

Mireia Catalán Gómez y Miriam Martínez Alaminos

**PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL
CUIDADO DE PERSONAS QUE ACUDEN A URGENCIAS POR
AGUDIZACIÓN DEL TLP: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sr. Albert Monterde Estrada

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Facultad de enfermería

COMARRUGA 2024

“Las enfermedades del alma son más peligrosas y numerosas que las del cuerpo.”

Cicerón

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a las personas que, gracias a su colaboración, nos han ayudado a la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, a Albert Monterde por su apoyo y dedicación en el desarrollo del trabajo. Y en segundo lugar y último a todas las participantes que han hecho posible nuestra parte práctica del trabajo, Maite, Ana, Laura, Anna, Araceli, Amanda, Tsion y Ángel, por su entrega, tiempo y comprensión.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	10
2. OBJETIVOS	11
3. MARCO TEÓRICO	12
3.1. Trastorno de la personalidad	12
3.2. Trastorno Límite de la Personalidad	13
3.3. Epidemiología	14
3.4. Etiología	15
3.5. Signos de alerta	16
3.6. Antecedentes y estado de la cuestión	16
3.6.1. Abordaje de enfermería	19
3.6.2. Manejo del paciente	21
3.6.3. Educación sanitaria a la familia	24
4. METODOLOGÍA	25
4.1. Tipo de estudio	25
4.2. Participantes y unidad de observación	26
4.3. Técnicas de recogida de datos	27
4.4. Categorización y análisis	28
4.5. Aspectos éticos	30
5. DISCUSIÓN Y RESULTADOS	31
5.1. Competencias teóricas	31
5.2. Dimensión emocional	32
5.3. Experiencias del personal de enfermería	33
5.4. Manejo del paciente en agudización	36
5.4.1. Manejo de paciente en agudización con intento de autólisis	39

5.5. Intervención y cuidados en el paciente estabilizado.....	41
6. CONCLUSIONES	43
7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	45
8. CRONOGRAMA	46
9. BIBLIOGRAFÍA.....	47
10. ANEXOS.....	53

LISTADO DE ABREVIATURAS

TLP	Trastorno Límite de la Personalidad
SM	Salud Mental
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
TP	Trastornos de la Personalidad
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
CCUC	Catálogo Colectivo de la Universidad de Cataluña
REBIUN	Red de bibliotecas Universitarias y Científicas Españolas
RCP	Reanimación Cardiopulmonar
APA	American Psychiatric Association
OMS	Organización Mundial de la Salud
ISRS	Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina
ADT	Antidepresivos Tricíclicos
IMAO	Inhibidores de Monoaminooxidasa

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fármacos antidepresivos.....	22
Tabla 2: Fármacos estabilizadores del ánimo	22
Tabla 3: Fármacos antipsicóticos.....	22
Tabla 4: Fármacos ansiolíticos.....	23
Tabla 5: Ácidos omega 3	23
Tabla 6: Palabras clave	26
Tabla 7: Criterios de inclusión y exclusión.....	27
Tabla 8: Cronograma	46
Tabla 9: Ejemplo de valoración de enfermería según el patrón de Marjory Gordon.....	54
Tabla 10: Tabla de las alteraciones según los 11 patrones de Marjory Gordon.....	55
Tabla 11: Tabla de NANDA en estado de agudización.....	57
Tabla 12: Tabla de NANDA en estabilidad.....	62

RESUMEN

Introducción: El trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno con alta prevalencia en España. Las personas con TLP presentan síntomas graves y complejos que a menudo les hacen experimentar agudizaciones que requieren atención urgente. En este caso, enfermería, juega un papel fundamental y la falta de formación específica en Salud Mental puede influir en el desarrollo de habilidades de afrontamiento. El personal de enfermería de urgencias podría no tener los conocimientos y aptitudes necesarios para aplicar eficazmente los cuidados en personas con TLP en crisis, con el consiguiente riesgo de brindar una atención ineficaz al usuario.

Objetivos: Explorar la percepción de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de personas que acuden a urgencias por agudización del trastorno límite de la personalidad.

Métodos: Investigación cualitativa dirigida a las enfermeras del servicio de urgencias y Salud Mental de los hospitales “Hospital Universitari Institut Pere Mata”, “Hospital Universitari Sant Joan de Reus”, “Hospital Universitari Germans Trias i Pujol”, “Hospital Clínic de Barcelona” en Cataluña, entre noviembre de 2023 y abril de 2024. Se utilizó un diseño fenomenológico del cual se ha llevado a cabo un análisis de contenido mediante ocho entrevistas semiestructuradas.

Resultados: Emergieron 5 códigos temáticos: competencias teóricas, dimensión emocional, experiencias del personal de enfermería, manejo del paciente en estado de agudización e intervención y cuidados en el paciente estabilizado, que sintetizan los resultados y nos dan respuesta a los objetivos planteados.

Conclusiones: Según la percepción de los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente en agudización del TLP, la necesidad de una formación óptima, tanto a nivel teórico como práctico, es crucial para que los profesionales tengan una mayor seguridad al abordar a estos pacientes.

Palabras clave: Abordaje enfermero, Cuidados, Enfermería, Trastorno, Urgencias.

ABSTRACT

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) is a disorder with a high prevalence in Spain. Individuals with BPD exhibit severe and complex symptoms that often lead to exacerbations requiring urgent attention. In this context, nursing plays a crucial role, and the lack of specific Mental Health training may impact the development of coping skills. Emergency department nursing staff may lack the necessary knowledge and skills to effectively provide care for individuals with BPD in crisis, leading to the risk of providing ineffective patient care.

Objectives: To explore the perceptions of nursing professionals regarding the care of individuals presenting to emergency departments due to exacerbations of borderline personality disorder.

Methods: A qualitative study directed at nurses in the emergency and Mental Health services of the “Hospital Universitari Institut Pere Mata,” “Hospital Universitari Sant Joan de Reus,” “Hospital Universitari Germans Trias i Pujol,” and “Hospital Clínic de Barcelona” in Catalonia, conducted between November 2023 and April 2024. A phenomenological design was employed, and content analysis was performed using eight semi-structured interviews.

Results: Five thematic codes emerged: theoretical competencies, emotional dimension, nursing staff experiences, patient management during exacerbation, and intervention and care for stabilized patients, which synthesized the results and addressed the research objectives.

Conclusions: According to nursing professionals' perceptions of caring for patients experiencing BPD exacerbations, the need for optimal theoretical and practical training is crucial for enhancing professionals' confidence in approaching these patients.

Keywords: Nursing approach, Care, Nursing, Disorder, Emergency.

1. INTRODUCCIÓN

En España se determina que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) presenta una prevalencia poblacional del 1,4% al 5,9%. (1) Dado que es un trastorno muy prevalente y lo usual es que estos pacientes acudan al área de urgencias en caso de agudización, nuestro trabajo de investigación pretende explorar la percepción de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de estas personas al acudir a urgencias.

El trastorno límite de la personalidad, también conocido como TLP es definido por el Manual DSM-V como “Patrón persistente de inestabilidad e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, inestabilidad en la imagen personal, fluctuaciones extremas del estado de ánimo e impulsividad.” (2) Tal y como sucede en otros trastornos y enfermedades, puede presentar situaciones de agudización. En este caso, las personas que lo padecen muestran un gran bloqueo a nivel emocional, cognitivo y físico y no les permite reconocer la emoción y tampoco comprender ni razonar lo que les está ocurriendo. (2) El TLP suele ser tratado de manera multidisciplinar y multidimensional, y su abordaje suele ser psicoterapéutico y farmacológico. (3) (4) En una situación de agudización de TLP, los pacientes presentan grandes variedades de estados de ánimo, como rabia, tristeza o hasta ideas/actuaciones suicidas. En estos casos, el personal de enfermería desempeña un papel esencial, puesto que es la primera persona con la que el paciente tiene contacto. (2) (3)

Decidimos realizar este trabajo debido a que el personal de enfermería de urgencias podría no tener los conocimientos y aptitudes necesarios para aplicar eficazmente su abordaje, debido a la escasez de recursos tanto a nivel de formación específica académica como a nivel hospitalario.

Así pues, la línea de investigación del trabajo se estructura en torno a la pregunta de investigación inicial, formulada de la siguiente manera: ¿Cuál es la percepción de los profesionales de enfermería frente al cuidado de una persona en situación de agudización del Trastorno Límite de la Personalidad en urgencias?

2. OBJETIVOS

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general

Explorar la percepción de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de personas que acuden a urgencias por agudización del TLP.

Objetivos específicos

- Reconocer los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre el TLP.
- Conocer la opinión sobre los recursos y herramientas que presentan los hospitales en urgencias.
- Conocer la opinión de los profesionales de enfermería sobre la necesidad de formación específica en SM.
- Indagar sobre el uso y opinión de los profesionales de enfermería sobre la contención: verbal, farmacológica y mecánica.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Trastorno de la personalidad

El Dr. José Manuel Hernández, catedrático en psiquiatría, definió la personalidad como un “*conjunto de diferentes patrones que caracterizan a las personas*”. Dichos patrones están basados en los sentimientos, pensamientos, actitudes y conductas, que a lo largo del tiempo son condicionadas por factores parentales y/o sociales que hacen que la personalidad cambie y vaya evolucionando. (5)

A finales del siglo XX, el psicólogo T. Millon teorizó que los Trastornos de la Personalidad (TP) son “*estilos de funcionamiento desadaptativos que cubren desequilibrios y carencias de la especie para interaccionar con el ambiente*”. (5) Actualmente, se describen como enfermedades no psicóticas que se definen por conductas desadaptativas que la persona utiliza para solventar sus necesidades. En este caso, hablamos de una personalidad parcialmente o totalmente anormal. (6)

No es función del personal de enfermería realizar diagnósticos, pero sí que es importante que durante su práctica se tengan bien definidos estos criterios, ya que son pacientes habituales en hospitales y centros de salud. (6)

Varios artículos han categorizado la clasificación de este trastorno como dispar y confuso. Basándonos tanto en el sistema de clasificación de la CIE como del DSM-V podemos encontrar tres grupos principales de TP: (7) (8)

- Grupo A: Dentro de este grupo encontramos los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- Grupo B: En este grupo encontramos los TP antisocial, límite, histriónica y narcisista.
- Grupo C: Este grupo se compone de los trastornos de personalidad evitativos, dependiente y obsesivo-compulsivo.

3.2. Trastorno Límite de la Personalidad

El historiador de literatura A. Stern fue el primero en 1938 en utilizar el término “*borderline*” en una publicación psicoanalítica para referirse a aquellos pacientes con dificultad de ser calificados por las categorías neuróticas o psicóticas, denominándolos “*grupo límite de la neurosis*”. (9)

En 1980 se incorpora finalmente el “*trastorno límite de la personalidad*” como una entidad en el DSM-III, aun a pesar de padecer críticas y diferentes propuestas, sigue manteniéndose en el actual DSM-IV. En el caso de la CIE-10, se incorporó como “*trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con dos subtipos: límite e impulsivo.*” (9)

El “*trastorno impulsivo o límite de la personalidad*” incluye un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, se define como intensas e inestables, ya que inicialmente presentan una idealización inicial y posteriormente acaban apareciendo sentimientos de rechazo. Suelen realizar esfuerzos para crear un vínculo con cualquier persona, implicándose de una manera extremada para así evitar el abandono. (6) Se caracteriza por ser un síndrome heterogéneo donde las personas que lo presentan experimentan grandes cambios de humor, conductas impulsivas y autodestructivas, pérdida de la confianza, abuso de sustancias, temor al rechazo, a la crítica y excesiva sensibilidad, juntamente con una elevada tasa de suicidio. (10)

A día de hoy, está considerado un TP difícil de abordar clínicamente porque tiene una considerable complejidad y una difícil delimitación. Es un trastorno con una alta prevalencia en la población y tiene una gran variabilidad de los síntomas. A su vez, presenta comorbilidad con otros trastornos psicológicos. (10)

Para efectuar los diagnósticos psicológicos se utilizan las clasificaciones del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014) creado por American Psychiatric Association (APA) y la CIE-10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud; creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (7) (10)

3.3. Epidemiología

Existe una gran complejidad sobre los datos epidemiológicos de los trastornos de personalidad a consecuencia de la gran heterogeneidad en los instrumentos de evaluación. (9) En cuanto a la estadística proporcionada en el año 2021 en España, se registraron aproximadamente 676.160 casos de TP. (11) Actualmente, según los estudios del Ministerio de Sanidad en España, el 9% y 15% de los casos son diagnosticados a niños y jóvenes, siendo a su vez más frecuentes en el sexo masculino. Por el contrario, en la edad adulta se igualan en el sexo y disminuye el porcentaje en cuanto a la prevalencia (5%). En los tramos de final de vida (85 años) aumentan ligeramente a un 18%. (12) Cabe destacar que dentro de los TP el más frecuente es el TLP, con un 30-60% comparado con los otros tipos. (13)

Según el estudio de Aragonés et al. en el año 2013 se estimó que el TLP tenía una prevalencia del 1,4 a 5,9%. (13) Otro estudio realizado en 2022 por el “Hospital Vall d’Hebron” estimó que la población adulta se sitúa entre el 1,4 y 5,9%. A su vez, también afirma que este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres. (14) Por otro lado, la prevalencia en Cataluña del TLP oscila entre el 1,2-4,6% y también se diagnostica más frecuentemente en mujeres. (15)

La comorbilidad es muy frecuente entre los diferentes tipos de TP, en el caso del TLP, se destaca una comorbilidad del 50% con el trastorno por dependencia, un 30-40% con el trastorno evitativo y paranoide, y un 10-20% con los trastornos antisocial e histriónico. A su vez, basándonos en la comorbilidad con los trastornos afectivos, la tasa con mayor porcentaje es la de los trastornos depresivos, con un 40-87%, siendo esta la más diagnosticada. Finalmente, debemos destacar la gran probabilidad de padecer otros trastornos psicopatológicos dada a la gran cantidad de síntomas clínicos. (16)

Por otro lado, también se ha observado que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) presenta una prevalencia bastante alta, del 41,5% en la infancia y un 16,1% en la edad adulta. En este caso, la existencia de esta comorbilidad con el TLP implica una gran dificultad y complejidad en el diagnóstico. Por último, también es importante remarcar que en el caso de padecer discapacidad psíquica moderada y grave, no se debería poder diagnosticar TLP. (9)

