

Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad

Emotions experienced by nurses working in units of personality disorders in the care of people with borderline personality disorder

Autor: Alicia Domínguez Bermejo

Dirección de contacto: alidomber@yahoo.es

Cómo citar este artículo: Domínguez Bermejo A. Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad. NURE Inv. [Revista en Internet] 2011 Jul 01. [fecha de acceso]; 8(53): [aprox. 11 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE53_proyecto_emocionenf.pdf

Fecha recepción: 23/12/2009

Aceptado para su publicación: 06/08/2010

Resumen

El trastorno límite de personalidad se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad con una notable impulsividad. El manejo clínico de los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad es complicado para los profesionales de enfermería debido a las características clínicas de estos sujetos. Este estudio pretende abordar las emociones expresadas de las enfermeras que trabajan en unidades de trastorno de la personalidad.

Objetivos: Determinar las emociones que experimentan las enfermeras que trabajan en unidades de tratamiento de trastornos de la personalidad durante la atención de los pacientes diagnosticados de trastorno límite. Describir qué tipo de emociones, positivas o negativas; determinar las situaciones que desencadenan la aparición de diferentes tipos de emociones; explorar la influencia que las emociones experimentadas tienen en la actuación con estos pacientes; abordar las diferentes formas de manejar las emociones en base a la formación recibida y la experiencia profesional durante la atención de los pacientes diagnosticados de trastorno límite y abordar las diferentes formas de manejar las emociones en función del sexo de los enfermeros.

Metodología: Investigación cualitativa en salud. Las técnicas de generación de información empleadas serán la entrevista en profundidad y los grupos de discusión.

Palabras clave

Trastorno de personalidad limítrofe; Emociones; Cuidados de enfermería; Relaciones enfermero-paciente; Investigación cualitativa.

Abstract

The borderline personality disorder (BPD) is defined as a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image and emotions with marked impulsivity. The clinical management of patients diagnosed with BPD is difficult for nurses due to the clinical characteristics of these subjects. This study seeks to address the emotions expressed by nurses working in units of personality disorder.

Objectives: To determine the emotions experienced by nurses working in personality disorders treatment units during the care of patients diagnosed with BPD. To describe the type of emotions experienced, positive or negative; to identify the triggering situations for different types of emotions; to explore the influence of the experienced emotions when acting with these patients; to address the different ways to handle emotions based on the received training and professional experience during the care of patients diagnosed with BPD and to address the different ways to handle emotions according to the gender of the nurses.

Methodology: Qualitative research in health. The information generation techniques employed are in-depth interviews and focus/debate groups.

Key words

Borderline Personality Disorder; Emotions; Nursing care; Nurse-Patient relations; Qualitative research.

Centro de Trabajo: D.U.E. Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Puerta del Ángel. (Madrid, España).

INTRODUCCIÓN

Durante más de cien años, las emociones han sido objeto de estudio de varias disciplinas de las ciencias humanas y sociales. Entre ellas cabe mencionar la filosofía, la sociología, la antropología, la lingüística y la psicología. Siendo en esta última ciencia en la que más se ha estudiado la emoción desde diferentes ramas, de ahí que exista un gran número de aproximaciones teóricas que mantienen puntos de vista distintos. Mayor (1) afirma que no hay una definición de emoción comúnmente aceptada, por este motivo, la historia de las emociones debe verse en el contexto de los cambios ocurridos en la psicología como disciplina general. De hecho, pudiera decirse que lo que más ha influido en el estudio de las emociones ha sido el cambio constante experimentado por la psicología a lo largo de su evolución disciplinar. Por ello el concepto de emoción ha sido definido por muchos autores desde diferentes campos de la psicología y desde perspectivas diversas.

Las ópticas psicoanalítica y psicodinámica se han ocupado de las emociones por la influencia que tienen en las perturbaciones psíquicas. La teoría psicoanalítica considera que las emociones son afectos unidos a las ideas y que su presencia altera el equilibrio psíquico e interfiere en la adaptación. Freud (2) a principios del siglo XX, enfatiza el estudio del inconsciente porque es la parte de la mente directamente relacionada con las pulsiones/ emociones. La emoción aparece en toda la teoría de los impulsos instintivos y en los conceptos psicoanalíticos: yo, superyó, ello, inconsciente y mecanismos de defensa psicológicos, entre otros. Los escritos de Freud representan la fuente básica de los trabajos psicoanalíticos centrados en las emociones.

