

EL ESTIGMA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UNA VISIÓN ENFERMERA

**The stigma of Borderline Personality Disorder:
A nurse vision**

AUTORA: LINEHAM NURSE

RESUMEN:

Las personas con enfermedad mental a menudo deben afrontar dos tipos de dificultades: por un lado la sintomatología propia de su enfermedad y por otro, las relacionadas con el estigma. En el propio Sistema Sanitario aparecen también actitudes estigmatizadoras hacia determinados pacientes. Esto ocurre en el Trastorno Límite de la Personalidad, que genera con frecuencia una contratransferencia negativa en los profesionales sanitarios, afectando a la relación terapéutica. Este estudio pretende analizar las emociones y actitudes que experimenta enfermería en el cuidado de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Estigma, contratransferencia, Trastorno Límite de la Personalidad, enfermería, salud mental.

ABSTRACT:

People with mental illness often encounter two types of difficulties: firstly the characteristic symptoms of the disease, and on the other, those related stigma. Stigmatizing attitudes also appear to certain patients in the health system itself. This often occurs in borderline personality disorder, which generates a negative countertransference in health professionals, affecting to the therapeutic relationship. This study aims to analyze the emotions and attitudes experienced by nurses in the care of these patients.

KEY WORDS: Stigma, countertransference, Borderline Personality Disorder, nursing, mental health.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. MARCO TEÓRICO.....	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGÍA.....	12
4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	12
4.2. SUJETOS DE ESTUDIO.....	12
4.3. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
4.4. TAMAÑO MUESTRAL.....	13
4.5. RECOGIDA DE DATOS.....	13
4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	13
4.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	13
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	14
6. CRONOGRAMA.....	14
7. RECURSOS.....	15
8. BIBLIOGRAFÍA.....	16
9. ANEXOS.....	18

1. INTRODUCCIÓN:

La enfermedad mental es una patología en auge en nuestra sociedad. Se estima que 450 millones de personas en todo el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento. En España el 9% de la población sufre de algún tipo de trastorno mental actualmente, y un 15% lo soportará a lo largo de su vida.¹ A pesar de la alta incidencia, las personas con enfermedad mental a menudo son excluidas y marginadas de la sociedad, afectando a su dignidad y autoestima y a su desempeño social y laboral.²

Las falsas creencias sobre las enfermedades mentales han estado presentes a lo largo del tiempo, estigmatizando a los individuos que las padecen; Se han relacionado con aspectos sobrenaturales, considerándolos "endemoniados" o poseídos; incluso en algunos momentos se les ha llegado a calificar de "deficientes". Además se han considerado enfermedades derivadas exclusivamente de la genética y aunque es cierto que algunas poseen un componente hereditario, no hay que olvidar que el entorno y las experiencias personales y sociales tienen un papel determinante en estas patologías. Otra idea errónea es que se trata de pacientes agresivos, sin embargo cabe señalar que estas personas no son más agresivas que el resto de la población, sobre todo, si siguen un tratamiento adecuado.³

Así pues, las personas que sufren una enfermedad mental tienen que enfrentarse a dos tipos problemas: «los que derivan directamente de su trastorno, que habitualmente son ocasionales o intermitentes, y controlados con intervenciones de efectividad creciente, y los relacionados con el *estigma*, que, por el contrario, suelen ser más permanentes y constantes, además de difíciles de combatir, convirtiéndose en una de las principales barreras para su recuperación».⁴

La lucha contra el estigma se atisba como una de las prioridades de los planes de *salud mental* en los próximos años. La Declaración de Helsinki de la Organización Mundial de la Salud en su Conferencia Europea Ministerial junto con el Consejo Internacional de Enfermería y la "Declaración Europea de Salud Mental" han establecido la lucha contra el estigma de la enfermedad mental como uno de los cinco elementos básicos del programa para Europa.⁵

La eliminación del estigma social es también uno de los aspectos clave de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Así queda recogido en la LÍNEA ESTRATÉGICA 1 "Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental".¹

