

Efectividad de una intervención sobre inteligencia emocional en enfermeras especialistas en salud mental

Emotional Intelligence in Nursing to improve the therapeutic relationship in patients diagnosed with Borderline Personality Disorder

Autoras: Eva Utrera Caballero (1), Lorena Pérez Brenes (1), María José Lopera Arroyo (1),
María del Carmen Rosado García (2).

Dirección de contacto: evautrera@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Utrera Caballero E, Pérez Brenes L, Lopera Arroyo MJ, Rosado García MC. Efectividad de una intervención sobre inteligencia emocional en enfermeras especialistas en salud mental. NURE Inv [Internet]. Jul-Ago 2014 [citado día mes año]; 11(71):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE71_proyecto_intemoc.pdf

Fecha recepción: 17/07/2013

Aceptado para su publicación: 07/01/2014

Resumen

En los últimos años se ha producido un aumento en el número de pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad. De hecho, es el trastorno de personalidad más frecuente. El trastorno límite de la personalidad consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Estos rasgos, sumados a los de poca tolerancia a la frustración, autolesiones, ideas de muerte, intentos suicidas, inestabilidad afectiva, impulsividad, ambivalencia, ira inapropiada, pobre autoconcepto con sentimientos de inadecuación o inferioridad, baja autoestima; hacen que esta entidad presente una elevada dificultad en su manejo. Todo ello evoca fuertes reacciones contrartransferenciales a los terapeutas, que reaccionan de forma evitativa y que, en muchas ocasiones, les genera estrés. Es en esta situación donde la relación terapéutica se ve amenazada. El desarrollo de una relación terapéutica es esencial para enfermería y se debe desarrollar antes de que uno empiece a participar en una fase de trabajo con cualquier paciente. Por lo tanto, para participar de manera efectiva, las enfermeras deben comprender sus propias emociones y reacciones hacia el paciente diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. Para ser un buen profesional y cuidador es básico trabajar la capacidad para gestionar los propios sentimientos y emociones de forma adaptativa e inteligente. Este conjunto de habilidades forma parte del concepto de Inteligencia Emocional. El proyecto que se presenta es un estudio cuasi-experimental con un programa formativo sobre Inteligencia Emocional, dirigido a las enfermeras de Salud Mental, que trabajan con pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, de las áreas de los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío para mejorar la relación terapéutica con estos pacientes. El objetivo principal del estudio es analizar la efectividad del programa para mejorar la relación terapéutica con estos pacientes, aumentando los niveles de Inteligencia Emocional de las enfermeras, disminuyendo el estrés de las mismas y aumentando la satisfacción tanto de las enfermeras como de los pacientes.

Palabras clave

Trastorno Límite de la Personalidad; Enfermería Salud Mental; Inteligencia Emocional; Relación Terapéutica; Contrartransferencia.

Abstract

In recent years there has been an increase in the number of patients diagnosed with borderline personality disorder. In fact, it is the most prevalent personality disorder. The borderline personality disorder is a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, affection, and self-image with low impulse control. These features, combined with the low frustration tolerance, self-harm, thoughts of death, suicide attempts, affective instability, impulsivity, ambivalence, inappropriate anger, poor self-concept with feelings of inadequacy or inferiority, low self esteem, make this entity to disclose an high difficulty in handling. All this evokes strong countertransference reactions to therapists, which react avoidant and, in many cases, they create stress. It is in this situation where the therapeutic relationship is threatened. The development of a therapeutic relationship is essential to nursing and must be developed before one begins to participate in one operation with any patient. Therefore, to participate effectively, nurses must understand their own emotions and reactions to the patient diagnosed with borderline personality disorder. To be a good professional and basic working caregiver is the ability to manage one's feelings and emotions in an adaptive and intelligent. This skill set is part of the concept of Emotional Intelligence. The project presented is a quasi-experimental study with Emotional Intelligence training program aimed at mental health nurses, who work with patients diagnosed with borderline personality disorder, in the areas of Hospitals Virgen del Rocío and Valme and to improve the therapeutic relationship with those patients. The main objective of the study is to analyze the effectiveness of the program to improve the therapeutic relationship with these patients, increasing emotional intelligence levels of nurses, reducing stress and increasing the same satisfaction of both nurses and patients.

Key words

Borderline Personality Disorder; Mental Health Nursing; Emotional Intelligence; Therapeutic Relationship; Countertransference.

Centro de Trabajo: (1) Enfermeras Residentes de Salud Mental del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme de Sevilla.
(2) Enfermera de la Comunidad Terapéutica de Salud Mental de Jerez de la Frontera.

ANTECEDENTES

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 (1,2).

El estudio epidemiológico de los trastornos de la personalidad es especialmente complejo, debido, entre otros factores, a la diversidad de instrumentos de evaluación para identificar el trastorno, y la existencia de una elevada co-morbilidad. Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP (2). En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas (3) y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1 (4) Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio (5).

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse 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, atracciones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo (6-8).

En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral (6-8).

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. La GPC del NICE (2009) (9) describe 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 (9).