Desde las formulaciones psicoanalíticas, una de las aportaciones esenciales en el ámbito de la Emoción procede de Carl Gustav Jung. En su teoría de la personalidad formulada en 1954, Jung establece que, los sentimientos permiten la valoración de un hecho y las emociones se construyen a partir de los sentimientos. En particular, cuando los sentimientos de un sujeto son muy intensos, producen efectos fisiológicos, que se manifiestan bajo la forma de emociones.

Por su parte, el conductismo comienza a estudiar el comportamiento desde la década de los 30 hasta los 70, éste entiende la emoción como una predisposición a actuar de una determinada manera porque la considera, en concreto, como una respuesta aprendida en el contexto de una contingencia ambiental (3).

A principios de la década de los 40 y fuertemente influida por el marxismo surge la psicología soviética, la cual, se legitima con gran fuerza con la aparición de la psicología social de las emociones, ésta busca la finalidad de entender las emociones en los marcos sociales (4). Vigotski (5) considera que "las emociones son el resultado de la apreciación que hace el propio organismo de su relación con el medio".

A finales de la década de los setenta la concepción cognitivista y constructivista, entiende la emoción como una información sobre la disposición a actuar para conseguir una finalidad determinada y concreta (6). La esencia de los planteamientos cognitivistas en el estudio de la emoción se centra en la idea de que, para conocer las emociones, es imprescindible conocer previamente cómo realizan las personas sus juicios acerca del ambiente en el que viven, ya que las emociones se producen como consecuencia de los juicios acerca del mundo. Es decir, las emociones requieren pensamientos previos (7).

Existen distintas clasificaciones de las emociones en función del criterio del autor, Ekman (8) las clasifica según la competencia que ejercen en el organismo (fisiológicamente, psicológicamente, conductualmente). Greenberg (9) sostiene dos grupos de emociones: Las emociones primarias, que son las más fundamentales de la persona, las primeras reacciones directas a una situación, tales como una pérdida importante (miedo, sorpresa, asco, ira, alegría y tristeza.) Y las emociones secundarias que son las respuestas a los pensamientos o sentimientos en lugar de a la situación, como la sensación de enfado en respuesta a la sensación de daño. Con el fin de acceder a las primarias, deben ser analizadas las emociones secundarias. En función del grado de favorabilidad a un estímulo o situación Wukmir (10) en 1967 expresó que si una situación parece favorecer la supervivencia, se experimenta una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, etc.) y si no, se experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.) De esta forma, los organismos vivos disponen del mecanismo de la emoción para orientarse, a modo de brújula, en cada situación, buscando aquellas situaciones que son favorables a su supervivencia (son las que producen emociones positivas) y alejándoles de las negativas para su supervivencia (que producen emociones negativas). En una línea similar Simón (11) enuncia las emociones como las que nos impulsan a

aproximarnos a un objeto (emociones de apetencia, acercamiento) en ese caso llamadas refuerzos positivos. Y las que nos incitan a evitarlo (emociones de aversión, evitación) refuerzos negativos.

En cualquier momento de nuestra vida diaria podemos experimentar emociones con suficiente intensidad como para que tomemos conciencia de este proceso. Como consecuencia de ello, sentimos algo agradable o desagradable, nuestro organismo altera súbitamente su actividad e, incluso, se producen cambios en nuestro comportamiento. Los profesionales de la salud, al trabajar con personas, ponen en juego gran parte de aspectos personales, sobre todo a escala emocional, puesto que en muchas ocasiones no se puede evitar que el profesional quede afectado por las diferentes situaciones que presentan los pacientes. Las emociones que los profesionales enfermeros viven asociadas a algunos momentos terapéuticos no son ajenas a la propia historia personal y tienen mucho que ver con la concepción que se tiene de uno mismo como profesional, con el particular estilo de trabajo, con la visión que se tiene de la enfermería y con el significado que se otorga al hecho de ser profesional de la salud. Xavier Clèries et al. (12) afirman que los aspectos emocionales del profesional, inciden en la forma de comunicación con el paciente y en su capacidad para tomar decisiones, por lo tanto se pone de relieve la influencia del aspecto emocional sobre el racional, sobre las motivaciones más íntimas y sobre las actitudes.

