

IMPACTO DEL SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES EN EL DESARROLLO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: PLAN DE CUIDADOS BASADO EN LENGUAJES ESTANDARIZADOS

YVÁN VIDAL MATEU¹, ISABEL MARTÍNEZ ARRIBAS¹,
ANA ROIG PEDRO² Y RAQUEL PORCAR SERRADOR³

¹Enfermero/a especialista en salud mental.

²Residente de primer año de enfermería en salud mental.

³Residente de segundo año de enfermería en salud mental.

Departamento de Salud de Valencia Hospital Doctor Peset. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.



RESUMEN DEL CASO

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una entidad clínica compleja caracterizada por desregulación afectiva, impulsividad e inestabilidad en las relaciones interpersonales, con una prevalencia global estimada en torno al 5,9 %. La evidencia científica identifica el trauma infantil como un factor determinante en su etiopatogenia, destacando el trastorno facticio impuesto a otro (TFIO), anteriormente denominado *síndrome de Münchhausen por poderes*, como una forma grave de maltrato infantil. La exposición mantenida a invalidación emocional y trauma yatrogénico interfiere en la construcción de una identidad estable y favorece patrones de desregulación emocional característicos del TLP. El objetivo de este artículo es describir un plan de cuidados enfermeros en una paciente con diagnóstico de TLP y antecedentes documentados de TFIO durante la infancia, mediante una valoración estructurada según el modelo de Virginia Henderson y un plan de cuidados basado en las taxonomías de diagnósticos de enfermería NANDA (de la North American Nursing Diagnosis Association), de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification) y de intervenciones enfermeras NIC (Nursing Interventions Classification). Se presenta el caso de una mujer de 20 años ingresada en una unidad de media estancia tras una crisis persistente con inestabilidad conductual, autolesiones recurrentes, ansiedad intensa, insomnio y dificultades rela-

cionales. La intervención enfermera se centró en la validación emocional, la contención terapéutica sin sobreprotección y el fomento progresivo de la autonomía. Tras seis meses de hospitalización, la paciente mostró una evolución favorable, con desaparición de las conductas autolesivas, mejora del sueño y fortalecimiento de las habilidades sociales. Este caso evidencia la importancia de los cuidados enfermeros especializados, estructurados y orientados al trauma en el abordaje integral del TLP asociado a maltrato complejo.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, síndrome de Münchhausen por poderes, enfermería psiquiátrica, plan de cuidados.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) constituye una de las entidades clínicas más complejas en el ámbito asistencial. Se caracteriza por un esquema duradero de desregulación afectiva que afecta a la autoimagen, el control emocional y los vínculos interpersonales, manifestándose, además, a través de una notable impulsividad desde el inicio de la madurez. A nivel mundial, su prevalencia se sitúa alrededor del 5,9%¹. Este es un dato relevante, que evidencia que se trata de un trastorno común y que subraya la necesidad de una atención planificada en salud mental.

La vivencia de traumas en edades tempranas actúa como un elemento crucial en la génesis de este trastorno, cobrando especial relevancia el antecedente de trastorno facticio impuesto a otro (TFIO), antes conocido como *síndrome de Münchhausen por poderes*^{2,3}. Se trata de una modalidad de maltrato infantil en la que el cuidador —habitualmente, uno de los progenitores— simula o induce sintomatología en el menor con el fin de someterlo a intervenciones

médicas innecesarias y obtener rédito psicológico a través del rol de protector^{2,3}. Con una incidencia estimada de 0,5 a 2 casos por cada 100 000 niños menores de 16 años², este fenómeno somete a la víctima a una invalidación emocional profunda y a un trauma yatrogénico crónico. Estas circunstancias fragmentan la consolidación de una identidad estable y actúan como precursores de la desregulación afectiva característica del TLP^{2,3}.

Durante el abordaje clínico del TLP, es común que surjan reacciones emocionales en el personal sanitario, tales como frustración, impotencia o una marcada sobreprotección⁴. En este sentido, la cohesión del equipo, el soporte interprofesional y la supervisión clínica regular emergen como pilares terapéuticos indispensables. Estas estrategias aseguran que dichas respuestas emocionales no comprometan la alianza terapéutica ni la eficacia en la implementación del proceso de atención de enfermería⁵.