En las recomendaciones de los objetivos proponen la creación de líneas o proyectos de promoción y de prevención a través de los fondos de cohesión, dirigidas a la erradicación del estigma y favorecedoras de la inserción social y laboral sin discriminación. De igual forma en el ámbito de las Comunidades Autónomas puntualizan la necesidad de seguir estas directrices y llevarlas a cabo fundamentalmente

en los reglamentos de régimen interno de los dispositivos relacionados con la atención sanitaria.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), en consonancia con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y de instituciones internacionales como la OMS, la Comisión Europea y el Parlamento Europeo, estableció el vigente Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (III PISMA), que se estructura en torno a cinco líneas estratégicas.

La TERCERA LÍNEA ESTRATÉGICA se centra en la promoción de la igualdad, el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental y la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de su salud mental. Se abordan acciones dirigidas a combatir la discriminación social que sufren estas personas en los diferentes contextos de vida; al fomento de su empoderamiento y recuperación; a fortalecer la red de asociaciones de apoyo mutuo de usuarios y familiares; a garantizar una práctica profesional que respete los derechos humanos, proponiendo para ello incluir a los profesionales de los ámbitos sanitario y social en acciones formativas destinadas a incrementar su conocimiento y a prevenir el estigma y la vulneración de derechos en el ámbito de la salud mental.⁶

Sin embargo, a pesar de las diferentes y cada vez más numerosas estrategias que se han mencionado y al incremento progresivo de las enfermedades mentales y de los costes humanos y económicos que conllevan, estas siguen siendo grandes desconocidas, arrastrando la terrible carga de la estigmatización.

Hay que señalar que esta falta de sensibilización no sólo se encuentra en la «población general», sino que aparece también entre profesionales sanitarios, e incluso en quienes trabajamos específicamente en Salud Mental.^{4,6,7} Es preocupante que encontremos aún un número elevado de profesionales de salud mental, con conocimientos de su especialidad evidentemente superiores al resto de la población, cuyas opiniones sobre sus pacientes no difieran significativamente de la que tiene la mayoría social.

Blay comenta que en la relación profesional-paciente “aflore un componente subjetivo (...) del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas, contrarias a toda objetividad científica que deberíamos mantener”.⁸

El trabajo de enfermería consiste en ofrecer cuidados de salud y la creación del vínculo enfermero-paciente es la base de su asistencia. Pero hay determinados pacientes que generan una *contratransferencia* negativa en los enfermeros llegando a afectar a los cuidados. Estos son denominados por la literatura encontrada como “pacientes difíciles” debido a que llevan a cabo conductas complicadas de manejar o al desgaste emocional que generan en el profesional.^{8,9}

En este grupo se incluye a los pacientes diagnosticados de *Trastorno Límite de Personalidad (TLP)* ya que los enfermeros consideran a estos pacientes como los más difíciles de abordar y los que más respuestas negativas evocan.^{10,11,12}

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Según los estudios realizados este trastorno afecta aproximadamente al 1-2% de la población general y está presente en el 10% de pacientes ambulatorios y en el 20% de pacientes psiquiátricos hospitalizados.¹³

El curso clínico de los pacientes con TLP es inestable, con numerosas reagudizaciones que cursan con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo.¹⁴ Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. Aunque en la bibliografía encontrada se describen distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego.¹⁵

En los últimos años se ha producido un aumento de pacientes diagnosticados de TLP atendidos en los Servicios de Salud Mental, así como un aumento de la complejidad del tratamiento. Esta complejidad ha supuesto una dificultad para abordar los TLP en los dispositivos actuales. Además existe un amplio consenso sobre los problemas de adaptación a los recursos existentes, con resultados frustrantes, estrés de profesionales, y consumo de recursos.¹⁶

Diversas investigaciones^{11,12,17} demuestran que **la etiqueta “TLP” es suficiente para disminuir la empatía del personal sanitario**. Muchos profesionales piensan que estos pacientes merecen un cuidado menos empático, que su diagnóstico es manipulador o que son culpables de su comportamiento. Por otra parte, los rasgos del paciente con TLP generan fuertes respuestas contratransferenciales a los enfermeros, que les lleva a reaccionar de forma evitativa, generando un distanciamiento entre ambos que afecta a la calidad de la relación terapéutica. Estas respuestas pueden incluir sentimientos de ira, impotencia, hostilidad, frustración o temor.^{10,11}