La relación entre el profesional de la salud y su cliente es una relación entre dos personas y, por tanto, está sujeta a los mismos condicionantes que toda relación humana. Blay (13) comenta que en la relación profesional-paciente "aflora un componente subjetivo (...) del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas (contrarias a toda objetividad científica que deberíamos mantener)".

Además de ser una profesión y una fuente de ingresos, trabajar con personas proporciona satisfacciones y emociones positivas cuando se consiguen las metas terapéuticas marcadas. Las emociones positivas son, por lo general, satisfacción por el trabajo bien realizado y la autoestima. Pero también puede producir insatisfacciones y generar emociones negativas, ya que las situaciones en las que no se consiguen las metas alcanzadas son relativamente numerosas. Éstas se vinculan a un fracaso terapéutico, a la dificultad de gestión de la incertidumbre surgida de las innumerables

decisiones que un profesional ha de tomar en una jornada de trabajo y a los errores de apreciación, entre otras circunstancias. De tales situaciones, las emociones negativas surgen en forma de culpabilidad, vergüenza, rabia, ansiedad y otras posibles que se generen por la condición y naturaleza humana (dolor, sufrimiento, enfermedad y muerte) en el contexto asistencial.

Una entidad clínica que aflora las emociones anteriormente expuestas durante la práctica asistencial es el Trastorno Límite de Personalidad o Trastorno Borderline.

En el ámbito anglosajón se utiliza el término *borderline* (límite) desde hace más de un siglo para dar cuenta de un grupo de pacientes que se identifican básicamente por constituir una patología de frontera o de borde entre la neurosis y la psicosis. La primera vez que aparece el término *borderline* es en 1884. En ese año, Hughes designa así a los estados *borderline* de la locura. Los define como "personas que pasaron toda su vida de uno a otro lado de la línea". El término Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) fue utilizado por primera vez hacia 1930, pero no fue definido como tal hasta finalizar los años 70, y es en 1980 con la edición de DSM-III cuando se le reconoce como una categoría diagnóstica definida (14). El manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es conocido por sus siglas CIE-10 (15), conceptúa de forma diferente el trastorno llamándolo "Trastorno por Personalidad Emocionalmente Inestable".

El TLP es un cuadro clínico cuya prevalencia es baja con respecto al resto de los TP, aproximadamente el 1,16% de los TP, sin embargo, el coste emocional tanto para el individuo como para su entorno familiar y social es alto. De este trastorno derivan importantes repercusiones clínicas y socioeconómicas (16,17).

El Trastorno Límite de Personalidad o Trastorno Borderline está incluido dentro del Eje II del DSM-IV (18), y así mismo, dentro de los trastornos de la personalidad en el Grupo B (Dramático-emocional). Se define en este manual como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Debido a las características clínicas de estos sujetos como lo son el de ser extremadamente demandantes, exigentes, acrílicos consigo mismos, invasivos, y manipuladores; convierte a estos pacientes en casos de "difícil manejo". El estilo comunicativo

de estas personas podría ser calificado de excesivo y dramático, lo que hace especialmente difícil sus relaciones interpersonales. Los problemas de comunicación son, después de los comportamientos autodestructivos lo más complicado en la convivencia diaria. No es extraño, que un compañero exprese su malestar ante la dificultad de mantener una efectiva relación terapéutica ante un paciente que pone a prueba de forma continua su control emocional. Rayner et al. (19) declaran que cuando los pacientes tienen reacciones extremas como las autolesiones provocadas, pueden limitar las habilidades de los enfermeros y la capacidad de mantener una relación terapéutica. El personal de enfermería y otros profesionales de la salud tienen importantes dificultades para manejar la carga emocional que generan los pacientes límite (20;21). Algunas enfermeras describen a los individuos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, como una de las mayores dificultades encontradas con los pacientes en su práctica clínica (20).

El estudio de las actitudes de los profesionales de la salud ha sido identificado como un importante ámbito de la investigación en la última década. Las actitudes han sido definidas como tres importantes componentes: cogniciones (pensamientos, opiniones y creencias), un dominio afectivo (emociones) y un elemento de comportamiento.