En cuanto la comorbilidad con otras enfermedades orgánicas, los estilos de vida y los deficientes controles médicos condicionan a la evolución del trastorno. Por ello, en el caso que sea necesario y según las circunstancias de cada caso, se debería facilitar el contacto con los servicios médicos para poder obtener un buen seguimiento de las patologías médicas orgánicas. Según el estudio de Frankenburg los pacientes con TLP en remisión tienen menos probabilidad de padecer obesidad, aunque seguían presentes problemas de salud como la diabetes, hipertensión, dolor de espalda, incontinencia urinaria. Por otro lado, los pacientes con TLP en no remisión tienen más probabilidades de padecer estos problemas, además de aumentar el consumo de tabaco, alcohol, y fármacos para el dolor y descanso. (9)

La prevalencia de suicidio del TLP se sitúa entre el 1,1% y 4-6%, existen datos que confirman que sus tasas de mortalidad están aproximadamente en un 5-10%, sin embargo, un 40-85% de pacientes con TLP realizan el intento sin éxito. (17) (18)

3.4. Etiología

La etiología del TLP se considera multifactorial, ya que existen diversos factores que pueden potenciar la aparición del trastorno. Estos se dividen en dos sectores: los factores ambientales y los del individuo. (19)

En cuanto a los factores ambientales, se destaca: el abuso físico o sexual en la infancia, el abandono o separación maternal, falta de acercamiento y/o patologías graves psiquiátricas por parte de los progenitores y abusos de sustancias. La edad es muy importante en estos aspectos, ya que los casos aumentan cuando estos acontecimientos han repercutido en fases más tempranas del desarrollo. (19) (20)

Por otra parte, otro factor crucial en el desarrollo del TLP, es el factor del individuo. En este caso está relacionado con la falta de apego o con el apego inadecuado. Aunque sea un factor individual, también lo relacionan con el rechazo o la antipatía paterna, siendo así la variable con mayor influencia, juntamente también con los abusos sexuales y físicos. (20)

Cabe destacar, que es muy difícil definir unas causas concretas en el TLP, ya que en la actualidad no existe evidencia de ningún modelo etiopatogénico y no existen datos suficientes que confirmen que dichos aspectos favorecen en la aparición de este trastorno. (21)

3.5. Signos de alerta

El TLP afecta en la percepción, sentimientos, relaciones y comportamiento de las personas que lo padecen. (19) Pueden presentar cambios fuertes en su estado de ánimo, ya que tienen tendencia a emociones extremistas, sus valores e intereses pueden cambiar rápidamente y pueden actuar de manera imprudente e impulsiva. (19)

Otros signos de alerta podrían ser: (2)

- Hacer esfuerzos para evitar un abandono percibido o real.
- Una distorsión e inestabilidad de la autoimagen y de su sentido de la identidad.
- Comportamientos arriesgados e impulsivos.
- Comportamientos autodestructivos, como por ejemplo cortarse.
- Conductas o amenazas suicidas recurrentes.
- Episodios de estados de ánimo variables e intensos que pueden durar desde unas horas hasta días.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Problemas de ira inapropiados e intensos.
- Sentimientos de disociación.

Es importante destacar que no todas las personas que sufren de TLP tendrán la misma duración, frecuencia o gravedad de los síntomas. (19)

3.6. Antecedentes y estado de la cuestión

La atención y los cuidados de enfermería se describen sobre todo como la relación que se genera entre enfermera-paciente, con el objetivo de promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar. (22) En los pacientes con TLP y comúnmente con otros tipos de trastornos, estos cuidados se centran en atender las necesidades alteradas a partir de administración de mediación, toma de constantes o cuidados basados en las aplicaciones de técnicas más invasivas. (23)

Los pacientes que presentan trastornos mentales suelen estar en frecuente contacto con el personal sanitario, ya que requieren un control exhaustivo a causa de las frecuentes descompensaciones. En el caso del TLP, también requiere de este control y el personal sanitario que más contacto ejerce sobre ellos es el de enfermería. (22) (23)

El cuidado de enfermería variará según los síntomas que presente el paciente, en este caso, su actuación irá encauzada según si el paciente se encuentra en estado de agudización o ya ha adquirido conocimientos y/o habilidades y, por lo tanto, se encuentre estable. (24)

Por un lado, en el estado de agudización se priorizará la actuación basándonos en la valoración de urgencia, la cual indicará cómo deberemos intervenir adecuadamente, se valorará el riesgo vital, el riesgo de auto/heteroagresividad y el riesgo orgánico. Por el contrario, en una persona estable, el rol de enfermería es diferente, ya que las intervenciones irán dirigidas a la prevención, promoción y seguimiento de la salud y a su vez se trabajarán con el paciente diferentes intervenciones para abarcar y controlar el trastorno. (24)

Su práctica suele ser complicada, ya que en la mayoría de ocasiones se suelen presentar problemas de salud simultáneos que la persona no reconoce, haciendo así, que las actividades de enfermería tengan que ser adaptadas de forma individualizada. (25)

La mayoría de alteraciones que se encuentran en los pacientes con TLP suelen estar asociadas a patologías como la ansiedad, depresión o trastornos psicóticos. Por ello, los cuidados que se proporcionarán irán dirigidos a paliar y controlar esos síntomas. (6)

En este caso, las necesidades más alteradas son la de seguridad, comunicación y actividades de colaboración y lúdicas. Por lo que hace, la seguridad es una de las necesidades que más atención requiere, ya que los pacientes suelen presentar frecuentes episodios de ira que suelen conllevar un peligro tanto para el individuo como para la gente del exterior. Son muy habituales las conductas autolesivas desde pequeñas heridas como intento de autólisis repetidos. Por otro lado, en el caso de la comunicación, las personas con TLP pueden presentarse de forma agresiva y manipulativa, haciendo así, que presente problemas en conseguir los objetivos marcados. (6)

Así pues, la intervención más importante de enfermería es la participación en los planes educativos del paciente dirigidos a la modificación de estas conductas. (6)

Para concluir, todas las actuaciones de enfermería varían según el individuo, aun así, tienen un objetivo en común, proteger y ayudar al paciente. Para poder proporcionar la ayuda necesaria, enfermería trabajará en: (23) (24)

- Cuidados de enfermería puntuales, como administración de medicación, colocación de sonda nasogástrica, cuidados de heridas, etc.
- Disminuir el riesgo modificando el entorno.
- Intervenciones de enfermería en colaboración con otros profesionales de la salud.
- Utilizar recursos comunicativos y de relación terapéutica como; atención respetuosa, escucha activa, validación y contención emocional.
- Ejercer programas educativos de enfermería para sensibilizar a las personas que se relacionen con pacientes TLP.
- En situaciones de urgencias proceder a la contención verbal y evitar la mecánica, en medida de lo posible. La contención mecánica estaría indicada bajo los criterios de: necesidad (que realmente beneficie al paciente), excepcionalidad (no hay otra posibilidad de contención), brevedad (durante un tiempo mínimo) y consentimiento. (26) (27) (28)
- Utilización de técnicas y métodos que favorezcan que el paciente presente aceptación y no rechazo. Como, por ejemplo: establecer empatía con el paciente a través de la comunicación, proporcionarle comprensión y dejar que exprese sus sentimientos libremente y no juzgarlo, mantener la confidencialidad para que el paciente se sienta seguro y proporcionar especial atención a los mensajes verbales y no verbales del paciente, así como mantener una buena escucha activa. (27)

Algunos de los métodos para realizarla de una forma adecuada serían:

- Mostrar interés
- Hacer preguntas o motivar a expresar sentimientos y pensamientos.
- Centrarse en la interacción eliminando prejuicios.
- Mostrar sensibilidad en las emociones.
- Utilizar comunicación no verbal.

- Estar atento a las palabras que se evitan y escuchar y estar atentos a los sentimientos que cuestan expresarse o no son expresados.
- Estar pendiente del tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.

Finalmente, hay que tener presente, que no en todos los ámbitos sanitarios se podrá proporcionar el mismo abordaje enfermero. Por ejemplo, las dificultades para el cuidado aumentan en la hospitalización parcial y unidad de urgencias, ya que normalmente los pacientes que presentan TLP, requieren grandes cargas de tiempo y de trabajo a causa de la gran dificultad para seguir indicaciones y por la gran capacidad de manipulación. Por lo tanto, realizar una contención verbal o un soporte emocional adecuado podría ser difícil debido a la dinámica de la unidad (tiempo y espacio) a causa de las grandes interferencias o intervenciones imprevistas que pueden generarse. (6)

3.6.1. Abordaje de enfermería

3.6.1.1. Valoración de las necesidades según Marjory Gordon

El objetivo principal de la actuación de enfermería es construir una estructura teórica, que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, familia y comunidad. (29)

La valoración de las necesidades en un primer plano, es esencial para poder posteriormente formular los diferentes diagnósticos y con ellos describir las intervenciones teniendo en cuenta la taxonomía NANDA.

Se trata de una recogida y selección de datos que hacen referencia a las personas. La valoración se hará a partir de los patrones funcionales de salud propuestos por Marjory Gordon o las 14 necesidades de Virginia Henderson. (29) (30)

En SM la recogida de datos suele hacerse a partir de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, por ser las valoraciones que más se adecuan a estos pacientes. (Ejemplo en **Anexo 1**)

3.6.1.2. Diagnósticos de enfermería asociados a los dominios en pacientes con TLP

Una vez realizada la valoración a partir de los 11 patrones, se seleccionarán dentro de estos los diagnósticos NANDA. La idea de establecer estos diagnósticos es realizar un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, enfrente los problemas de salud, proporcionando una base para seleccionar las intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los resultados deseados. (3)

Como se ha dicho anteriormente, suelen ser problemas que coexisten en los TLP, los trastornos de ánimo, abusos de sustancias, trastornos de los hábitos alimentarios, además de presentar una alta prevalencia de suicidio y/o autólisis. (30)

En el **Anexo 2** se puede apreciar la tabla con la recogida de los 11 patrones con las perspectivas de alteraciones NANDA más comunes. (3)

3.6.1.2.1. Diagnósticos de enfermería en estado de agudización

En las situaciones de agudización en personas con TLP, el principal abordaje es el de la disminución de la ansiedad. Estos niveles de ansiedad suelen hacer que las personas que lo padecen recurran a la autólisis o el suicidio, por ello, el motivo principal de intervención debe focalizarse en disminuirla. En el caso de la verbalización de suicidio o automutilación, enfermería debería explorar sobre el riesgo suicida y compartir la información con los demás profesionales de la salud para decidir y valorar el abordaje adecuado. (24)

Por otra parte, si la persona ha realizado la autólisis y presenta heridas como: cortes, quemaduras, golpes, etc., el equipo de enfermería deberá basar su abordaje en el cuidado de las heridas y en la administración de los fármacos. A su vez, deberá proteger al paciente para que no se generen otras lesiones. (24)

En el **Anexo 3** se pueden ver descritos los desarrollos de los diagnósticos en fase de agudización. (3) (30) (31) (32) (33)

3.6.1.2.2. Diagnósticos de enfermería en estado de estabilidad

En el caso del paciente estabilizado, el cuidado de enfermería, se realizará de forma individual a través de visitas, en las consultas del centro de salud. El principal objetivo es la identificación de necesidades, por ello, las consultas irán enfocadas a trabajar los conflictos que pueda aportar el paciente, haciendo hincapié sobre todo en la detección de causas buscando estrategias de afrontamiento. (24)

Para lograr este objetivo es muy importante establecer un buen clima de confianza y una buena relación terapéutica. Además, cabe recalcar la importancia de la familia, ya que influyen deliberadamente en su día a día y pueden repercutir en su malestar. (24)

En el **Anexo 4** se pueden ver descritos los desarrollos de los diagnósticos en estado de estabilidad. (3) (30) (31) (32) (33)

3.6.2. Manejo del paciente

3.6.2.1. Tratamiento

La utilización de fármacos es muy frecuente y necesario en la gran cantidad de casos de TLP y normalmente suele ser imprescindible para poder llegar a la estabilidad y así poder iniciar el tratamiento psicoterapéutico. (34)

Según la evaluación del artículo “*Tratamiento farmacológico de los TP*” del 2019, se confirma que existen varias limitaciones que dificultan la generalización de resultados de la efectividad de los diferentes fármacos. También, se observa, que en la mayoría de ensayos clínicos con pacientes con TLP, los fármacos tienen una breve duración, (3-6 meses) por ello, dificulta confirmar la efectividad del tratamiento a largo plazo. Por último, este estudio también remarca que no hay estudios que confirmen la existencia de ningún fármaco en específico para el TLP. (34) Aun así, los fármacos se consideran un coadyuvante de la práctica psicológica y, por lo tanto, su uso es muy frecuente. (9)

Se estima que un 40% de los pacientes tienen una pauta mínima de tres fármacos (9), entre ellos los más comunes son los antipsicóticos, antidepresivos y los estabilizadores de ánimo. (9) (35) Por otra parte, Cowdry y cols., encontraron beneficio en la carbamazepina (Anticonvulsionante), ya que ayuda a la estabilización sobre la ira, violencia física, automutilación y amenazas o intento de suicidio. Juntamente, los ansiolíticos, especialmente el alprazolam, también tienen grandes beneficios en el control de impulsos y automutilación. (36)

El principal objetivo del tratamiento farmacológico es mantener los niveles adecuados de los neurotransmisores para así facilitar la desaparición de la sintomatología derivada de este trastorno. Los síntomas diana en este caso son: la ansiedad, la depresión, irritabilidad o agresividad, impulsividad, cambios de humor y distorsiones cognitivas. (9)

A continuación, se observa una tabla con los fármacos más utilizados en el tratamiento del TLP. (9) (34) (35) (36)

ANTIDEPRESIVOS: Se emplean en aquellos pacientes con alteraciones del estado de ánimo o con patologías relacionadas con la depresión.	
Inhibidores de la Recaptación de la Serotonina (ISRS)	Tratamiento de elección juntamente con los estabilizadores de ánimo. Se utiliza para el estado de ánimo depresivo y para los síntomas de agresividad e impulsividad. Tienen muy pocos efectos secundarios y su efecto empieza a verse a partir de la primera semana, tienen muy buena tolerancia. Ej. Fluoxetina, Sertralina, Citalopram.
Antidepresivos Tricíclicos (ADT)	Tratamiento de tercera línea a consecuencia de su gran variedad de efectos adversos y riesgo de letalidad en el caso de intoxicación. Ej. Duloxetina
Inhibidores de Monoaminoxidasa (IMAO)	Tratamiento de tercera línea a consecuencia de su gran variedad de efectos adversos y riesgo de letalidad en el caso de intoxicación.