En los últimos años se ha producido un aumento en el número de pacientes diagnosticados de TLP atendidos en los Servicios de Salud Mental, así como un aumento de la complejidad del tratamiento. Esta complejidad ha puesto de manifiesto la dificultad para abordar los TLP en los dispositivos actuales. Las personas con TLP son tratadas en todos los niveles de la red de Salud Mental. No obstante, existe amplio consenso sobre el hecho de que no se adaptan bien a los recursos existentes, con resultados frustrantes, estrés de profesionales, y consumo de recursos (10-13) Estas características de los pacientes con TLP (el patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, la impulsividad, los intentos y amenazas suicidas, entre otros) suponen una mayor complejidad en la relación clínica y una amenaza para la alianza terapéutica, con el resultado de pérdida del paciente o de una sobreimplicación ineficaz del profesional con elevado riesgo de desgaste del mismo (14-16).

Desde una perspectiva ética sería necesario contemplar aspectos ligados al profesional tales como su formación, su estilo personal y sus valores.

Otras características del TLP (la ideación paranoide y la inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, entre otras) implican la necesidad de un especial cuidado en la información que de manera clara y congruente debe recibir el paciente por parte de los profesionales, con el objetivo de hacerle corresponsable del proceso terapéutico a través del consentimiento informado (17-19).

Desde esta perspectiva será vital asegurar la continuidad de cuidados, ya que con frecuencia será atendido por distintos dispositivos y por tanto por distintos profesionales (17-19).

En este sentido la confidencialidad será probablemente un aspecto conflictivo a cuidar (17-19).

Finalmente, algunas otras características (la alteración de la identidad, los sentimientos crónicos de vacío, la ira inapropiada, entre otros) aconsejan que la relación terapéutica se fundamente, con mayor motivo, en un modelo deliberativo en el que cobran relevancia los valores del profesional, junto a los del paciente, que deben ser, firmemente expresados (17-19).

La asistencia y el tratamiento de los pacientes con TLP requerirá por parte de los profesionales implicados:

- Un cuidado mayor en la relación con el paciente.
- Un papel más activo por parte de los profesionales.
- Límites claros en el encuadre asistencial y terapéutico.
- Actitud flexible por parte de los profesionales.
- Capacidad del terapeuta para crear una atmósfera empática.
- Control de la contratransferencia (14).

Diferentes estudios proporcionan evidencia inicial de que en situaciones reales de práctica, las enfermeras de salud mental responden a los pacientes con TLP de una manera menos empática que con pacientes con otros diagnósticos de Salud Mental. Por otra parte, los rasgos del paciente con TLP evocan fuertes reacciones contratransferenciales a las enfermeras, que reaccionan de forma evitativa (20-26). Esto hace que la calidad de la relación terapéutica entre enfermeras y estos pacientes se vea afectada. El desarrollo de una relación terapéutica es esencial para enfermería y se debe desarrollar antes de que uno empiece a participar en una fase de trabajo con cualquier paciente. Por lo tanto, para participar de manera efectiva, las enfermeras deben comprender sus propias reacciones hacia el paciente diagnosticado de TLP (20-26).

El concepto de relación terapéutica inicialmente se puso de relieve en la literatura sobre enfermería psiquiátrica, pero ha sido reconocido como un pilar fundamental de la práctica de todo tipo de cuidados de enfermería (27). Las asociaciones profesionales de enfermería también han reconocido la relación terapéutica o relación de ayuda como un elemento central de los cuidados de enfermería y han incorporado elementos de la relación paciente-enfermera en muchos de los principios de la práctica (28).

Las cualidades esenciales de la relación terapéutica son el respeto, la empatía y el reconocimiento (28).

La relación terapéutica ha sido identificada como un componente esencial de la enfermería desde la aparición de las obras fundamentales de Peplau, Tudor y Orlando (28). Sin embargo, buena parte de la literatura se centra en los elementos del proce-

so: las cualidades de la relación, la secuencia del proceso, los impedimentos que pueden obstaculizarlo y los resultados del mismo. Dada la complejidad de este proceso, hasta la fecha se han llevado pocos ensayos y estudios clínicos con muestras aleatorizadas (29).

Forchuk y otros autores han validado las fases de la relación terapéutica descritas por Peplau, a saber: orientación, trabajo y resolución. Durante esta labor, descubrieron que algunas relaciones atraviesan una serie de fases de carácter no terapéutico (orientación, forcejeo y resistencia, alejamiento mutuo) (30). Gallop, Lancee y Garfinkel también demostraron que las características interpersonales del paciente, como los diagnosticados de TLP, pueden afectar a la calidad de la relación (31).

Las investigaciones que han evaluado el enfoque de la relación terapéutica han constatado una reducción de los costes y una mejor calidad de vida en pacientes dados de alta en hospitales psiquiátricos (32). Los resultados preliminares de un ensayo controlado aleatorizado indican que los reingresos psiquiátricos durante el primer mes tras el alta pueden reducirse la mitad si se presta atención al desarrollo y mantenimiento de una red de relaciones terapéuticas (33).

La reciente reestructuración organizativa que ha experimentado la asistencia sanitaria ha tenido como resultado la desaparición de importantes elementos contextuales u organizativos que favorecen la manifestación de relaciones terapéuticas (34). Esta reestructuración ha tenido numerosos efectos: la reducción del número de enfermeras profesionales en proporción al de pacientes, la sustitución de profesionales de la salud por cuidadores informales, el aumento de los contratos eventuales o a tiempo parcial y la retirada de mecanismos de apoyo, como los formadores y enfermeras gestoras. Estos efectos se han traducido en una reducción de la satisfacción de pacientes y enfermeras, unos mayores índices de agotamiento emocional y un aumento en la duración de las estancias (34), así como una disminución de la calidad de los cuidados cuyos efectos se manifiestan en los índices de independencia funcional, dolor, funcionamiento social y satisfacción de los pacientes (35).

Para las enfermeras, mantener relaciones efectivas con los pacientes en entornos cada vez más exigentes, complejos (y, en ocasiones, violentos) puede resultar física y psicológicamente agotador. Por ello, promover y controlar el bienestar emocional de las enfermeras es crucial para establecer y mantener relaciones terapéuticas óptimas (36).

Al proponer fortalecer la representación y aplicación de la Inteligencia Emocional dentro de la formación Enfermera, es esencial aclarar con precisión qué se entiende por el término en sí (36).

En 1990, Salovey y Mayer definieron la Inteligencia Emocional como *"la capacidad de controlar los propios sentimientos y emociones, así como los de los demás, de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones"* (37). Estos dividieron la Inteligencia Emocional en cuatro áreas de habilidades: la percepción de las emociones, usar las emociones para facilitar los pensamientos, la comprensión de las emociones y manejo de las emociones de una manera que fomente el crecimiento personal y las relaciones sociales (37). Goleman en 1996 popularizó este constructo (38,39).

Se considera que la inteligencia emocional es de gran importancia para la capacidad de hacer frente a las intensas situaciones emocionales que las enfermeras de salud mental encuentran en su trabajo diario. De hecho, la inteligencia emocional es un requisito previo fundamental de las habilidades de enfermería como la sensibilidad, la empatía, la creatividad, la conciencia de sí mismo, autocontrol y asertividad (40).

El gran rango comprobado en las puntuaciones en inteligencia emocional entre las enfermeras de salud mental nos desafía a investigar las posibles implicaciones que puede tener un mayor o menor nivel de inteligencia emocional en la calidad de la atención a estas personas (41). Por ejemplo, una posible relación entre el nivel de inteligencia emocional y la calidad de la relación terapéutica entre enfermera y paciente o la relación entre el nivel de inteligencia emocional y la manera de hacer frente a situaciones caracterizadas por una gran cantidad de trabajo emocional (como el cuidado de los pacientes que se autolesionan o con tendencias suicidas, tal es el caso de los pacientes con TLP) (41).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2001.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
3. Molina R, Rubio V, Pérez A, Carrasco JL. Trastorno límite de la personalidad. En: Roca M, editor. Trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2004.
4. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. Hosp Community Psychiatry. 1991; 42(10):1015-21.
5. Swartz M, Blazer D, George L. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. Journal of Personality Disorders. 1990; 4(3): 257-72.
6. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. Lancet. 2002; 359(9325): 2253-4.
7. Paris J. Long-term outcome of personality disorders. In: Paris J, editors. Personality Disorders over time. Washington (DC): Am J Psychiatry; 2003.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2003; 160(2): 274-83.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Borderline Personality Disorder: treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
10. Oldham J, Skodol A, Bender D. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
11. Azcárate JC, Bayón C, Casas R, Costi C, Melendo JJ, Montes JM et al. Recorriendo los límites. Guía Práctica para familiares y pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
12. Azcárate JC, Bayón C, Cabrera C, Costi C, Díaz M, García E et al. Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (Guía para el profesional). Madrid: International Marketing & Communication, S.A.; 2009.
13. Gunderson J. Trastorno Límite de la Personalidad. Guía Clínica. Barcelona: Ars Médica; 2002.
14. Linehan M. Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite. Barcelona: Paidós; 2003.

15. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
16. Baca E, Lázaro J. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Editorial Triacastela; 2003.
17. Bloch S, Chodoff P, Green S. La ética en psiquiatría. Madrid: Editorial Triacastela; 2001.
18. Carrasco JJ, Maza Martín JM. Manual de psiquiatría legal y forense. 3ª ed. Madrid: La Ley; 2005.
19. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Editorial Triacastela; 2004.
20. Fraser K, Gallop R. Nurses' Confirming/Disconfirming Responses to Patients Diagnosed With Borderline Personality Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1993; 7(6): 336-341.
21. 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.
22. 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.
23. Perseus KI, Ekdahl S, Sberg M, Samuelsson M. To Tame a Volcano: Patients with Borderline Personality Disorder and Their Perceptions of Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2005; 19(4): 160-168.
24. Wei-Fen Ma, Fu-Jin Shih, Szu-Mei Hsiao, Shaw-Nin Shih, Hayter M. 'Caring Across Thorns' - Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18: 440-450.
25. Ruggiero I. The unreachable object? Difficulties and paradoxes in the analytical relationship with borderline patients. *Int J Psychoanal*. 2012; 93(3): 585-606.
26. Kraft Goin M. Borderline Personality Disorder: Splitting countertransference. 1998; Disponible en: <http://www.psychiatrytimes.com/authors/marcia-kraft-goin-md>
27. Orlando IJ. The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles. New York: GP Putnam; 1961.
28. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York: GP Putnam & Sons; 1952.
29. Olsen DP. Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing. *ANS Adv Nurs Sci*. 1991 Sep; 14(1): 62-75.
30. Forchuk C. Evidence-based psychiatric/mental health nursing. *Evid Based Mental Health*. 2001; 4: 39-40.
31. Cox BA. Nurses and empathy: psychiatric nursing today. A response to the study by Gallop, Lancee and Garfinkel. *Can J Nurs Res*. 1990; 22(3): 19-22.
32. Forchuk C, Jewell J, Schofield R, Sircelj M, Villedor T. From hospital to community: Bridging therapeutic relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998; 5(3): 197-202.
33. Forchuk C, Martin M, Chan YL, Jensen E. Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2005; 12(5): 556-564.
34. Aiken LH, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Busse R, Clarke H et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 2001; 20(3): 43-54.
35. McGillis L, Irvinne D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L et al. A study of the impact of nursing staff mix models & organizational change strategies on patient, system & nurse outcomes. Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto; 2001.
36. Gallop R, Choiniere J, Forchuk C, Golea G, Johnston N, Levac AM et al. Establecimiento de la relación terapéutica. Toronto: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2002.
37. Van Dusseldorp LR, Van Meijel BK, Derksen JJ. Emotional intelligence of mental health nurses. *J Clin Nurs*. 2011 Feb; 20(3-4): 555-62.
38. Goleman D. Emotional Intelligence. New York: Bantam Books; 1995.
39. Goleman G. Working with Emotional Intelligence. New York: Bantam; 1998.
40. Mayer JD, DiPaolo DR, Salovey O. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*. 1990; 54: 772-781.
41. Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2004; 13: 164-170.

HIPÓTESIS

General

Un programa formativo sobre Inteligencia Emocional realizado en enfermeras de Salud Mental mejorará la relación terapéutica con los pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad, así como la satisfacción y los niveles de inteligencia emocional y de estrés de los propios profesionales.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar la efectividad de un programa formativo sobre Inteligencia Emocional en Enfermeras de Salud Mental de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío de Sevilla sobre la relación terapéutica con pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad y sobre la satisfacción y niveles de inteligencia emocional y estrés de las enfermeras que participan en el programa.

Objetivos específicos

- Evaluar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en los niveles de Inteligencia Emocional de las enfermeras.
- Determinar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención en los niveles de estrés de las enfermeras.
- Valorar si existen diferencias en la puntuación obtenida antes y después de la intervención con respecto a la satisfacción de los profesionales respecto a la relación enfermera-paciente.
- Evaluar los efectos de la intervención en la satisfacción de los pacientes diagnosticados de TLP respecto a la relación enfermera-paciente.
- Valorar el impacto de la intervención en el número de asistencia por los servicios de urgencia de los pacientes diagnosticados de TLP.
- Valorar el impacto de la intervención en el número de ingresos hospitalarios de los pacientes diagnosticados de TLP.

METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

El diseño que se propone para la investigación es de carácter cuasi-experimental no controlado, longitudinal y prospectivo.

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en todos los dispositivos de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío de Sevilla.

Población de estudio

La población de estudio está compuesta, por un lado, por las enfermeras de Salud Mental que trabajan en ambas UGC, y por otro, por pacientes diagnosticados de TLP atendidos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria de estas UGC que vayan a las consultas de estos dispositivos y quieran participar en el estudio de forma voluntaria.

Criterios de Inclusión

- Para las enfermeras:
 - Tener más de un año de experiencia en el ámbito de la Salud Mental.
 - Haber trabajado con pacientes diagnosticados de TLP.
 - Que trabajen durante el desarrollo del estudio en las UGC de los hospitales de Valme y Virgen del Rocío de Sevilla.
 - Aquellas que acepten voluntariamente y, por tanto, se comprometan a seguir las directrices del programa formativo.
- Para los pacientes:
 - Mayor de edad.
 - Tener realizada valoración y tratamiento multidisciplinar habitual: psiquiatra, psicólogo, enfermero especialista para hacer un abordaje integral y evitar las descompensaciones psicopatológicas.

- Diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad según CIE-10.
- Aquellos que firmen, de forma voluntaria, el consentimiento informado (**Anexo 1**).

Criterios de Exclusión

- Para las enfermeras:
 - Ausentarse más del 20% de las sesiones formativas.
 - Aquellas que estén contratadas de forma temporal con contratos menores a seis meses.
 - Las que tengan formación específica en Inteligencia Emocional (cursos, postgrado, etc).
- Para los pacientes:
 - Los pacientes diagnosticados de TLP que lleven más de seis meses sin acudir a los servicios de Salud Mental.

Tamaño muestral

Con respecto al tamaño de la muestra de enfermeras que participarán en el programa formativo, éste se corresponderá con la población de estudio. En este caso, el número de enfermeras que trabajan en las UGC de Salud Mental de los hospitales de Valme y Virgen del Rocío de Sevilla es de 31 y 46, respectivamente.

Con respecto a los pacientes diagnosticados de TLP existen pocos datos fiables sobre la prevalencia ni varianza del nº de pacientes atendidos en los dispositivos de las UGC de los hospitales de Valme y Virgen del Rocío, y por tanto, no se puede realizar un cálculo adecuado del tamaño muestral. Por lo que optaremos por realizar un estudio piloto con todos los pacientes diagnosticados de TLP tratados en las Unidades de Salud Mental Comunitaria de dichas UGC que quieran participar en el estudio para calcular la varianza, y en función de ésta, poder calcular el tamaño muestral final.

Variable independiente

Programa formativo en Inteligencia emocional en enfermeras de salud mental que trabajan con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (**Anexo 2**).

Variables dependientes

- **Nivel de inteligencia emocional de las enfermeras.** Se medirá a través de la Escala de Inteligencia Emocional Autoinformada (TMMS-24) de Fernández-Berrocal y cols. (2004).

La TMMS-24 está basada en el Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala que evalúa el "metaconocimiento de los estados emocionales" mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

El TMMS-24 adaptada y reducida de la escala original por el grupo de investigación de Fernández-Berrocal y colaboradores de la Facultad de Psicología de Málaga, es una medida de autoinforme de 24 ítems con la misma finalidad que el TMMS-48, evaluar las creencias individuales sobre nuestras propias habilidades emocionales, pero con un tiempo de administración más reducido. Contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención, Claridad y Reparación. La Atención es un factor que nos comunica hasta qué punto tendemos a observar y pensar sobre nuestros sentimientos y emociones o humor. La Claridad evalúa la comprensión e identificación de nuestros estados emocionales. Y por último la Reparación se refiere a las creencias individuales sobre la habilidad de regular nuestros sentimientos.

El inventario se contesta en función del grado de acuerdo para cada ítem, a modo de escala tipo Likert con puntuaciones desde 1= Nada de acuerdo hasta 5= Totalmente de acuerdo.

Sus propiedades psicométricas muestran su validez y fiabilidad. La consistencia interna de las subescalas es alta como en los estudios previos de la fiabilidad de la versión inglesa. En definitiva la versión modificada al español del Trait Meta-Mood Scale.

Los niveles de Inteligencia Emocional de las enfermeras serán medidos por la enfermera especialista en Salud Mental mediante esta escala antes del programa formativo y 6 meses después de la realización de la primera.

- **Nivel de estrés en las enfermeras.** Se medirá a través del Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang (IEPS). Este cuestionario relaciona en sus 30 ítems diferentes

fuentes de estrés de los profesionales de la salud. Sus variables son: reconocimiento profesional (IEPS-RP), 9 ítems, uno de ellos "ser poco respetado o reconocido por las personas que atiende"; responsabilidad por el cuidado de los pacientes (IEPS-RC), con 7 ítems, entre ellos "cuidar las necesidades emocionales de los pacientes"; conflictos en el trabajo (IEPS-CT, consta de 8 ítems, entre ellos "tener conflictos con los superiores"; e incertidumbre profesional (IEPS-IP), con 7 ítems, que incluyen el "disponer de inadecuada o insuficiente información acerca de la condición de salud del paciente". Una variable general ieps es el promedio de las anteriores. Las respuestas reciben una puntuación entre 0 y 4 en una escala de frecuencia de 5 pasos.

El nivel de estrés de las enfermeras será medido por la enfermera especialista en Salud Mental mediante este cuestionario antes del programa formativo y 6 meses después del primer cuestionario.

- **Nivel de satisfacción de las enfermeras.** Para ello se utilizará el Overall Job Satisfaction de Warr, Cook y Wall, adaptado al castellano por Mundéate. Es un cuestionario compuesto por 15 ítems con siete posibilidades de respuesta que van desde muy insatisfecho a muy satisfecho. Consta de dos subescalas: satisfacción intrínseca, relacionada con aspectos de realización personal y reconocimiento y satisfacción extrínseca, relacionada con recompensa material y condiciones laborales.

La satisfacción de las enfermeras será medida por la enfermera especialista en Salud Mental mediante este cuestionario antes del programa formativo y 6 meses después del primer cuestionario.

- **Satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos por las enfermeras,** para lo que hemos elegido el cuestionario LOPSS 12 (La Monica-Oberst Patient Satisfaction) modificado: se trata de una escala compuesta de 12 ítems con respuesta tipo Likert en un rango de 1 a 7. Presenta sentencias negativas o positivas con las cuales el paciente debe especificar su grado de acuerdo, y el valor 1 corresponde siempre al mayor grado de satisfacción.

La satisfacción de los pacientes será medida por la enfermera especialista en salud mental a través de este cuestionario antes de la intervención y 6 meses después de haber realizado el primer cuestionario.

- **Tasa de asistencia por los servicios de urgencias a los pacientes.** Se hará un recuento del número de veces que los pacientes hayan tenido que ser asistidos por los servicios de urgencias en los seis meses anteriores al inicio del programa y luego a los 6 meses posteriores a la intervención.
- **Tasa de ingresos hospitalarios.** Se realizará un recuento del número de ingresos que los pacientes hayan tenido en los seis meses anteriores al inicio del programa y después a los 6 meses posteriores a la intervención propuesta.

La razón por la que los diferentes cuestionarios se pasarán seis meses tras la intervención es para minimizar el sesgo de aprendizaje o proximidad, ya que estos se van a aplicar en más de una ocasión, es decir, al principio y tras la intervención.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Dos meses antes de comenzar el programa formativo, se pasarán los cuestionarios para evaluar los datos previos a la intervención (TMMS-24, IEPS, OJS, LOPSS-12) y se recogerán los datos relativos al nº de atenciones por los servicios de urgencias y nº de ingresos que hayan tenido los pacientes diagnosticados de TLP en los seis meses previos a la intervención. Así mismo, lo descrito anteriormente, se volverá a realizar a los seis meses posteriores a la finalización del programa.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encontrarán en el cuaderno de recogida de datos.

La información se obtendrá directamente de los participantes incluidos en el estudio, tanto en el grupo de enfermeras como en el grupo de pacientes diagnosticados de TLP, y serán incluidos en una base de datos única diseñada para tal fin.

Análisis de los datos

Análisis descriptivo

Al inicio, se procederá a un cribado de la información obtenida en las bases de datos, con el fin de identificar observaciones erróneas. Se realizará un estudio de los datos para reconocer valores extremos y caracterizar diferencias existentes entre subgrupos de individuos.

Una vez realizado esto, se elaborará el análisis descriptivo de la muestra. Por tanto, las variables numéricas se resumirán en medias y desviaciones atípicas, con los pertinentes intervalos de confianza si lo precisasen o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles. Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes. Estas medidas se determinarán conjuntamente y para los subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se completará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información.

Análisis inferencial

Para estudiar las relaciones entre dos variables cuantitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar y se cuantificará el cambio detectado, si existiera, a través de un intervalo de confianza al 95%.

El nivel de significación estadística se fijará en $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Limitaciones del estudio

El estudio puede verse limitado por el sesgo de deseabilidad social, ya que los participantes pueden orientar sus respuestas para dar una buena imagen de sí mismos, de este modo pueden modificar la respuesta que realmente refleja sus sentimientos u opiniones a favor de la que se considera más positivamente valorada; también puede verse limitado por el sesgo de aprendizaje, debido a que vamos a aplicar el mismo instrumento de medida en más de una ocasión. No obstante, se intentará minimizar dejando pasar seis meses entre una medición y otra. Por último, el estudio puede verse sesgado por la limitada capacidad de generalizar los resultados por las características del tipo de estudio. Este hecho se podrá solventar con la estimación de pérdidas que se establezca cuando se realice el cálculo del tamaño muestral.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

En los últimos años se ha producido un aumento de pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad atendidos en los Servicios de Salud Mental, así como un aumento de la complejidad del tratamiento. Esta complejidad ha puesto de mani-

fiesto la dificultad para abordarlos en los dispositivos actuales. Las personas con TLP son tratadas en todos los niveles de la red de Salud Mental. Sin embargo, existe amplio consenso sobre el hecho de que no se adaptan bien a los recursos existentes, con resultados frustrantes, estrés de profesionales y consumo de recursos.

La reciente reestructuración organizativa que ha experimentado la asistencia sanitaria ha tenido como resultado la desaparición de importantes elementos contextuales u organizativos que favorecen la manifestación de relaciones terapéuticas. Esta reestructuración ha tenido numerosos efectos: la reducción del número de enfermeras profesionales en proporción al de pacientes, la sustitución de profesionales de la salud por cuidadores informales, el aumento de los contratos eventuales o a tiempo parcial y la retirada de mecanismos de apoyo, como los formadores y enfermeras gestoras. Estos efectos se han traducido en una reducción de la satisfacción de pacientes y enfermeras, unos mayores índices de agotamiento emocional y un aumento en la duración de las estancias, así como una disminución de la calidad de los cuidados cuyos efectos se manifiestan en los índices de independencia funcional, dolor, funcionamiento social y satisfacción de los pacientes.

Para las enfermeras de Salud Mental, mantener relaciones efectivas con los pacientes en entornos cada vez más exigentes, complejos (y, en ocasiones, violentos) puede resultar física y psicológicamente agotador. Por ello, promover y controlar el bienestar emocional de las enfermeras es crucial para establecer y mantener relaciones terapéuticas óptimas.

Además, para ser un buen profesional y cuidador es básico trabajar la capacidad para gestionar los propios sentimientos y emociones de forma adaptativa e inteligente. Este conjunto de habilidades forma parte del concepto de Inteligencia Emocional. Sólo se puede dar a otro lo que uno es y sabe darse a sí mismo.

Por todo lo anterior, la formación en Inteligencia Emocional de las enfermeras de Salud Mental que trabajan con pacientes con TLP supondrá un mejor afrontamiento por parte de los profesionales así como menor estrés y mayor satisfacción de los mismos, que a su vez, implicará una mejora en la calidad de la relación terapéutica establecida con estos pacientes, con la consecuente mejora de la satisfacción por los cuidados recibidos de los mismos.

ANEXO 1**CONSENTIMIENTO INFORMADO****Programa formativo en Inteligencia emocional en enfermeras de salud mental que trabajan con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad**

El Sr./Sra. con DNI....., declara haber sido informado por, como enfermera especialista en Salud Mental y responsable del estudio, para participar en dicho estudio de investigación que se va a realizar próximamente, con el objetivo principal de determinar la efectividad de un programa formativo sobre Inteligencia Emocional en Enfermeras de Salud Mental de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío de Sevilla sobre la relación terapéutica con pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad y sobre la satisfacción y niveles de estrés de las enfermeras que participan en el programa.

He sido informado de que el estudio se llevará a cabo mediante la participación en un grupo, formado por enfermeras que trabajan en los dispositivos de Salud Mental de las Unidades de Gestión Clínica de los Hospitales de Valme y Virgen del Rocío de Sevilla. En el transcurso de la reunión, se hablará sobre temas relacionados con la experiencia vivida con este tipo de pacientes, cómo la hemos afrontado y cuáles han sido las emociones sentidas. Todos los participantes en el grupo podrán expresar libremente sus opiniones, ya que todas ellas son valiosas para alcanzar los objetivos del estudio. Toda la información obtenida de este estudio será anónima y siempre manteniendo la confidencialidad, pudiendo ser usada sólo a efectos científicos y nunca divulgativos. De igual manera, entiendo que debo mantener la absoluta confidencialidad de todos los temas tratados en el grupo. Así mismo, acepto participar libre y voluntariamente en dicho estudio y declaro haber comprendido el objetivo, metodología y carácter voluntario del estudio; pudiendo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

En Sevilla a de de 2013.

Firma del participante _____

Firma del investigador _____

Revocación del consentimiento informado por parte del participante

En Sevilla a de de 2013.

Firma del participante _____

Firma del investigador _____

ANEXO 2

PROGRAMA FORMATIVO

Programa formativo en Inteligencia emocional en enfermeras de salud mental que trabajan con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

El programa formativo, consta de 8 sesiones de 3 horas cada una y que se realizan con una periodicidad semanal, por tanto la duración del programa será de 2 meses.

El objetivo del programa es apoyar a los profesionales en su proceso de conocer y gestionar sus emociones para conseguir una mejor relación personal con ellos mismos y con los pacientes; potenciando sus relaciones a través de una transformación personal eliminando las barreras que les impiden gozar de un equilibrio emocional saludable.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Ofrecer herramientas prácticas y vivenciales de sencilla aplicación en su día a día.
- Garantizar el apoyo en los distintos procesos emocionales de cada profesional durante la formación.
- Dotar a los profesionales de las estrategias didácticas necesarias para su aprendizaje.
- Ofrecer a los participantes la posibilidad de que desarrollen las habilidades emocionales que les permitan tomar conciencia de sus recursos personales.
- Garantizar que todos los participantes disponen de las capacidades, habilidades y conocimientos adecuados para dar un apoyo emocional sano.

El enfoque del programa es, por una parte teórico y, por otra, práctico, siendo esta última realizada desde la propia experiencia de los participantes.

La metodología es dinámica y participativa, lo que facilita la transferencia de los conocimientos y técnicas desarrolladas durante las sesiones.

Estructura de las sesiones

Cada sesión grupal está estructurada en tres partes diferenciadas: en la primera, se expone la parte teórica del tema a tratar; en la segunda, se trabaja mediante técnicas grupales el tema abordado; y una tercera, en la que se facilita la expresión de sentimientos, opiniones y dudas relacionados con el tema propuesto para ese día.

En cuanto al método, cabe señalar que todas las sesiones tienen la misma estructura: Objetivo, contenido, desarrollo (material didáctico y técnicas grupales) y tareas para realizar en sus domicilios por cada uno de los miembros del grupo.

Cabe significar que, en el desarrollo de las sesiones, se hace hincapié en los aspectos prácticos: el material didáctico que se les aporta a los miembros del grupo, las técnicas grupales que facilitan la participación activa de los mismos y las actividades que deben desarrollar individualmente en sus hogares.

Entendemos que así se potencia la participación activa y la adquisición de recursos y habilidades.

A continuación se detallan los contenidos de cada una de las sesiones.

Primera sesión

Contenido

- Presentación de los profesionales conductores del grupo, y de cada uno de sus integrantes, mediante una técnica grupal (rueda de presentaciones) en la que, además, cada uno explica qué expectativas tiene acerca del grupo.
- Explicación de las normas del grupo (reglas de encuadre grupal): participación, puntualidad, compromiso y respeto.
- Explicación de la metodología de la intervención y de las ventajas de la formación en Inteligencia emocional para nuestra labor profesional en salud mental.
- Primer bloque teórico:
 - 1.1. Introducción, estructura general del curso.
 - 1.2. Marco conceptual de las emociones.
 - 1.2.1. ¿Qué es una emoción?
 - 1.2.2. Estructura y función de las emociones.
 - 1.2.3. Los fenómenos emocionales.
 - 1.2.4. Bases neurológicas y psicofisiológicas de las emociones.

Segunda sesión

Contenido

- 1.3. Competencias emocionales.
 - 1.3.1. Consciencia emocional.
 - 1.3.2. Regulación emocional.
 - 1.3.3. Autonomía emocional.
 - 1.3.4. Competencia social.
 - 1.3.5. Habilidades de vida y bienestar

Tercera sesión

Contenido

- 1.4. Inteligencia emocional.
 - 1.4.1. Inteligencia y personalidad.
 - 1.4.2. Concepto de inteligencia emocional (IE).
 - 1.4.3. Modelos de inteligencia emocional.
 - 1.4.4. Situación actual de la inteligencia emocional.
 - 1.4.5. Tests de inteligencia emocional.
 - 1.4.6. Contextos de aplicación de la inteligencia emocional.

Cuarta sesión

Contenido

- 1.5. Inteligencia emocional y Recursos Humanos.
 - 1.5.1. Selección de personal: técnicas y estrategias de selección de personal.
 - 1.5.2. Formación y desarrollo del personal en las organizaciones.
 - 1.5.3. Prevención de riesgos laborales.

Quinta sesión

Contenido

- 1.6. Comunicación y emoción.
 - 1.6.1. Comunicación interpersonal y en grupo.
 - 1.6.2. Comunicación no verbal.
 - 1.6.3. Presentaciones eficaces: impacto e influencia.

Sexta sesión

Contenido

- 1.7. Gestión de conflictos.
 - 1.7.1. Prevención de conflictos.
 - 1.7.2. Solución positiva de conflictos.
 - 1.7.3. Mediación. La toma de decisiones en los conflictos.

Séptima sesión

Contenido

- Visualización de película y posterior petición de trabajo de análisis de la misma.

Octava sesión

Contenido

- Puesta en común de los trabajos sobre película visionada en la sesión anterior y análisis global de la misma.
- Despedida del grupo y evaluación.
- Retroalimentación entre participantes y conductores del programa formativo.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

A los participantes del estudio se les informará verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministran. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de las participantes. Los datos obtenidos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial.

El proyecto se desarrolla en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se incluirán en el mismo.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontrarán debidamente custodiados por el investigador principal, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Antes de la presentación de este protocolo se solicitará la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

CRONOGRAMA

Actividad 1. Duración 2 meses. Sesiones conjuntas del equipo de puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición detallada de la metodología a seguir.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones.
- Aclaración de dudas.

Actividad 2. Duración 4 meses

- Elaboración y estandarización de los contenidos de las actividades del programa.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.
- Captación y recogida de los datos de los sujetos sometidos a estudio.

- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro y valoraciones.
- Diseño de la base de datos.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Impresión del material gráfico (hojas de registro, cuestionarios, test, etc.)
- Puesta en común para homogeneizar la información.
- Captación de la muestra y distribución aleatoria de los grupos.

Actividad 3. Duración 2 meses

- Puesta en marcha del programa.
- Reuniones del equipo cada 2 meses para reevaluación y seguimiento del protocolo.
- Continuación de recogida, codificación y registros de datos.

Actividad 4. Duración 4 meses

- Análisis e interpretación de los datos.
- Elaboración de los resultados y conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo científico del proyecto.

RECURSOS Y PRESUPUESTO ECONÓMICO

Recursos materiales

- Un ordenador portátil.
- Programas de office Word, Excel, PowerPoint.
- Un proyector.
- Una impresora.
- Dos teléfonos móviles con línea corporativa.
- Cartulinas y bolígrafos.
- CDs.
- Fotocopias de test y cuestionarios.
- Fotocopias de hojas de consentimiento informado.
- Una sala dónde se llevarán a cabo las sesiones.

Recursos humanos

Una enfermera especialista en Salud Mental, un psicólogo, un Enfermero Interno Residente de Salud Mental y un Psicólogo Interno Residente, que alternarán y distribuirán equitativamente el trabajo a realizar.

Presupuesto

El Presupuesto se detalla en la **Tabla 1**.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a Begoña Ibáñez, enfermera especialista de Salud Mental del Hospital de Día y tutora de residentes de enfermería de Salud Mental de la UGC de Salud mental del Hospital de Valme de Sevilla por su apoyo incondicional; a Felipe Morilla, enfermero especialista de Salud Mental de la Comunidad Terapéutica de la UGC de Salud mental del Hospital de Valme de Sevilla por sus útiles sugerencias y, por último, a Luis López, enfermero y supervisor de Investigación y Gestión del Conocimiento en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla por sus clases magistrales sobre investigación, sin las cuales no hubiera sido posible la realización de este proyecto.

Tabla 1. Presupuesto

CONCEPTOS	PRESUPUESTO
Equipamiento inventariable	
2 ordenadores portátiles 1 proyector Programas de office Word, Excel, PowerPoint 2 Teléfonos móviles con línea corporativa	3.000,00 €
Material fungible	
Consumibles informáticos (CD, pen drive) Material de oficina (Cartulinas, fotocopias de trípticos, tests y Cuestionarios)	1.500,00 €
Material bibliográfico	
Ejemplares actualizados de bibliografía básica enfermera: NANDA, NOC, NIC Bibliografía referente a grupos psicoeducativos Bibliografía referente a Inteligencia Emocional y Relación Terapéutica	500,00 €
Viajes y dietas	
Desplazamientos para sesiones Reuniones de equipo Congresos Nacionales	3.000,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	8.000,00 €