Entre la bibliografía buscada para enmarcar esta investigación se encuentran varios documentos que examinan los aspectos emocionales y tratan el difícil abordaje con los pacientes límite. El manejo clínico de los pacientes diagnosticados de TLP ha sido bien documentado y una serie de estudios han sugerido que los pacientes con este diagnóstico influyen en el nivel y la calidad de la interacción personal de enfermería con los pacientes (22-24). Por ejemplo, Gallop et al. (25) llegó a la conclusión de que el diagnóstico de TLP se ha convertido en una etiqueta peyorativa de pacientes difíciles, y sugirió que el personal puede proporcionar respuestas estereotipadas y menos atención empática a los TLP que a otros pacientes. En un estudio más reciente del 2003 Markham (26), encontró que enfermeras de Salud Mental del Reino Unido manifestaban menos simpatía y optimismo hacia pacientes con un diagnóstico de TLP. Evaluando sus experiencias personales, manifestaban más negativas sus experiencias de trabajo con estos pacientes que con pacientes con un diagnóstico de depresión o esquizofrenia. Markham también encontró que las enfermeras expresaron mayores niveles de rechazo social hacia los pacientes con un diagnóstico de TLP que hacia los pacientes con un diagnóstico de depresión o esquizofrenia.

El único estudio localizado en la búsqueda bibliográfica que comparte propósitos similares se realizó en Melbourne (Australia). El objetivo del estudio fue describir las actitudes mantenidas de 65 enfermeras diplomadas que trabajan en las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y en el Área de Salud Mental de los principales servicios de la comunidad con pacientes diagnosticados de TLP. Los resultados mostraron que una proporción de enfermeras psiquiátricas experimenta reacciones emocionales y actitudes negativas hacia la mayoría de los pacientes con TLP.

Abarcar el mundo de las emociones constituye un área de lento y arduo aprendizaje. Por todo ello se propone llevar a cabo un trabajo que se centre en las emociones que son experimentadas por el profesional de enfermería en la atención al paciente diagnosticado de Trastorno Límite de Personalidad (TLP). La realización de este estudio nos permitirá conocer las emociones desde la realidad de las enfermeras.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar las emociones que experimentan las enfermeras que trabajan en unidades de tratamiento de trastornos de la personalidad durante la atención de los pacientes diagnosticados de trastorno límite.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir qué tipo de emociones, positivas o negativas, experimentan las enfermeras que trabajan en unidades de tratamiento de trastornos de la personalidad durante la atención de los pacientes diagnosticados de trastorno límite.
- Determinar las situaciones que desencadenan la aparición de diferentes tipos de emociones en las enfermeras que trabajan en unidades de tratamiento de trastornos de la personalidad durante la atención de los pacientes diagnosticados de trastorno límite.
- Explorar la influencia que las emociones experimentadas de las enfermeras que trabajan en unidades de tratamiento de trastornos de la personalidad tienen en la actuación con los pacientes diagnosticados de trastorno límite.

- Abordar las diferentes formas de manejar las emociones en base a la formación recibida y la experiencia profesional en las enfermeras que trabajan en unidades de tratamiento de trastornos de la personalidad durante la atención de los pacientes diagnosticados de trastorno límite.
- Abordar las diferentes formas de manejar las emociones en función del sexo de los enfermeros que trabajan en unidades de tratamiento de trastornos de la personalidad durante la atención de los pacientes diagnosticados de trastorno límite.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Investigación cualitativa en salud, ya que el foco del presente estudio se centra en la experiencia percibida de las emociones de los sujetos a estudio; este tipo de abordaje permite aproximarse en mayor profundidad a la realidad desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio. De manera que lo que se pretende es conocer a estas personas en su contexto, integrar sus vivencias, llegando a saber lo que sienten para poder comprender cómo ven las cosas desde cada realidad individualizada.

Sujetos de estudio: El personal de enfermería que trabaja en las unidades de tratamiento específico de trastornos de la personalidad que se ocupan del cuidado de los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad.