Este trato ,poco empático o de rechazo, de los profesionales a los pacientes con TLP es interiorizado por estos, que creerán que en el fondo reciben el trato que se merecen o bien responderán de manera desagradable para defenderse. Por otra parte, si el profesional considera que el paciente no va a obtener mejoría, le incita a caer en la

desesperanza, y parece que sólo queda la opción de aferrarse a su etiqueta para justificar sus problemas emocionales, relacionales, laborales ,etc.

El segundo Plan Integral de Salud mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA), en la LÍNEA ESTRATÉGICA 11: **Atención específica a personas con trastornos de personalidad**, se fija como objetivo «ofrecer una atención intersectorial, especializada y diferenciada, a las personas con trastornos de personalidad en la red sanitaria y social» y se señala la necesidad de mejorar la capacitación de los colectivos profesionales involucrados en la atención a personas con TP.

Para avanzar en esa meta el II PISMA planteó, entre otras cosas, la necesidad de realizar un estudio epidemiológico sobre TP en la población andaluza y la elaboración y puesta en marcha de un programa permanente de formación específica en TP dirigido a los profesionales que atienden a estas personas.¹⁸

Resumiendo, entre la bibliografía buscada para enmarcar esta investigación se encuentran varios documentos que sugieren que un diagnóstico de TLP influirá en el nivel y calidad de la interacción personal de *enfermería* con los pacientes, lo que nos lleva a pensar que el cuidado de éstos constituye uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta actualmente nuestra profesión. Además el aumento de la incidencia de los Trastornos Límite de Personalidad constituye un importante problema sanitario debido a la complejidad de su clínica, a la dificultad de un diagnóstico temprano, a la respuesta habitualmente insatisfactoria a los tratamientos existentes y a la carencia de propuestas firmes sobre intervenciones terapéuticas multidisciplinares.¹⁸

Por todo ello se propone llevar a cabo un trabajo que explore con mayor detalle la experiencia clínica y personal de los profesionales de enfermería con pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad y las emociones que experimentan en su cuidado, permitiendo así conocer la realidad y plantear posibles soluciones para mejorarla.

1.1. MARCO TEÓRICO:

Las teorías y conceptos básicos necesarios para la comprensión de la finalidad del proyecto se exponen a continuación:

□ CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ESTIGMA Y ACTITUDES SOCIALES:

Existen diversas aproximaciones a la hora de definir el concepto de estigma. Una definición destacada ha sido la de Jones et al., que consideraron el estigma como «una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)».¹⁹

Sin embargo la mayoría de autores se inclinan por la definición de Erving Goffman, que utiliza el término estigma para referirse a un «atributo profundamente desacreditador», el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo.

En su trabajo, Goffman identificó tres *tipos de estigma*:

- Las abominaciones corpóreas: asociadas a formas de deformidad física de una persona.
- Las manchas del carácter: se refiere a la voluntad de la persona o a su forma de ser.
- Las asociaciones tribales: relacionadas al linaje o al grupo de pertenencia de la persona.²⁰

De estas tres categorías del estigma, los problemas de salud mental han estado generalmente asociados a las *manchas del carácter*.

El estigma de la enfermedad mental puede experimentarse de múltiples maneras:

- El estigma público: actitudes y sentimientos que muchas personas en general expresan hacia los individuos y familias que viven con trastornos de salud mental. Cuando hablamos de estigma público, no podemos pasar por alto el hecho de que los medios de comunicación son la principal fuente de información que tiene la población, actuando así como agentes cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales.
- El estigma estructural o institucional: actitudes y comportamientos negativos incorporados a las políticas o cultura de una organización, que restringe los derechos y oportunidades de las personas con enfermedad mental.
- El autoestigma: los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado vuelven las ideas estigmatizadoras contra ellos mismos. Al interiorizar estas creencias negativas, los individuos o grupos pueden experimentar sentimientos de vergüenza, ira, desesperanza o desesperación que hacen que no busquen asistencia social, empleo o tratamiento de su enfermedad mental.⁴

□ PSICOANÁLISIS:

Psicoterapia creada por Sigmund Freud a finales del siglo XIX y principios del XX que trabaja con el inconsciente para tratar de comprender los comportamientos, sentimientos y pensamientos que condicionan la vida de una persona.