Por ello, el objetivo de este artículo es describir un plan de cuidados para una paciente diagnosticada de TLP con antecedentes documentados de TFIO durante la infancia mediante una valoración estructurada con el modelo de Virginia Henderson y un plan de cuidados basado en las taxonomías de diag-

Correspondencia: Ana Roig Pedro
Correo electrónico: anitaroig00@gmail.com

nósticos de enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁶, de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification)⁷ y de intervenciones enfermeras NIC (Nursing Interventions Classification)⁸.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una mujer de 20 años derivada a la unidad de media estancia (UME) mediante traslado directo desde la unidad de agudos. Dicha derivación se tramitó tras un episodio de crisis persistente, marcado por una grave inestabilidad conductual que superó la capacidad de contención de los dispositivos de hospitalización de corta estancia.

Los antecedentes de la paciente reflejan una infancia y adolescencia condicionadas por el TFIO ejercido por su progenitora. Durante este período, fue objeto de múltiples ingresos hospitalarios y procedimientos diagnósticos invasivos por sintomatología simulada o inducida, carente de base orgánica real. Esta dinámica de trauma médico crónico e invalidación emocional sistemática interfirió en la consolidación de su identidad, actuando como el elemento predisponente de su actual diagnóstico de TLP.

Al ingreso, la paciente exhibe la tríada diagnóstica de desregulación: afectiva, conductual y relacional. En el plano conductual, destacan autolesiones recurrentes mediante la ingesta de cuerpos extraños (pilas y chinchetas) y cortes de escasa profundidad; estas conductas pueden interpretarse como una demanda de cuidados no verbales, perpetuando el esquema relacional instaurado por el TFIO en su niñez. En la dimensión cognitivo-emocional, manifiesta ansiedad basal intensa, rumiaciones y un insomnio de conciliación crónico que exacerba su labilidad afectiva. Finalmente, en el área social, manifiesta un aislamiento marcado y una vinculación

ambivalente con el equipo asistencial. Esta dinámica se caracteriza por la alternancia entre la idealización y la devaluación extrema, reflejo de la inestabilidad interpersonal propia del trastorno.

A nivel toxicológico, la paciente no presenta hábitos tóxicos ni antecedentes de dependencia de sustancias. Asimismo, se confirma que la paciente no tenía causas legales pendientes ni medidas judiciales vigentes.

El traslado a la UME tiene como objetivo primordial la estabilización clínica a largo plazo, buscando el trasvase del malestar desde la conducta autolesiva hacia la simbolización verbal y la autorregulación funcional. Para ello, se implementa un plan de cuidados fundamentado en la validación emocional y el fortalecimiento de la autonomía. Asimismo, se contempla un abordaje integral que incluye la resolución de las demás necesidades insatisfechas detectadas durante la valoración continua de enfermería.

VALORACIÓN GENERAL

A su ingreso, se realizó la valoración de enfermería siguiendo las necesidades fundamentales de Virginia Henderson (tabla 1). Se seleccionó el modelo de Virginia Henderson por su enfoque holístico y su aplicabilidad en entornos de salud mental.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Los diagnósticos enfermeros se formularon utilizando la taxonomía NANDA⁶. Se estructuró un plan de cuidados integral individualizado, definiendo los resultados esperados mediante la clasificación NOC⁷, se utilizó una escala de Likert y se establecieron las intervenciones apropiadas según la NIC⁸ (tabla 2).

