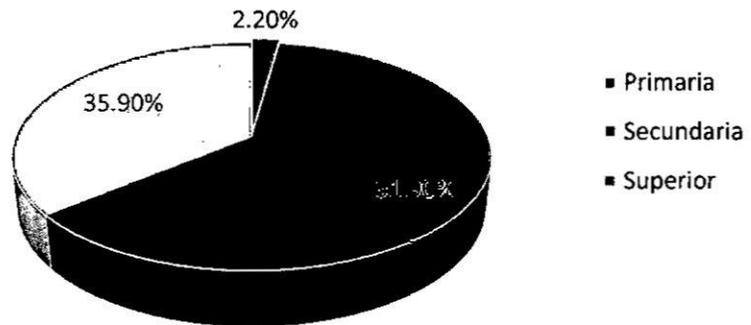
**DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS
CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016**

NIVEL DE ESTUDIOS	N° casos	%
Primaria	03	2.2%
Secundaria	81	61.9%
Superior	47	35.9%
TOTAL	131	100%

Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

GRAFICO N° 4.4

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016.



Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

Interpretación: Los más vulnerables son los pacientes que están cursando secundaria, 61.9% seguido los que se encuentra cursando estudios universitarios como adultos jóvenes 35.9% los que cursan nivel primario 2.2%.

TABLA N° 4.5

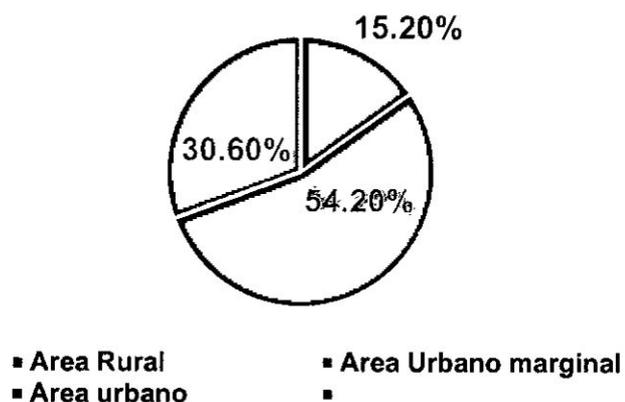
**DISTRIBUCIÓN POR AREA GEOGRAFICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS
CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016.**

AREA GEOGRAFICA	N° casos	%
Área Rural	20	15.2%
Área Urbano marginal	71	54.2%
Área Urbano	40	30.6%
Total	131	100%

Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

GRAFICA N° 4.5

DISTRIBUCIÓN POR AREA GEOGRAFICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA – ABANCAY 2014- 2016.



Fuente: Oficina de unidad informática y estadística del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega Abancay.

Interpretación: Los pacientes que se hospitalizaron con mayor frecuencia son de procedencia de área urbano marginal con 54.20% y área urbano 30.60%, en menor porcentaje en pacientes de área rural con 15.20%.

V. CONCLUSIONES

1.- Como conclusión se define, cada año se incrementa el número de hospitalizaciones con trastorno de personalidad además se concluye con la diversidad de los trastornos de la personalidad que hace muy difícil explorar las causas que originan a cada uno, por ello se les define brevemente lo que trata cada trastorno. De hecho, en muchos casos no se posee la información suficiente para tener una explicación más específica de dichas causas. Lo que sí es un hecho es que estos trastornos están influidos por factores biológicos, psicológicos, sociales y sociocultural, ya que todo lo que nos rodea nos afecta de alguna manera y para las personas que sufren alguno de estos trastornos es un reto muy difícil de aprender a vivir con ellos, ya que la personalidad no se puede curar pero si la puede controlar por medio de terapias, para poder saber cómo convivir con el tipo de trastorno que presente la persona y tratar de tener un estilo de vida lo más adaptable.

2.- Los trastornos de personalidad, por ser patrones de rasgos inflexibles, persistentes y permanentes que aparecen en la adolescencia también al final de la adolescencia o principio de la vida adulta, como muestra el cuadro.

3.- Se concluye, que la población femenina en etapa de adolescencia presenta un perfil psicológico con altísimas tasas de prevalencia de trastornos de personalidad de límite.

4.- Se menciona el nivel de estudios de los pacientes, los más vulnerables son los que están cursando secundaria, seguido los que se encuentra cursando estudios universitarios como adultos jóvenes. Entonces, de acuerdo con la problemática planteada en los comienzos de este estudio, con sus subsiguientes objetivos y los hallazgos encontrados es posible plantear que nos vemos enfrentados a una problemática mayor, y altamente preocupante.

5- Es importante destacar, además, que, así como el trastorno límite de personalidad en este estudio es altamente prevalente, también lo es el trastorno del paranoide, y el esquizoide en pacientes de área urbano marginal y área urbano, en menor porcentaje en pacientes de área rural. Trastornos que presentan en común la impulsividad, las dificultades con la autoridad, dificultades en relaciones interpersonales, las que son más bien de desconfianza, egocéntricas, y faltas de empatía, lo que nos permite explicar las reincidencias en autolesionarse.

Es por ello que creemos que esta investigación será un aporte significativo para nuevas políticas de acción en cuanto a este tema que tanto preocupa a las autoridades, la sociedad y especialmente a aquellos que trabajamos con la salud mental.

VI. RECOMENDACIONES

- a.- Se recomienda elaborar un plan de tratamiento integral, coordinado y consensuado con el paciente y su familia que incluya como objetivos la mejora del estado del paciente, la reducción de la frecuencia, la gravedad y las consecuencias psicosociales de los episodios de desestabilización y posibilite la optimización del funcionamiento psicosocial.
- b.- Reevaluar periódicamente el plan de tratamiento en función de la evolución clínica del paciente y, como mínimo, una vez al año. Elaborar un plan específico de manejo de los factores de riesgo y las crisis.
- c.- El gran aporte que representa, para la labor de enfermería la utilización de modelos o teorías, que guíen, ordenen y den sentido a la atención, se vea reflejado en el cuidado en pacientes con trastorno de personalidad. La disciplina de enfermería sienta sus bases en aquellos conceptos teóricos que si bien, se han desarrollado desde hace varios años, continúan vigentes y se adaptan perfectamente a los lineamientos políticos y administrativos existentes dentro del campo de desarrollo de su quehacer, además de resaltar la importancia de seguir construyendo conocimiento y fortaleciéndolo con su utilización en la práctica diaria.

VII. REFERENCIALES

1. Bermúdez PyS. 2010;; p. p.17.
2. ulloa rcp. frecuencia de autolesiones que acudieron a un hospital psiquiatrico infantil. [Online]. mexico: recuperado de [http//. scielo.org](http://scielo.org); 2013.
3. Rodriguez M. GJ,PV,M,E. Revista Colombiana de Psiquiatria. ENTRE EL SUFRIMIENTO INTERNO Y LAS PALABRAS SILENCIADAS. 2007;; p. 237-254.
4. Rospigliosi. Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana.. Tesis de grado. 2010.
5. Pérez S CJ. El suicidio Infantojuvenil. Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2011.
6. Feldman. 2010.
7. Morris CGyM,AA. Psicología. Pearson Educación. 2005.
8. Association AP. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.. Washington D.C., American Psychiatric Publishing. 2013.
9. Rosique E. Trastornos de personalidad. Psicología Clínica. s/f.
10. AR F. cómo la clasificación guía el tratamiento. In AR F. Autolesión no suicida.: Current Psychiatry; 2013.

ANEXOS

ANEXO 01: DOCUMENTOS

SOLICITO: DATOS ESTADÍSTICOS Y
ACCESO A HISTORIAS CLINICAS

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE
LA VEGA

Yo, DINA VICTORIA CCAIPANI
GALINDO, con DNI N° 07632172
Licenciada en Enfermería con
domiciliada en Jr. los geranios s/a
pasibamba de la ciudad de Abancay,
ante Ud con el debido respeto me
presento y expongo:

Que por motivos de complementar mis estudios de segunda especialidad de
Enfermería en Salud Mental, Solicito que disponga a la unidad respectiva
facilitar datos Estadísticos y acceso de registros del servicio de Medicina de
pacientes que se atendieron en el año 2014 al 2016, con el Diagnostico de
trastorno de personalidad con la finalidad de sustentar el informe de
Experiencia Profesional,

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted señor Director, acceder a
mi petición por ser de justicia.



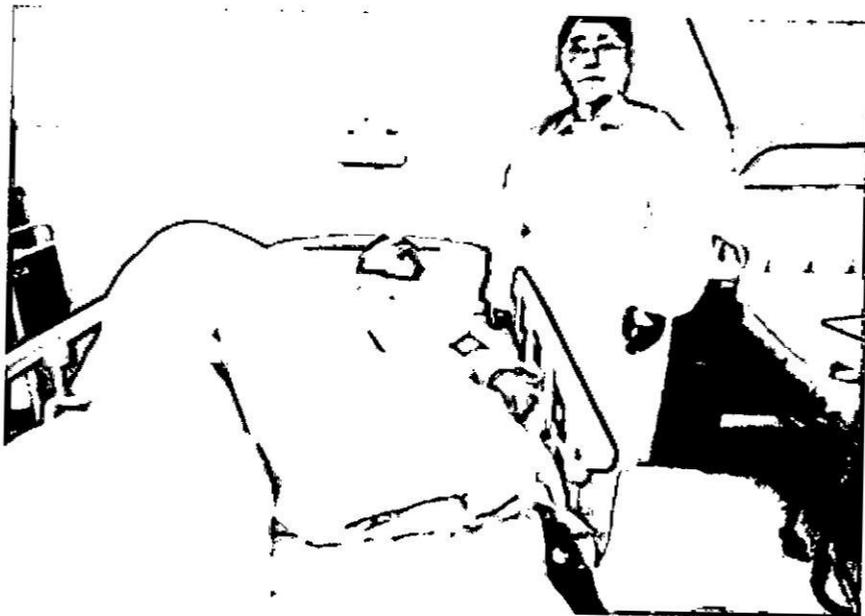
DINA VICTORIA CCAIPANI GALINDO
DNI 07632172

Abancay, 20 de setiembre de 2017.

ANEXO 02: FOTOGRAFIAS



Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay Apurímac



Ambiente Clinoc del Servicio de Medicina