Dentro del psicoanálisis podemos distinguir dos conceptos:

A. **TRANSFERENCIA:** según Freud los seres humanos tendemos a pensar, sentir o actuar según se desarrollaron nuestras experiencias de infancia, que influyen en nuestras experiencias del presente. Es un fenómeno universal, que se da a diario

en la vida cotidiana con cualquier persona con la que nos relacionamos. En el contexto clínico se podría definir como un fenómeno mediante el cual un paciente proyecta inconscientemente sobre su analista sentimientos, vivencias y emociones infantiles, sin tener claro por qué lo hace.

El entorno terapéutico permite que estas emociones puedan ser desarrolladas conscientemente y de esta forma, dejar de repetir patrones infantiles de conducta.

Se han identificado dos tipos de transferencia:

- *La transferencia positiva* es aquella en la que los sentimientos proyectados hacia el terapeuta son positivos, amistosos y afectuosos. Este tipo de transferencia es deseable si no es muy intensa, pero si se vuelve demasiado fuerte resulta muy perjudicial.
- La transferencia negativa está basada en sentimientos de odio y hostilidad hacia el profesional, y si se da con mucha intensidad puede arruinar las sesiones.^{21,22}

B. LA CONTRATRANSFERENCIA: Es el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta el propio terapeuta en relación con el paciente, a partir de sus experiencias pasadas. La contratransferencia no es algo a evitar, ya que es automática, natural y constituye parte de toda relación terapéutica, aunque de no ser analizada, comprendida y reducida por el terapeuta puede conducir a errores de juicio y de técnica.

Al igual que ocurre con la transferencia, en la contratransferencia podemos encontrar:

- *La contratransferencia positiva*, que le ofrece al terapeuta la energía necesaria para comprender el inconsciente del paciente.
- *La contratransferencia negativa*, interfiere en la motivación y en la "objetividad" del terapeuta para realizar sus intervenciones y sería resultado de la adopción de objetos negativos del paciente, aunque también podría ser consecuencia de una falsa comprensión debido a la desintegración de los propios objetos del analista.^{22,23}

En resumen, hay que ser conscientes de que al establecer una relación con los pacientes los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia van a estar muy presentes y tenemos que reaccionar en el momento en que detectemos que surjan. Es importante que conozcamos nuestras limitaciones y conflictos personales para no dejar que fluyan en el momento de la terapia y así evitar dar un mal tratamiento.

□ TEORIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE HILDEGARD PEPLAU:

Se hace necesario mencionar a Hildegard Peplau, madre de la enfermería psiquiátrica, y a su modelo de "Enfermería Psicodinámica". Esta teoría se centra en comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. El paciente y la enfermera son concebidos como seres humanos, cada uno con percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, pre suposiciones y expectativas. La interacción de ambos es el centro del proceso de enfermería. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el modelo de interrelación, las teorías de las necesidades humanas, y conceptos de motivación y desarrollo personal.

Los principales conceptos y definiciones del *metaparadigma enfermero* que describe Peplau se exponen a continuación:

- *Persona*: organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por sus necesidades y que vive en un equilibrio inestable.
- *Entorno*: Define el entorno de manera implícita como «las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de la cultura».
- *Salud*: concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad. Según Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan.
- *Enfermería*: “proceso significativo, terapéutico e interpersonal que funciona en cooperación con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos ” .Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Identifica *cuatro fases en la relación enfermero-paciente*, en las cuales la enfermera adopta distintos roles:

- *Fase de orientación*: La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.
- *Fase de identificación*: El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo. La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudarlo a sobrellevar la enfermedad.
- *Fase de aprovechamiento*: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.