Tabla 1: Fármacos antidepresivos. Elaboración propia.

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO: Se utilizan como tratamiento de primera línea, ayuda a tratar la inestabilidad afectiva. Potencian el efecto de los antidepresivos.	
Carbamazepina	Tienen resultados contradictorios sobre su eficacia en la impulsividad y descontrol conductual. Ej. Tegretol
Ácido valproico	Es el fármaco más estudiado sobre en la reducción de problemas personales, síntomas depresivos, ira inapropiada. Ej. Depakine
Litio	Mejora la agresividad, la irritabilidad y la conducta suicida. Produce muchos efectos adversos. Ej. Plenur
Topiramato	Fármaco bien tolerado y buen uso en el TLP. Permite reducir la impulsividad y los problemas interpersonales. Ej. Topamax

Tabla 2: Fármacos estabilizadores del ánimo. Elaboración propia.

ANTIPSICÓTICOS: La principal indicación de estos fármacos es el control de la impulsividad y la agresividad, juntamente con las alteraciones cognitivo-perceptuales. Tratamiento más utilizado durante la década de los 70-80. Actualmente, se utiliza a dosis bajas.	
Atípicos	Su efecto se dirige a los receptores de serotonina. Tienen mayor tolerancia y menos síntomas extrapiramidales; temblor, distonías, acatisias, convulsiones, etc. Ej. Dibenzodiazepinas (clozapina, olanzapina, quetiapina)
Típicos	Tienen más efectos secundarios extrapiramidales, no son actualmente utilizados.

Tabla 3: Fármacos antipsicóticos. Elaboración propia.

ANSIOLÍTICOS: Utilizados en el caso de padecer rasgos ansiosos. No se aconseja su utilización en periodos largos, ya que, pueden aparecer efectos secundarios graves. Actúan sobre el receptor de benzodiazepina GABA, aumentando su función. Produce efectos terapéuticos como sedación, anticonvulsionante y miorelajante.	
Benzodiazepinas	Son las más utilizadas. - Benzodiazepinas de vida media larga (hasta 100 horas) Ej. Diazepam, Cloruro dipotásico, Clonazepam. - Benzodiazepinas de vida media intermedia (30 horas) Ej. Lorazepam, Alprazolam. - Vida corta (8 horas) Ej. Midazolam
Buspirona	Bloquea la serotonina y dopamina. Es menos utilizada porque provoca problemas respiratorios.

Tabla 4: Fármacos ansiolíticos. Elaboración propia.

ÁCIDOS OMEGA 3: Se trata de una terapia alternativa, basada en el aumento de la cantidad de los ácidos a partir de la dieta para poder obtener una mejora del funcionamiento cerebral.

Tabla 5: Ácidos omega 3. Elaboración propia.

Fuera del ámbito de enfermería existen las intervenciones psicológicas cuyo principal objetivo es prevenir cualquier sintomatología y/o ayudar a mejorar su funcionamiento y control, pretendiendo así facilitar procesos de recuperación, de funcionamiento o de conflictos. Dichas intervenciones, favorecen el manejo de situaciones de agudización y la prevención de recaídas, enseñando habilidades para poder afrontar el TLP. (2)

3.6.2.2. Relación terapéutica enfermera

La relación terapéutica que se establece entre enfermera-paciente es muy importante para poder proporcionar una correcta atención al paciente con TLP. Esta relación se considera esencial, ya que gracias a ella se podrá proporcionar una correcta educación sanitaria y una relación de confianza entre paciente-enfermera. (37) Se debe abordar la conciencia de su enfermedad y conseguir que participe en su autocuidado. Para poder establecer una relación terapéutica de calidad es necesario evitar las etiquetas y los estigmas. (38)

Establecer una relación de confianza es esencial, ya que facilitará el hecho de ayudar al paciente a analizar sus propias conductas y en su control, favoreciendo el manejo de emociones negativas y proporcionándoles herramientas y entrenamiento en estrategias de prevención de recaídas y de conductas de riesgo. Se deberá entregar una escucha activa

al paciente, dejando que transmitan lo que necesiten de la manera que ellos puedan, validando sus emociones, siempre transmitiendo empatía y respeto. (39)

Es importante que se establezca esta relación, aunque siempre desde la profesionalidad, es decir, el paciente debe entender que el profesional de enfermería está aquí para ayudarlo, pero debe existir un respeto hacia el profesional sanitario. Esta relación es muy beneficiosa para el tratamiento, ya que dependiendo de la calidad de esta, podemos evitar que las medidas aplicadas al tratamiento escalen a algún tipo de contención más agresiva. (39)

Esta relación de confianza entre enfermera-paciente también podrá ser útil cuando surjan conflictos familiares, debidos a la enfermedad. Nos permitirá actuar como mediadores, con el fin de evitar ambientes muy críticos o exigentes, ya que estos ambientes pueden favorecer a la aparición de estados de agudización. (32)

3.6.3. Educación sanitaria a la familia

En las relaciones familiares donde alguno de los miembros sufre TLP es habitual encontrar características como falta de comunicación entre los familiares o un alto nivel de conflicto y hostilidad. (21) El estilo de crianza de este tipo de familias suele ser en un ambiente con un excesivo control y falta de protección, con poca empatía y un clima de rechazo, con límites poco claros y poca cohesión familiar. Cabe destacar que esto es frecuente, pero que no en todas las familias donde hay un diagnóstico de TLP cumplen estas características. (40)

Las interacciones en este tipo de familias suelen iniciarse durante los períodos de agudización, ya que es el momento donde la familia requiere más orientación. Estas intervenciones tienen como objetivo que todas las interacciones sean lo menos estresantes posible, tanto para los familiares como para el paciente. Es importante recalcar que las intervenciones familiares siempre se realizarán con el consentimiento del paciente. (21)

Para mejorar las interacciones con este familiar con TLP lo mejor que podemos hacer es aprender todo lo que podamos sobre este trastorno, ofrecer apoyo emocional, animarlo a que participe en su tratamiento y buscar asesoramiento. (19)

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Para la consecución de los objetivos planteados se ha realizado un estudio de metodología cualitativa descriptiva con diseño fenomenológico. De este modo, se ha escogido la metodología cualitativa, porque su objetivo de investigación permite comprender la información desde el punto de vista de la experiencia vivida de las personas. En nuestro caso, la percepción de los profesionales de enfermería del servicio de urgencias y del área de SM. Además, nos ha permitido interactuar con los participantes y con los datos buscando respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social. También, utilizando el diseño fenomenológico, hemos podido recoger experiencias y valoraciones a partir de una descripción basada en la observación, comparación y escucha. (41)

Antes de la elaboración del estudio, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Pubmed y Google Académico, y en los catálogos bibliográficos y buscadores: Catálogo de la URV, CCUC (Catálogo Colectivo de la Universidad de Cataluña) y REBIUN (Red de Bibliotecas Universitarias y Científicas Españolas).

Para realizar la búsqueda se utilizaron operadores booleanos (AND, OR) y palabras clave con términos MeSH y DeCS.

Palabras clave	MeSH	DeCS
Abordaje enfermero	Nursing approach	Abordaje enfermería
Cuidados	Care	Cuidados
Demografía	Demography	Demografía
Enfermería	Nurse	Enfermería
Hospitalización	Hospitalization	Hospitalización
Límite de la Personalidad	Borderline personality	Límite de la Personalidad
Población	Population	Población

Psicofármacos	Psychodrugs	Psicofármacos
Trastorno	Disorder	Trastorno
Unidad de Salud Mental	Mental Health Unit	Unidad de Salud Mental
Urgencias	Emergency	Urgencias

Tabla 6: Palabras clave. Elaboración propia.

4.2. Participantes y unidad de observación

Para la ejecución de dicha investigación se ha utilizado un proceso de muestreo teórico intencional, se trata de un muestreo no aleatorio y no probabilístico ampliamente utilizado en las investigaciones del campo de la salud, donde la persona a cargo de elaborar la investigación elegirá los integrantes que configurarán el estudio a partir de su propio criterio. (42) La muestra estuvo compuesta por un total de ocho participantes que cumplieran los criterios de inclusión (Tabla 7). Todos eran enfermeros/as, de los cuales, dos, disponían especialización en SM y ejercían en esta área, mientras que otro, no tenía especialización, pero sí trabajaba en SM. Por otro lado, cinco de ellos ejercían su labor en el área de urgencias de los cuales, dos, de ellos tenían el máster. Estos participantes trabajaban en hospitales de tercer nivel, en las provincias de Barcelona y Tarragona:

- *“Hospital Universitari Institut Pere Mata”*: Este centro hospitalario está conformado por una unidad de urgencias psiquiátricas, que cuenta de áreas de recepción, observación y contención para pacientes en agudización. Además de ofrecer prestaciones de evaluación, abordaje y tratamiento durante la agudización, también brinda la derivación a los pacientes al servicio asistencial más adecuado. (43)
- *“Hospital Universitari Sant Joan de Reus”*: El servicio de urgencias generales de este hospital, es un servicio de atención continuada lo que quiere decir que permanece abierto las 24 horas, que proporciona atención urgente a demanda, con comunicación con otros hospitales y servicios externos. Está formado por tres bloques de atención y acceso, área de atención continuada, área de pacientes críticos y acceso a ambulancias, dos boxes de RCP, área de observación, área de boxes

centrales en dos secciones con control central, veinte boxes con capacidad de duplicación, un box de aislamiento y otro de atención a pacientes con custodia. Este ofrece una gran variedad de cartera de servicios médicos y complementarios. (44)

- *“Hospital Universitari Germans Trias i Pujol”*: El servicio de urgencias de este hospital consta de áreas con profesionales que se encuentran en el hospital y que son localizables las veinticuatro horas, también consta de una amplia gama de especialidades, entre ellas la psiquiatría. Se organiza en diferentes áreas de triaje, consultas médicas, áreas de observación y reanimación. (45)
- *“Hospital Clínic de Barcelona”*: La actividad asistencial del área de urgencias de este hospital proporciona una atención inicial y de estabilización al paciente. Está ubicada en siete plantas, formadas por setenta y un boxes con una capacidad de ciento tres pacientes, que según el motivo de consulta, serán ubicados en uno concreto. Entre ellas, en la planta seis, se encuentra el servicio de atención a los pacientes con patología psiquiátrica. (46)

Los informantes se han elegido en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Sexo masculino y femenino. - Personal del área de la salud que trabajan como enfermeros en urgencias y/o en el área de Salud Mental. - Edad de entre 23 años a edad de jubilación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajadores del área de la salud y urgencias que no sean enfermeros. - Personal con menos de seis meses de experiencia en el ámbito de Salud Mental y urgencias. - Personal sin contacto previo con pacientes con TLP.

Tabla 7: Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.

4.3. Técnicas de recogida de datos

Para la ejecución de este estudio, se utilizó el método del relato biográfico a partir de una entrevista semiestructurada. Al tratar con un tema tan amplio, elegimos la entrevista semiestructurada como método de trabajo, ya que se decide de antemano la información

que se requiere para el estudio y se establece un guion de preguntas, pero a su vez, se pueden realizar preguntas de manera más abierta, lo que nos ayudó a obtener información más amplia. (47) (48)

Antes de la realización de las entrevistas, creamos un consentimiento informado (**Anexo 5**) para preguntar a los profesionales que iban a participar, si nos daban su permiso para realizar la entrevista y grabarla. También, en este consentimiento, se informaba que los resultados serían extraídos de forma anónima para la realización de este trabajo.

Posteriormente, nos pusimos en contacto con los profesionales vía email. Una vez aceptaron participar en el estudio, programamos un día y una hora para entrevistarlos. Las entrevistas se realizaron fuera del horario laboral a través de la plataforma de comunicación Teams, enviando un enlace antes de su desarrollo. Una vez conectados (entrevistadoras y entrevistadas), nos presentamos y agradecemos su participación, posteriormente verbalizamos el consentimiento informado, que durante los días posteriores los recibimos firmados. A partir de la ficha informativa (**Anexo 6**), recogimos los datos de la persona. Las entrevistas duraron entre 20 y 45 minutos y fueron registradas con la grabadora con el fin de poder realizar la transcripción y el análisis. Las preguntas eran abiertas, empezamos con una pregunta de inicio y las siguientes estaban organizadas en diferentes temáticas; "signos y síntomas, contención verbal, mecánica y farmacológica, actuación de enfermería en caso de acudir por intento autolítico y experiencias y opiniones sobre la formación en SM ". En todas ellas, estuvimos presentes ambas autoras de este trabajo.

Una vez acabadas las entrevistas, creamos un documento donde constaban todas las entrevistas transcritas y donde hicimos su correspondiente análisis. La transcripción se hizo a través del programa Word y de forma manual.

4.4. Categorización y análisis

El análisis de contenido es el que se adaptó mejor a nuestro trabajo, ya que esta técnica nos permitió identificar y analizar los conceptos que surgieron en la transcripción de las entrevistas. Asimismo, nos ayudó a interpretar y comprender los significados y matices subyacentes, resumir y sintetizar la información recogida. (49)

Una vez realizamos las transcripciones y su análisis, emergieron unos códigos. A cada uno de ellos, se le otorgó un color y le dimos significado. Los códigos y los subcódigos que agrupamos son:

- **Competencias teóricas:** Conocimientos que tienen los profesionales de enfermería entrevistados sobre el Trastorno Límite de la Personalidad.
 - **Personalidad/rasgos:** Características físicas, de carácter, vestimenta, etc.
 - **Síntomas:** Dato manifestado por el paciente que alerta al profesional de enfermería que está padeciendo una agudización.
 - **Signos:** Criterios por los cuales ellos identifican que el paciente presenta un diagnóstico del TLP.
- **Dimensión emocional:** Reacción y percepción de los profesionales ante su actuación con un paciente con agudización del TLP.
- **Experiencias del personal de enfermería**
 - **Formación específica:** Opinión sobre la necesidad de formación al personal de urgencias sobre cómo actuar con pacientes de SM.
 - **Recursos y herramientas:** Opinión sobre los medios que presenta el hospital en urgencias para el correcto abordaje a pacientes de SM.
 - **Contenciones:** Opinión sobre las contenciones verbales, farmacológicas y mecánicas.
- **Manejo del paciente en agudización**
 - **Intervención y cuidados en un paciente con agudización sin intento de automutilación/autólisis:** Actuación por parte de enfermería ante un paciente en agudización del TLP.
 - **Intervención y cuidados en un paciente con agudización con intento de automutilación/autólisis:** Actuación por parte de enfermería ante un paciente en agudización del TLP con intento de autólisis.
- **Intervención y cuidados en paciente estabilizado** Actuación por parte de enfermería una vez el paciente se encuentra estabilizado.

4.5. Aspectos éticos

Dicho estudio se realizó respetando los principios éticos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (50). Considerando el documento “*Recomendaciones para la implantación de buenas prácticas científicas del Comité de Bioética de España*” (2011), dónde se definen los principios del código de buenas prácticas científicas. (51)

Previo a la realización de la entrevista, se entregó un documento de consentimiento informado que contenía la información necesaria para su posterior utilización, garantizando el anonimato y el uso único de la información obtenida para el estudio. Este consentimiento se obtuvo de manera verbal y escrita.

Conforme la “*Ley Orgánica de 3/2018 de protección de datos de carácter personal*” (52), se asegura el anonimato, la intimidad y la confidencialidad de los participantes. Además, realizamos el documento sobre “*la declaración responsable establecido por el Comité Ético y de Buenas Prácticas en la investigación.*” (**Anexo 7**)

5. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

En el presente estudio se entrevistaron a profesionales de enfermería dentro de un rango de edad de veintidós a cincuenta años. La muestra estuvo compuesta por un total de ocho participantes, que trabajaban en hospitales de tercer nivel: “*Hospital Universitari Institut Pere Mata*”, “*Hospital Universitari Sant Joan de Reus*”, “*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol*” y “*Hospital Clínic de Barcelona*”, todos situados en las provincias de Tarragona y Barcelona. Dos de las entrevistadas disponían especialización en SM y trabajaban en esta área. Mientras que una de ellas, no tenía la especialización pero sí ejercía su labor en el campo de la SM. Por otra parte, cinco trabajaban en los servicios de urgencias, aunque solo dos de ellas tenían el máster de urgencias y emergencias. De estos ocho participantes, siete eran mujeres.

Mediante el análisis de las entrevistas realizadas emergieron cinco códigos: competencias teóricas, dimensión emocional, experiencias del personal de enfermería, manejo del paciente en agudización e intervención y cuidados en el paciente estabilizado. A través de ellas surgieron diferentes temas importantes relacionados con los puntos de mejora y/o carencias en la metodología actual en la práctica clínica de enfermería en una situación de agudización en un paciente con TLP en urgencias.

5.1. Competencias teóricas

En las narrativas realizadas concluimos que, a nivel de conocimientos teóricos sobre el TLP, entre los profesionales de enfermería entrevistados, los que se dedicaban exclusivamente al área de SM demostraban tener unos conocimientos más claros y extensos. Por el contrario, los profesionales que se dedicaban al ámbito de urgencias y no tenían la especialidad de SM, tendían a no profundizar tanto en el tema. << [...] *el trastorno de la personalidad está relacionado con esta respuesta emocional. [...] digamos que muchas veces es exagerada por norma general [...]*>> (E.5) << [...] *yo te lo definiría como un trastorno mental severo. [...] son como unas bombas en explosión de todo lo que sería su estado, y su sentimiento en el momento que puede ir de una parte muy extrema exaltada a ser una parte más decaída*>> (E.3) << [...] *Normalmente cambian de actitud, se van de una punta a la otra.* >> (E.8)

Reiterando lo que hemos dicho anteriormente, los conocimientos de los profesionales que trabajaban en el ámbito de SM se asemejaban a las definiciones de los manuales de SM y de la literatura actual (6) (10), ya que demostraban tener un entendimiento más concreto sobre el trastorno gracias a su experiencia y formación. Como reflexión, destacamos la necesidad de proporcionar una educación más extensa y completa, tanto a nivel de Trastorno Límite de Personalidad como de SM de forma global.

Otro de los resultados extraídos del análisis de las entrevistas, es que el profesional con experiencia especializado en SM tenía más capacidad para identificar los síntomas del trastorno. << [...] inquietud, exaltado, el tono de voz alto, las exigencias, el tipo de exigencias que hacen, el tipo de demandas, no control de las emociones. [...] Si vienes porque estoy en un estado de ánimo bajo, pues muchos lloros, ¿no?, al contrario, si vienen muy exaltados por lo que sea, inquietud, cierto movimiento, tono de voz alto, exigencias a lo mejor un poco amenazantes, la manera de hablar un poco agresiva. >>

(E.3) Los resultados adquiridos en las entrevistas respecto a los signos, coinciden con los descritos en la literatura (2). Por ello, finalizamos que esto se debe al hecho de haber recibido una formación específica en trastornos mentales, incluido el TLP. Lo que traducido a la práctica clínica facilita el abordaje de los signos de manera más efectiva.

5.2. Dimensión emocional

Dentro de esta categoría indagamos sobre la reacción y percepción de los profesionales ante su actuación en un paciente con agudización del TLP. Principalmente, las entrevistas coincidían en que el personal de enfermería cree que es muy importante la validación emocional en el cuidado de los pacientes con TLP, asimismo, reconocían que la escucha empática y receptiva por parte del profesional de la salud al paciente, son técnicas efectivas para trabajar con personas que tienen este tipo de trastorno, haciendo hincapié en la importancia de permitir que se expresen libremente así como la necesidad de comprender sus emociones y experiencias, hecho que ya se ha reflejado en literatura existente (27), puesto que respalda que, durante un estado de agudización, las necesidades más alteradas son las de seguridad y comunicación. Por ello, las intervenciones de enfermería iban dirigidas a proporcionar apoyo emocional, fomentar la comunicación abierta y la expresión de sentimientos. <<Ya lo mejor necesitan, precisamente que alguien los escuche, que les esté validando lo que necesitan, sea lo que sea. [...] y escucha activa

e intentar mantener la calma e intentar proporcionar esta calma para ellos también.>>
(E.3) <<Verbalmente, nuestro trabajo como enfermeras es intentar hacer una entrevista a este paciente e intentar entenderlos.>> (E.2)

Por otra parte, teniendo en cuenta la base de la que parten los entrevistados, se encuentra una pequeña diferencia entre el personal de enfermería de urgencias sin especialidad en SM, y el personal especializado en SM. Uno de ellos, en este caso el personal especializado en SM comenta que <<Más que contención verbal es escucha... lo que tenemos que hacer.>> (E.1) y que <<Trabajar todo el tema de la escucha activa del paciente, más que, de contener y de frenar.>> (E.1) O, por otro lado, también personal especializado en SM, nos comentan que <<Bueno, sí está agitado, intentar contenerlo verbalmente, intentar entenderlo principalmente.>> (E.2) <<Sobre todo calma nosotros, intentar escuchar lo que nos dice, intentar atender las peticiones que tiene, sobre todo intentar escuchar lo que nos dice.>> (E.2) Por otra parte, el personal de urgencias nos comenta que <<Primero intentas tranquilizar, [...] intentas hacer una contención verbal y si consigues que se calme, que te explique qué es lo que está pasando.>> (E.6) <<Primero, hacer una contención verbal, siempre, nuestra idea es contener verbalmente un paciente.>> (E.6)

En las citas se observa un diferente enfoque por parte del personal especializado en SM, donde se ve reflejado que la escucha activa se priorizaba sobre la contención verbal, es decir, su práctica se orientaba más hacia la validación de las emociones antes del inicio de cualquier intervención de contención. Pese a no mencionarse en la bibliografía estudios acerca de esta comparativa, gracias a las entrevistas creemos que es importante remarcar la idea que la escucha activa es un componente esencial para el abordaje del paciente con el TLP en estado de agudización. (27)

5.3. Experiencias del personal de enfermería

Otro de los resultados destacados del análisis de las entrevistas es la necesidad de formación específica en SM en los profesionales de enfermería de urgencias. Los entrevistados resaltaban que para poder brindar una atención completamente adecuada al paciente con agudización del TLP necesitaban ampliar sus conocimientos sobre este. <<La formación es patética, o sea, ¿no hay una especialista en Salud Mental?, ¿no existe la

figura de una especialista?, Pues esa es la que tendría que estar ahí.>> (E.4.) << [...] de la misma manera que nos especializamos en cuidados críticos para trabajar en urgencias, también estaría interesante poder trabajar el manejo de pacientes psiquiátricos a nivel de urgencias.>> (E.5.) Esta necesidad se podría aplicar a todos los trastornos de SM, ya que tener un mayor conocimiento sobre los trastornos mentales y su manejo, beneficiaría a los pacientes que llegasen a urgencias por una agudización de su trastorno, o incluso, podría ser positivo para el manejo de los pacientes que presentan un trastorno de SM y que acudan a urgencias para el tratamiento de cualquier otro tipo de patología. <<La enfermera que esté en urgencias de psiquiatría debería ser una enfermera formada, [...] que haya hecho la especialidad y demás, porque tiene muchísimo más manejo de estos pacientes.>> (E.2.)

Comparando esta información recopilada en las entrevistas con la literatura actual, podemos confirmar que el personal de urgencias se beneficiaría de tener una formación en SM, ya que ganarían formación en el tratamiento y los procedimientos adecuados en el manejo de pacientes con trastornos mentales y también favorecerían a reducir estigmas que aún siguen estando presentes entre el personal de enfermería. (38) Debido a esto, reflexionamos que los profesionales de enfermería que trabajaban en urgencias agradecerían una formación más específica en el manejo del paciente de SM, y que esta beneficiaría al trato con el paciente.

Tras el análisis de las entrevistas realizadas, otra de las observaciones que se extraen es que muchos de los profesionales de enfermería creían que las infraestructuras de las urgencias no estaban debidamente estructuradas para pacientes con algún tipo de trastorno mental. Remarcaban que las habitaciones de urgencias son demasiado pequeñas, que había poca luz natural y que incluso a veces tenían a los pacientes esperando o se les atendía en los pasillos. <<A nivel de infraestructura, que un paciente psiquiátrico tenga que estar muchas veces acompañado en un pasillo esperando a que lo puedan atender, por qué están todos los boxes llenos... O bueno o boxes como muy pequeños, que incluso son claustrofóbicos para gente que no tiene una enfermedad psiquiátrica.>> (E.2.) << [...] para empezar el espacio. O sea, no puedes hacer una anamnesis en medio de un pasillo. ¿Qué intimidad es esta?>> (E.4.) Esta falta de infraestructura que remarcaban los profesionales de urgencias son aspectos importantes para mantener un buen manejo del

paciente en agudización del TLP, ya que debería encontrarse en un ambiente controlado y tranquilo, con espacio, para que pueda tener movilidad y no sentir agobio. Esta limitación del espacio también contribuye a reducir el riesgo hacia otros pacientes, hacia ellos mismos y hacia los profesionales: (22) (23) Tras este análisis reflexionamos que proporcionar una solución a esta limitación de espacio sería beneficioso para un manejo correcto del paciente en agudización del TLP.

Tras el análisis de las narrativas realizadas otro de los hallazgos extraídos es que todos los profesionales entrevistados concluían que el tipo de contención más importante es la contención ambiental y verbal, y recalcan que para poder lograr esto es fundamental establecer una correcta relación terapéutica entre paciente-enfermera. << [...] si ellos aprecian que tú lo estás escuchando, que lo estás entendiendo, que le estás devolviendo, afirmaciones de las que ellos dicen... Y que ven que la relación no es como ellos esperaban... A lo mejor porque ibas a ir, ahí, a la defensiva y tal... y tanto que hay cambio [...]>> (E.1.) También estaban todos de acuerdo en que la última opción debería ser la contención mecánica, ya que, sería únicamente utilizada cuando los pacientes presentaran un riesgo para ellos mismos o para su entorno. <<El uso de contenciones mecánicas lo veo como un último recurso. O sea, si previamente tú ya has intentado contener verbalmente a un paciente, después siempre el siguiente paso es contener químicamente.>> (E.2.) <<Mi opinión es que, si se puede evitar, se evita, pero, a veces, es que es su tratamiento en ese momento, ¿vale?, es que es su medicina, y ellos lo saben, y lo necesitan, se calman cuando los atas, a veces... ¿Qué estoy a favor? No. ¿Qué se tiene que hacer? Sí.>> (E.4.)

Comparando la información analizada en las entrevistas con la información extraída de la literatura actual, la opinión y actuación del personal de enfermería entrevistado coincide con la forma de actuar adecuada y aceptada actualmente en relación con el orden de uso de las contenciones y la necesidad y utilidad de establecer una buena relación terapéutica con el paciente, dado que actualmente el orden adecuado de contenciones es iniciar con la verbal, seguidamente la farmacológica y como último recurso la mecánica, y solo se justifica su uso habiendo intentado ya las dos anteriores y éstas habiendo fallado. (27) (28) En la literatura actual también se recalca la importancia de establecer una buena relación terapéutica, ya que con la confianza del paciente se pueden prevenir muchas de

las situaciones de riesgo, y así prevenir la utilización de las contenciones mecánicas. (39) Por lo tanto, reflexionamos que las creencias del personal de enfermería y, en consecuencia, su modo de actuación y manejo del paciente en agudización del TLP en el momento de recurrir a las contenciones es correcto y que comprenden la necesidad de establecer una relación terapéutica adecuada.

5.4. Manejo del paciente en agudización

En las narrativas realizadas observamos algunos consejos de los profesionales de enfermería para el manejo del paciente en una agudización del TLP. La mayoría coincidía en la necesidad de mostrar empatía y comprensión hacia el paciente, validando sus sentimientos, ayudando así a establecer una buena relación terapéutica. <<*Tener mucha paciencia, comprensión y saber que ellos no lo hacen aposta [...]*>> (E.8.) Para establecer esta relación de confianza también afirmaban que es necesario mantener una comunicación clara y directa, y recalcan la necesidad de establecer unos límites claros para mantener la seguridad tanto del paciente como del personal. <<*[...] háblales, que se expresen, calma, sobre todo la posición corporal, que vean que nuestra relación va a ser, no de amigos, pero sí que va a ser... profesional.*>> (E.4.) También recalcan la importancia del trabajo con el equipo multidisciplinar para mejorar el manejo del paciente. <<*Transmitirle al paciente e intentar ganarte su confianza. Intentar abordar el problema con todo el equipo.*>> (E.7.) Todos estos consejos que aportaron los entrevistados coinciden con las intervenciones recomendadas en la literatura actual para el manejo de los pacientes en agudización del TLP, cómo realizar una escucha activa, transmitir una atención respetuosa, validación de sentimientos, etc. (23) (24) Debido a esto, reflexionamos que gran parte del personal de enfermería ya realizaba muchas de las intervenciones recomendadas para el manejo de este tipo de pacientes.

En las narrativas realizadas observamos que la mayoría de los profesionales de enfermería entrevistados seguían los mismos pasos para realizar el manejo del paciente en agudización del TLP sin intento de autólisis. Se iniciaba la intervención intentando establecer una correcta relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, manteniendo siempre una comunicación clara y directa, y manteniendo unos límites claros, pero siempre validando los sentimientos de los pacientes y mostrando empatía. Esto permite establecer una conexión de confianza con el paciente y puede prevenir la escalada en las

contenciones que se le van a realizar. <<Sí, sí, es lo más importante, lo más importante porque, si tú ves a la figura de la enfermera como una figura de que te aporta seguridad, que te aporta tranquilidad, que te entiende, que te va a escuchar, que, si necesitas algo, va a estar. Claro, se tranquilizan mucho más y lo sienten como un apoyo...>> (E.2.) << [...] tienes que negociar con ellos, vigilar tu lenguaje corporal, el lenguaje que sea siempre asertivo, suave...>> (E.4.) Debido a que el paciente llega a urgencias por una agudización, lo normal es que muestre un estado de alteración, por lo tanto, los profesionales relataban que, a la vez de establecer una relación terapéutica adecuada se intenta contener verbal y ambientalmente al paciente. Esta es la primera línea de actuación, ya que no se limita la libertad del paciente de ninguna manera mientras se permite que se exprese libremente. Se realiza una escucha activa y se intenta razonar con el paciente, intentando entender qué le pasa y por qué se siente de la manera que se siente. <<Hacer una contención verbal, siempre, nuestra idea es contener verbalmente un paciente. Intentar tranquilizarlo con las herramientas que nosotros podamos tener en urgencias.>> (E.2.) <<Es importante escuchar lo que demandan. Porque a veces son cosas que podemos solucionar de una manera más o menos rápida. Y eso baja el tema de la ansiedad muchísimo.>> (E.3.)

Si la contención verbal fallaba, los profesionales entrevistados describían que el siguiente paso era realizar una contención farmacológica. En este tipo de contención, todos coincidían con que el fármaco más utilizado para controlar la agudización eran las benzodiazepinas, a veces mezcladas con otro psicofármaco, aunque remarcaban que era importante tener en cuenta la medicación habitual del paciente. << [...] depende de... de la medicación que el paciente tome de base. O sea, siempre psiquiatría intenta mirarse la medicación que este paciente toma porque tú puedes darle un diazepam [...]>> (E.2.) <<Dependerá de estudiar los antecedentes somáticos de la persona. Si no hay contraindicaciones, lo que se suele utilizar más, es una benzodiazepina, a la que asociamos normalmente un antipsicótico. Dependerá un poco de la elección del antipsicótico. Normalmente, si utilizamos el haloperidol.>> (E.5.) Los profesionales de enfermería entrevistados exponían que el último paso, si la contención verbal y farmacológica fallaban, era proceder a la contención mecánica. Como ya se ha comentado anteriormente, este tipo de contención únicamente debía realizarse si existía un riesgo para el paciente o para los de su alrededor. << [...] hay veces que esta falta de autocontrol

de la persona es tal, que [...] a veces es una manera, pues para dar esta medicación, que muchas veces no la quieren, o para que la persona baje un poco en el estado de ansiedad y pueda atender a lo que le están diciendo, pero siempre lo último y solamente en casos que son necesarios para intentar evitar que haya riesgo, sobre todo para ellos y para otras personas.>> (E.3.) <<Es triste, pero te diré que a veces es el único remedio que hay, porque pensad que es un momento súper agudo, ¿vale? Yo lo utilizo como ultimísimo recurso [...]>> (E.4.)

Comparando la información analizada en las narrativas con la información obtenida de la literatura actual, el procedimiento del manejo del paciente en agudización del TLP que siguen los profesionales de enfermería entrevistados es correcto y coincide, dado que los protocolos y guías de actuación actuales dictan que los pasos a seguir para tratar a estos pacientes son: establecer una relación terapéutica adecuada y proceder a la contención verbal del paciente mediante una escucha activa. (39) Seguidamente, proceder a la contención química mediante los fármacos de elección, que entre ellos se encuentran las benzodiacepinas, ya que generalmente, según comentaban los profesionales, las agudizaciones que más se ven son las ansiosas. (9) (34) (35) (36)

Por último, se recurriría a la contención mecánica, pero siempre siguiendo el protocolo adecuado y siguiendo todas las normas del centro, ya que es un procedimiento que reduce la libertad del paciente y utilizado indebidamente puede acabar provocándole daño. (27) (28) Durante todo este procedimiento, los entrevistados también comentaban que se les realizaba una entrevista a los familiares del paciente para intentar determinar cuál ha sido el motivo de la descompensación, y se intentaba integrar, en medida de lo posible, a los familiares en el tratamiento del paciente. (40) Por lo tanto, reflexionamos que el procedimiento que siguen los profesionales es correcto y adecuado para el manejo del paciente en una agudización del TLP.

Otro de los resultados extraídos de las narrativas analizadas fue que para los profesionales de enfermería entrevistados la inclusión de los familiares en el tratamiento de las personas con TLP era clave para su recuperación. Por otra parte, el personal de enfermería que trabajaba en urgencias creía que durante el momento de agudización era imposible incluir a los familiares en el tratamiento debido a la falta de tiempo. A su vez, también

comentaban que lo más importante en estas circunstancias no era saber lo que ha provocado la agudización si no el manejo del paciente. Por eso es imprescindible el análisis y estudio de cada caso de manera individual para concretar si la familia es uno de los desencadenantes de la agudización. <<La familia suele tener bastante buena, buena tendencia a calmar y a controlar, pero en ciertas ocasiones es la propicia, entonces hay... que... hay que ver cada caso.>> (E.3.) <<Yo creo que la familia es la clave, pero no tienen herramientas, a veces, no saben... A veces incluso son los detonantes, porque lo llevan igual o peor que los propios pacientes.>> (E.4.) <<Es un papel clave porque es la base de tener un seguimiento de estas personas.>> (E.5) Considerando toda la información recogida y comparándola con la literatura actual coincide con la necesidad de incluir a la familia en el proceso de tratamiento, ya que es uno de los pilares que, normalmente, más podrá ayudar al mantenimiento de una estabilidad en el paciente. (40) Por ello reflexionamos que, aunque en el servicio de urgencias no siempre es posible incluir a la familia en el tratamiento del paciente, es muy beneficioso a largo plazo para ellos.

5.4.1. Manejo de paciente en agudización con intento de autólisis

En lo que se refiere a la intervención y cuidados en intento de autólisis en pacientes con TLP, se han comentado diferentes aspectos: <<Entonces, tú siempre tienes que controlar... Primero proteger al paciente>> (E.1.) <<Ósea, contención evitarlas 100%>> (E.1) <<De entrada, quitar todo lo que tengamos alrededor y lo suyo propio, que pueda generar esta automutilación.>> (E.3) <<Utilizar mucho la contención verbal, utilizar mucho la palabra, utilizar mucho el diálogo>> (E.3) <<Normalmente... que se desahogue, que pasa que en urgencias normalmente... intentas saber un poco más del paciente, que te cuente y se desahogue>> (E.6)

Poder brindar ayuda en la parte emocional y psicológica a los pacientes que acuden por un intento autolítico es un tema complicado, ya que a menudo existe un pequeño instinto de tomar decisiones rápidas para prevenir daños adicionales. Aun así, es importante poder encontrar un equilibrio para poder proporcionar un abordaje funcional y seguro. En primer lugar, el priorizar la seguridad física, si acude un paciente con un riesgo de hemorragia grave, por ejemplo. Si bien, no nos podemos olvidar de dar un enfoque holístico y evaluar la situación desde una perspectiva emocional y psicológica. (24)

Dentro de este marco, la mayor parte de los entrevistados coinciden en la protección del paciente en cualquier caso y la comprensión de sus sentimientos y emociones para lograr reducir la angustia del paciente. Al final, la intervención con comunicación afectiva hacia el paciente es esencial para proporcionarle tranquilidad en este momento de ansiedad. (24)

En el análisis de la entrevista se enfatiza, también, el comprender el contexto emocional que existe detrás del comportamiento de automutilación. << *¿Por qué quieres hacerte daño?>> (E.4) << *¿Por qué quieres acabar con tu vida?>> (E.4) << *Qué motivos hay, qué estado en su vida es lo que le lleva hasta esa ansiedad.>> (E.3) Dentro de este contexto es muy importante la validación de sentimientos, aunque no se puedan comprender completamente. La empatía y la expresión de apoyo también son factores a los que los profesionales entrevistados hacen especial mención. Estos dos términos son muy importantes en cualquier práctica médica, pero en pacientes de SM, y en este caso en pacientes con TLP, donde las emociones y los sentimientos tienen una gran transcendencia, ofrecer calma y seguridad es un elemento clave. (27)***

En la actuación de enfermería es muy importante comunicarse de manera clara y asertiva: << *Entonces, tienes que ser un poco estricto... tienes que negociar con ellos, vigilar tu lenguaje corporal, el lenguaje que sea siempre asertivo, suave...>> (E.4) Sobre todo para poder garantizar un ambiente seguro, y mantener la seguridad y la estabilidad durante la agudización en el entorno de urgencias.*

Otro apunte a resaltar de las entrevistas es la relación terapéutica que se emite de profesional a paciente. Los entrevistados comentan: << *También es la confianza que tú le depositas y que tú le hagas llegar, porque cuanto más frialdad tengas y de qué manera te dirijas, te va a contar más o te va a contar menos.>> (E.6) << *Esto es súper, súper importante, porque se va a abrir mucho más, te va a contar mucho más o va a estar mucho más tranquilo y va a formar parte de que evolucione correctamente.>> (E.2) << *En urgencias no acaba de ser el sitio ideal para establecer esta relación, pero que creo que es importante, es y creo que marca la diferencia también.>> (E.3)***

Después de estas aportaciones es interesante remarcar estas frases de enfermeras de urgencias: << *No sabemos realmente cómo actuar.>> (E.7) << *No sabemos manejarlos.>>**

(E.2) <<Yo, por ejemplo, lo pasé muy mal. Porque es en plan, yo... ni tenemos herramientas, ni me han formado para esto, ni sé qué hacer.>> (E.4) Al final, el personal de enfermería de urgencias está más formado en la atención médica aguda y no en la parte emocional y psicológica. Eso conlleva que, a la hora de actuar delante de estas situaciones, presenten inseguridad y que se sientan limitados en su capacidad de manejar de una manera correcta a la agudización. Esto, tal y como comentan la mayoría de los entrevistados, es por falta de formación específica en SM.

5.5. Intervención y cuidados en el paciente estabilizado

Por lo que refiere al tema de las intervenciones y cuidados en el paciente estabilizado, los profesionales entrevistados del área de urgencias compartían la idea que, a menudo, se encontraban delimitados por el tiempo y la gran demanda de atención médica. <<Entonces realmente desde que está estabilizado hasta que se va no hay mucho tiempo.>> (E.7) <<Desde urgencias lo hacemos muy mal... Porque no tenemos ni tiempo, ni nada..., porque es una enfermera, a veces, para 17 enfermos...>> (E.4) Este hecho conlleva tener una gran dificultad para proporcionar el nivel de atención necesaria y, por lo tanto, tratar las necesidades del paciente con TLP de la forma más adecuada. Se observa, también, que el personal de urgencias, hace más hincapié en el refuerzo de herramientas como la mediación. <<Nuestra tarea como enfermera es bueno mantenerlo estable, preguntarle y vigilar, que no notes, que el paciente vuelve a agitarse, vuelve a estar ansioso y ofrecerle herramientas y decir, mira, tenemos este recurso si necesitas cualquier medicación y demás, o si tienes los síntomas que previamente has tenido, tenemos medicación>> (E.2). <<Quiero decir, en urgencias tú vas haciendo las rondas de medicación, si el paciente está estable y no hay que ponerle nada de medicación, no le pondrás nada. Le irás preguntando cómo va, si necesita algo, si poco más...>> (E.6). Esta se considera un instrumento esencial para gestionar la agudización entre los pacientes, ya que ayuda a reducir la tensión generada por la situación y a disminuir el nivel de ansiedad, tal como se cita en (34). Sin embargo, aunque la mediación pueda ser una herramienta útil y eficaz, no debería reemplazar otras actuaciones que dejaran de lado la perspectiva holística.

Centrándonos en la educación sanitaria del paciente con TLP, se comenta que: <<Hay que hacerle las visitas de seguimiento y también, bueno, pues todo el tema de información y prevención, que es básico también.>> (E.1) <<El papel de enfermería durante el

proceso, cuando ya hemos estabilizado esta pequeña agudización, el papel de enfermería es clave. Es clave porque normalmente son pacientes con perfil de cumplir, es importante, el poder hacer a esta persona funcional y de potenciar la autonomía en las decisiones y en el acompañamiento y en la conciencia de enfermedad de la persona.>> (E.5). Los enfermeros, al proporcionar información sanitaria al paciente con TLP y ayudarles a conocer su enfermedad, fomentando su funcionalidad y potenciando su autonomía, pueden desempeñar un papel clave en la reducción de la ansiedad y en su mejoría de adherencia al tratamiento, ya que, al educar al paciente sobre su enfermedad, se le ayuda a favorecer su bienestar general y su capacidad de manejo en la vida diaria de una manera más efectiva. (3) (31) (33) (36)

6. CONCLUSIONES

Después de la realización de este estudio hemos conseguido desarrollar todos los objetivos establecidos en un inicio. Las conclusiones principales a las que se han llegado son las siguientes:

En primer lugar, basándonos en la percepción de los profesionales de enfermería sobre el cuidado del paciente en agudización del TLP que acude a urgencias, hemos concluido que, aun proporcionando una actuación adecuada, no se sienten del todo preparados ni seguros para realizar un trato óptimo al paciente, debido a que no se les ha prestado una formación adecuada y amplia sobre este tema. Es interesante resaltar la dificultad expresada por los participantes a la hora de desarrollar sus habilidades de comunicación, ya que la mayoría, expresan no saber qué decir en estas situaciones.