Las Unidades de Trastornos de la Personalidad (UTP), son un programa hospitalario de tratamiento intensivo que está destinado a la atención integral de las personas, entre 18 y 65 años, que presenten trastornos graves de personalidad. Los trastornos de la personalidad requieren una atención integral en los casos más graves, porque conlleva una implicación de varias patologías, como consumo de tóxicos, conductas de riesgo, autolesiones, además de una elevada perturbación del entorno familiar. El ingreso de los pacientes tiene carácter voluntario y está programado. A su ingreso, el paciente acepta cumplir durante la hospitalización las normas y orientaciones de la Unidad, que están recogidas en un Contrato Terapéutico. Las unidades se inspiran en el modelo de Comunidad Terapéutica, donde el ambiente social, de grupo y dinámica relacional está diseñado para ser terapéutico, se combina un entorno residencial con un tratamiento multidisciplinar intensivo. El tratamiento consiste en psicopedagogía del trastorno, psicoterapia individual, psicoterapia

grupal específica y tratamiento psicofarmacológico. La derivación a este dispositivo no se puede hacer por vía urgente, tiene que ser indicada por el profesional responsable del tratamiento en el centro de salud mental.

La población del estudio estará compuesta por:

Enfermería de los tres turnos (mañana, tarde y noche) que trabajan en las UTP.

No se fija de antemano un tamaño muestral establecido ya que éste estará en función de cuando se logre una saturación del discurso.

Criterios de inclusión: Se elige a los participantes que tengan o una experiencia mínima de trabajo en la Unidad de Trastornos de Personalidad de más de 6 meses, o enfermeros con la especialidad de enfermería de Salud Mental, o una experiencia profesional en Salud Mental de al menos 2 años consecutivos.

Criterios de exclusión: Los únicos profesionales que se excluyen de la población de estudio son los enfermeros con cargo de supervisores de enfermería porque se considera que no trabajan con el mismo contacto con los pacientes límite como lo hacen los demás participantes de la población del estudio.

Para acceder a los participantes se pedirá consentimiento a las instituciones, se hablará con los supervisores de las unidades que actuarán como "porteros" a la hora de contactar con los participantes y seleccionar a los miembros de los grupos de discusión y las entrevistas. Una vez obtenidos los datos de los posibles participantes se contactará con ellos individualmente para informarles de los objetivos del estudio y solicitar su participación por teléfono.

Variables de estudio

- Especialidad de Enfermería en Salud Mental.
- Formación acreditada recibida en los 2 últimos años sobre habilidades terapéuticas con los enfermos con patología mental.
- Sexo del participante.

No se tomará en cuenta la variable edad de los participantes porque se estima que no influye en los datos.

Dentro de las técnicas de investigación cualitativa, las técnicas de generación de información empleadas serán: la entrevista en profundidad y los grupos de discusión.

Recogida de datos

Para la obtención de datos tanto los grupos de discusión como las entrevistas en profundidad se realizarán en lugares que consideraremos "neutros", apropiados para facilitar la expresión de los participantes, tales como locales alquilados preparados para ello.

El investigador del estudio no se identificará en ningún momento como un profesional sanitario, para evitar los sesgos que esto pudiera ocasionar en el discurso de los informantes.

Los grupos de discusión tendrán entre 5 y 10 miembros, como mínimo y máximo respectivamente. El grupo estará dirigido por un moderador, que será el investigador del estudio, y contará también con la figura de un relator encargado de tomar notas y realizar la grabación de las discusiones mediante grabadora de vídeo, siempre previo consentimiento de los participantes. Tendrá una duración finita, limitada que no irá más allá de la duración discursiva. De los participantes del grupo de discusión se obtendrán informantes clave para las entrevistas en profundidad.

Se realizarán 4 grupos de discusión:

- 1) Lo integrarán sólo los especialistas en Salud Mental (grupo mixto)
- 2) Lo integrarán enfermeros/as con formación acreditada recibida en los 2 últimos años acerca de habilidades terapéuticas con los enfermos con patología mental (grupo mixto)
- 3) Lo integrarán sólo participantes de sexo masculino.
- 4) Lo integrarán sólo participantes de sexo femenino.