-Fase de resolución: De una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.²⁴

2. JUSTIFICACIÓN:

Como ya se ha comentado en apartados anteriores, sigue persistiendo hoy en día una discriminación de las personas con enfermedad mental, sostenida por prejuicios y falsas creencias como por ejemplo que la propia persona es responsable de su enfermedad o la que relaciona enfermedad mental y peligrosidad. Estas falsas creencias generan en estas personas situaciones de exclusión social y laboral. Las consecuencias negativas del estigma, se incrementan cuando la persona vuelve las actitudes negativas hacia ella misma, lo que da lugar al autoestigma.⁶

Los profesionales de enfermería, como grupo integrante de la sociedad, pueden presentar también ideas estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales graves, provocando situaciones de discriminación con sus intervenciones. Para proporcionar cuidados de salud eficaces a estas personas, es crucial que la lucha contra el estigma comience por los propios sistemas de salud, por lo que los profesionales de enfermería junto con el resto de profesionales sanitarios nos encontramos en un lugar privilegiado para impulsar el cambio hacia la “desestigmatización” de personas con patología mental.⁴

Por tanto, las actitudes de los profesionales sanitarios son importantes, porque constituyen un factor determinante en la calidad de la atención prestada a los pacientes. Ya Hildegard E. Peplau, resaltaba la importancia del proceso interpersonal y de la relación enfermera-paciente y decía: “que sin el establecimiento-mantenimiento de esta relación, la enfermera no es útil ni terapéutica y los cuidados son ineficaces”. Peplau consideraba esencial el trabajo en equipo del profesional y del paciente para comprenderse el uno al otro ,siendo conscientes de los factores que podían influir en su relación, y solo de esta manera se conseguiría satisfacer las necesidades del paciente.²⁴ De este modo, es fundamental que el personal de enfermería explore sus actitudes y determine si estas son estigmatizantes, para intentar erradicarlas y que no influyan a la hora de desarrollar su trabajo.

Como ya se ha expuesto con anterioridad, el cuidado de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad ha sido identificado como un grave problema para los profesionales enfermeros. Diversas investigaciones sugieren que el diagnóstico de TLP se ha convertido en una etiqueta peyorativa y que el personal puede proporcionar una atención menos empática a estos pacientes^{11,12,17}

De hecho, es frecuente escuchar comentarios muy negativos hacia estos pacientes, que reflejan la actitud que se pueden encontrar cuando acuden a pedir ayuda. Por esto es necesario hablar de las cualidades y dificultades del clínico y no sólo de las del paciente. Si el profesional tiene prejuicios ante las personas con este diagnóstico, es fácil que se

lo transmita al paciente y esto, puede provocar que éste no se involucre en la terapia, se ponga a la defensiva o empiece a emplear mecanismos de defensa que impidan un adecuado vínculo terapéutico.²⁵

Algunos de los síntomas típicos de un TLP son impactantes y difíciles de entender. Por ejemplo, las autolesiones y los intentos de suicidio asustan y confunden a las personas y resulta muy complicado asimilarlos, siendo más fácil juzgar a la persona que hacer un esfuerzo para entenderla. Asimismo, los profesionales sienten que carecen de las habilidades, el entrenamiento y los recursos suficientes para proporcionar una atención adecuada a este tipo de comportamientos.¹⁸

Por ello es necesario que el personal sanitario reciba formación específica de manera que estas patologías se normalicen y comiencen a considerarse como cotidianas. Si el profesional comienza a entender estas conductas y afrontarlas de manera menos “rígida” evitará responder con reacciones contrartransferenciales que pueden hacer mucho daño a los pacientes y precipitar el fracaso de la terapia. Hasta el momento en que eso ocurra, las actitudes y prejuicios del personal se añadirán al estigma que ya viven estas personas.

Después de analizar toda esta información, queda patente la necesidad de estudiar las múltiples dimensiones del estigma en el propio contexto sanitario para poder llevar a cabo unos cuidados óptimos del paciente con TLP.