En segundo lugar, el análisis de resultados ha permitido exponer que los conocimientos teóricos de los profesionales de enfermería de Urgencias son insuficientes, ya que sentían que la información que poseían no estaba lo suficientemente completa como para proporcionarles los cuidados necesarios a este tipo de pacientes. Consideramos que sería recomendable, o incluso necesario, proporcionar algún tipo de formación más extensa para estos profesionales para mejorar la fluidez y seguridad de estos, consiguiendo así reforzar sus habilidades comunicativas.

Por otro lado, también llegamos a la resolución que los profesionales de enfermería sienten que se podrían mejorar las infraestructuras de las urgencias para proporcionar un cuidado más adecuado y seguro para los pacientes con TLP. Sugieren que para que los pacientes no se sintieran confinados, conllevando así un empeoramiento de su estado mental, se podrían ampliar los boxes, poner ventanas para que entrara luz natural, proporcionar intimidad intentando que estén solos en los boxes, etc.

Por último, las conclusiones que extraemos de la opinión personal y el uso de las contenciones es que siempre se empieza el manejo del paciente con las contenciones verbales, estableciendo una correcta relación terapéutica a través de la escucha activa y el control del entorno. Cuando falla esta contención verbal, o para facilitar a establecer esta relación terapéutica, se utiliza el tratamiento farmacológico, que mayoritariamente se utiliza siempre el mismo tipo de fármaco, las benzodiazepinas, debido a la frecuencia

de presencia de agitación en las agudizaciones de este tipo de pacientes. Y, por último, cuando estas dos contenciones fallan, ya como último recurso, se inicia la contención mecánica.

Como cierre final, aportamos, que es importante la formación en SM en todos los ámbitos de enfermería, ya que, adicionalmente a los conocimientos teóricos que se adquieren, se pueden incrementar las habilidades comunicativas y el manejo emocional de los pacientes, proporcionando así una mayor seguridad a los profesionales de enfermería en su abordaje.

7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Somos conscientes que los resultados obtenidos están limitados al análisis de los ocho entrevistados, muestra que no se puede considerar extrapolable, ya que no se ha conseguido llegar a la saturación de datos. Esto ha sido causado por la falta de tiempo y por la dificultad para encontrar participantes. La cual cosa quedó concluida como una propuesta de mejora.

Aun así, y a pesar que existan estas limitaciones, destacamos la importancia en realizar investigación cualitativa, ya que nos aporta herramientas para poder acercarnos a los pacientes y sus familiares, proporcionando así, una mejora de habilidades para garantizar un posterior cuidado de calidad.

Algunas posibles futuras líneas de investigación para este proyecto podrían ser la evaluación específica de las barreras, tanto a nivel individual del personal como a nivel organizacional, para el abordaje enfermero en pacientes con TLP. Otra línea de investigación sería poder realizar una evaluación de los resultados del abordaje de enfermería a largo plazo. Otra posible, sería la comparativa entre el personal de urgencias y el especializado en SM en relación a la escucha activa y contención verbal. Y por último, se podría explorar el impacto de programas de formación y capacitación para el manejo de estos pacientes.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Primer contacto con el tutor								
Presentación en el Moodle de la justificación del estudio								
Primera tutoría								
Elaboración de la introducción y los objetivos								
Segunda tutoría: correcciones de la introducción y objetivos								
Elaboración de la metodología + corrección, introducción y objetivos								
Tercera tutoría: correcciones metodología								
Presentación en el Moodle del diseño								
Elaboración del marco teórico + corrección metodología								
Cuarta tutoría: correcciones del marco teórico								
Corrección del marco teórico + elaboración del guion de la entrevista + elaboración de la ficha informativa, consentimiento informado y desarrollo de la entrevista								
Contacto con los entrevistados y realización de las entrevistas								
Análisis de las entrevistas y elaboración de los códigos								
Quinta tutoría: correcciones de los códigos								
Corrección de los códigos y elaboración de la discusión y resultados y las conclusiones								
Entrega del borrador del Trabajo de Fin de Grado (TFG)								
Sexta tutoría: correcciones del borrador								
Corrección del borrador + entrega al tutor de la solicitud para realizar la defensa del TFG								
Séptima tutoría: correcciones del borrador y consejos para la elaboración de la presentación								
Entrega final del TFG								
Preparación de la presentación								
Presentación Trabajo de Fin de Grado								

Tabla 8: Cronograma. Elaboración propia.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rojas-Vistorte AO, Xu MK, Sharif Z, et al. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit.* 2012;26(4):304-7. Available from: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911112000568>
- 2) MSD Manuals. Trastorno límite de la personalidad. [Internet]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiquiaticos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-limite-de-la-personalidad>
- 3) Cunillera Llorente A, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Trastorno límite de la personalidad: abordaje de enfermería desde un hospital de día de psiquiatría. *Rev Enferm Salud Ment* [Internet]. 2015;(1):27–31. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6145928.pdf>
- 4) Revista Sanitaria de Investigación. Plan de cuidados estandarizado para pacientes con trastorno límite de personalidad. [Internet]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-estandarizado-para-pacientes-con-trastorno-limite-de-personalidad/>
- 5) Teoría personalidad a lo largo historia. Cruz M. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/07.-Teoria-personalidad-a-lo-largo-historia-Cruz.pdf>
- 6) Megías-Lizancos F, Serrano Parra MD, coordinadores. *Salud Mental y Psiquiatría II-2021*. Madrid: DAE; 2021.
- 7) "DSM-V: Guía de consulta del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales". Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- 8) “CIE-10-ES: Clasificación Internacional de Enfermedades” Gob.es. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
- 9) Completa V. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Internet]. *Gencat.cat*. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/810/guia_practica_clinica_trastorno_limite_personalidad_2011?sequence=1&isAllowed=y

- 10) De Un Mismo Trastorno DM. Trastorno límite de la personalidad. [Internet]. Tesisenred.net. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/133274/mfv1de1.pdf>
- 11) Trastornos de la personalidad: número de casos en España [Internet]. Statista. [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1038007/numero-de-casos-de-trastornos-de-la-personalidad-en-espana/>
- 12) Félix Miguel García, María Cruz Calvo Reyes, Iria Rodríguez Cob. Base de datos clínicos de Atención Primaria [Internet]. Gob.es. 2020 [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- 13) Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol JL. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. Gac Sanit [Internet]. 2013;27(2):171–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.006>
- 14) Vallhebron.com. [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/enfermedades/transtorno-limite-de-la-personalidad-tp>
- 15) Trastorno límite de la personalidad (TLP). Generalitat de Catalunya; 2006.
- 16) Fleitas GR, de Jesús Betancor Alonso C. Trastorno Límite de la Personalidad: Abordaje Teórico e Introducción a la Práctica. 2018 [citado el 3 de febrero de 2024]; 91:5–41. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/235854393.pdf>
- 17) EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN TLP EN DATOS [Internet]. psiquiatria.com. [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/el-suicidio-en-la-poblacion-tp-en-datos/>
- 18) Doctoral T. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID [Internet]. Ucm.es. [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/7f0fdab2-4ed4-405a-90dd-4fee2401a198/content>
- 19) Tapia-Ortiz LB, Hernández-Hernández LA, Martínez-Zamora GF, Ramos-Gutiérrez YK, Rodríguez-Ramírez MF, Solis-Vargas LR. Trastorno Límite de la Personalidad. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2023. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad>.

- 20) Morales N, Sancho M, Granados Martínez B, Gibert Rahola J. Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatr Biol* [Internet]. 2019;26(3):85–98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2019.10.001>.
- 21) Guiasalud.es. [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad_resumida.pdf.
- 22) Mastrapa YE, del Pilar Gibert Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado el 19 de febrero de 2024];32(4):0–0. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>.
- 23) Alba Pérez S. Proyecto educativo. Sensibilización del personal de enfermería en el abordaje de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Trabajo Fin de Grado. Madrid: [nombre de la institución]; 2021.
- 24) Ferrer Vinardell M. Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2013. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_133274/mfv1de1.pdf.
- 25) Romeu Labayen M, Rigol Cuadra A, del Pino Gutiérrez A, Badenas Orts L, Miguel García C, Piñar Rodríguez S. Proceso enfermero orientado a personas con trastorno límite de la personalidad. [Sin año de publicación].
- 26) Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera, José Carlos, Galán González Serna, José María. La relación de ayuda en enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2014 Dic [citado 13 de mayo de 2024] ; 23(4): 229-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008&lng=en. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300008>.
- 27) Rubio Domínguez C. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist*. 2017;32(3):172-177. DOI: 10.1016/j.cali.2016.09.006.
- 28) Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de contención mecánica. [Documento PDF]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; Noviembre de 2010. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf.

- 29) Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García V, Sánchez Muñoz M. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enferm glob.* 2010;20.
- 30) PAE. CSMA;
- 31) Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>.
- 32) ENFER VALENCIA. ENF-INTEG-108.pdf. [Documento PDF]. ENFER Valencia; 2018 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/108/ENF-INTEG-108.pdf>.
- 33) Ramajo Holgado M, Díaz Noain M, Fernández Falces A, Carrera Martín P. Trastorno límite de la personalidad: a propósito de un caso. *Rev Enferm Salud Mental.* 2020;(16):31-35.
- 34) Carrasco JL, Pérez-Lombardo M. Tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad. Pharmacological treatment for personality disorders. *Rev Esp Psiquiatr Salud Ment.* 2019;13(1):1-11. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marta-Perez-Lombardo/publication/337990017_Tratamiento_farmacologico_de_los_trastornos_de_la_personalidad/links/6356f5d596e83c26eb4ce760/Tratamiento-farmacologico-de-los-trastornos-de-la-personalidad.pdf
- 35) Sánchez F. Tratamiento farmacológico del Trastorno Límite de la Personalidad. [Internet]. AMAI TLP. 2020 [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.amaitlp.org/acerca-del-tlp/>.
- 36) Chávez León E, Ng B, Ontiveros Uribe MP. Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud Mental.* 2006;29(5):16-24.
- 37) La importancia del vínculo enfermera-paciente en Psiquiatría. 24 de octubre de 2016. *Rev Portales Médicos.* Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/vinculo-enfermera-paciente-psiQUIATRIA/>

- 38) Torés Pacheco J, Ferrero Colomo S, Cortínez López A. Educación para la salud en el entorno de la comunidad terapéutica de trastornos de la personalidad de San Miguel y presentación de un caso clínico de trastorno límite. [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8DF1E8F2-3210-4F30-86BD-2F01B5152481/eca19015-199b-4781-b88b-c1890b26090d/eca19015-199b-4781-b88b-c1890b26090d.pdf>
- 39) Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [citado el 19 de febrero de 2024]; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es.
- 40) Brik E. Relaciones familiares y Trastorno Límite de la Personalidad. *ITAD*. 2022 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://itadsistemica.com/actualidad/relaciones-familiares-y-trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- 41) Metodología cualitativa [Internet]. *Ujaen.es*. [citado el 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://web.ujaen.es/investiga/tics_tfg/enfo_cuali.html
- 42) Parra A. Muestreo intencional. Características y ejemplos. *QuestionPro*. 2020 [citado el 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-intencional/>
- 43) Hospital Universitari Institut Pere Mata. Servicios y Unidades. [Internet]. Reus: Hospital Universitari Institut Pere Mata; 2014 [accedido el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.peremata.cat/spa/item/ART00286.html>.
- 44) Hospital Sant Joan de Déu. Cartera de servicios. [Internet]. Sant Joan de Déu: Hospital Sant Joan de Déu; [accedido el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.salutsantjoan.cat/ca/cartera-de-serveis/44/urgencies>.
- 45) Hospital Germans Trias i Pujol. Urgencias. [Internet]. Badalona: Hospital Germans Trias i Pujol; [accedido el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalgermanstrias.cat/urgencias>.
- 46) Hospital Clínic de Barcelona. Asistencia en urgencias. [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona; [accedido el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/institut/area-durgencies/asistencia>.

- 47) Tomas. ¿Qué es una entrevista semiestructurada y cómo usarla en una tesis? Tesis y Masters - México. 2022 [citado el 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://tesisymasters.mx/entrevista-semiestructurada/>
- 48) Ortega C. ¿Qué es una entrevista estructurada, semiestructurada y no estructurada? QuestionPro. 2018 [citado el 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/entrevista-estructurada-y-no-estructurada/>
- 49) Guix Oliver J. El análisis de contenidos: ¿qué nos están diciendo? Rev Calid Asist [Internet]. 2008 [citado el 14 de diciembre de 2023];23(1):26–30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-el analisis contenidos-que-nos-S1134282X08704640>
- 50) Helsinki de la Asociación Médica Mundial [Internet]. Gob.es. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Helsinki.pdf>
- 51) Recomendaciones para la implantación de buenas prácticas científicas del Comité de Bioética de España (2011) Ehu.eus. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.ehu.eus/documents/2458096/2699121/VIIe_CBE_recomendaciones_bp.pdf
- 52) Recomendaciones para la implantación de buenas prácticas científicas del Comité de Bioética de España (2011) Ehu.eus. [citado el 14 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.ehu.eus/documents/2458096/2699121/VIIe_CBE_recomendaciones_bp.pdf

10. ANEXOS

Anexo 1: Ejemplo de valoración de enfermería según el patrón de Marjory Gordon.

PATRÓN	MANIFESTACIONES
1. Percepción de la salud	Baja conciencia de la enfermedad y bajo conocimiento sobre ella. Presenta dificultades en el cumplimiento y mala respuesta al tratamiento terapéutico. Abuso de sustancias tóxicas. Abuso de fármacos y psicofármacos. Multiplicidad de ingresos hospitalarios. Historias de actos delictivos. Aspecto personal, puede ser adecuado, descuidado o extravagante.
2. Nutrición/Metabólico	Alteraciones alimentarias; anorexia, bulimia, pensamientos distorsionados. Pueden presentar normopeso o bajo peso.
3. Eliminación	Estreñimiento, utilización y uso de laxantes.
4. Actividad y reposo	Dificultad por mostrar interés en las actividades diarias o de ocio, suelen producirse abandonos e incapacidad para su disfrute. Actividad física pueden ser excesiva.
5. Descanso y sueño	Patrón irregular. Utilización de medicación hipotónica.
6. Pensamiento y lenguaje	Pensamiento frecuentemente desadaptativo, distorsionado y fluctuante. Baja tolerancia a la frustración.
7. Auto percepción y autoconcepto	Sentimiento de vacío. Inestabilidad emocional y anímico. Alteración de la identidad. Tendencia a la infravaloración y dificultad para construir una imagen estable. Conductas autolesivas. Intentos de suicidio. Egocentrismo.

8. Rol/relaciones	<p>Relaciones intensas e inestables.</p> <p>Incapacidad de control del dinero, gastos compulsivos.</p> <p>Sentimientos de culpa.</p> <p>Las relaciones interpersonales pasad de la ideación a la devaluación.</p> <p>Manipulación en las relaciones.</p> <p>Dificultad para establecer relaciones, suelen ser superficiales, con afectación en la comunicación.</p> <p>Suele haber dificultades para establecer planes de futuro.</p>
9. Sexualidad/Reproducción	<p>Conductas sexuales de riesgo.</p>
10. Adaptación/Tolerancia al estrés	<p>Actuaciones impulsivas y sin tener cuenta las consecuencias.</p> <p>Manifestaciones agresivas y violentas, al recibir críticas o al sentirse frustrados.</p> <p>Comportamiento amenazante y chantajista.</p> <p>Ira inapropiada e intensa,</p> <p>Cambios de humor rápidos y frecuentes.</p> <p>Conductas autolesivas.</p> <p>Pensamientos paranoicos relacionados con el estrés, sentirse separado de uno mismo, observarse desde fuera o perdida de contacto con la realidad.</p>
11. Valores/creencias	<p>No alterado.</p>

Tabla 9: *Ejemplo de valoración de enfermería según el patrón de Marjory Gordon.* Elaboración propia.

Anexo 2: Tabla de las alteraciones según los 11 patrones de Marjory Gordon.

PATRÓN	NANDA
1. Percepción de la salud	<i>Gestión ineficaz de la salud</i> [00078] <i>Disminución de la implicación en actividades recreativas</i> [00097]
2. Nutrición/Metabólico	Valoración individual.
3. Eliminación	Valoración individual.
4. Actividad y reposo	<i>Estilo de vida sedentario</i> [00168]
5. Descanso y sueño	<i>Insomnio</i> [00095]
6. Pensamiento y lenguaje	<i>Conocimientos deficientes</i> [00126]
7. Autopercepción y autoconcepto	<i>Desesperanza</i> [00124] <i>Riesgo de baja autoestima crónica</i> [00224] <i>Riesgo de automutilación</i> [00139] <i>Automutilación</i> [000151] <i>Riesgo de suicidio</i> [00150] <i>Riesgo de violencia autodirigida</i> [000140] <i>Riesgo de violencia dirigida a otros</i> [00138]
8. Rol/relaciones	<i>Deterioro de la interacción social</i> [00052] <i>Riesgo de cansancio del rol de cuidador</i> [00062] <i>Procesos familiares disfuncionales</i> [00063] <i>Desempeño ineficaz del rol</i> [00055]
9. Sexualidad/Reproducción	<i>Patrón sexual ineficaz</i> [00065]
10. Adaptación/Tolerancia al estrés	<i>Afrontamiento defensivo</i> [00071] <i>Afrontamiento ineficaz</i> [00069] <i>Ansiedad</i> [000146] <i>Planificación ineficaz de las actividades</i> [00199]
11. Valores/creencias	Valoración individual.

Tabla 10: Tabla de las alteraciones según los 11 patrones de Marjory Gordon. Elaboración propia.

Anexo 3: Tabla de NANDA en estado de agudización.

NANDA	NOC	NIC
<p>Ansiedad [000146]</p> <p><i>Definición:</i> Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.</p> <p>Características:</p> <p><u>Conductuales/emocionales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llanto ▪ Expresa angustia ▪ Expresa inseguridad ▪ Expresa miedo ▪ Indefensión ▪ Hipervigilancia ▪ Insomnio ▪ Estado de ánimo irritable ▪ Nerviosismo y agitación psicomotora <p><u>Fisiológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración del patrón respiratorio ▪ Opresión en el pecho ▪ Extremidades frías ▪ Diarrea ▪ Expresa dolor abdominal ▪ Expresa debilidad muscular ▪ Expresa tensión ▪ Aumento de la FC ▪ Informa de palpitaciones cardíacas ▪ Temblores <p><u>Cognitivas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración de la atención ▪ Confusión ▪ Disminución del campo perceptivo ▪ Expresa preocupación ▪ Expresa bloqueo de pensamientos 	<p>- Nivel de ansiedad: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>Desasosiego, impaciencia, distrés, inquietud, tensión muscular y facial, irritabilidad, indecisión, explosión de ira, conducta problemática, aprensión verbalizada, ataque de pánico, ansiedad verbalizada, sudoración, pupilas dilatadas, hiperactividad, nerviosismo, dolor, cefalea, etc.</p> <p>- Nivel de agitación: Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>Dificultad para procesar la información, inquietud, frustración, irritabilidad, camina de un lado para otro, movimientos repetitivos, se resiste a la ayuda, se revuelca en la cama, se arranca tubos o las sujeciones, acapara, golpea, muerde, labilidad emocional, etc.</p> <p>- Nivel de miedo: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>Distrés, tendencia a culpar a los demás, ensimismamiento, inquietud, irritabilidad, explosiones de ira, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular y facial, diarrea, temor verbalizado, lloros, pánico, terror, etc.</p> <p>- Signos vitales: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.</p> <p><u>Indicadores</u></p> <p>Temperatura corporal, frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial,</p>	<p>Escucha activa</p> <p>Disminución del estrés por traslado</p> <p>Administración de la medicación</p> <p>Apoyo en la toma de decisiones</p> <p>Monitorización de los signos vitales</p> <p>Ayuda para el control del enfado y vigilancia</p> <p>Disminución de la ansiedad y apoyo emocional</p> <p>Administración de medicación</p> <p>Manejo ambiental y de la conducta</p> <p>Monitorización de los signos vitales</p> <p>Técnica de relajación</p> <p>Mejorar afrontamiento</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Control del enfado</p> <p>Escucha activa</p> <p>Presencia/ asesoramiento</p> <p>Terapia de relajación</p> <p>Administración de medicación</p> <p>Administración de medicación</p> <p>Ayuda a la ventilación</p> <p>Cuidados en la emergencia</p> <p>Manejo ambiental: confort</p> <p>Apoyo emocional</p>

	frecuencia cardiaca, presión del pulso, ritmo respiratorio y profundidad de la inspiración.	
<p>Automutilación [00151]</p> <p>Definición: Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrasiones ▪ Mordiscos ▪ Limitar una parte del cuerpo ▪ Cortes en el cuerpo ▪ Golpear ▪ Ingestión de sustancias nocivas ▪ Inhalación de sustancias nocivas ▪ Hurgarse las heridas ▪ Arañarse el cuerpo ▪ Quemaduras autoflingidas ▪ Amputación de una parte del cuerpo 	<p>- Autocontrol de la mutilación: <i>Acciones personales para reprimir las lesiones autoinfligidas intencionadas (no letales).</i></p>	<p>Cuidados de las heridas</p> <p>Acuerdo con el paciente</p> <p>Administración de la medicación</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Sujeción física</p> <p>Escucha activa</p> <p>Técnica de relajación</p> <p>Manejo de las ideas delirantes</p>

Tabla 11: *Tabla de NANDA en estado de agudización.* Elaboración propia.

Anexo 4: Tabla de NANDA en estabilidad.

NANDA	NOC	NIC
<p><i>Ansiedad [000146]</i> <i>Definición:</i> Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.</p> <p>Características:</p> <p><u>Conductuales/emocionales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llanto ▪ Expresa angustia ▪ Expresa inseguridad ▪ Expresa miedo ▪ Indefensión ▪ Hipervigilancia ▪ Insomnio ▪ Estado de ánimo irritable ▪ Nerviosismo y agitación psicomotora <p><u>Fisiológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración del patrón respiratorio ▪ Opresión en el pecho ▪ Extremidades frías ▪ Diarrea ▪ Expresa dolor abdominal ▪ Expresa debilidad muscular ▪ Expresa tensión ▪ Aumento de la FC ▪ Informa de palpitaciones cardíacas ▪ Temblores <p><u>Cognitivas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración de la atención ▪ Confusión ▪ Disminución del campo perceptivo ▪ Expresa preocupación ▪ Expresa bloqueo de pensamientos 	<p>- <i>Autocontrol de la ansiedad:</i> Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p><u>Indicadores</u> Desasosiego, impaciencia, distrés, inquietud, tensión muscular y facial, irritabilidad, indecisión, explosión de ira, conducta problemática, aprensión verbalizada, ataque de pánico, ansiedad verbalizada, sudoración, pupilas dilatadas, hiperactividad, nerviosismo, dolor, cefalea, etc.</p>	<p>Escucha activa</p> <p>Disminución del estrés por traslado</p> <p>Administración de la medicación</p> <p>Apoyo en la toma de decisiones</p>

<p>Riesgo de automutilación [00139] <i>Definición:</i> Susceptible de mostrar una conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detección del riesgo: <i>Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.</i> 	<p>Identificación de riesgos Aislamiento/Vigilancia Control del estado del animo Educación para la salud Escucha activa</p>
<p>Afrontamiento ineficaz [00069] <i>Definición:</i> Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar. Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteración de las respuestas afectivas, atención y patrones de comunicación. ▪ Conducta destructiva hacia los demás y hacia sí mismo. ▪ Dificultad en la organización de información ▪ Deterioro de la habilidad para pedir ayuda. ▪ Resolución de problemas inadecuadas. ▪ Alteración del sueño ▪ Conducta de riesgo ▪ Uso inadecuado de sustancias ▪ Alto grado de amenaza ▪ Recursos de salud inadecuados 	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol de los impulsos: <i>Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo</i> - Afrontamiento de problemas: <i>Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</i> 	<p>Administración de mediación Ayuda en la modificación de sí mismo Grupo de apoyo Vigilancia Asesoramiento sexual Ayuda para el control del enfado Enseñanza Escucha activa Fomentar resiliencia Identificación de riesgos Manejo de la conducta Manejo de las ideas delirantes Mejorar afrontamiento Potenciación de la autoestima y socialización.</p> <p>Apoyo a la familia y hermanos Ayuda en la modificación de sí mismo</p> <p>Ayuda para el control del enfado Enseñanza: individual Manejo de la conducta: autolesión Mejorar sueño</p>

		<p>Apoyo emocional, al cuidador principal y en la toma de decisiones.</p> <p>Escucha activa</p>
<p><i>Baja autoestima crónica [00119]</i></p> <p><i>Definición:</i> Percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dependencia de las opiniones de los demás ▪ Síntomas depresivos ▪ Culpa excesiva ▪ Búsqueda de reafirmación excesiva ▪ Expresa soledad ▪ Desesperanza ▪ Soledad ▪ Insomnio ▪ Conducta no asertiva ▪ Rechazo a la retroalimentación positiva ▪ Ideas suicidas ▪ Cavilación 	<p>- <i>Autoestima:</i> Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p>	<p>Entrenamiento del asertividad</p> <p>Facilitar la expresión del sentimiento de culpa</p> <p>Fomentar el desarrollo</p> <p>Mejora de la autoconfianza</p> <p>Potenciación de la socialización</p> <p>Potenciación de roles</p> <p>Apoyo emocional, al cuidador principal y en la toma de decisiones.</p> <p>Escucha activa</p>
<p><i>Afrontamiento familiar comprometido [00074]</i></p> <p><i>Definición:</i> Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo, proporcionando confort, ayuda para que el paciente maneje las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.</p> <p>Características:</p>	<p>- <i>Afrontamiento de los problemas de la familia:</i> Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares.</p>	<p>Asistencia para los recursos financieros</p> <p>Educación</p> <p>Facilitar la expresión del sentimiento de culpa</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Mediación de conflictos</p> <p>Apoyo emocional, al cuidador principal y en la toma de decisiones.</p> <p>Escucha activa</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente expresa queja por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud. ▪ El paciente informa de preocupación por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud. ▪ Limitación de la comunicación entre la persona de referencia y el paciente. ▪ Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las habilidades del paciente. ▪ La persona de referencia manifiesta preocupación por las reacciones personales ante las necesidades del paciente ▪ Conductas de asistencia insatisfactorias por parte de la persona de referencia 		
<p><i>Deterioro de la interacción social [00052]</i></p> <p><i>Definición:</i> Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interacción disfuncional con otros ▪ Expresa dificultad para establecer relaciones interpersonales recíprocas satisfactorias. ▪ Expresa dificultad en el funcionamiento social. ▪ Expresa malestar en situaciones sociales. 	<p>- <i>Habilidades de interacción social:</i> <i>Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</i></p>	<p>Modificación de la conducta: habilidades sociales.</p> <p>Ayuda para el control del enfado.</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Entrenamiento del asertividad</p> <p>Escucha activa</p> <p>Manejo de la conducta sexual</p> <p>Mejorar la comunicación: déficit del habla</p> <p>Terapia de entrenamiento</p> <p>Mejorar afrontamiento</p>

<p>Conocimientos deficientes [00126]</p> <p>Definición: Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento inadecuado de las instrucciones. ▪ Rendimiento inadecuado en una prueba. ▪ Declaraciones incorrectas sobre un tema. ▪ Conducta inapropiada. 	<p>- Conocimiento: régimen terapéutico: <i>Grado de conocimiento transmitido sobre el régimen terapéutico específico.</i></p>	<p>Enseñanza: procedimiento/tratamiento Manejo de la medicación Educación para la salud Acuerdo con el paciente Enseñanza: medicamentos prescritos</p>
---	--	--

Tabla 12: *Tabla de NANDA en estabilidad.* Elaboración propia.

Anexo 5: Hoja de consentimiento informado



Hoja de consentimiento informado

Título del estudio: Trabajo Fin de Grado: Abordaje enfermero en personas con Trastorno Límite de la Personalidad en Urgencias

Datos de contacto del investigador principal:

- Miriam Martínez Alaminos
Teléfono: 711747343
Correo: miriam.martinez@estudiants.urv.cat
Ubicación física: Reus
- Mireia Catalán Gómez
Teléfono: 600849450
Correo: mireia.catalan@estudiants.urv.cat
Ubicación física: Reus

Yo con DNI.....:

- He leído la hoja de información al participante sobre cuyo estudio se me ha entregado una copia.
- He podido hacer preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con lo expresado en la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que comporta.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de la participación en el estudio sin que esto pueda causarme ningún perjuicio.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio.

Sí No



- Doy mi consentimiento para grabar la conversación con el fin de poder grabar adecuadamente la información.

Sí No

- Doy mi consentimiento para la difusión de mis datos personales junto con la publicación de los resultados del estudio.

Sí No

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. A este respecto, se ofrecen las siguientes opciones:

NO autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

Sí autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados

Y para expresar este consentimiento, el participante firma en fecha y lugar esta hoja de consentimiento:

Firma del participante

Anexo 6: Hoja de ficha informativa

Ficha informativa

Entrevista N.º:

Datos entrevista

- Entrevistadoras: Mireia Catalán Gómez y Miriam Martínez Alaminos.
- Tipo de entrevista: Semiestructurada.
- Día de la entrevista:
- Hora de la entrevista:
- Duración de la entrevista:
- Lugar en que se ha realizado la entrevista:

Datos persona entrevistada

- Nombre del participante:
- Edad:
- Lugar de origen:
- Sexo:
- Estudios:
- Especialidad de enfermería en el ámbito de estudios:
- Especialidad de enfermería en el ámbito profesional:

Tema de investigación: Trabajo de final de grado: Abordaje enfermero en personas con Trastorno Límite de la Personalidad en Urgencias.

Objetivos de la entrevista

- **Objetivo general:** Conocer el abordaje de enfermería en personas que acuden a urgencias por agudización o crisis del trastorno límite de la personalidad.
- **Objetivos específicos:** Reconocer los signos y síntomas de alerta de agudización del TLP y el tratamiento farmacológico y no farmacológico en la agudización del TLP.

Temas de la entrevista

- Referencias teóricas sobre el Trastorno Límite de la Personalidad.
- Cuidado enfermero en urgencias y Salud Mental en pacientes con antecedentes de TLP.
- Signos y síntomas en pacientes con TLP en un estado de agudización del trastorno.
- Tratamiento farmacológico y no farmacológico en la agudización del TLP.
- Contenciones mecánicas, químicas y verbales.
- Papel de la familia durante el cuidado de enfermería.
- Herramientas y conocimientos de enfermería disponibles en urgencias.

Resumen del estudio

El presente trabajo de investigación pretende estudiar el abordaje de enfermería en personas que acuden a urgencias por agudización o crisis del trastorno límite de la personalidad (TLP).

El TLP se conoce como un patrón persistente de inestabilidad e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, inestabilidad en la imagen personal, fluctuaciones extremas del estado de ánimo e impulsividad.

En una situación de agudización o de crisis del TLP el primer contacto es con el personal de enfermería de urgencias. Su abordaje suele ser una de las situaciones más complejas a las que se enfrenta el personal de enfermería. Abordar a pacientes que presentan grandes variedades de estados de ánimo, como rabia, tristeza o hasta ideas/actuaciones suicidas puede ser un gran reto, por lo que es importante establecer unas buenas pautas de actuación básicas. Con ello, decidimos realizar este trabajo porque el TLP es más frecuente de lo que comúnmente se cree. Consideramos que el personal de enfermería de urgencias podría no tener los conocimientos y aptitudes necesarios para aplicar eficazmente su abordaje. Con ello, este trabajo pretende conocer la diferencia entre las habilidades que tiene el personal especializado en salud mental con las habilidades del personal no especializado, en este caso urgencias, ya que es el área donde más pacientes en crisis de TLP se pueden encontrar.

Preguntas entrevistas

Pregunta inicial

- ¿Qué conoces del TLP?
- ¿Cómo abordarías a un paciente con antecedentes de TLP que padece una alteración conductual durante su estancia en urgencias?

Preguntas temáticas

- ¿Cuáles son los signos que a ti como profesional te alertarían de que es una persona que padece TLP?
- ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que sueles ver tú en los pacientes que acuden a urgencias por una crisis de TLP?
- ¿Cuál sería tu primera actuación?
- ¿Qué piensas de la contención verbal?
- ¿Qué estrategias de contención verbal utilizas?
- ¿Cuál es tu opinión sobre las contenciones mecánicas?
- ¿Cuáles son las que más utilizas (contención mecánica)?
- ¿Cuál sería el tratamiento farmacológico de elección?
- ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que más utilizas tú?
- ¿Cuál crees que es el principal objetivo del tratamiento farmacológico?
- ¿En el caso de verbalización de automutilación cual sería tu actuación? ¿Y en el caso de verbalización de suicidio?
- ¿Cómo crees que es de importante tener una buena relación terapéutica con el paciente?
- ¿Qué cambios has visto en pacientes en los que has mantenido una mejor relación terapéutica?
- ¿Qué papel crees que juega la familia en su estabilización?
- ¿Qué cambiaría en tu forma de actuar cuando te das cuenta de que es un paciente de salud mental? (Pregunta para urgencias)
- ¿Cuál es la actuación de enfermería una vez el paciente ya está estabilizado?
- ¿Qué consejos crees que son importantes para el abordaje enfermero a la hora de tratar con pacientes con TLP en estado de crisis?

- ¿Crees que en urgencias existen las herramientas (medicación, infraestructura, material) suficientes para poder abordar a pacientes con problemas de salud mental? ¿Por qué? ¿Qué cambiarías?
- Por otra parte. ¿Crees que los conocimientos del personal de enfermería son adecuados para tratar a este tipo de pacientes? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de formación crees que sería necesaria?
- ¿Qué instrumentos o habilidades te gustaría aprender para proporcionar un mejor cuidado a este tipo de pacientes?

Anexo 7: Documento de la declaración responsable establecido por el Comité Ético y de Buenas Prácticas en la investigación.

Declaració responsable sobre els aspectes ètics del Treball de Fi de Màster

(TFM) / Treball de Fi de Grau (TFG) proposat

Els aspectes ètics són fonamentals per a la Universitat Rovira i Virgili. Per això, cal que realitzeu la següent avaluació ètica sobre el vostre treball de fi de màster (TFM) / treball de fi de grau (TFG), segons correspongui. Responeu **SÍ / NO** a les preguntes que es detallen a continuació. Si totes les vostres respostes són **NO**, no es necessiten més detalls que la vostra signatura. Si, en canvi, responeu **SÍ** a alguna de les preguntes següents, es requereix, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent:

- CEIm-IISPV:..... Informe favorable
- CEEA:..... Informe favorable
- CEIPSA: Compromís formal del professorat i alumnat implicat pel que fa al seguiment de la normativa aplicable.

Nom del professor/a responsable: ALBERT MONTERDE ESTRADA

Nom de l'alumne/a: MIRIAM MARTÍNEZ ALAMINOS i MIREIA CATALÁN GÓMEZ

Ensenyament: INFERMERIA

Títol del **TFM** / **TFG** (marqueu la casella que correspongui)

Análisis de la percepción de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de personas que acuden a urgencias por agudización o crisis del tlp: una aproximación cualitativa.

Breu descripció del TFM / TFG (màx. 1000 caràcters, espais inclosos): El presente trabajo de investigación pretende analizar la percepción de los profesionales de enfermería en el cuidado de personas que acuden a urgencias por agudización o crisis del TLP. En una situación de agudización o de crisis del TLP, el primer contacto es con el personal de enfermería de urgencias. Su abordaje suele ser una de las situaciones más complejas a las que se enfrenta el personal de enfermería. Abordar a pacientes que presentan grandes variedades de estados de ánimo, como rabia, tristeza o hasta ideas/actuaciones suicidas, puede ser un gran reto, por lo que es importante establecer unas buenas pautas de actuación básicas. Por lo tanto, con este trabajo buscamos reflexionar sobre las diferentes estrategias de afrontamiento y habilidades para poder mejorar la calidad de vida del paciente. Durante la búsqueda de información para realizar este trabajo hemos observado que la bibliografía en relación con el abordaje de enfermería en situaciones de

agudización o crisis del TLP es bastante escasa en comparación con la cantidad de información relacionada con el trastorno y su tratamiento, tanto farmacológico como psicológico. Decidimos realizar este trabajo porque el TLP es más frecuente de lo que comúnmente se cree y consideramos que el personal de enfermería de urgencias podría no tener los conocimientos y aptitudes necesarios para aplicar eficazmente su abordaje, debido a la escasez de recursos tanto a nivel de formación específica académica como a nivel hospitalario.

Indiqueu si el TFM / TFG que voleu desenvolupar inclou algun d'aquests aspectes.

Apartat	Sí	No
1. Embriões/fetus humans		
Implica cèl·lules mare embrionàries humanes (CMEH)?		X
Implica l'ús d'embrions humans?		X
Implica l'ús de teixits / cèl·lules fetals humanes?		X
2. Éssers humans		
Implica la participació d'éssers humans?	X	
• Són voluntaris en l'àmbit de les ciències socials o les humanitats?		X
• Són persones incapacitades per donar el seu consentiment informat?		X
• Són individus o grups vulnerables?		X
• Són menors d'edat?		X
• Són pacients?		X
• Són voluntaris sans per a estudis mèdics?		X
Implica intervencions físiques en els participants?		X
3. Cèl·lules/teixits humans		
Implica cèl·lules o teixits humans (diferents dels embrions/fetus humans de la secció 1)?		X
4. Dades de caràcter personal i privacitat		
Implica la recollida i/o tractament de dades personals?	X	
• Implica la recollida i/o tractament de dades personals sensibles, com ara, salut, vida sexual, raça, opinió política, conviccions religioses o filosòfiques?		X

• Implica el tractament d'informació genètica?		X
• Implica el seguiment o observació dels participants?		X
Implica un tractament posterior de les dades personals recopilades prèviament (ús secundari)?		X
5. Animals		
Implica experimentació amb animals		X
6. Països tercers		
Cas que es desenvolupi, de manera total o parcial, en països que no pertanyen a la Unió Europea, el projecte d'R+D+I planteja problemes potencials d'ètica?		X
Teniu previst utilitzar recursos locals (per exemple, mostres de teixits animals o animals, material genètic, animals vius, restes humanes, materials de valor històric, mostres de fauna o flora en perill d'extinció, etc.)?		X
Teniu previst importar material (incloses les dades personals) de països que no pertanyen a la Unió Europea a la Unió Europea?		X
Teniu previst exportar material (incloses les dades personals) des de la Unió Europea a països que no pertanyen a la Unió Europea?		X
Cas que el projecte generi beneficis i impliqui països de baixos ingressos i/o baixos ingressos mitjans, teniu previst les accions de repartiment de beneficis?		X
Podria la situació al país posar en risc els participants?		X
7. Medi Ambient/ Salut i protecció		
Implica l'ús d'elements que poden causar danys al medi ambient, animals o plantes?		X
Tracta sobre la fauna i/o flora en perill d'extinció i/o àrees protegides?		X
Implica l'ús d'elements que poden causar danys als humans, inclòs el personal investigador?		X
8. Ús dual		

Implica productes de doble ús en el sentit del Reglament 428/20092 o altres articles per als quals es requereix autorització?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Focus exclusiu sobre aplicacions civils		
Podria necessitar aclariments en relació amb un enfocament exclusiu sobre aplicacions civils?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Ús malintencionat dels resultats		
Té potencial perquè els seus resultats siguin utilitzats malament?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Altres aspectes ètics		
Hi ha algun altre aspecte ètic que hauria de ser pres en consideració?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Especifiquen, si us plau:		

Confirmem que hem valorat tots els aspectes ètics descrits més amunt i que, en cas afirmatiu, els signataris ens comprometem formalment, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent, a:

- CElm-IISPV:.... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la Guia de l'investigador/a.
- CEEA:..... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la Guia de l'investigador/a.
- CEIPSA: Actuar d'acord amb la normativa aplicable en cas que el treball en qüestió tingui implicacions ètiques.

Seguir les directrius establertes a la "Guia de l'investigador/a" i la "Guia sobre protecció de dades personals en els Treballs de Fi de Grau i Màster de la Universitat Rovira i Virgili".

Reus, 08/02/2024

Signatura del professor/a responsable

Signatura de l'alumne/a

MONTERDE
ESTRADA, ALBERT
(AUTENTICACIÓ)

Firmado digitalmente
por MONTERDE
ESTRADA, ALBERT
(AUTENTICACIÓN)
Fecha: 2024.05.15
22:27:30 +02'00'




Nota: Una vegada emplenat i signat, convertir el document a format PDF i enviar a l'adreça carlos.garcia@urv.cat

Anexo 8: Autorización defensa Trabajo Fin de Grado (Mireia)
SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: MIREIA CATALÁN GÓMEZ		
DNI: 399445460	Adreça: c/ VINEBRE, n° 15	
Codi postal: 43206	Població: REUS	Tel. Fix: 977.122.188
Tel. Mòbil: 600849450	Adreça electrònica URV: mireia.catalan@estudiants.urv.cat	

EXPOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA SOBRE EL CUIDADO DE PERSONAS QUE ACUDEN A URGENCIAS POR AGUDIZACIÓN DEL TLP: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: ALBERT MONTERDE ESTRADA
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En **MIREIA**, 17 de **Maig** de **2024**
 (signatura)



EL/LA TUTOR/A:
Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau
Data i signatura: MONTERDE ESTRADA, ALBERT (AUTENTICACIÓN)

Firmado digitalmente por MONTERDE ESTRADA, ALBERT (AUTENTICACIÓN) Fecha: 2024.05.17 20:46:41 +0200

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura

Anexo 9: Autorización defensa Trabajo Fin de Grado (Miriam)

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: Miriam Martinez Alaminos		
DNI: 39975494E	Adreça: Av/Marià Fortuny 52 5º 1ª	
Codi postal: 43204	Població: Reus	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: 711747343	Adreça electrònica URV: Miriam.martinez@estudiants.urv.cat	

EXOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: Percepción de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de personas que acuden a urgencias por agudización del TLP: una aproximación cualitativa.
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: Albert Monterde Estrada
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En **Miriam** , ___17___ de ___Mayo___ de 2024
(signatura)



EL/LA TUTOR/A: Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau Data i signatura: <div style="text-align: right; font-size: small;"> MONTERDE  <small>firmado digitalmente por</small> ESTRADA, ALBERT <small>MONTERDE ESTRADA,</small> (AUTENTICACIÓN) <small>ALBERT MONTERDE ESTRADA</small> <small>Fecha: 2024.05.17 10:48:13</small> <small>42322</small> </div>

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura
--