Tabla 1. Valoración enfermera a través de las necesidades de Virginia Henderson

Necesidades de Henderson	Estado de la paciente
1. Respirar normalmente	Sin alteraciones.
2. Comer y beber adecuadamente	Independiente, aunque con tendencia a la somatización gástrica.
3. Eliminar por todas las vías	Sin alteraciones.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas	Inquietud psicomotriz en períodos de crisis. En el momento de la valoración, sin alteraciones.
5. Dormir y descansar	Precisa medicación para conciliar el sueño.
6. Vestirse y desvestirse	Independiente.
7. Mantener la temperatura corporal	Historia de simulación de hipertermia. Sin alteraciones en el momento de la valoración.
8. Mantener higiene y protección de la piel	Alterada por conductas autolesivas previas (rascados y cortes superficiales).
9. Evitar peligros ambientales	Alto riesgo de autólisis y desregulación emocional y conductual.
10. Comunicarse con los demás	Dificultad para establecer relaciones sociales. Dependencia emocional.
11. Vivir según sus valores y creencias	Deseo de autonomía.
12. Trabajar y sentirse realizado	Interés en formación laboral y actividades comunitarias.
13. Participar en actividades recreativas	Deseo de participar en actividades de la unidad.
14. Aprender, descubrir o satisfacer curiosidad	Capacidad para adquirir conocimientos. Pensamiento crítico y reflexivo.

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado

NANDA	NOC	NIC
[00146] Ansiedad r/c inestabilidad emocional m/p nerviosismo verbalizado.	[1211] Nivel de ansiedad. PI: 1; PD: 5; PA: 4 [1402] Autocontrol de la ansiedad. PI: 1; PD: 5; PA: 4	[5820] Disminución de la ansiedad. [6040] Terapia de relajación.
[00052] Deterioro de la interacción social r/c relaciones interpersonales inestables m/p relaciones intensas y breves.	[1502] Habilidades de interacción social. PI: 2; PD: 5; PA: 4 [0902] Capacidad de comunicación. PI: 3; PD: 5; PA: 4	[5100] Potenciación de la socialización. [4920] Escucha activa.

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado (continuación)

NANDA	NOC	NIC
[00222] Control de impulsos ineficaz r/c desregulación emocional m/p conductas impulsivas.	[1405] Autocontrol de los impulsos. PI: 1; PD: 5; PA: 4 [1400] Autocontrol. PI: 1; PD: 5; PA: 4	[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos. [4360] Modificación de la conducta.
[00468] Riesgo de conducta autolesiva no suicida.	[1408] Autocontrol del impulso suicida. PI: 1; PD: 5; PA: 4 [1902] Control del riesgo. PI: 1; PD: 5; PA: 4	[6340] Prevención del suicidio. [6650] Vigilancia.
[00095] Insomnio r/c ansiedad y factores ambientales m/p dificultad para conciliar el sueño y expresar que no descansa.	[0004] Sueño. PI: 2; PD: 5; PA: 4 [1211] Nivel de ansiedad. PI: 2; PD: 5; PA: 4	[1850] Mejorar el sueño. [2300] Administración de medicación.

Escala de Likert: puntuación de 5 = la mejor posible; 1 = la peor posible.

m/p: manifestado por; NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification; PA: puntuación alcanzada; PD: puntuación deseada; PI: puntuación inicial; r/c: relacionado con.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Tras un período de hospitalización de seis meses, la evolución de la paciente ha sido muy satisfactoria, lográndose una remisión significativa de la sintomatología aguda. Durante la fase inicial del ingreso, el equipo de enfermería realizó una observación estrecha, registrando episodios frecuentes de angustia psíquica y conductas autolesivas instrumentales (como la ingesta de objetos), que funcionaban como mecanismos desadaptativos para obtener atención, vinculados estrechamente a su historial de síndrome de Münchhausen por poderes. Sin embargo, mediante un abordaje centrado en la validación emocional, la asunción de responsabilidad y la autonomía, se logró una mejoría progresiva.

En la evaluación final, destaca la ausencia total de conductas autolesivas durante los últimos tres meses de estancia. Asimismo, se logró una estabili-

zación del patrón del sueño, abordando el insomnio inicial mediante higiene del sueño y ajuste farmacológico. Esta recuperación del descanso fue fundamental para reducir la irritabilidad diurna y mejorar la disposición de la paciente hacia las actividades grupales y las salidas terapéuticas, permitiendo una transición en los indicadores NOC de 2 a 4.

En la esfera psicosocial, la paciente integró habilidades sociales efectivas, estableciendo vínculos sanos y retomando su red de apoyo externa de forma funcional. Esta recuperación de la competencia relacional permitió salidas terapéuticas exitosas, sin interferencia en su equilibrio emocional. Clínicamente, este progreso se ha objetivado al comparar la situación inicial con la del alta; se observó que todos los indicadores mostraron una evolución favorable, destacando el área de interacción social y competencia relacional, con una elevación del 2 al 4.

Finalmente, el equipo de psiquiatría optimizó el tratamiento farmacológico con una combinación de ansiolíticos (pregabalina), antipsicóticos (brexpiprazol y quetiapina) y antidepresivos (fluoxetina), presentando una buena tolerancia.

Al alcanzar los objetivos terapéuticos, se tramitó el alta hacia una vivienda tutelada, asegurando la continuidad asistencial en coordinación con el centro de salud mental.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El caso presentado pone de relieve la relevancia del trauma infantil complejo en la etiopatogenia del TLP, especialmente, cuando dicho trauma adopta la forma de TFIO. La evidencia científica señala que las experiencias tempranas de abuso, negligencia e invalidación emocional se asocian de manera consistente al desarrollo de la desregulación afectiva, la impulsividad y la inestabilidad relacional características del TLP⁹.

El TFIO constituye una modalidad particularmente grave de maltrato infantil, al combinar abuso psicológico, físico y médico. La exposición reiterada a procedimientos innecesarios y la instrumentalización del sufrimiento generan un trauma relacional profundo que interfiere en la construcción de la identidad y en el desarrollo de habilidades de autorregulación emocional¹⁰. Estudios clínicos describen que las víctimas de TFIO presentan en la edad adulta mayor vulnerabilidad a trastornos de la personalidad, especialmente, aquellos marcados por la inestabilidad emocional¹¹, lo que respalda su consideración como factor precursor del TLP.

En este contexto, las conductas autolesivas observadas pueden interpretarse como estrategias desadaptativas de regulación emocional y de comunica-

ción del malestar, coherentes con modelos teóricos del TLP¹². En pacientes con antecedentes de TFIO, dichas conductas reproducen esquemas relacionales aprendidos en la infancia, donde el cuidado y la atención se obtenían a través del daño físico o la enfermedad.

El abordaje enfermero basado en la validación emocional, la contención sin sobreprotección y el fomento progresivo de la autonomía resultó clave en la evolución favorable de la paciente. La utilización de lenguajes estandarizados de enfermería (NANDA, NOC y NIC) permitió estructurar un plan de cuidados individualizado, facilitar la evaluación objetiva de los resultados y favorecer la continuidad asistencial, tal y como respalda la literatura en enfermería psiquiátrica¹³.

La evolución clínica observada, con desaparición de las conductas autolesivas y mejora significativa de la interacción social, refuerza la importancia de una atención enfermera informada por el trauma, centrada en la regulación emocional y orientada a la promoción de la autonomía en pacientes con TLP y antecedentes de maltrato complejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feitosa Soares LH, Martins da Silva AS, Balliari E, Perrote G, Ladeira Caracul F, Ventriglio A, et al. Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión. *Rev Latinoam Psiquiatr.* 2023;22(3):7-16.
2. Rocha-Toapanta DY, Quishpe-Jara GM. Experiencias de enfermería en la atención a pacientes con síndrome de Münchausen por poderes. *MQR Investigar.* 2025;9(3):1-21.
3. De Sousa Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, Neto AM. Münchausen syndrome and Münchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo).* 2017;15(4): 516-21.
4. Bholá P, Mehrotra K. Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends Psychiatry Psychother.* 2021; 43(2):116-25.

5. Sansone RA, Sansone LA. Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(5-6):39-43.
6. NANDA International; Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2024-2026. 13.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 8.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2023.
9. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):221.
10. García R, Castro P. Pacientes policonsultantes en los servicios de pediatría: trastornos de somatización y trastorno facticio por otros (síndrome de Münchhausen by proxy). *Rev Med Clin Las Condes*. 2017;28(6):923-31.
11. Moral Jiménez MV, Melendi Mancebo J. Actitudes hacia el síndrome de Münchhausen por poderes. *Int J Psychol Psychological Ther*. 2023;23(2):161-73.
12. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. 2009;135(3):495-510.
13. Puckors R, Saunders J, Sharp D. Personality disorders. En: *Psychiatric-mental health nursing*. 1.ª ed. Houston: OpenStax; 2024. p. 591-616.