Desde la década de los años ochenta se han realizado numerosas investigaciones dirigidas a evaluar el estigma en personas que padecen una enfermedad mental, entre la población general y, en menor medida, entre familiares próximos a estas personas y entre profesionales de la salud mental^{7,26,27}, resultando escasos los estudios propios de enfermería. Estos estudios se han realizado mayoritariamente fuera de nuestras fronteras, aunque existen algunos trabajos interesantes desarrollados en España.

Además hay que tener en cuenta que la mayor parte de los estudios han incluido a personas que tienen un trastorno mental grave, sin preseleccionar el tipo de trastorno. Razón de más para realizar un estudio de tipo cualitativo que indague sobre la contrartransferencia que generan los pacientes diagnosticados de TLP a las enfermeras de salud mental. Los resultados obtenidos con la realización de este estudio permitirán:

- Conocer una visión subjetiva de la enfermera, en el cuidado y atención a pacientes diagnosticados de TLP.
- Elaborar intervenciones que disminuyan el estigma que sufren estos pacientes, teniendo en cuenta la información obtenida en el discurso de las enfermeras.
- Elevar la calidad de los servicios de enfermería y, por consiguiente, la calidad de vida de las personas con TLP y la de sus familias.

3. OBJETIVOS:

a. General:

- Conocer el estigma del Trastorno Límite de la Personalidad desde la perspectiva de la enfermera de salud mental.

b. Específicos:

- Identificar los sentimientos, creencias y actitudes del personal de enfermería hacia los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.
- Comprender como afecta a la relación terapéutica, las emociones experimentadas por las enfermeras en el cuidado a pacientes con TLP.
- Determinar las distintas habilidades en el manejo de estos pacientes, en base a la formación recibida y experiencia de las enfermeras de salud mental.
- Analizar los resultados de la investigación con el fin de establecer propuestas para la erradicación del estigma del TLP en el ámbito sanitario.

4. METODOLOGÍA:

4.1. Ámbito del estudio: El estudio se llevará a cabo en todos los dispositivos de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Granada.

4.2. Sujetos de estudio: La población de estudio estará compuesta por el personal de enfermería que trabaja en los distintos dispositivos de la UGC de Salud Mental del Complejo Hospitalario de Granada, que será seleccionado mediante muestreo intencional no probabilístico. Además, se tendrán en cuenta los criterios de inclusión y la voluntariedad del estudio.

Criterios de inclusión:

- Enfermeros/as con experiencia en Salud Mental de al menos 6 meses o con la especialidad de enfermería de Salud Mental.
- Enfermeros/as que hayan trabajado con pacientes diagnosticados de TLP.
- Enfermeros/as que trabajen durante el desarrollo del estudio en el Área descrita anteriormente.
- Enfermeros/as que firmen, de forma voluntaria, el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Tener una experiencia menor a 6 meses en el ámbito de la Salud Mental.
- Negativa a participar en el estudio.

4.3. Diseño del estudio: Se realizará un Estudio Cualitativo Fenomenológico, ya que el objetivo de esta investigación es conocer, desde la perspectiva enfermera, el fenómeno del estigma del TLP.

El uso de métodos cualitativos permite un acercamiento en mayor profundidad a la realidad desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio, poniendo especial atención en su percepción, interpretación y experiencia en relación a un contexto determinado.

4.4. Tamaño muestral: No se puede realizar de antemano un cálculo exacto del tamaño muestral ya que este se fijará cuando se logre una saturación de la información.

4.5. Recogida de datos: Las técnicas de generación de información empleadas serán: la entrevista en profundidad semidirigida (Anexo 1) y los grupos focales de discusión.

Las entrevistas se realizarán mediante un guión de preguntas relacionadas con los objetivos propuestos, de elaboración propia. Estas se recogerán en grabadoras, previo consentimiento, y posteriormente se transcribirá el contenido del discurso. El número de entrevistas realizadas irá en función de la saturación del discurso de los enfermeros.

