



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

# **Proyecto educativo: Trastorno límite de la personalidad en mujeres embarazadas**

Alumna: Alba Palomo Sánchez

Director: Blanca Egea Zerolo

Madrid, 30 de abril de 2024



# Índice

<b>1. Glosario de abreviaturas .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Resumen .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Presentación .....</b>	<b>8</b>
<b>4. Estado de la cuestión.....</b>	<b>9</b>
4.1 Estrategia de búsqueda .....	9
4.2 Fundamentación .....	10
4.2.1 ¿Qué es el trastorno límite de la personalidad? Definición y causas .....	10
4.2.2 Tipos de TLP .....	11
4.2.3 Criterios diagnósticos del TLP .....	12
4.2.4 Factores de riesgo asociados con el TLP .....	13
4.2.5 Epidemiología y prevalencia del TLP .....	14
4.2.6 Comorbilidad del TLP .....	15
4.2.7 Suicidio en TLP .....	16
Protocolo de actuación de pacientes con TLP e historial suicida.....	18
4.2.8 Tratamiento y manejo del TLP .....	18
Manejo terapéutico .....	18
Manejo farmacológico .....	19
4.2.9 Mujer gestante con TLP .....	20
Tratamiento e intervenciones madre- bebé .....	21
Resultados obstétricos y neonatales .....	23
4.2.10 Intervención de enfermería en gestantes con TLP .....	24
4.3 Justificación .....	27
<b>5. Metodología .....</b>	<b>28</b>
5.1 Población .....	28
5.2 Captación.....	28
Objetivos generales.....	29
Objetivos específicos .....	29
5.4 Contenidos.....	30
5.5 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales .....	31

5.5.1	Planificación general .....	31
	Cronograma general .....	32
	N.º de participantes .....	33
	Docentes .....	33
	Lugar de celebración .....	33
	Materiales y recursos necesarios.....	33
5.5.2	Sesiones .....	34
5.6	Evaluación .....	35
	Evaluación de la estructura y el proceso .....	35
	Evaluación de los resultados educativos .....	35
<b>6.</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos .....</b>		<b>40</b>
<b>Anexo 1.</b>	<b>Cartel informativo del proyecto .....</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 2.</b>	<b>Folleto informativo del proyecto .....</b>	<b>42</b>
<b>Anexo 3.</b>	<b>Formulario de inscripción .....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo 4.</b>	<b>Confirmación de plaza .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo 5.</b>	<b>Hoja de asistencia .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo 6.</b>	<b>Cuestionario de conocimiento pre/ post 1º sesión .....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo 7.</b>	<b>Hoja de respuestas del cuestionario de conocimiento pre/ post 1º sesión.....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 8.</b>	<b>Soluciones del cuestionario de conocimiento pre/ post 1º sesión .....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo 9.</b>	<b>Cuestionario de conocimiento pre/ post 2º sesión .....</b>	<b>49</b>
<b>Anexo 10.</b>	<b>Hoja de respuestas del cuestionario de conocimiento pre/ post 2º sesión.....</b>	<b>50</b>
<b>Anexo 11.</b>	<b>Soluciones del cuestionario de conocimiento pre/ post 2º sesión .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo 12.</b>	<b>Cuestionario final de satisfacción .....</b>	<b>52</b>
<b>Anexo 13.</b>	<b>Cuestionario de evaluación a medio y largo plazo.....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 14.</b>	<b>Hoja de observación de los fenómenos ocurridos en la dinámica.....</b>	<b>55</b>

## 1. Glosario de abreviaturas

Abreviatura	Concepto
DeCS	Descriptores en ciencias de la salud
MeSH	Medical subject headings
TFG	Trabajo de fin de grado
TLP	Trastorno límite de la personalidad
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades
DSM-5	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
TDAH	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
TOC	Trastorno obsesivo- compulsivo
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
TCA	Trastorno de la conducta alimentaria
TB	Trastorno bipolar
DG	Diabetes gestacional
RPM	Rotura prematura de membranas
PEG	Pequeño para la edad gestacional

## 2. Resumen

**Introducción:** el trastorno límite de la personalidad (TLP) es una enfermedad mental grave que implica en la mayoría de los casos resultados adversos de salud. Sin embargo, el manejo de esta patología en mujeres embarazadas resulta diferente al usual, lo que conlleva a una formación específica de los enfermeros para poder proporcionar cuidados de calidad y prevenir las posibles complicaciones que puedan surgir tanto de la gestación como de la enfermedad mental. Además, existen estudios que demuestran que el trastorno influye en los resultados obstétricos y perinatales, lo que confirma que el TLP supone un gran riesgo para la mujer y para el feto.

**Objetivo:** promover que los enfermeros sean capaces de atender a una mujer gestante con un trastorno límite de la personalidad durante y después del embarazo, proporcionándole una atención y unos cuidados adecuados, dignos y de calidad.

**Metodología:** se desarrolla un proyecto educativo para la formación de enfermeros generalistas y/o especializados, del Hospital Universitario Gregorio Marañón del servicio de Ginecología y Obstetricia, sobre el manejo adecuado de gestantes con trastorno límite de la personalidad.

**Implicaciones para la práctica enfermera:** este proyecto dotará a los enfermeros del servicio de Ginecología y Obstetricia conocimientos y competencias acerca del manejo y los cuidados de las mujeres gestantes con trastorno límite de la personalidad para dar una asistencia adecuada y de calidad.

**Palabras clave:** gestación, mujer gestante, trastorno límite de la personalidad, salud mental, cuidados de enfermería, enfermería psiquiátrica.

## Abstract

**Introduction:** borderline personality disorder (BPD) is a serious mental illness that most often involves adverse health outcomes. However, the management of this pathology in pregnant women is different from usual, which leads to specific training of nurses to be able to provide quality care and prevent possible complications that may arise from both pregnancy and mental illness. In addition, there are studies that show that the disorder influences obstetric and neonatal outcomes, confirming that BPD poses a great risk for the woman and the fetus.

**Goal:** promote that nurses can take care of a pregnant woman with a borderline personality disorder during and after pregnancy, providing adequate, dignified and quality care and attention.

**Methodology:** an educational project is developed to train general and/or specialized nurses, at the Gregorio Marañón University Hospital from the Gynecology and Obstetrics service, on the proper management of pregnant women with borderline personality disorder.

**Implications for nursing practice:** this project will provide nurses in the Gynecology and Obstetrics service with knowledge and skills about the management and care of pregnant women with borderline personality disorder to provide adequate and quality care.

**Key words:** pregnancy, pregnant woman, borderline personality disorder, mental health, nursing care, psychiatric nursing.

### 3. Presentación

Las enfermedades mentales afectan a una gran parte de la población, sin embargo, se dan situaciones en las que el personal sanitario no tiene las herramientas adecuadas para tratar a personas con este tipo de enfermedades. Además, los trastornos psiquiátricos llevan asociado un complejo proceso de actuación en el cual se debe profundizar en conocimientos y técnicas para llevarlo a cabo de la mejor manera posible.

Mi principal motivación para la elección de este trabajo de fin de grado (TFG) sobre el trastorno límite de la personalidad en mujeres embarazadas fue mi pasión e interés por dos de las especialidades de esta profesión, salud mental y enfermería obstétrico- ginecológica. Ambas me parecen dos ramas muy bonitas y enriquecedoras a la par que desafiantes y complejas.

He tenido la oportunidad de trabajar en un Hospital de Salud Mental y de tratar a pacientes con TLP y mi experiencia con ellos ha incrementado mi interés hacia la salud mental y en concreto hacia este trastorno. Considero un gran reto trabajar con estas personas y eso es lo que realmente me incita a querer saber más sobre ellas y sobre la patología y su abordaje desde el ámbito de la enfermería.

Es cierto que en la actualidad la salud mental está cobrando casi la misma importancia que la salud física y que existe una mayor concienciación de esta, pero algunos trastornos más específicos y complicados de entender por la sociedad siguen juzgándose y siendo un tabú. Por ello es imprescindible que el personal de enfermería eduque sobre ello a la población y se forme para atender a estas personas proporcionándolas los mejores cuidados.

Por último, quiero dedicar un espacio de mi TFG para agradecer a mis compañeros de estos cuatro años el haberme hecho más bonita la carrera, y en especial a mi compañera Nerea, por confiar en mí y enseñarme a ser una buena enfermera. En segundo lugar, gracias a todos los profesores de la escuela San Juan de Dios por formarme en valores y competencias, y gracias por supuesto a Blanca Egea que ha sido mi guía en este trabajo y ha hecho que esta experiencia valga la pena. Me gustaría dar las gracias en especial a mi padre, que me ha mandado fuerzas siempre y sé que estaría muy orgulloso de mí y de lo que he conseguido. Para acabar, gracias también a mí misma, por no rendirme y por luchar por ser una gran enfermera.



## 4. Estado de la cuestión

### 4.1 Estrategia de búsqueda

Para recopilar la información necesaria y para realizar la búsqueda bibliográfica para el desarrollo del TFG, se ha recurrido a diferentes bases de datos como PubMed, ESBCO, y Scielo.

Se ha empleado el uso de filtros de búsqueda y la aplicación de los principales descriptores en ciencias de la salud, MeSH y DeCS. Los filtros utilizados en la búsqueda han sido “fecha de publicación”, “idioma: inglés, español o francés” y “resultado por año”.

DeCS	MeSH
Gestación	Pregnancy
Mujer gestante	Pregnant woman
Trastorno límite de la personalidad	Borderline personality disorder
Salud mental	Mental health
Cuidados de enfermería	Nursing care
Enfermería psiquiátrica	Psychiatric nursing
Ginecología	Gynecology

*Tabla 1: Descriptores en ciencias de la salud. Elaboración propia*

En cuanto a libros se han utilizado algunos del repositorio de la Universidad Pontificia Comillas como “Enfermería de salud mental y psiquiátrica” e “Introducción a la enfermería de la salud mental”. También se ha recurrido a páginas web y revistas científicas, algunas de ellas son Australas Psychiatry y The Lancet.

## **4.2 Fundamentación**

### **4.2.1 ¿Qué es el trastorno límite de la personalidad? Definición y causas**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental grave caracterizado por un patrón penetrante de desregulación emocional. Este trastorno engloba tres características principales que son: cambios emocionales bruscos e intensos, incluyendo la impulsividad; identidad inconsistente e inestable y problemas en las relaciones interpersonales. En la mayoría de los casos aparecen conductas disfuncionales agudas como autolesiones, pensamientos suicidas crónicos, arrebatos de agresividad y sensibilidad al rechazo (1).

El TLP se asocia con un deterioro funcional y una inestabilidad afectiva (2). Se debe tener en cuenta que el nivel de sufrimiento no es menor en los casos en los que estas características no son tan llamativas. La falta subjetiva de coherencia junto con una objetiva incoherencia en los pensamientos, sentimientos y comportamientos diferencia el TLP de otros trastornos mentales.