Las entrevistas se realizarán mediante un guión de preguntas abiertas relacionadas con los objetivos propuestos por el equipo investigador, éstas se recogerán en grabadoras y posteriormente se transcribirá el contenido del discurso por personal contratado para ello. El número de entrevistas realizadas irá en función de la saturación del discurso de los enfermeros, buscando obtener como mínimo 3 entrevistas respondiendo a las variables acordadas.

Análisis de los datos

El grupo de discusión se analiza de forma grupal, tanto éstos como las entrevistas, se analizarán por el discurso utilizando la herramienta informática de soporte al análisis de textos ATLAS-Ti 5.2.

Para el proceso de análisis se utilizará la clasificación en códigos, categorías y subcategorías que se crearán según la información obtenida en datos útiles en relación con los objetivos propuestos del estudio.

El análisis de datos se realizará tras cada encuentro con los participantes. El análisis del contenido de los grupos de discusión se complementará y contrastará con la información obtenida en las entrevistas. Para asegurar la validez de los datos recogidos se utilizará la triangulación. Los resultados preliminares del análisis se presentarán a un grupo compuesto por participantes en las entrevistas y dos investigadores externos al estudio para su comprobación.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

En España no se ha realizado hasta ahora un estudio en el que se determinen las emociones que experimentan en su día a día las enfermeras que trabajan con los pacientes diagnosticados de TLP ingresados en este tipo de unidades asistenciales.

Los resultados obtenidos con la realización de este estudio permitirían:

- Dar la visión enfermera actual de las emociones experimentadas en el cuidado y atención a los pacientes diagnosticados de TLP en las UTP de las Comunidades Autónomas que cuentan con ellas.
- Elaborar intervenciones preventivas a nivel institucional, teniendo en cuenta los factores favorecedores, protectores y problemáticos de las emociones que hayan surgido en el discurso. De esta manera se podrían realizar acciones para proteger la Salud Mental de los propios trabajadores y así actuar antes de que las emociones tengan implicaciones para el trabajo.
- Elevar la calidad de los servicios de enfermería en las UTP, elaborando programas educativos y formativos acerca del manejo y control emocional para hacer frente a los retos que plantean los pacientes diagnosticados de TLP.

Los resultados obtenidos serán difundidos mediante la publicación en revistas científicas (española e internacional), y la presentación de resultados en un congreso nacional.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una limitación del estudio sería que los resultados obtenidos pueden ser ricos y profundos pero no generalizables a la población, son específicos de donde se realiza el proyecto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la participación en el estudio se pedirá un consentimiento individualizado, de manera verbal y escrita, en el cual se informará del objetivo del estudio, del carácter voluntario de participación en el mismo y de la confidencialidad de las grabaciones y la no utilización o aparición de sus nombres en el informe final ni durante todo el proceso de análisis. Aquellos enfermeros que deseen participar firmarán en un documento la comprensión de la información dada.

Las transcripciones se llevarán a cabo sin que las personas encargadas de hacerlo conozcan los nombres completos de los participantes.

Se solicitarán los permisos correspondientes a la Consejería de Sanidad y a la dirección de las instituciones donde se realice la investigación.

CRONOGRAMA

El estudio tendrá una duración total de 16 meses, repartidos según las siguientes etapas:

- **Primera etapa:** Preparación del trabajo de campo (4 meses)
 - Revisión y análisis documental (equipo investigador).
 - Diseño y preparación de las entrevistas y de los grupos.
 - Preparación del formulario del consentimiento informado.
 - Contacto con las unidades de trastornos de la personalidad y captación de la población del estudio.
- **Segunda etapa:** Desarrollo del trabajo de campo (4 meses)
 - Realización de las entrevistas y los grupos de discusión.
 - Transcripción de las entrevistas.

- **Tercera etapa:** Elaboración de resultados (4 meses)
 - Análisis de contenido de los grupos de discusión y las entrevistas.
 - Verificación de los resultados con la participación de investigadores externos al proyecto y participantes del estudio.
- **Cuarta etapa:** Divulgación de los resultados (4 meses)
 - Redacción del informe final de la investigación y difusión de los resultados.
 - Presentación de artículos en español e inglés para su publicación en revistas y conferencias científicas.

PRESUPUESTO

El presupuesto queda reflejado en la Tabla 1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayor L. Psicología de la emoción: teoría básica e investigaciones. Valencia: Promolibro; 1988.
2. González Rey FL. El lugar de las emociones en la constitución social de lo psíquico: El aporte de Vigotski. Educ. Soc. 2000;XXI(71):132-48.
3. Skinner BF. Reflections on behaviourism and society. New Jersey: Prentice-Hall; 1978.
4. Belli S, Íñiguez-Rueda L. El estudio psicosocial de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. Psico 2008;39(2):139-52.
5. Vygotsky LS. Psicología pedagógica. Moscú: Prosveschenie; 1926.
6. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy: affect, cognition, and the process of change. New York: Guilford Press; 1987.
7. Palmero F. La emoción desde el modelo cognitivista. Rev. electrón. motiv.emoc. 2003;6(14-15).
8. Ekman P. Basic Emotions. In: In T.Dalgleish and M.Power, editor.Sussex, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.; 1999.
9. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: A Synopsis. J Contemp Psychother 2006;36:87-93.

1) Gastos de personal	
Contratación de transcritores para las grabaciones de las entrevistas Intérprete para que los resultados del estudio sean traducidos al inglés para su presentación a congresos o revistas internacionales	2.000,00 € 200,00 €
SUBTOTAL	2.200,00 €
2) Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
2 grabadoras digitales	1.000,00 €
1 grabadora de vídeo y trípode	700,00 €
Ordenador portátil y software informático ATLAS-Ti 5.2	1.600,00 €
Suscripción a fondos bibliográficos por 1 año + gastos de envío de documentos	800,00 €
Alquiler de local adecuado para reuniones/entrevistas	1.000,00 €
Material de oficina y papelería	400,00 €
Material de grabación	200,00 €
Gastos de telefonía	150,00 €
SUBTOTAL	5.850,00 €
b) Viajes y dietas	
Inscripción, viaje y alojamiento para 1 congreso nacional	900,00 €
SUBTOTAL	900,00 €
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	6.750,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	8.950,00 €

Tabla 1. Presupuesto.

10. V.J.Wukmir. Emoción y Sufrimiento. <http://www.biopsychology.org/wukmir/eys/eys.htm> 2009 January 11 Available from: URL: <http://www.biopsychology.org/wukmir/eys/eys.htm>
11. Simón VM. El ego, la conciencia y las emociones: un modelo interactivo. *Psicothema* 2001;13(2):205-13.
12. Clèries X, Raya MA, Kronfly E, Escoda JJ, Cases C. Hacia el aprendizaje de emociones y sistemas motivacionales en la relación asistencial. *Educ Med Salud* 2002;5(3):113-25.
13. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC* 1996;4:243-50.
14. Azcárate J, Bayón Pérez C, Casas Rivera R, Costi Goyeneche C, Melendo Granados JJ, Montes Rodríguez JM, et al. Cuidados. In: Consejería de Sanidad y Consumo, editor. *Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad*. Madrid: SaludMadrid; 2005. p. 79-80.
15. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento. Meditor S.L.; 2004.
16. Torgersen S. Epidemiology. In: In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 129-41.
17. Morán Sánchez I, de Concepción Salesa A. Trastorno límite de la personalidad. Hacia una farmacoterapia racional. *Interpsiquis* 2009;1.
18. López Ibor Aliño JJ, de Flores i Formenti T, Valdés Miyar M. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002.
19. Rayner GC, Allen SL, Johnson M. Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *J Adv Nurs* 2005;50(1):12-9.
20. Bland AR, Rossen EK. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs* 2005;26(5):507-17.
21. Scheirs B. Psychological Distress in Caretakers or Relatives of Patients with Borderline Personality. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53:195-203.
22. Fraser K, Gallop R. Nurses confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 1993;2(6):336-41.
23. Lewis G, Appelby L. Personality Disorder: the patients psychiatrists dislike. *Br J Psychiatry* 1998;153:44-9.
24. O'Brien L. Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: A review of the literature. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1998;7:172-83.
25. Gallop R, Lancee WJ, Garfunkel P. How nursing staff respond to the label "borderline personality disorder". *Hosp Community Psychiatry* 1989;40(8):815-9.
26. Markham D, Trower P. The effects of the psychiatric label "borderline personality disorder" on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *Br J Clin Psychol* 2003;42:243-56.