La técnica de los grupos de discusión será llevada a cabo con el objeto de obtener información clave sobre el tema a investigar, mediante la interacción entre los participantes del grupo y expresión libre de sus opiniones, creando un clima de naturalidad, propio de situaciones grupales, que aumente la espontaneidad de los profesionales. Estos grupos tendrán entre 5 y 10 miembros, como mínimo y máximo respectivamente. Estarán dirigidos por un moderador, que será el investigador del estudio, encargado de estimular el discurso dejando hablar al grupo sin formular preguntas demasiado directas. Se contará también con la figura de un relator encargado de tomar notas y realizar la grabación de la sesión mediante grabadora de vídeo, siempre previo consentimiento de los participantes. Tendrán una duración limitada que no irá más allá de dos horas.

4.6. Análisis de los datos: Para el proceso de análisis de datos se procederá a la transcripción de las entrevistas y los grupos, para facilitar su interpretación. Posteriormente se llevará a cabo un proceso de codificación y categorización de contenidos, transformando toda la información obtenida en datos útiles en relación con los objetivos del estudio.

Todo este proceso se apoyará con la herramienta informática para el análisis de textos Atlas/ti®, en su versión 6.0.

4.7. Limitaciones del estudio:

- El posible abandono del estudio por parte de alguna de las personas incluidas en él por motivos ajenos.

- Una falta de asistencia al grupo de discusión o entrevista.
- La negación a la participación en el estudio.

5. ASPECTOS ÉTICOS:

Se garantizará la confidencialidad de los sujetos del estudio, de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y a la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Además, en todo momento se tendrán en cuenta los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y las Normas de Buena Práctica Clínica.

Se informará verbalmente a los participantes sobre las características del estudio y se les entregará el consentimiento informado (Anexo 2) que tendrán que firmar si acceden a participar. Además se les garantizará la confidencialidad de los datos que suministren y se les explicará que al finalizar el estudio, si así lo desean, recibirán los resultados obtenidos. Por último, las transcripciones se llevarán a cabo obviando el nombre de los participantes.

Antes de presentar este proyecto se solicitará la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Granada.

6. CRONOGRAMA:

El estudio tendrá una duración total de 18 meses, repartidos según la siguiente tabla:

Actividades	Fecha
Búsqueda bibliográfica y preparación del proyecto	01/10/2016-15/02/2017
Presentación del proyecto	01/03/2017
Captación de los sujetos del estudio	01/04/2017-31/05/2017
Realización de las entrevistas y los grupos de discusión	01/06/2017-30/10/2017
Análisis e interpretación de los datos	01/11/2017-28/02/2018
Elaboración de los resultados y conclusiones	01/03/2018-15/03/2018
Difusión de los resultados	01/04/2018

7. RECURSOS:

- Recursos Humanos:
 - Enfermera Interna Residente de Salud Mental encargada del estudio.
 - Enfermera Residente de Salud Mental o Enfermera Especialista en Salud Mental como colaboradora.

- Recursos Materiales:
 - Una sala de grupos y un despacho, donde se llevarán a cabo los grupos de discusión y las entrevistas, respectivamente. Para ello contaremos con la Unidad de Salud Mental Comunitaria (cuarta planta) ubicada en el Centro de Salud Zaidín-Centro.
 - Un teléfono.
 - Un ordenador con programa Atlas/ti® versión 6.0.
 - Una grabadora de voz.
 - Una grabadora de vídeo.
 - Una mesa.
 - Sillas.
 - Una carpeta.
 - Un paquete de folios.
 - Bolígrafos.
 - Una impresora.
 - Una fotocopidora para impresión de documentos.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Gómez Beneyto M. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Lee S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Current Opinion in Psychiatry*. 2002;15(1):37-41.
3. Rocamora Bonilla R. Nuestras locuras y corduras: Comprender y ayudar a los enfermos mentales. Santander: Sal Terrae; 2007.
4. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2008; 28(101):43-83.
5. Rigol Cuadra A. ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?. *Rev Presencia*. 2006; 2(4):54-60.
6. Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMAIII) 2016-2020. Sevilla: Junta de Andalucía; 2016.
7. Gray AJ. «Stigma in Psychiatry». *J. R. Soc. Med.* 2002; 95(2): 72-76.
8. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*. 1996;4:243-250.
9. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. Difficult patients in mental health care: a review. *Psychiatr Serv*. 2006;57(6):795- 802.
10. Bland AR, Rossen EK. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in mental health nursing*. 2005;26(5):507-517.
11. Fraser K, Gallop R. Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of psychiatric nursing*. 1993; 7(6):336-341.
12. Markham D, Trower P. The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42:243-256.
13. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
14. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*. 2002; 359(9325):2253-2254.