Los pacientes con TLP describen sus emociones como intensas, duraderas y fuertemente fluctuantes, las cuales son experimentadas como abrumadoras e impredecibles. Cuando se enfrentan a fuertes emociones, de manera impulsiva tienden a recurrir a estrategias no adaptativas como serían las lesiones autolíticas o el abuso de sustancias (3).

El TLP suele ir precedido o desarrollarse en conjunto con síntomas internos (depresión y ansiedad) y síntomas externos (problemas de conducta, hiperactividad y consumo de sustancias). En casi todos los casos está asociado con una variedad de pobres resultados, incluyendo un bajo nivel ocupacional y educativo, una falta de relaciones duraderas románticas y amistosas, un incremento en los conflictos de pareja, relaciones sexuales de riesgo, poco apoyo social y una baja satisfacción con respecto a la vida (4).

Aquellas personas afectadas por este trastorno tienen una percepción negativa de su cuerpo, así como problemas a la hora de confiar en su propio juicio. Además, pacientes con TLP no solo muestran hipersensibilidad en momentos negativos, también presentan dificultades en detectar y procesar señales sociales y en recordar momentos positivos (4).

No existe evidencia científica que asegure las causas del TLP, pero diversas investigaciones proponen que los factores sociales, ambientales y genéticos pueden aumentar el riesgo de desarrollo de la patología (5).

- Factores sociales, ambientales y culturales: personas con este trastorno afirman haber sufrido eventos traumáticos y otras haber estado expuestas a conflictos hostiles o relaciones inestables.

- Estructura y función del cerebro: pueden existir cambios funcionales y estructurales a nivel cerebral, destacando las áreas que controlan los impulsos y las emociones (lóbulo frontal y sistema límbico). No está demostrado si estos cambios son causa del trastorno o factores de riesgo para este.
- Antecedentes familiares: tener un familiar cercano como un padre, una madre o un hermano, con este trastorno supone una mayor probabilidad de desarrollo de la enfermedad.

A pesar de que estos factores aumentan el riesgo de sufrir TLP, no necesariamente tiene que desarrollarse. Del mismo modo, existen personas cuyo diagnóstico del trastorno no es causado por ninguno de estos factores.

#### 4.2.2 Tipos de TLP

Debido a la heterogeneidad de la presentación clínica del trastorno, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías de la personalidad se han creado numerosos términos para nombrar a esta enfermedad. Finalmente, en la CIE-10 se incorporó el término de “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo, que es el nombre que se utiliza en la actualidad. En la siguiente figura se puede observar la evolución de los distintos términos de la enfermedad a lo largo de la historia:

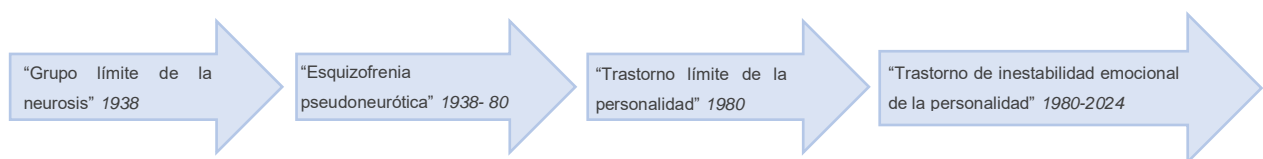


Figura 1: Evolución de los términos de la enfermedad. Elaboración propia a partir de (6)

A continuación, se describen los dos tipos de TLP existentes:

TLP Impulsivo	TLP Límite
<p>Se caracteriza principalmente por la impulsividad y la dificultad para controlar los impulsos. En este tipo de trastorno se incluyen los episodios de ira, agresión y autolesión, además de los problemas con el consumo y abuso de sustancias, los comportamientos autodestructivos, el juego compulsivo y las conductas sexuales de riesgo.</p> <p>Dicha impulsividad y falta de control son las causantes de provocar actos negativos que influyen tanto al individuo como al entorno que le rodean, lo que hace que sea el tipo de TLP más complicado de manejar (7).</p>	<p>Caracterizado por síntomas que fluctúan entre los extremos de la impulsividad y la inhibición. En este tipo de TLP las personas sufren periodos de intenso apego emocional sucedidos por episodios de abandono y rechazo. Juegan con su propia imagen e identidad, lo que da como resultado cambios en la apariencia física, metas y creencias.</p> <p>Los cambios en la autoimagen y la inestabilidad emocional implican dificultades en el momento de mantener relaciones saludables y establecer metas a largo plazo. Es un tipo de TLP especialmente desafiante (7).</p>

Tabla 2: Tipos de TLP. Elaboración propia a partir de (7)

### **4.2.3 Criterios diagnósticos del TLP**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) utiliza nueve criterios diagnósticos para el TLP, de los cuales al menos cinco deben estar presentes.

Como define el DSM-5 (8) “el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes”:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

La sección III del DSM-5 utiliza un proceso de tres pasos para el diagnóstico del TLP:

- I. El primer paso consiste en determinar la presencia y la severidad del nivel general de función de la personalidad del paciente utilizando un criterio que se basa en la observación de la existencia de deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, manifestado por la dificultad en dos o más áreas de identidad, empatía e intimidad.
- II. En segundo lugar, se debe determinar la gravedad en función de cinco dominios de rasgos patológicos.

- III. Y, en tercer lugar, se diagnostica TLP si el paciente muestra alteraciones en cuatro o más de los siete dominios patológicos de la personalidad que son, labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, depresión, impulsividad, toma de riesgos y hostilidad.

En estos tres pasos también se describen otras manifestaciones típicas del patrón del TLP como la visión de uno mismo como un ser inadecuado, malo, culpable, asqueroso y despreciable; la experiencia de uno mismo como profundamente diferente y aislado de otras personas; y una dolorosa sensación de alienación y soledad generalizada (9).

#### **4.2.4 Factores de riesgo asociados con el TLP**

Son varios los factores de riesgo involucrados en la aparición del TLP, pero el más característico surge de la interacción entre la predisposición genética y las experiencias vitales adversas. La vulnerabilidad al trastorno depende de la exposición a factores ambientales que se relacionan con la familia, los traumas y las características psicopatológicas de la persona (10).

Un amplio abanico de factores ambientales juega un papel en la instauración del TLP, los más relevantes son el estatus socioeconómico, la psicopatología familiar, la relación padre-hijo y los eventos traumáticos, como abuso en la infancia, maltrato infantil o abandono (11,12).

En relación con los factores familiares, una situación de nivel socioeconómico bajo predispone a la aparición de los síntomas del TLP. Otro aspecto importante es la relación padre- hijo, en la que se puede dar una crianza desadaptativa caracterizada por falta de calidez, rechazo, baja satisfacción o insatisfacción materna hacia el hijo, hostilidad y/o castigos exagerados, comunicación materna interrumpida, expresión por parte materna de emociones negativas e involucración excesiva en la crianza del hijo (11-13).

A su vez, pacientes con TLP afirman haber recibido poco cuidado por parte de ambos progenitores, al igual que altos niveles de sobreprotección, control e intrusión en sus vidas. Los niveles inadecuados de afecto, de empatía y de cercanía es percibida por estos pacientes especialmente por parte de sus madres (12,13).

Es esencial destacar el impacto que tiene la psicopatología de los progenitores en el desarrollo del TLP en la descendencia, concretamente en los casos de madres con TLP. Los trastornos de externalización maternos como trastornos de conducta, trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), comportamiento impulsivo/agresivo, autolesiones y trastornos por consumo de sustancias; se asocian con trastornos de internalización en la descendencia como ansiedad, depresión, síntomas disociativos, comportamientos suicidas y por supuesto, TLP (11,12).

En cuanto a los traumas como factores de riesgo, se ha observado que los traumas tempranos son un desencadenante en el desarrollo de algunos rasgos del TLP. Las experiencias infantiles que involucran traumas psicológicos y físicos y enfermedades mentales predisponen la aparición de los síntomas en los adolescentes. Además, existe una fuerte evidencia que considera los abusos sexuales como importantes factores de riesgo en el desarrollo temprano del trastorno (11,12).

El abuso físico y verbal también influye en la aparición de la enfermedad. La asociación entre el abuso y el TLP podría explicarse entendiendo que el abuso afecta negativamente a varios dominios de la personalidad, provocando inestabilidad afectiva, alteraciones de la identidad, relaciones tóxicas y autolesiones (11,12).

Por otro lado, ser víctima de acoso escolar durante la infancia perjudica la capacidad de confiar e interactuar adecuadamente con otras personas, lo que conduce a relaciones inestables, percepción distorsionada y desregulación emocional, aumentando así el riesgo de sufrir el trastorno (11,12).

Desde el punto de vista neurobiológico, la vulnerabilidad de padecer TLP por factores temperamentales también se asocia con alteraciones en la estructura del hipocampo, más concretamente con alteraciones en su simetría. También se asocia con un déficit estructural y funcional de la amígdala y de las regiones orbitofrontales. Estas personas muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal y una menor en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso (6).

Por último, en relación con los factores genéticos, la predisposición genética al TLP no es específica, a pesar de que se ha observado la presencia de genes concretos en pacientes con TLP, genes involucrados en la actividad del eje hipotálamo- pituitario- suprarrenal (6,12).

#### **4.2.5 Epidemiología y prevalencia del TLP**

En términos generales, se calcula que la prevalencia del trastorno oscila entre el 1% y el 2% en la población general, entre el 11% y el 20% en pacientes ambulatorios y entre el 18% y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas. En cuanto a la prevalencia por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación de 3:1 (6).

El periodo de especial sensibilidad para la instauración del TLP es la adolescencia. Los síntomas aparecen por primera vez en la adolescencia temprana, tienen su pico en la adolescencia tardía y en la adultez temprana, y su declive en las etapas posteriores. Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años. Según la prevalencia en personas jóvenes, afecta solo entre el 0,9-3% de la población comunitaria menor de 18 años (4,6).

En el siguiente gráfico se puede observar la prevalencia del trastorno:

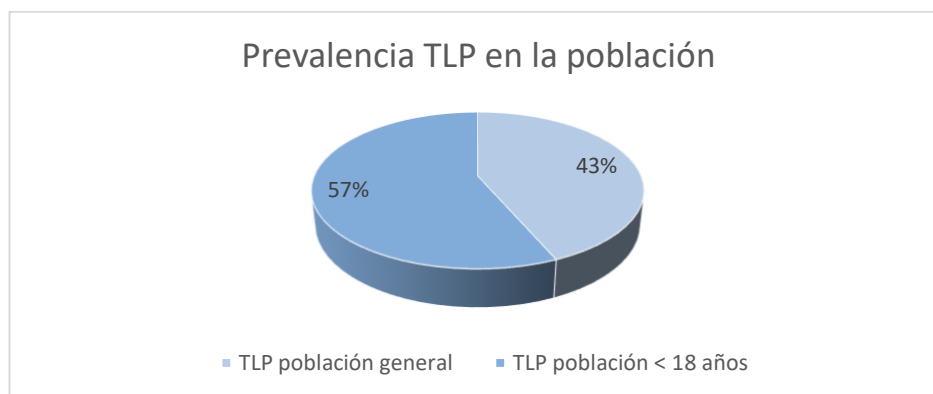


Figura 2: Prevalencia del TLP en la población. Elaboración propia a partir de (6)

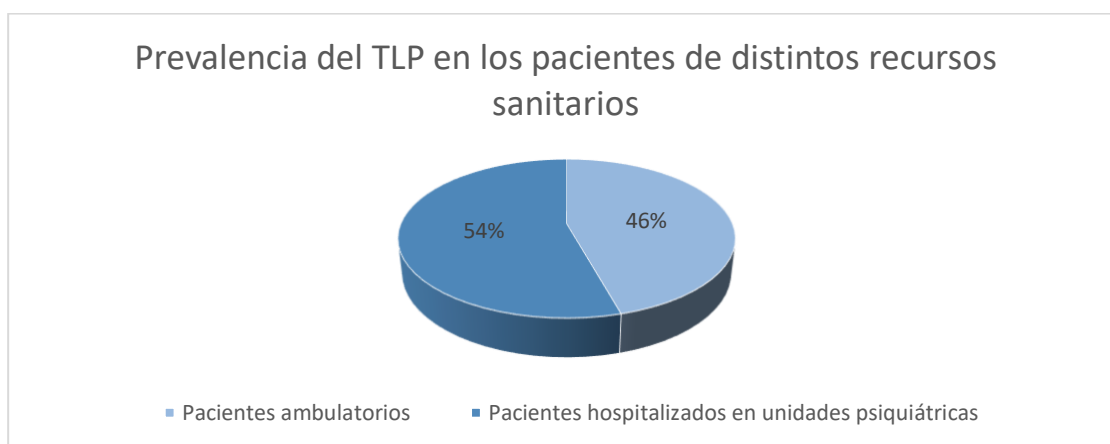


Figura 3: Prevalencia del TLP en los pacientes de distintos recursos sanitarios. Elaboración propia a partir de (6)

#### 4.2.6 Comorbilidad del TLP

En numerosos casos, el TLP cursa al mismo tiempo con otras enfermedades, la mayoría de ellas trastornos mentales. La prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada (TAG) en personas con TLP es del 35%, entre un 2% y un 48% cursa con trastornos de pánico con o sin agorafobia, entre un 3% y un 46% con fobia social, un 20% con trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y entre un 25% y un 56% con trastornos de estrés postraumático (TEPT) (2).

La prevalencia de trastorno por consumo de sustancias en personas con TLP va desde un 23% hasta un 84%. Se ha registrado que el abuso de alcohol en estas personas oscila entre un 11.9% y un 66%, mientras que la prevalencia de uso o dependencia de drogas se encuentra entre el 3.4% y el 87% (2).

El TLP también puede estar ligado a trastornos de la conducta alimentaria (TCA). La prevalencia de anorexia nerviosa en personas con TLP es del 21%, de bulimia nerviosa oscila entre el 3% y el 26% y la prevalencia de TCA no especificados se encuentra entre el 14% y el 26% (2).

Existen casos de comorbilidad de TLP con TDAH con una prevalencia del 33.7%. Y, además, relación con trastornos bipolares (TB) tipo I con una prevalencia del 21.6% y con trastornos bipolares tipo II del 37.7% (4).

A parte de la comorbilidad con otros trastornos mentales, el riesgo de sufrir trastornos somáticos en pacientes con TLP es considerablemente elevado, incluyendo enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas y endocrinas, y enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Esto supone una pérdida en la esperanza de vida de 6-7 años en comparación con la población general.

La comorbilidad del TLP con otras enfermedades mentales se puede observar en la siguiente figura:

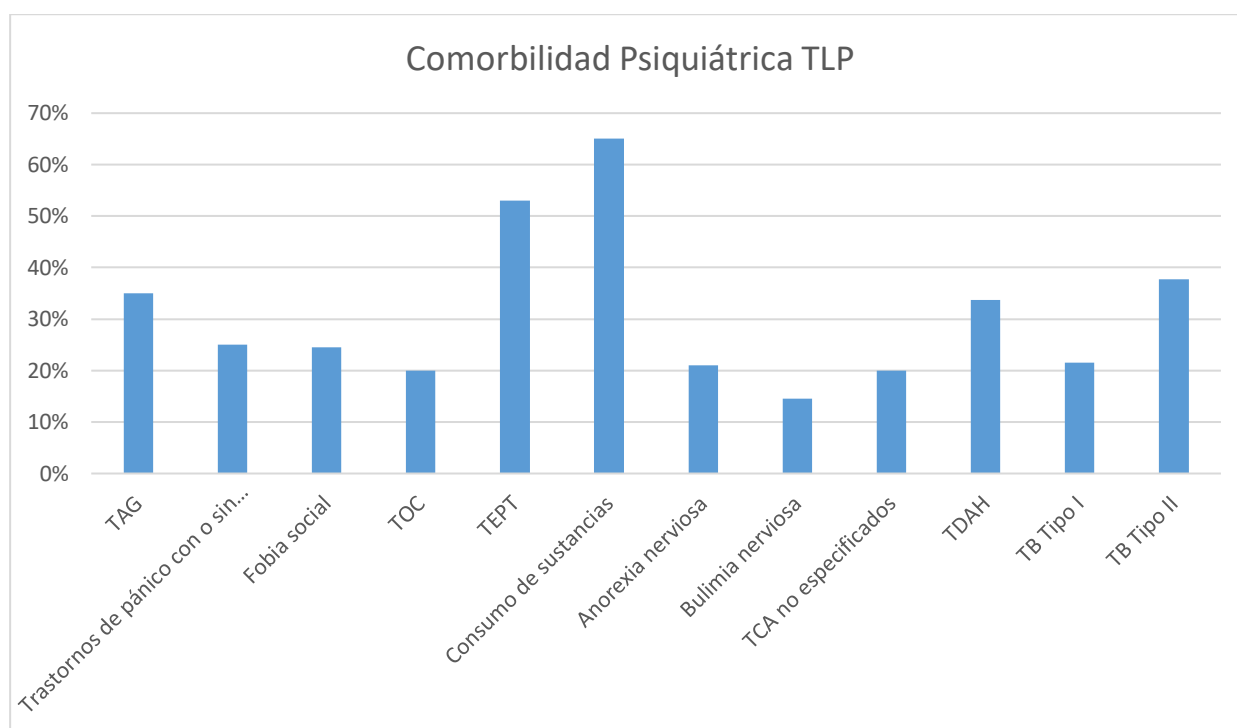


Figura 3: Comorbilidad Psiquiátrica del TLP. Elaboración propia a partir de (2)

Por toda la comorbilidad existente, se debe alentar y apoyar a personas con TLP para que participen en programas de prevención y chequeos regulares, además de buscar el tratamiento adecuado para las afecciones somáticas.

#### 4.2.7 Suicidio en TLP

Las conductas autolesivas son especialmente comunes en el TLP y la ideación suicida es crónica en la mayoría de los casos, convirtiéndose en un estilo de vida propio de estas personas. Los intentos de suicidio se diferencian de las automutilaciones y de las autolesiones deliberadas, en que estas dos últimas pueden ser peligrosas para la vida del paciente, pero no ocurren como resultado de un deseo de morir (14).



Las autolesiones se presentan normalmente como cortes en las muñecas y en los brazos. Sin embargo, estos actos no tienen que significar obligatoriamente un intento de suicidio; las personas con este trastorno presentan dificultades para regular sus emociones y autoagredirse intencionadamente reduce sus niveles de frustración. Los cortes ayudan a rebajar la tensión emocional, pero no reflejan una intención o deseo de morir (1).

Las ideas suicidas varían en intensidad a lo largo del tiempo, estas conductas autolesivas suelen aparecer después de momentos estresantes y los pacientes lo describen como una escapatoria. Muchos de ellos, a pesar de presentar pensamientos recurrentes y numerosos intentos de suicidio, nunca llegan a consumarlo. No obstante, este comportamiento puede desencadenar en lesiones físicas graves o incapacitantes (14).

Aun así, los profesionales tienen que evitar el error de pensar que un patrón repetido de intentos indica poco o nulo deseo de morir. El personal sanitario es clave en la prevención de intentos de suicidio entendiendo e identificando los posibles factores de riesgo asociados (15).

La comorbilidad psiquiátrica se ha identificado como un potencial factor de riesgo de esta conducta. La comorbilidad con una depresión mayor, TCA, TAG y abuso de sustancias aumentan la gravedad y el número de intentos de suicidio. Otros ejemplos de factores de riesgo son la edad, el número de intentos previos, la presencia de síntomas psiquiátricos, abuso físico y/o sexual en la infancia, problemas en la escuela, separación de los progenitores y problemas laborales y/o económicos (16).

El rango de edad en pacientes fallecidos por suicidio comprende entre los 20 y los 39 años y la mayoría de ellos ocurre antes de los 40, siendo más habitual encontrar estas conductas en personas más jóvenes. Aquellas que fallecen por suicidio suelen ser quienes no logran controlar una descompensación de la enfermedad (16).

Varios estudios sobre la muerte por suicidio en TLP han establecido que la incidencia de suicidios consumados ocurre en un 10% de los casos. Para estudiar la razón que lleva a una persona a consumir el suicidio existe un método de investigación conocido como autopsia psicológica que se utiliza para recabar datos retrospectivos respecto a las víctimas y consta de dos elementos principales:

- 1) Entrevistas con los integrantes de la familia y/o personas cercanas a la víctima.
- 2) Recogida de datos y documentación médica y psiquiátrica entre otras.

Este procedimiento destaca la importancia de estar atento a las señales de alerta para prevenir que el suicidio llegue a consumarse, como sería la comunicación de intento de suicidio por parte de la persona afectada; contactos recientes con la asistencia sanitaria y presencia de tratamiento específico por un trastorno mental (17).

## **Protocolo de actuación de pacientes con TLP e historial suicida**

La evaluación del riesgo suicida consiste en la elaboración de una historia psiquiátrica exhaustiva y la realización de un examen completo del estado mental de la persona. La evaluación se debe enfocar en síntomas vegetativos como trastornos del sueño, apetito o cansancio, y en síntomas cognitivos como depresión, deseo de morir, ideación y planes suicidas, preguntando a los pacientes por estos síntomas en específico.

Dado que los pensamientos suicidas fluctúan, el profesional debe reevaluar constantemente el riesgo en cada contacto que tenga con el paciente.

Cuando el paciente cuenta con un plan suicida bien desarrollado y pretende llevarlo a cabo, la hospitalización en una planta psiquiátrica de agudos es necesaria porque es la única opción en la que el profesional puede garantizar la seguridad del paciente. Una vez hospitalizado el tratamiento del trastorno puede ser iniciado o intensificado.

### **4.2.8 Tratamiento y manejo del TLP**

#### **Manejo terapéutico**

Para un adecuado manejo del TLP se deben seguir los siguientes pasos: (4)

1. Abordar los comportamientos de una crisis: intentos de suicidio, ataques a otras personas, autolesiones potencialmente mortales, frecuentes admisiones no planeadas al hospital o ingresos involuntarios, y comportamientos peligrosos de alto riesgo.

Las intervenciones deben estar basadas en un análisis funcional del comportamiento. La mayoría de los pacientes con TLP se benefician de herramientas que se les enseñan para reducir los altos niveles de angustia.

2. Iniciar los procedimientos diagnósticos, la psicoeducación y la educación basada en la evidencia.

Estas opciones de tratamiento deben ser iniciadas lo antes posible. Para una gran parte de las personas con TLP recibir un diagnóstico es un alivio, ya que es reconfortante saber que el comportamiento, las experiencias y las conductas son propias de la enfermedad. Evitar el diagnóstico perpetúa el estigma que está asociado a dicho trastorno.

3. Motivar a la persona para conseguir una adherencia al tratamiento y ayudarlo a encontrar apoyo terapéutico.

Todas las personas diagnosticadas de TLP deben recibir un programa específico de tratamiento psicosocial que consiste en una terapia semanal durante al menos 6 meses por un psiquiatra o psicoterapeuta.

La estancia de pacientes ingresados para una intervención de una crisis debe ser lo más corta posible. Por último, es importante establecer acuerdos entre el profesional, el paciente y el equipo terapéutico sobre futuros tratamientos.

### Manejo farmacológico

Actualmente no existen fármacos específicos para el tratamiento del TLP. Diferentes síntomas del trastorno responden a tratamiento farmacológico utilizado en pacientes que no han manifestado mejoría con las intervenciones psicológicas. Distintos antidepresivos, antipsicóticos atípicos y antiepilépticos son seguros y eficaces en el tratamiento del TLP (18).

Antipsicóticos	Indicaciones
Olanzapina	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Fármaco de elección.</li> <li>· Dosis 2mg-5mg tto. → inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, impulsividad, ira intensa y alteración de la identidad.</li> <li>· Dosis &gt;5-10mg mejoría → irritabilidad, ideas paranoides, comportamientos suicidas y disociación.</li> </ul>
Quetiapina	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eficaz dosis diarias 150mg-300mg tto. → sentimientos crónicos de vacío, ira intensa, alteración de la identidad e inestabilidad afectiva.</li> <li>· Efectiva en síntomas depresivos y de ansiedad.</li> <li>· Dosis altas tto. → síntomas obsesivo- compulsivos y psicóticos.</li> </ul>
Haloperidol	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eficaz dosis diarias 4mg tto. → impulsividad, depresión e ira y hostilidad.</li> <li>· Control características esquizotípicas → ideas paranoides y delirios de referencia.</li> </ul>
Aripiprazol	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dosis altas tto. → síntomas obsesivo- compulsivos y psicóticos.</li> </ul>
Paliperidona	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dosis altas tto. → síntomas obsesivo- compulsivos y psicóticos.</li> </ul>
Risperidona	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Control → comportamientos agresivos.</li> </ul>

Tabla 3: Antipsicóticos. Elaboración propia a partir de (6,18)

Antidepresivos	Indicaciones
Duloxetina	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tto. → impulsividad.</li> <li>· Útil corrección → desregulación afectiva.</li> </ul>
Fluoxetina	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tto. → control de impulsos, disminución de impulsividad, conductas autolesivas y sensibilidad al rechazo.</li> </ul>

Tabla 4: Antidepresivos. Elaboración propia a partir de (18)

Antiepilépticos/ anticonvulsivantes	Indicaciones
Ácido Valproico	· Tto. → comportamientos agresivos.
Lamotrigina	· Estabilizador del ánimo.
Topiramato	· Tto. → episodios de ira. · Pérdida de peso significativa asociada. · No eficaz en tto. de síntomas psicóticos.
Gabapentina	· Dosis diarias 1200-2300mg tto. → ansiedad, inestabilidad afectiva y síntomas depresivos.

Tabla 5: Antiepilépticos/ anticonvulsivantes. Elaboración propia a partir de (6)

#### 4.2.9 Mujer gestante con TLP

Si bien el TLP es complicado en circunstancias típicas, puede resultar especialmente preocupante durante el embarazo y la etapa perinatal. Esta etapa representa un periodo de vulnerabilidad para las mujeres ya que durante este tiempo su salud mental puede ser inestable (19).

Mientras que la ansiedad y la depresión postparto han recibido mayor atención e investigación, el TLP ha sido poco investigado en este contexto. Puede ser debido a diversas razones, como por ejemplo poca formación sobre el trastorno, estigma de la enfermedad y falta de reconocimiento del TLP como una prioridad en la investigación psiquiátrica (20).

Sin embargo, la gravedad de los resultados perinatales del TLP exigen un enfoque exclusivo de la enfermedad en el embarazo y el postparto. Además, mujeres con TLP tienen un mayor riesgo de sufrir resultados fisiológicos y psicosociales adversos en el periodo perinatal en comparación con mujeres sin TLP, y la sintomatología del trastorno puede exacerbar algunas situaciones del postparto (21).

Uno de los propósitos es identificar y trabajar con mujeres de alto riesgo, las cuales son más probable que tengan más dificultades en el embarazo y durante la crianza del bebé. Uno de los grupos definidos como grupo de alto riesgo son las mujeres que con frecuencia han experimentado traumas tempranos y apego desorganizado con la consiguiente disfunción de la personalidad (22).

Tras identificar a estas mujeres se las deriva al servicio de psiquiatría siguiendo unos criterios: diagnósticos pasados o actuales de ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, trastornos bipolares o esquizofrenia, y mujeres en tratamiento con antipsicóticos.

Una vez derivadas al servicio específico, se realiza una entrevista, se establece un diagnóstico clínico y se estudia el pasado psiquiátrico de la paciente. También se registra si el embarazado ha sido planeado o no, y si ha existido relación con los servicios sociales en su propia infancia o en embarazos posteriores (22).

Identificar a mujeres con TLP, abordar su problema específico y asesorarlas es esencial para minimizar las complicaciones maternas y neonatales. Mujeres gestantes que sufren este trastorno deben ser seguidas de cerca por un equipo multidisciplinar antes y durante el embarazo, y así poder beneficiarse de las intervenciones y del apoyo de los profesionales (23).

### **Tratamiento e intervenciones madre- bebé**

#### **- Tratamiento**

Las enfermedades mentales suponen un riesgo para el embarazo y la salud y el bienestar neonatal. Si no se tratan correctamente, pueden dar lugar a un cumplimiento deficiente de la atención prenatal. No tratar o tratar inadecuadamente a estas pacientes puede suponer un daño para la mujer, el feto o el neonato (24).

El tratamiento de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico. La decisión de tratamiento se lleva a cabo mediante un consenso entre la madre y el equipo terapéutico, destacando la figura del psiquiatra y la matrona (24).

Tanto la paciente, como la familia deben ser integrados en el plan de cuidados. El tratamiento ideal debe minimizar el riesgo de resultados adversos perinatales y reducir al mínimo posible los síntomas psiquiátricos durante la gestación (24).

En cuanto al tratamiento farmacológico, el riesgo de este tratamiento debe sopesar el riesgo de recaída de la enfermedad asociada a una interrupción del tratamiento. Existen 4 tipos de riesgo para el feto por el uso de psicotrópicos durante el embarazo:

- › Riesgo de aborto espontáneo.
- › Riesgo de malformación de órganos o teratogénesis.
- › Riesgo de toxicidad neonatal o abstinencia durante el periodo neonatal.
- › Riesgo de secuelas neuroconductuales a largo plazo.

El uso de un único fármaco en una dosis mayor es más favorable que el uso de múltiples fármacos para el tratamiento del trastorno. Cambiar de medicación durante la gestación puede incrementar la exposición del feto a esta (24,25).

Es importante tener en cuenta que los cambios psicológicos del embarazo pueden alterar la farmacocinética de los fármacos, como la absorción, la distribución, el metabolismo y la eliminación. La medicación debe estar correctamente ajustada para mantener su eficacia (24,25).

- Intervenciones madre- bebé

Llevar a cabo las funciones parentales (satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del bebé y ofrecer una buena comunicación emocional) implica numerosas dificultades que afectan al desarrollo de las interacciones madre- hijo. Estos problemas en la interacción provocan que la madre experimente ansiedad y culpa, empeorando los síntomas del TLP. Estas relaciones interpersonales problemáticas pueden perpetuar el ciclo de transmisión intergeneracional de la psicopatología (23,26).

Lo realmente característico de estas madres es que tienen una sensibilidad reducida hacia sus bebés y una mala interpretación de sus emociones, lo cual interfiere en la interacción madre- hijo y en el desarrollo psicoafectivo del bebé (27).

Para reducir el impacto que esto supone en los niños, en las madres y en la relación entre ambos existen numerosas psicoterapias desarrolladas según algunos modelos, como el modelo psicoanalítico de Fraiberg, el modelo del pensamiento desarrollista y el modelo inspirado en la teoría de apego (26).

*Psicoterapia específica madre- bebé*

- Psicoterapia madre- bebé: apoyada por una terapeuta que fomenta el desarrollo psicomotor del bebé y permite a la madre apoyarlo gradualmente.
- Terapia Observar, Esperar y Preguntarse: organizada en torno a sesiones de juego con el bebé y técnicas de orientación internacional diseñadas para madres que tienen dificultades para participar en un proceso terapéutico.
- Técnicas basadas en “coterapias”: un educador infantil se centra en el bebé para apoyarle en la expresión de sus afectos, y una terapeuta se centra en la madre para regular la intensidad de la transferencia de emociones y sentimientos proyectados sobre el bebé, y en sus mecanismos de defensa (desvinculación y negación).  
Esta terapia permite apoyar psicológicamente a la madre para que pueda fortalecer sus habilidades parentales y así apoyar la construcción psicológica y psíquica de su hijo.
- Terapia conductual y dialéctica: grupos terapéuticos madre- bebé que consisten en ayudar a las madres con la regulación de sus emociones y con las habilidades para criar a su bebé.

Otras terapias dirigidas a madres con TLP son las terapias basadas en la mentalización (mentalización del feto, mentalización de uno mismo y mentalización de la relación madre-bebé) y terapias conductuales y dialécticas con técnicas de mindfulness centradas en temas específicos de la maternidad (26).

Existe un programa llamado “Habilidades Parentales para madres con TLP” que se desarrolla en torno a sesiones de terapias conductuales y dialécticas, con sesiones de mindfulness, en grupos de 3 o 4. En ellas se analizan las conductas de las madres y se abordan sus habilidades parentales, además de enseñarlas sobre el cuidado físico y emocional de sus bebés, a manejar el estrés y a comunicarse con ellos (26).

### **Resultados obstétricos y neonatales**

Existen varias razones que pueden explicar los resultados obstétricos y neonatales encontrados en madres con TLP. Una de las posibles explicaciones es que las mujeres con TLP tienen otras condiciones asociadas, que pueden incrementar el riesgo de resultados adversos en el embarazo. El efecto del TLP en estos resultados es agravado especialmente por la comorbilidad psiquiátrica (28).

Un asesoramiento activo y específico y una psicoeducación sobre el estilo de vida y los posibles riesgos para el bebé se deben discutir con la madre para prevenir resultados perjudiciales para ambos (29).

#### **- Resultados obstétricos**

Las gestantes con TLP tienen una mayor probabilidad de experimentar resultados obstétricos graves desde una diabetes gestacional (DG) hasta una corioamnionitis, asociada a una rotura prematura de membranas (RPM), cesáreas de emergencia y/o partos pretérminos (23,30).

Más del 40% de los nacimientos de bebés de mujeres con TLP son partos por cesárea en comparación con un 33% de los nacimientos de bebés de mujeres sin TLP. El miedo al parto es un factor importante que condiciona la elección de una cesárea programada en estas pacientes (31).

Una hipótesis que puede explicar la elección de cesárea ya sea de urgencia o programada, tiene que ver con la inestabilidad emocional de estas mujeres y con su dificultad para manejar el estrés y el miedo que supone una situación como la de dar a luz (29).

Por otro lado, la mayoría de las mujeres con TLP no se comprometen con los servicios destinados a la atención prenatal, además de tener seis veces más probabilidades de estar involucradas con los servicios sociales (30).

Estas mujeres se relacionan con tasas más altas de embarazo no planificado y/ o sin pareja, así como de uso de sustancias y de TCA. Además, las conductas de riesgo características del trastorno pueden incrementar la morbilidad en el embarazo y la falta de apoyo y los conflictos en la pareja, influir de manera negativa en la crianza del bebé (2,22).

- Resultados perinatales

Los bebés tienen mayor riesgo de ser prematuros, pequeños para la edad gestacional (PEG), obtención de puntuaciones bajas en el test de Apgar y necesidad de ingreso neonatal (28).

Son vulnerables a desarrollar un estilo de apego desorganizado e inseguro que puede producirles graves consecuencias en su desarrollo socioemocional y conducirles a una representación aterradora de ellos mismos y a una autoimagen devaluada e inapropiada. En la edad adulta esto podría conducir a relaciones interpersonales inestables (27).

#### **4.2.10 Intervención de enfermería en gestantes con TLP**

Los cuidados de enfermería en estas pacientes se centran en mantener una adecuada nutrición, eliminación, descanso y actividad. Los cuidados también abarcan asegurar un entorno seguro y facilitar asistir a grupos de terapia durante el ingreso (25).

Normalmente, estas mujeres viven el trabajo de parto sin apenas dolor aparente, incomodidad u otros signos. En una unidad de psiquiatría de un hospital general de Illinois, Estados Unidos, ya existe un protocolo específico para el cuidado de estas pacientes que consiste en lo siguiente:

Tres semanas antes de la fecha estimada de parto, enfermería inicia una checklist del trabajo de parto; se monitoriza a la paciente cada quince minutos sobre cualquier signo o síntoma de inicio de parto, además de vigilar un incremento en la agitación, irritabilidad o agresividad (25).

La intervención de enfermería con las pacientes durante el trabajo de parto va dirigida a facilitar la seguridad de la madre y del bebé y se actúa para animar, apoyar y tranquilizar a la paciente. Después de dar a luz, enfermería debe permanecer con la madre el tiempo necesario hasta que se considere seguro dejarla sola con el bebé (25).

#### ***Puntos importantes en un plan de cuidados dirigido a mujeres embarazadas con TLP (3)***

- › Continuidad de los cuidados y limitación del personal, preferiblemente a mujeres.
- › Educar al profesional de enfermería en las experiencias de cada una de las pacientes.
- › El plan de cuidados debe ser elaborado por el equipo de enfermería, el equipo de psiquiatría y el equipo de matronas.
- › Trabajo en conjunto de la unidad de psiquiatría, ginecología, cuidados intensivos y neonatología.



Existe en la actualidad un plan de cuidados de enfermería para pacientes con trastornos de la personalidad, el cual puede ser aplicado a las mujeres gestantes con TLP.

*Plan de cuidados para mujeres gestantes con TLP (1)*

- I. Valoración
  - Formular preguntas directas.
  - Observar conducta y lenguaje no verbal.
  - Detectar incoherencias entre lo que verbaliza y sus conductas.
  - Determinar el grado de ansiedad y el estado emocional durante la anamnesis.
  - Registrar cualquier resistencia a la entrevista o cualquier indicio de reacción impulsiva.
  - Preguntarle al paciente por los métodos de afrontamiento para sobrellevar situaciones estresantes.
  - Preguntar al paciente por ideación suicida.
  - Preguntar al paciente por desencadenantes de posibles conductas autodestructivas.
- II. Diagnósticos de enfermería
  - Trastorno de la identidad personal relacionado con el retraimiento social.
  - Riesgo de violencia autodirigida relacionado con conductas de automutilación.
  - Riesgo de baja autoestima situacional relacionado con necesidades de dependencia insatisfechas.
  - Conflicto de decisiones relacionado con la incapacidad de solventar problemas.
  - Afrontamiento familiar afectado relacionado con relaciones desadaptativas.
- III. Resultados esperados
  - Expresar los pensamientos y sentimientos de forma adecuada.
  - Aumentar el control sobre los impulsos.
  - No autolesionarse.
  - Tomar decisiones independientes sobre sus cuidados personales.
  - Expresar verbalmente cualidades positivas que le caracterizan.
  - Asociar la ansiedad con los factores desencadenantes.
- IV. Intervenciones
  - Proporcionar un entorno seguro y valorar la ideación suicida.
  - Animar al paciente a expresar abiertamente sus sentimientos y pensamientos.
  - Comprobar que el paciente se tome la medicación.
  - Ayudar y formar al paciente en el proceso de resolución de problemas.
  - Comentar al paciente el modo en que su conducta afecta al feto.

## V. Evaluación

La eficacia de las intervenciones es difícil de evaluar en estas pacientes ya que los cambios no se presentan rápidamente y no suelen poder observarse en el tiempo que dure el ingreso en el servicio de maternidad.

Los resultados que si pueden medirse durante la estancia en el hospital son los resultados a corto plazo como la interacción del paciente con el equipo terapéutico y el control de impulsos.

### *Recomendaciones para el plan de cuidados (3)*

- √ Establecer una alianza terapéutica con el paciente para crear un vínculo y una relación de confianza.
- √ Fomentar la autonomía y favorecer la participación en el proceso asistencial y en la resolución de problemas.
- √ Evaluar periódicamente el estado psicopatológico y los factores precipitantes de una crisis.
- √ Incluir a los familiares en los cuidados y educarles respecto al tratamiento.
- √ Prevenir recaídas y apoyar al paciente.

### **4.3 Justificación**

El trastorno límite de la personalidad, como se ha definido en el apartado anterior, es una enfermedad mental grave caracterizada por un patrón penetrante de desregulación emocional. Afecta casi al 2% de la población, siendo más frecuente en mujeres que en hombres con una relación de 3:1 (1).

El término con el que es conocido el trastorno ha ido evolucionado a lo largo de la historia hasta llegar al que se conoce en la actualidad, siendo el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo o de tipo límite, ambos perjudiciales cuando se habla de mujeres gestantes con dicha enfermedad (6).

Las conductas de riesgo que lleva asociadas el trastorno, como por ejemplo el suicidio, y la comorbilidad con otras enfermedades, la mayoría de ellas psiquiátricas, son motivos suficientes para fomentar el conocimiento y la investigación sobre el trastorno (2,16).

Además, son numerosos y muy diversos los factores de riesgo asociados al TLP, desde factores genéticos hasta factores vitales relacionados con el ámbito familiar, ambiental, socioeconómico y psicopatológico. Todo ello hace necesario el trabajo con estas mujeres desde una perspectiva bio-psico-social que permitirá el abordaje de todas las áreas y ámbitos de la vida de la persona (10).

La calidad de vida de estas pacientes y la supervivencia del feto depende de la atención que reciban por parte del personal sanitario y de las opciones de tratamiento. Mientras que la ansiedad y la depresión postparto han recibido mayor atención e investigación, el TLP ha sido poco investigado en este contexto (20).

Aun así, existen numerosas terapias para tratar y educar a estas mujeres y una variedad de fármacos para controlar los síntomas de la enfermedad. No obstante, se requiere una preparación específica de los profesionales sobre el trastorno en embarazadas (18,26).

Debido a la complejidad que supone una enfermedad mental y una gestación, el personal sanitario debe estar específicamente formado en ambos campos. Así se asegurará una atención adecuada a las pacientes, además de garantizar la seguridad tanto de la madre como del feto.

Por todo lo descrito anteriormente, se justifica la elaboración de un proyecto educativo sobre el TLP en mujeres embarazadas, destinado al personal de enfermería del servicio de Ginecología y Obstetricia, para que puedan atender pacientes con esta patología sin que genere ansiedad o preocupación al personal e inseguridad a la mujer.

## 5. Metodología

### 5.1 Población

Este proyecto educativo va dirigido al personal de enfermería del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Universitario Gregorio Marañón, ya sean enfermeros generalistas y/o especializados. La elección de esta población es debido a que serán éstos los profesionales que atiendan a las gestantes con el trastorno explicado anteriormente y se requiere un conocimiento específico de su manejo y abordaje.

El servicio seleccionado para el desarrollo del proyecto es la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Gregorio Marañón, hospital público localizado en el distrito de Retiro de la ciudad de Madrid. Podría ser posible la impartición del curso en otros hospitales de la Comunidad de Madrid si los resultados obtenidos son óptimos.

Además, si existiese personal de enfermería no perteneciente a dicho servicio que estuviese interesado en asistir al programa, se plantearía la opción de permitir a estos profesionales la participación en él, ya que el objetivo final es dotar a los profesionales de enfermería de herramientas útiles para su desempeño laboral.

### 5.2 Captación

La captación de los profesionales de enfermería que participarán en el curso se realizará mediante:

- Carteles informativos (**Anexo 1**)
- Folletos informativos (**Anexo 2**)

La sistemática de captación que se empleará será la siguiente:

En primer lugar, ponerse en contacto con el hospital, más concretamente con el departamento encargado de organizar las formaciones de los profesionales. Una vez logrado, se concertará una reunión con el equipo para explicar el proyecto, sus objetivos principales y el motivo por el cual es necesario llevarlo a cabo.

Después, la dirección de enfermería del hospital será la encargada de comunicar la información al supervisor del Servicio de Ginecología y Obstetricia, y éste a los enfermeros.

También se hará entrega de un modelo de cartel, que estará visible en las sesiones del curso, y de los folletos informativos correspondientes, con un breve resumen de los contenidos que serán abordados. Todo el material será expuesto en los pasillos principales del hospital, así como en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Posteriormente se llegará a un acuerdo con el departamento para abrir un plazo de inscripción, el cual permanecerá abierto 15 días laborables y consistirá en rellenar un formulario de inscripción al curso (**Anexo 3**).

Finalizado el plazo de inscripción los profesionales admitidos en el curso recibirán un correo de confirmación de plaza y la información sobre el grupo al que pertenecen y el horario asignado (**Anexo 4**).

Al finalizar las sesiones los enfermeros deberán firmar en la hoja de asistencia para que quede constancia de su participación en el programa (**Anexo 5**).

## **5.3 Objetivos**

### **Objetivos generales**

El objetivo general del proyecto es promover que los enfermeros sean capaces de atender a una mujer gestante con un trastorno límite de la personalidad durante y después del embarazo, proporcionándole una atención y unos cuidados adecuados, dignos y de calidad.

### **Objetivos específicos**

#### *Objetivos de conocimiento (área cognitiva)*

Los asistentes al taller:

- Explicarán en qué consiste el TLP al finalizar el taller.
- Describirán las actuaciones de enfermería en el cuidado de estas pacientes al finalizar el taller.
- Enumerarán los resultados obstétricos y perinatales del TLP en mujeres gestantes al finalizar el taller.
- Analizarán la importancia de un manejo adecuado de estas pacientes al finalizar el taller.
- Conocerán el manejo de los fármacos utilizados en el TLP en mujeres gestantes al finalizar el taller.

#### *Objetivos de actitud (área afectiva)*

Los asistentes al taller:

- Verbalizarán los problemas que puedan surgir en el manejo de estas pacientes durante el taller.
- Comunicarán las dudas que hayan aparecido sobre el manejo de estas pacientes durante el taller.
- Compartirán experiencias previas con estas pacientes durante el taller.
- Valorarán la utilidad del curso al finalizar el taller.

#### *Objetivos de habilidades (área psicomotriz)*

Los asistentes al taller:

- Demostrarán las habilidades aprendidas para el manejo de estas pacientes al finalizar el taller.

- Comprobarán correctamente los posibles resultados obstétricos y perinatales al finalizar el taller.
- Ejecutarán un adecuado plan de cuidados para estas pacientes al finalizar el taller.

## 5.4 Contenidos

*Sesión 1: Introducción al trastorno límite de la personalidad (TLP).*

- Definición del trastorno mental planteado.
- Explicación de la sintomatología y manifestaciones características del trastorno.
- Descripción de los resultados obstétricos y perinatales.
- Explicación de los fármacos empleados para el tratamiento trastorno.

1º Sesión Turno de mañana: 8 y 15 abril 2024	
10:00 – 10:20	Introducción al taller y explicación de la programación
10:20 – 10:40	Definición del TLP
10:40 – 11:00	Sintomatología y manifestaciones del TLP
11:00 – 11:15	Descanso
11:15 – 11:35	Farmacología
11:35 – 12:00	Resultados obstétricos y perinatales

*Tabla 6: 1ª Sesión, turno de mañana. Elaboración propia*

1º Sesión Turno de tarde: 8 y 15 abril 2024	
17:00 – 17:20	Introducción al taller y explicación de la programación
17:20 – 17:40	Definición del TLP
17:40 – 18:00	Sintomatología y manifestaciones del TLP
18:00 – 18:15	Descanso
18:15 – 18:35	Farmacología
18:35 – 19:00	Resultados obstétricos y perinatales

*Tabla 7: 1ª Sesión, turno de tarde. Elaboración propia*

*Sesión 2: Cómo abordar correctamente el manejo y los cuidados de enfermería que requiere una mujer gestante con trastorno límite de la personalidad (TLP).*

- Explicación y descripción de los cuidados de enfermería.
- Explicación del correcto manejo del trastorno.
- Realización de un plan de cuidados.
- Realización de un manejo adecuado del trastorno.

2º Sesión Turno de mañana: 22 y 29 abril 2024	
10:00 – 10:30	Introducción al temario de la sesión y recuerdo de la sesión anterior
10:30 – 11:00	Cuidados de enfermería y manejo de mujer gestante con TLP
11:00 – 11:15	Descanso
11:15 – 11:35	Plan de cuidados
11:35 – 12:00	Simulación y práctica

*Tabla 8: 2º Sesión. Turno de mañana. Elaboración propia*

2º Sesión Turno de tarde: 22 y 29 abril 2024	
17:00 – 17:30	Introducción al temario de la sesión y recuerdo de la sesión anterior
17:30 – 18:00	Cuidados de enfermería y manejo de mujer gestante con TLP
18:00 – 18:15	Descanso
18:15 – 18:35	Plan de cuidados
18:35 – 19:00	Simulación y práctica

*Tabla 9: 2º Sesión. Turno de tarde. Elaboración propia*

## **5.5 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales**

### **5.5.1 Planificación general**

Los talleres sobre el trastorno límite de la personalidad en mujeres embarazadas serán impartidos por dos enfermeros, un enfermero de salud mental y un matró, ya que son enfermeros especializados en los dos campos de la enfermería que abarca el proyecto. Se podrá solicitar la ayuda de otro enfermero si fuese necesario para la parte práctica.

El curso se divide en 4 sesiones. Las 2 primeras sesiones son las mismas, pero se imparten por duplicado para facilitar la asistencia al mayor número de personas posibles, la primera tendrá lugar el 8 de abril y la segunda el día 15. Las dos últimas sesiones también son iguales por el mismo motivo, la tercera se realizará el 22 de abril y la cuarta el día 29. Solo se debe asistir a dos sesiones en total. En los cuatro días del curso las sesiones cuentan con horario de mañana y de tarde. Cada una de las sesiones será de 2 horas de duración, sumando un total de 4 horas de curso.

Se habilitarán 2 grupos, uno que asistirá al curso en el turno de mañana y otro en el turno de tarde, con un máximo de 10 participantes por grupo y un mínimo de 6 participantes.

Las sesiones comenzarán el día 8 de abril de 2024, una vez haya finalizado el plazo de inscripción y selección de los participantes. Dichas sesiones se realizarán los lunes del mes de abril en horario de mañana de 10:00 a 12:00 y en horario de tarde de 17:00 a 19:00.

Cada sesión abordará unos temas específicos, planteará unos objetivos concretos y contará con diferentes materiales y recursos, y distintas técnicas y sistemas de evaluación.

Al inicio tanto de la primera como de la segunda sesión, se realizará un cuestionario para evaluar el grado de conocimiento de la materia por parte de los participantes (**Anexo 6 y 9**). Al finalizar cada una de las sesiones se volverá a realizar el mismo cuestionario.

Ambos cuestionarios se componen de 5 preguntas tipo test, con 3 opciones de respuesta, de las cuales solo 1 de ellas es la correcta. Los participantes cuentan con una hoja de respuestas aparte (**Anexo 7 y 10**) y una hoja con las soluciones, que se entregará una vez rellenado el cuestionario post sesión (**Anexo 8 y 11**).

Al finalizar el programa, en la segunda y última sesión, se realizará un cuestionario final de satisfacción (**Anexo 12**). Por último, para evaluar los objetivos del taller a medio y largo plazo se realizarán un cuestionario de evaluación a medio y largo plazo (**Anexo 13**).

### Cronograma general

El cronograma general de las sesiones está planificado de la siguiente manera:

	Grupo de mañana (10:00 – 12:00)	Grupo de tarde (17:00 – 19:00)
<b>1º Sesión</b>	08/04/2024	08/04/2024
<b>2º Sesión</b>	15/04/2024	15/04/2024
<b>3º Sesión</b>	22/04/2024	22/04/2024
<b>4ª Sesión</b>	29/04/2024	29/04/2024

Tabla 10: Cronograma General. Elaboración propia



### **N.º de participantes**

Se formarán dos grupos, un grupo para las sesiones del turno de mañana y un grupo para las sesiones del turno de tarde. Cada grupo contará con un máximo de 10 participantes y con un mínimo de 6 participantes.

### **Docentes**

Las sesiones estarán dirigidas por enfermeros especialistas en:

- 1 enfermero especializado en salud mental.
- 1 enfermero especializado en ginecología y obstetricia.

Será necesario contar con dos enfermeros más de cada especialización para poder turnarse, dos de ellos harán las sesiones del turno de mañana y los otros dos las sesiones del turno de tarde. Se podrá solicitar la ayuda de otro enfermero si fuese necesario para la parte práctica.

### **Lugar de celebración**

El sitio donde se realizarán las sesiones será el salón de actos del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

### **Materiales y recursos necesarios**

- Sala con el tamaño necesario para 12 personas y espacio para poder realizar una simulación.
- Una silla por participante, más dos para los enfermeros docentes.
- Ordenador con proyector para la utilización y visualización del PowerPoint.
- Una pizarra con tizas o rotuladores.
- Bolígrafos para los asistentes al taller.
- Hoja de asistencia al taller.
- Cartel y folletos informativos del taller.
- Ovillo de lana.
- Barrigas falsas de embarazada para la simulación.
- Muñecos bebés para la simulación.
- Material en papel del contenido expuesto.
- Cuestionario de conocimiento per/ post de las sesiones.
- Hoja de respuestas del cuestionario de conocimiento pre/ post.
- Hoja de soluciones del cuestionario de conocimiento pre/ post.
- Cuestionario final de satisfacción.

## 5.5.2 Sesiones

Sesión 1: 8 y 15 abril 2024		
Duración	Número de docentes	Número de participantes
120 minutos.	2 enfermeros, salud mental y ginecología y obstetricia.	Máximo 10 participantes. Mínimo 6 participantes.
Contenidos		Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición del trastorno.</li> <li>Sintomatología y manifestaciones.</li> <li>Resultados obstétricos y perinatales.</li> <li>Farmacología.</li> </ul>		<p>Conocimiento de la patología tratada, así como su sintomatología y manifestaciones típicas.</p> <p>Conocimiento de los resultados obstétricos y perinatales, y de la farmacología utilizada.</p>
Técnicas empleadas		Sistemas de evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnica de iniciación grupal: dinámica del Ovillo.</li> <li>Técnica expositiva: lección con discusión.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuestionario de conocimiento pre y post sesión.</li> </ul>

Tabla 11: Sesión 1. Elaboración propia

Sesión 2: 22 y 29 abril 2024		
Duración	Número de docentes	Número de participantes
120 minutos.	2 enfermeros, salud mental y ginecología y obstetricia.	Máximo 10 participantes. Mínimo 6 participantes.
Contenidos		Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados de enfermería.</li> <li>Manejo.</li> <li>Plan de cuidados.</li> <li>Juego de roles.</li> </ul>		<p>Conocer los cuidados básicos de enfermería para pacientes con el trastorno y el correcto manejo de estas.</p> <p>Saber realizar un plan de cuidados adecuado al trastorno.</p> <p>Obtención de formación práctica para poder abordar el cuidado y manejo de estas pacientes.</p>
Técnicas empleadas		Sistemas de evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnica expositiva: lección con discusión.</li> <li>Técnica para el desarrollo de habilidades: juego de roles.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuestionario de conocimiento pre y post sesión.</li> <li>Demostración de habilidades aprendidas a través del juego de roles.</li> <li>Cuestionario final de satisfacción.</li> </ul>

Tabla 12: Sesión 2. Elaboración propia

## 5.6 Evaluación

### Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación de la estructura y el proceso consiste en analizar la programación y planificación general del proyecto educativo. El objetivo final de esta evaluación es identificar las fortalezas y debilidades del programa y así poder mejorarlas para futuras sesiones o ediciones.

Para ello se realizará un cuestionario final de satisfacción (**Anexo 12**) que permitirá saber si las actividades desarrolladas, la organización, la utilización de recursos, y las técnicas y materiales empleados han sido los adecuados.

Este cuestionario se dividirá en una evaluación del contenido del taller, una evaluación del personal docente y una evaluación de la organización del proyecto. La encuesta se realizará una vez haya finalizado el programa, por lo tanto, en la segunda y última sesión.

Los aspectos que evaluar son los siguientes:

#### *Sobre la estructura y el proceso de la sesión*

- Contenidos abordados.
- Recursos, materiales y medios de apoyo utilizados.
- Metodología empleada.
- Cumplimiento de los objetivos y expectativas.
- Opinión global de la sesión.

#### *Sobre el personal docente*

- Conocimiento y dominio de la materia.
- Claridad en las explicaciones.
- Aclaración de dudas.
- Disposición y actitud hacia los participantes.
- Evaluación global del docente.

### Evaluación de los resultados educativos

La finalidad de la evaluación de los resultados es comprobar que los participantes del proyecto han adquirido los objetivos tanto generales como específicos, los cuales incluyen los objetivos de conocimiento, habilidades y actitud. Esta evaluación se realizará a corto, a medio y a largo plazo.

#### *Evaluación a corto plazo*

- Área cognitiva

Evalúa los conocimientos adquiridos por los participantes a través de cuestionarios pre y post taller sobre la teoría explicada por el docente en cada sesión. Además, esto servirá para comprobar la efectividad de las técnicas expositivas empleadas.

El cuestionario (**Anexo 6 y 9**) se realizará al inicio y al final de las sesiones y consistirá en 5 preguntas tipo test con 3 opciones de respuesta, siendo sólo 1 de ellas verdadera (**Anexo 7 y 10**). Al acabar la sesión se entregará la hoja de soluciones del test (**Anexo 8 y 11**).

- Área de habilidades

Evalúa las habilidades y capacidades adquiridas por los participantes a través de la realización de un caso práctico y una simulación.

En la simulación se entregará a cada participante una hoja de observación de los fenómenos ocurridos en la dinámica (**Anexo 14**), que deberán completar durante la actividad.

- Área afectiva

Evalúa las sensaciones, preocupaciones e impacto emocional que el proyecto ha tenido sobre los participantes. Para ello, se entregará al finalizar la última sesión, una encuesta de satisfacción, la cual incluye preguntas para que los participantes dejen constancia sobre sus impresiones acerca del taller.

#### *Evaluación a medio plazo y largo plazo*

Se enviará un correo electrónico a los participantes con un cuestionario de evaluación a medio y largo plazo (**Anexo 13**) al mes y a los 7 meses tras la finalización del taller. Esta evaluación constará de 5 preguntas abiertas de respuesta corta y tendrán un plazo de 10 días laborables para completarla y reenviarla al correo indicado en las instrucciones.

## 6. Bibliografía

- (1) Womble DM. Introducción a la enfermería de la salud mental. 2ª ed. ed.: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- (2) Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am* 2018 -12;41(4):583-593.
- (3) Isaacs A, Badía C. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. [2a. ed., 1a. ed. en español]. ed.: McGraw-Hill Interamericana; 1998.
- (4) Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet* 2021 -10-23;398(10310):1528-1540.
- (5) Instituto Nacional de Salud Mental. Trastorno límite de la personalidad. Trastorno límite de la personalidad (22-MH-4928S):8.
- (6) Irene Álvarez Tomás, Óscar Andiñón Pérez, Carmen Barral Picado, Natalia Calvo Piñero, Mª Carmen Casadella Ventura, Rocío Casañas Sánchez, et al. Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de la personalidad. 1ª edición ed. Generalitat de Catalunya; 2011.
- (7) Doctoralia. Tipos y grados de trastorno límite de la personalidad y cómo se diferencian. 2023; Available at: <https://www.doctoralia.es/blog/trastorno-limite-personalidad-grados-tipos>. Accessed Nov 3, 2023.
- (8) American Psychiatric Association. Guía de consulta de criterios diagnósticos del DSM-V. Washington, DC: Am Psychiatr.
- (9) Biskin RS, Paris J. Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ* 2012 -11-06;184(16):1789-1794.
- (10) Paris J, Zelkowitz P, Guzder J, Joseph S, Feldman R. Neuropsychological factors associated with borderline pathology in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 -06;38(6):770-774.
- (11) Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord* 2016 -10;7(4):316-323.
- (12) Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics* (2075-4418) 2021 November 1,;11(11):2142.
- (13) Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality

pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review* 2016 - 07;47:85-105.

(14) Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)* 2019 May 28;;55(6):223.

(15) Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008 -09;31(3):527-ix.

(16) Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004 -06;18(3):226-239.

(17) Cambridge University Press. Estudios de autopsia psicológica. *European Psychiatr* 2020 Mayo 12;;9.

(18) Del Casale A, Bonanni L, Bargagna P, Novelli F, Fiaschè F, Paolini M, et al. Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Curr Neuropharmacol* 2021;19(10):1760-1779.

(19) Satyanarayana VA, Lukose A, Srinivasan K. Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian J Psychiatry* 2011;53(4):351-361.

(20) Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health* 2007 -02;10(1):25-32.

(21) Prasad D, Kuhathasan N, de Azevedo Cardoso T, Suh JS, Frey BN. The prevalence of borderline personality features and borderline personality disorder during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Arch of Womens Ment Health* 2022 -04;25(2):277-289.

(22) Nagel K, Thomson R, Lorimer S, Judd F. Prevalence and characteristics of women with borderline personality pathology referred to a perinatal consultation liaison service. *Aust N Z J Psychiatry* 2021 -09;55(9):911-918.

(23) May A, Balzan R, Williams AS, Wade TD, Paranjothy SM. Interventions for perinatal borderline personality disorder and complex trauma: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2023 -06;26(3):295-309.

(24) Van Mullem C, Tillett J. Psychiatric disorders in pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs* 2009;23(2):124-130.

(25) Forcier KI. Management and care of pregnant psychiatric patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1990 -02;28(2):11-16.

(26) Serrano A, Teissier E, Guerin Franchitto L, Revet A, Raynaud J, Cailhol L. [Mother suffering from borderline personality disorder: Which specific care in the perinatal period? A literature review]. *Sante Ment Que* 2022;47(2):235-267.

- (27) Yelland C, Girke T, Tottman C, Williams AS. Clinical characteristics and mental health outcomes for women admitted to an Australian Mother-Baby Unit: a focus on borderline personality disorder and emotional dysregulation? *Aust Psy* 2015 -12;23(6):683-687.
- (28) Blankley G, Galbally M, Snellen M, Power J, Lewis AJ. Borderline Personality Disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Aus Psy* 2015 -12;23(6):688-692.
- (29) Pare-Miron V, Czuzoj-Shulman N, Oddy L, Spence AR, Abenhaim HA. Effect of Borderline Personality Disorder on Obstetrical and Neonatal Outcomes. *Womens Health Issues* 2016;26(2):190-195.
- (30) Nguyen T, Frayne J, Watson S, Galbally M. Outcomes for pregnant women with Borderline Personality Disorder who attended a specialist antenatal service. *Aus Psy* 2024 -04;32(2):138-142.
- (31) De Genna NM, Feske U, Larkby C, Angiolieri T, Gold MA. Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Womens Health Issues* 2012;22(4):371.

## **Anexos**



## Anexo 1. Cartel informativo del proyecto

TRASTORNO LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD



MUJERES  
EMBARAZADAS

1ª Sesión: 8 y 15 abril 2024, turno mañana o tarde  
2ª Sesión: 22 y 29 abril 2024, turno mañana o tarde  
10:00-12:00 o 17:00-19:00

📍 Salón de actos Hospital Universitario Gregorio  
Marañón  
Junio 2024

✉ Contacto: [TLP.mujeres.embarazadas@gmail.com](mailto:TLP.mujeres.embarazadas@gmail.com)

 Hospital Universitario  
Gregorio Marañón  
Comunidad de Madrid

 OMILLAS  
Asociación Española de  
Mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad

 ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA

 SAN JUAN DE DIOS

## Anexo 2. Folleto informativo del proyecto

### TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD



### MUJERES EMBARAZADAS

1ª Sesión: 8 y 15 abril 2024, turno mañana o tarde  
2ª Sesión: 22 y 29 abril 2024, turno mañana o tarde  
10:00-12:00 o 17:00-19:00

Salón de actos Hospital Universitario Gregorio Marañón  
Marañón  
Junio 2024

Contacto: TLP.mujeres.embarazadas@gmail.com

Hospital Universitario Gregorio Marañón  
SaludMadrid  
OMILLAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA  
SAN JUAN DE DIOS

### Objetivo del curso

Conocimiento del Trastorno Límite de la Personalidad para un correcto manejo de la enfermedad en mujeres embarazadas

### ¿A quién va dirigido?

Profesional de enfermería, generalista y/o especializado, del Hospital Universitario Gregorio Marañón, del servicio de Ginecología y Obstetricia

### Programa

#### Sesión 1: Introducción al TLP

- Definición del TLP
- Explicación de la sintomatología y manifestaciones
- Descripción de los resultados obstétricos y perinatales
- Explicación de los fármacos empleados

#### Sesión 2: Cómo abordar correctamente el manejo y los cuidados de enfermería que requiere una mujer gestante con TLP

- Explicación y descripción de los cuidados de enfermería
- Explicación del correcto manejo
- Realización de un plan de cuidados

Inscripciones del 4 al 15 de marzo del 2024

Más información: TLP.mujeres.embarazadas@gmail.com

Por unos cuidados competentes y de calidad



Hospital Universitario Gregorio Marañón  
SaludMadrid  
OMILLAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA  
SAN JUAN DE DIOS

### Anexo 3. Formulario de inscripción



## Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

### Formulario de inscripción

#### Datos personales

Nombre: ..... Apellidos: .....

DNI: ..... Fecha de nacimiento: .....

Dirección: .....

Teléfono: ...../..... E-mail: .....

#### Datos profesionales:

Hospital de procedencia: .....

Servicio de procedencia: .....

#### Fecha de preferencia:

*1º Sesión*

8 abril ☐

15 abril ☐

*2º Sesión*

22 abril ☐

29 abril ☐

#### Horario de preferencia:

*Turno de Mañana*

10:00 – 12:00 ☐

*Turno de Tarde*

17:00 – 19:00 ☐

En Madrid, ..... De ..... De 2024

Firma

## Anexo 4. Confirmación de plaza



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### Confirmación de plaza

Don/Doña .....,  
nos ponemos en contacto con usted para informarle de que, conforme a su solicitud, ha sido admitido/a en el curso de "Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas", que tendrá lugar en abril de 2024 en el salón de actos del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Teniendo en consideración sus preferencias, se le ha asignado los días ..... y ..... de abril de 2024, en horario de ..... (mañana/ tarde), siendo el cronograma previsto el siguiente:

	Grupo de mañana (10:00 – 12:00)	Grupo de tarde (17:00 – 19:00)
1º Sesión	08/04/2024	08/04/2024
2º Sesión	15/04/2024	15/04/2024
3º Sesión	22/04/2024	22/04/2024
4ª Sesión	29/04/2024	29/04/2024

Se recuerda que, si existiese algún inconveniente en acudir a las sesiones, puede hacer cambio con un compañero, pero nunca sumarse a un grupo. Si no pudiese asistir al curso se le ruega que informe a través del siguiente correo electrónico:

[TLP.mujeres.embarazadas@gmail.com](mailto:TLP.mujeres.embarazadas@gmail.com)

Atentamente, Alba Palomo

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.

## Anexo 5. Hoja de asistencia



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Hoja de asistencia*

Número de sesión:

Fecha:

Nombre y Apellidos	DNI	Firma

## Anexo 6. Cuestionario de conocimiento pre/ post 1º sesión



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Cuestionario de Conocimiento Pre/ Post 1ª Sesión*

#### Instrucciones

- Deberá realizar el siguiente cuestionario al inicio y al final de la sesión, con el fin de evaluar los conocimientos previos y posteriores a la misma y la efectividad del contenido teórico explicado por el docente.
- La prueba se compone de 5 preguntas tipo test, cada una de las preguntas consta de 3 opciones de respuesta, de las cuales solo 1 de ellas es la correcta.
- Deberá responder en la hoja de respuestas localizada al final del documento, rellenando el cuadro de la opción escogida.
- Para cumplimentar el test dispondrá de 5 minutos.

Gracias por la participación.

#### **1. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es...**

- a) Un trastorno mental leve.
- b) Un episodio mental agudo.
- c) Un trastorno mental grave.

#### **2. El TLP se caracteriza principalmente por...**

- a) La presencia de alucinaciones visuales y auditivas.
- b) Un patrón penetrante de desregulación emocional.
- c) Episodios alternantes de síntomas depresivos y episodios maniacos.

#### **3. Dentro de los antipsicóticos, el fármaco de elección para el tratamiento del trastorno es...**

- a) La olanzapina.
- b) El aripiprazol.
- c) La quetiapina.

#### **4. En relación con los resultados obstétricos, no se encuentra...**

- a) Diabetes gestacional (DG).
- b) Cesárea de emergencia.
- c) Parto postérmino.

#### **5. En relación con los resultados perinatales, no se encuentra...**

- a) Puntuaciones altas en el Test de Apgar.
- b) Necesidad de ingreso neonatal.
- c) Pequeños para la edad gestacional (PEG).

## **Anexo 7.** Hoja de respuestas del cuestionario de conocimiento pre/ post 1º sesión



### **Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas**

#### *Cuestionario de Conocimiento Pre/ Post 1ª Sesión*

A continuación, rellene el espacio de la opción correcta en cada caso:

N.º de Pregunta	Opción A	Opción B	Opción C
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 8. Soluciones del cuestionario de conocimiento pre/ post 1º sesión



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Soluciones Cuestionario de Conocimiento Pre/ Post 1º Sesión*

A continuación, rellene el espacio de la opción correcta en cada caso:

N.º de Pregunta	Opción A	Opción B	Opción C
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anexo 9. Cuestionario de conocimiento pre/ post 2º sesión



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Cuestionario de Conocimiento Pre/ Post 2º Sesión*

#### Instrucciones

- Deberá realizar el siguiente cuestionario al inicio y al final de la sesión, con el fin de evaluar los conocimientos previos y posteriores a la misma y la efectividad del contenido teórico explicado por el docente.
- La prueba se compone de 5 preguntas tipo test, cada una de las preguntas consta de 3 opciones de respuesta, de las cuales solo 1 de ellas es la correcta.
- Deberá responder en la hoja de respuestas localizada al final del documento, rellenando el cuadro de la opción escogida.
- Para cumplimentar el test dispondrá de 5 minutos.

Gracias por la participación.

**1. Es un aspecto importante en el cuidado de mujeres gestantes con TLP...**

- a) La limitación del personal a profesionales hombres.
- b) Trabajar en conjunto con psiquiatría, ginecología y neonatología.
- c) No individualizar cada caso.

**2. En la valoración de enfermería de mujeres gestantes con TLP se debe ...**

- a) Formular preguntas directas.
- b) Preguntar a la paciente por ideación suicida.
- c) Las dos respuestas anteriores son correctas.

**3. Dentro de los resultados esperados del plan de cuidados no se encuentra...**

- a) Disminuir el control sobre los impulsos.
- b) Asociar la ansiedad con los factores desencadenantes.
- c) Expresar los pensamientos y sentimientos de forma adecuada.

**4. Los resultados esperados que se pueden medir durante el ingreso son...**

- a) Los resultados a corto plazo como el aumento de la autoestima.
- b) Los resultados a corto plazo como el control de impulsos.
- c) Los resultados a corto plazo como la desaparición de ideación suicida.

**5. Dentro de las recomendaciones para el plan de cuidados, no se encuentra...**

- a) Fomentar la autonomía de la paciente.
- b) Prevenir recaídas.
- c) Ambas recomendaciones son correctas.

## Anexo 10. Hoja de respuestas del cuestionario de conocimiento pre/ post 2º sesión



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Cuestionario de Conocimiento Pre/ Post 2ª Sesión*

A continuación, rellene el espacio de la opción correcta en cada caso:

N.º de Pregunta	Opción A	Opción B	Opción C
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 11. Soluciones del cuestionario de conocimiento pre/ post 2º sesión



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Soluciones Cuestionario de Conocimiento Pre/ Post 2º Sesión*

A continuación, rellene el espacio de la opción correcta en cada caso:

N.º de Pregunta	Opción A	Opción B	Opción C
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Anexo 12. Cuestionario final de satisfacción

### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Cuestionario Final de Satisfacción*

##### Instrucciones

Con el objetivo de mejorar el taller para futuras ediciones es esencial su colaboración en el siguiente cuestionario. Para ello, deberá rellenar las encuestas a continuación, evaluando de 1 a 5 el grado de satisfacción en el que se han cumplido los objetivos que esperaba en relación con el curso impartido, siendo 1 “no cumplido” y siendo 5 “completamente cumplido”.

He de recordarle que el cuestionario es anónimo.

Gracias por su participación.

Contenido del Curso	1	2	3	4	5
¿Le ha aportado conocimientos y habilidades nuevas?					
¿Considera útil para la práctica profesional el curso recibido?					
¿Considera adecuados los materiales y medios de apoyo empleados?					
¿Ha favorecido la metodología empleada la consecución de los objetivos?					
¿Considera adecuada la coordinación de la parte práctica con la parte teórica?					
¿Recomendaría el taller a otros profesionales?					
¿Se han cumplido sus expectativas en relación con el contenido del curso?					

<b>Profesional Docente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
¿Conoce y domina la materia impartida?					
¿Ha sido claro en sus explicaciones?					
¿Se ha mostrado dispuesto a resolver dudas y preguntas?					
¿Ha motivado a los participantes durante las sesiones?					
¿Ha tenido en consideración y se ha adaptado a las necesidades de los participantes?					
¿Se han cumplido sus expectativas en relación con el personal docente?					

<b>Organización del Curso</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
¿Considera adecuada la duración del curso?					
¿Considera adecuado el espacio donde ha tenido lugar el curso?					
¿Considera adecuado el horario del curso?					
¿Considera adecuados los recursos empleados?					
¿Considera adecuado el tiempo empleado en cada dinámica?					
¿Se han cumplido sus expectativas en relación con la organización del curso?					

Sugerencias y aportaciones

.....

.....

.....

## Anexo 13. Cuestionario de evaluación a medio y largo plazo



### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Cuestionario de Evaluación a Medio y Largo Plazo*

##### Instrucciones

En relación con el curso impartido en el mes de abril de 2024, deberá responder a las siguientes 5 preguntas abiertas.

Deberá indicar en el correo el momento en el que está realizando la evaluación, siendo al mes o a los 7 meses tras la finalización del taller.

Dispondrá de 10 días laborables para el cumplimiento y entrega del cuestionario, reenviándolo al siguiente correo electrónico: [tjp.mujeres.embarazadas@gmail.com](mailto:tjp.mujeres.embarazadas@gmail.com)

Gracias por la colaboración.

1. ¿Considera útil la impartición de un curso dirigido a profesionales de enfermería para conocer el correcto cuidado y manejo de gestantes con TLP? Explique brevemente el por qué.

.....  
.....

2. ¿Cree que los contenidos teóricos abordados en cada una de las sesiones han sido de utilidad para el desarrollo de su práctica profesional?

.....  
.....

3. ¿Ha puesto en práctica en su puesto laboral alguna de las habilidades adquiridas en el curso? Numere cuáles.

.....  
.....

4. Describa brevemente la utilidad en su actual trabajo de los contenidos abordados en el curso.

.....  
.....

5. Numero los posibles puntos de mejora del curso para futuras ediciones.

.....  
.....

## Anexo 14. Hoja de observación de los fenómenos ocurridos en la dinámica

### Trastorno Límite de la Personalidad en Mujeres Embarazadas

#### *Hoja de Observación de los fenómenos ocurridos en la dinámica*

##### Instrucciones

Como espectador de la dinámica llevada a cabo deberá valorar a los participantes de esta rellenando la siguiente encuesta. Consiste en preguntas cerradas, siendo la respuesta sí o no. Deberá marcar con una x la casilla que considere adecuada en cada caso.

Clima del grupo	Sí	No
¿Es adecuado la implicación de los participantes en la dinámica?		
¿Trascorre de manera adecuada y fluida la dinámica?		
¿Se muestran abiertos los participantes al feedback del profesional?		

Dinámica de la simulación	Sí	No
¿Conocen los participantes el manejo correcto de las mujeres gestantes con TLP?		
¿Saben identificar los participantes los resultados obstétricos y perinatales?		
¿Saben los participantes ejecutar un adecuado plan de cuidados para mujeres gestantes con TLP?		

Gracias por su colaboración.