15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Borderline Personality Disorder: treatment and management. London:NICE;2009.
- 16.Oldham J, Skodol A, Bender D. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
- 17.Gallop R, Lancee WJ, Garfinkel P. How Nursing Staff respond to the label "Borderline Personality Disorder". Hospital and Community Psychiatry.1989; 40(8): 815-819.
- 18.Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMAII) 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía; 2008.
- 19.Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller DT, Scott, R. Social stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman;1984.
- 20.Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Simon and Shuster; 1963.
- 21.Freud S. Dinámica de la transferencia. Obras completas. Tomo XII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu;1992.
- 22.Ruiz Sánchez JJ. Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. Realitas: revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes.2013; 1(2):52-58.
- 23.Florenzano, R. Técnicas de psicoterapias dinámicas. Universitaria.1984.
- 24.Galvis López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista Cuidarte.2015;6(2):1108 1120.
- 25.Mosquera D. Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Ediciones Pléyades, SA.2004.
- 26.Corrigan PW, Miller FE. Shame, blame and contamination: A review of the impact of mental illness on family members. Journal of Mental Health. 2004;13: 537-548.
- 27.Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma on mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003;108(4):304-309.

9. ANEXOS:

ANEXO I

Guión de preguntas para la entrevista a enfermeros/as:

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el ámbito de la Salud Mental?
2. ¿Atiende habitualmente a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad?
3. ¿Ha recibido alguna formación específica sobre este diagnóstico? ¿Cree que sería útil que se impartieran cursos de formación continuada sobre TLP?
4. ¿Cree que tiene formación suficiente para el manejo de estos pacientes?
5. ¿Cómo ha sido su experiencia laboral con estos pacientes? ¿Ha tenido alguna dificultad en su manejo?
Si su respuesta es afirmativa ¿Cuales han sido los principales obstáculos/dificultades?
6. ¿Qué sentimientos y/o emociones despierta en usted un paciente con trastorno límite de la personalidad?
7. ¿La intensidad y la frecuencia de estos sentimientos son iguales, menores o mayores que con pacientes con otro diagnóstico?
8. Especifique que tipo de emoción experimenta ante cada uno de los siguientes síntomas característicos del TLP:
 - Labilidad emocional
 - Verbalización de ira
 - Conductas de ira
 - Demandas de atención
 - Autolesiones
9. ¿Cuál es su reacción habitual ante los síntomas referidos en la pregunta anterior?
10. ¿Está de acuerdo con que este trastorno esté incluido en el proceso de TMG?
¿Por qué?
11. ¿Cree que hay tratamientos efectivos que ayuden a estos pacientes?
12. ¿Qué intervenciones enfermeras utiliza habitualmente con ellos? ¿Cree que se benefician de estas intervenciones?

ANEXO II

Consentimiento Informado:

"EL ESTIGMA DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD:
UNA VISIÓN ENFERMERA"

Investigador principal: _____

Centro de referencia: _____

Yo (Nombre y Apellidos).....

- He leído la hoja informativa que se me ha entregado.
- He podido realizar preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:
(Nombre del investigador principal/colaborador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ningún efecto perjudicial para mí.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información; pudiendo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

En Granada a de de 2017.

Firma del participante:

Firma del investigador principal:

Revocación del consentimiento informado por parte del participante

En Granada a de de 2017.

Firma del participante:

Firma del investigador principal: