



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería / Erizaintza Gradua

ABORDAJE DEL PACIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA

Maren Garayoa Espelosin

Director/a / Zuzendaria

Uxue Aldaz Aguirre

Pamplona/Iruñea

Mayo, 2024 / 2024, maiatza

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), predominantemente diagnosticado en adultos, se caracteriza por desafíos en la regulación emocional, impulsividad, relaciones interpersonales y autoconcepto. Su prevalencia, más elevada en mujeres, va en aumento. Las enfermeras¹ desempeñan un papel crucial en su atención integral y seguimiento.

Objetivo: Conocer los aspectos fundamentales en el abordaje del paciente con TLP desde la enfermería, los modelos de intervención existentes y su efectividad en la asistencia holística del paciente.

Metodología: Revisión narrativa con metodología sistemática. Recogida de datos mediante la búsqueda en las bases de datos Web of Science y Cinahl. La intervención enfermera estudiada es el abordaje de los pacientes con TLP.

Resultados: En el abordaje del TLP, intervienen aspectos como el conocimiento y formación en salud mental de las enfermeras. El estigma y las condiciones laborales pueden influir negativamente. La relación terapéutica es crucial para crear un entorno de recuperación y manejar crisis suicidas. Además, hay dos propuestas recientes para protocolizar intervenciones de enfermería.

Conclusiones: 1. El TLP es complejo con manifestaciones clínicas y consecuencias graves asociadas. 2. El aumento de casos de TLP puede atribuirse a mejoras diagnósticas y cambios de hábitos. 3. El predominio femenino en el TLP sugiere influencias socioculturales. 4. La relación terapéutica y el papel de las enfermeras son fundamentales para el abordaje del TLP. 5. Enfermeras especializadas en salud mental puede mejorar la atención en crisis en servicios como urgencias. 6. Se necesita más investigación para establecer protocolos efectivos de intervención enfermera.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad, enfermería, relación terapéutica, estigma, crisis de suicidio, intervención

Palabras del documento: 10.444 palabras.

¹ Con el objetivo de aligerar el texto se utilizará el género gramatical femenino para englobar en él tanto a los enfermeros como a las enfermeras.

ABSTRACT

Introduction: The Borderline Personality Disorder (BPD), predominantly diagnosed in adults, is characterized by challenges in emotional regulation, impulsivity, interpersonal relationships, and self-concept. Its prevalence, higher in women, is on the rise. Nurses play a crucial role in its comprehensive care and follow-up.

Objective: To know the fundamental aspects of the nursing approach to the patient with BPD, the existing intervention models and their effectiveness in the holistic care of the patient.

Methodology: Narrative review with systematic methodology. Data collection through searching the Web of Science and Cinahl databases. The studied nursing intervention is the approach to patients with BPD.

Results: In addressing BPD, aspects such as nurses' knowledge and training in mental health come into play. Stigma and working conditions can have a negative influence. The therapeutic relationship is crucial for creating a recovery-oriented environment and managing suicidal crises. Furthermore, there are two recent proposals for standardizing nursing interventions.

Conclusion: 1. BPD is complex with associated clinical manifestations and severe consequences. 2. The increase in cases of BPD can be attributed to diagnostic improvements and changes in habits. 3. The female predominance in BPD suggests socio-cultural influences. 4. The therapeutic relationship and the role of nurses are central to the approach to BPD. 5. Specialist mental health nurses can improve crisis care in services such as the emergency department. 6. More research is needed to establish effective nursing intervention protocols.

Keywords: Borderline Personality Disorder, nursing, therapeutic relationship, stigma, suicidal crisis, intervention

Document words: 10.444 words.

ÍNDICE DE MATERIAS

1. INTRODUCCIÓN	1
1. 1. Objetivos	6
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
2. 1. Diseño	7
2. 2. Estrategia de búsqueda.....	7
2. 3. Criterios de inclusión y exclusión.....	7
2. 4. Diagrama de prisma	8
2. 5. Tabla de artículos seleccionados	9
3. RESULTADOS.....	10
3.1 El conocimiento de la enfermera en Salud Mental	10
3.2. Los límites de enfermería en la atención de pacientes con TLP.....	11
3.3. La relación terapéutica	13
3.4. La gestión de la crisis de suicidio y autolesión	14
3.5. Propuestas de intervenciones	16
3.5.1. <i>Modelo de atención para el autoempoderamiento de la mujer con TLP..</i>	16
3.5.2. <i>Terapia Basada en la Mentalización</i>	21
4. DISCUSIÓN	25
5. CONCLUSIONES.....	34
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
7. ANEXOS.....	39

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1. <i>Relación entre el tipo de psicoterapia y la sintomatología que se mejora.</i>	4
Tabla 2. <i>Términos de búsqueda</i>	7
Tabla 3. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	8
Tabla 4. <i>Estudios incluidos en la revisión</i>	39

Figuras

Figura 1. <i>Diagrama de flujo</i>	9
Figura 2. <i>Mapamundi de los países de procedencia de los artículos seleccionados.</i> .	10
Figura 3. <i>Representación gráfica del modelo de atención para el autoempoderamiento de la mujer con TLP, traducida del original.</i>	19
Figura 4. <i>Gráfica de las fases de la Terapia Basada en la Mentalización, traducida de la original (Greiner et al., 2022).</i>	22

ABREVIATURAS

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CSM: Centro de Salud Mental

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

EIR: Enfermero Interno Residente

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recepción de Serotonina

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association – Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería

NIC: Nursing Interventions Classification – Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC: Nursing Outcomes Classification – Clasificación de Resultados de Enfermería

SATSE: Sindicato de Asistentes Técnicos-Sanitarios de España

SM: Salud Mental

TBE: Terapia Basada en Esquemas

TBM: Terapia Basada en la Mentalización

TBT: Terapia Basada en la Transferencia

TCH: Terapia Conversacional de Hobson

TDC: Terapia Dialéctica Conductual

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psicológico que se inicia en la etapa de la edad adulta y se caracteriza por una inestabilidad tanto en la regulación afectiva como en el control de los impulsos, relaciones interpersonales y la autoimagen (Mendez-Miller et al., 2022).

En 1938, el psicoanalista Adolf Stern definió por primera vez el término TLP para hacer referencia a los pacientes a los cuales no les funcionaba la terapia psicoanalítica temprana (Ukwuoma et al., 2023). Según Stern, las características de estos pacientes encajaban tanto dentro del grupo de trastornos psicóticos como de los neuróticos; por ello, utilizó el término “límite” para indicar la dualidad del trastorno (Ukwuoma et al., 2023). A partir de 1940, los pacientes con TLP fueron considerados “esquizofrénicos pseudoneuróticos”; aunque las nuevas investigaciones de la mano del psiquiatra Robert Knight y, más adelante, de Otto Kernberg, aportarían nueva información sobre el trastorno (Ukwuoma et al., 2023). Finalmente, en el año 2013, se reconoció en el DSM 5 el Trastorno Límite de la Personalidad.

La etiología del TLP es una combinación entre factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales; aunque no hay evidencia suficiente para probar su transmisión a través de la herencia genética (Mendez-Miller et al., 2022). Es cierto que se ha observado que la exposición al trauma intensifica la predisposición biológica y las tendencias del comportamiento ya presentes en los pacientes con TLP (Mendez-Miller et al., 2022). Por ejemplo, según un estudio realizado por Zittel Conklin C. y Westen D. del año 2005, cerca de un tercio de los pacientes que sufren este trastorno han sido agredidos sexualmente.

Hay autores que, por la diversidad que presenta este trastorno, (Oldham y colaboradores (2007)) diferencian según la sintomatología cinco subtipos: afectivo, impulsivo, dependiente, agresivo y vacío. Sin embargo, hay otros que (Gunderson, 2002) afirman que la diferencia entre los pacientes que padecen el trastorno simplemente son diferentes formas clínicas en las que se puede presentar el mismo trastorno, y que no son suficientes como para establecer un diagnóstico aislado.

La Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 indica que, para el diagnóstico del TLP, el paciente debe cumplir al menos cinco de los nueve criterios siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), el TLP está dentro de los trastornos de personalidad emocionalmente inestables, dentro del subtipo límite (F60.31). Para su diagnóstico, es preciso que la persona cumpla tres de las siguientes características:

- Confusión acerca de la imagen propia.
- Ausencia de objetivos y preferencias precisos (también sexuales).
- Implicación en relaciones intensas y poco estables que llevan a crisis emocionales.
- Intentos de evitar un potencial abandono.

- Intentos o amenazas suicidas o de automutilación.
- Sensación crónica de vacío.

El rango de edad en el que se comprende la aparición de los síntomas mencionados se sitúa entre los 14 y 20 años, aunque habitualmente su diagnóstico se concluye entre los 19 y 34 años (Fundación de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad – AMAI TLP, 2019). A pesar de que la sintomatología del TLP se suele iniciar en la adolescencia, se recomienda hacer el diagnóstico en pacientes mayores de 16 años y pasado un año de la aparición de los síntomas; evitando así su diagnóstico en personas menores de 13 años (Fundación de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad – AMAI TLP, 2019). Teniendo lo anterior en cuenta, más la diversidad a la hora de manifestarse el trastorno, se calcula que su diagnóstico se retrasa en las mujeres una media de 9,5 años y, en el caso de los hombres, 6,5 años (Fundación de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad – AMAI TLP, 2019).

Entre los diferentes trastornos de personalidad, el TLP es el más frecuente. Teniendo en cuenta la población general de España, las formas más graves del trastorno equivalen a un 2% (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018). Entre los pacientes que acuden a los Centros de Salud Mental (CSM), las personas que padecen este trastorno suman un 10% del total; así como un 20% de las hospitalizaciones (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018). Asimismo, encontramos una diferencia considerable en la prevalencia por sexo, siendo las mujeres las más afectadas (3:1) (Fundación de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad – AMAI TLP, 2019).

Además del diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, se han visto relacionados distintos diagnósticos en los diferentes pacientes. Entre las comorbilidades más comunes se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria tales como la bulimia (en un 26%) y la anorexia (en un 21%). Asimismo, el uso de estupefacientes está presente en un 64% de los pacientes con TLP, siendo el alcohol la más consumida (52%).

Por lo que respecta al tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con TLP, es complicado definirlo de una manera genérica. Esto es consecuencia de la complejidad del trastorno, que se manifiesta con características clínicas diferentes dependiendo de la persona y su situación. Aun así, podemos destacar la importancia de la continuidad de cuidados dentro tanto de los equipos interdisciplinarios que atienden a los pacientes como de los diferentes niveles de asistencia a los que acuden. También, es importante responder a las necesidades individuales de cada paciente, adaptando el tratamiento y el abordaje del trastorno.

La variedad de psicoterapias aplicadas con los pacientes con TLP es muy amplia. En una revisión sistemática realizada por Burgal y Pérez en 2017, recogieron las diferentes psicoterapias con el objetivo de comparar su eficacia en el tratamiento del TLP y ver cuáles logran mejores resultados. Tras analizar la literatura obtenida, concluyeron que la mejora de los pacientes dependía tanto de la psicoterapia aplicada como del profesional que la llevaba a cabo ya que, una terapia va a ser más efectiva cuando él que la lleva a cabo está especializado en ella (Burgal Juanmartí et al., 2017).

Sin embargo, a rasgos generales, los autores pudieron relacionar cada psicoterapia con la mejora de cierta sintomatología, como se muestra en la tabla (Burgal Juanmartí et al., 2017).

Tabla 1. *Relación entre el tipo de psicoterapia y la sintomatología que se mejora.*

PSICOTERAPIA	SINTOMATOLOGÍA
Terapia Dialéctica Conductual (TDC)	Conductas autolíticas y autolesivas, psicopatología general, funcionamiento global, depresión y ansiedad.
Terapia Basada en Esquemas (TBE)	Psicopatía general, funcionamiento global y sintomatología límite
Terapia Basada en la Transferencia (TBT)	Conductas autolíticas y autolesivas, psicopatología general, funcionamiento global, estado de ánimo, depresión, ansiedad e irritabilidad.
Terapia Conversacional de Hobson (TCH)	
Terapia Basada en la Mentalización (TBM)	

Lieslehto et al. (2023) realizaron un estudio sobre la psicofarmacología en los pacientes con TLP. Tras analizar las diferentes opciones, pudieron concluir que, al contrario de la creencia popular entre los profesionales de la salud mental, el uso de benzodiacepinas aumenta el riesgo de suicidio y autolesión hasta 4 veces (Lieslehto et al., 2023). Asimismo, los antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo tampoco demostraron obtener resultados de mejoría en los pacientes. Sin embargo, el uso de fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH si se relacionó con una disminución de hasta el 48% de este riesgo (Lieslehto et al., 2023). Según los autores, la similitud que hay entre el TLP y el TDAH en la falta de control de los impulsos y regulación de las emociones puede ser la razón por la que el mismo tratamiento ayuda en ambos trastornos.

Desde el punto de vista de la Enfermería, las enfermeras jugamos un papel muy importante en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con TLP. Para el abordaje holístico de estos pacientes, podemos hacer una valoración completa del paciente basándonos en las 14 Necesidades de Virginia Henderson o en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Así, podemos identificar en nuestro paciente los diagnósticos de enfermería que le corresponden entre los que ofrece la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), las intervenciones que podemos hacer según la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados que podemos esperar según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Por lo tanto, las intervenciones de enfermería que podemos realizar dependerán de la valoración individualizada que se haga en cada paciente.

El Trastorno Límite de Personalidad es un diagnóstico que afecta a la persona en todos sus aspectos de la vida: biológico, psicológico y social. Además, por el tipo de desarrollo que tiene el trastorno, los pacientes van a necesitar del cuidado de enfermería tanto en la fase leve, como puede ser en el seguimiento habitual en los Centros de Salud Mental; como en la aguda, por ejemplo, en los diferentes ingresos que puedan requerir en los momentos de crisis. Por ello, es importante que las profesionales de enfermería sean conocedoras de las mejores técnicas y cuidados

que pueden ofrecer a las personas que padecen TLP para que su asistencia y acompañamiento sean lo más actualizados posibles, así como desde un punto de vista del cuidado holístico del mismo. Además, la enfermera puede ofrecer apoyo tanto emocional como terapéutico y, al mismo tiempo, educar al paciente ofreciéndole información sobre su trastorno y el manejo.

1. 1. Objetivos

El objetivo general del trabajo es conocer los aspectos fundamentales en el abordaje del paciente TLP desde la enfermería, los modelos de intervención existentes y su efectividad en la asistencia holística del paciente.

Por lo tanto, como objetivos específicos queremos en primer lugar revisar la literatura científica que hable sobre el Trastorno Límite de la Personalidad y las personas que lo padecen; para así después analizar y describir los métodos de abordaje de la enfermera más efectivos para satisfacer las necesidades de los pacientes con TLP. Queremos también describir el rol de la enfermera en el equipo interdisciplinario a la hora de llevar a cabo la asistencia de los pacientes con TLP. Por último, identificar las barreras presentes a la hora de llevar a cabo los cuidados de enfermería en estos pacientes.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2. 1. Diseño

Para dar respuesta a nuestro objetivo hemos realizado una revisión narrativa con metodología sistemática.

2. 2. Estrategia de búsqueda

Hemos realizado un listado de conceptos clave basándonos en la pregunta de investigación que nos planteamos y nuestros objetivos, los hemos analizado y hemos buscado su correspondiente sinónimo en inglés. Por lo tanto, a través de nuestra pregunta de investigación (“¿Cuáles son las variables o componentes significativos en el abordaje clínico del paciente con TLP desde la enfermería y, qué programas o propuestas terapéuticas existen en la actualidad para el abordaje del paciente con TLP desde la enfermería?”), mediante la metodología PICO, hemos obtenido la población diana de nuestra investigación (pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad), la intervención en la que nos vamos a centrar (el abordaje del paciente con TLP por parte de la enfermera), así como los resultados que queremos obtener (identificar el abordaje más efectivo del paciente con TLP por parte de la enfermera).

Tabla 2. *Términos de búsqueda*

P	I	C	O
Borderline personality disorder	Nursing		

Primero, con la siguiente ecuación: (borderline personality disorder AND nursing) hemos realizado una búsqueda de estudios originales en la base de datos de Web of Science. Después, hemos adaptado la ecuación para introducirla en la base de datos Cinahl.

Para finalizar, una vez realizada la búsqueda y obtenidos los resultados, establecimos el límite temporal entre 2014 y 2024. Así, seleccionamos los artículos más recientes y, al mismo tiempo, reducimos el volumen de la búsqueda.

2. 3. Criterios de inclusión y exclusión

Después de analizar los resultados obtenidos en las búsquedas tanto en Web of Science y en Cinahl, hemos aplicado unos criterios de inclusión y exclusión para

reducir y concretar más aún nuestra búsqueda. El principal criterio de inclusión ha sido que los estudios incluyeran información sobre Trastorno Límite de la Personalidad desde el punto de vista de la enfermería y su manejo; y, el de exclusión, el que no la incluye.

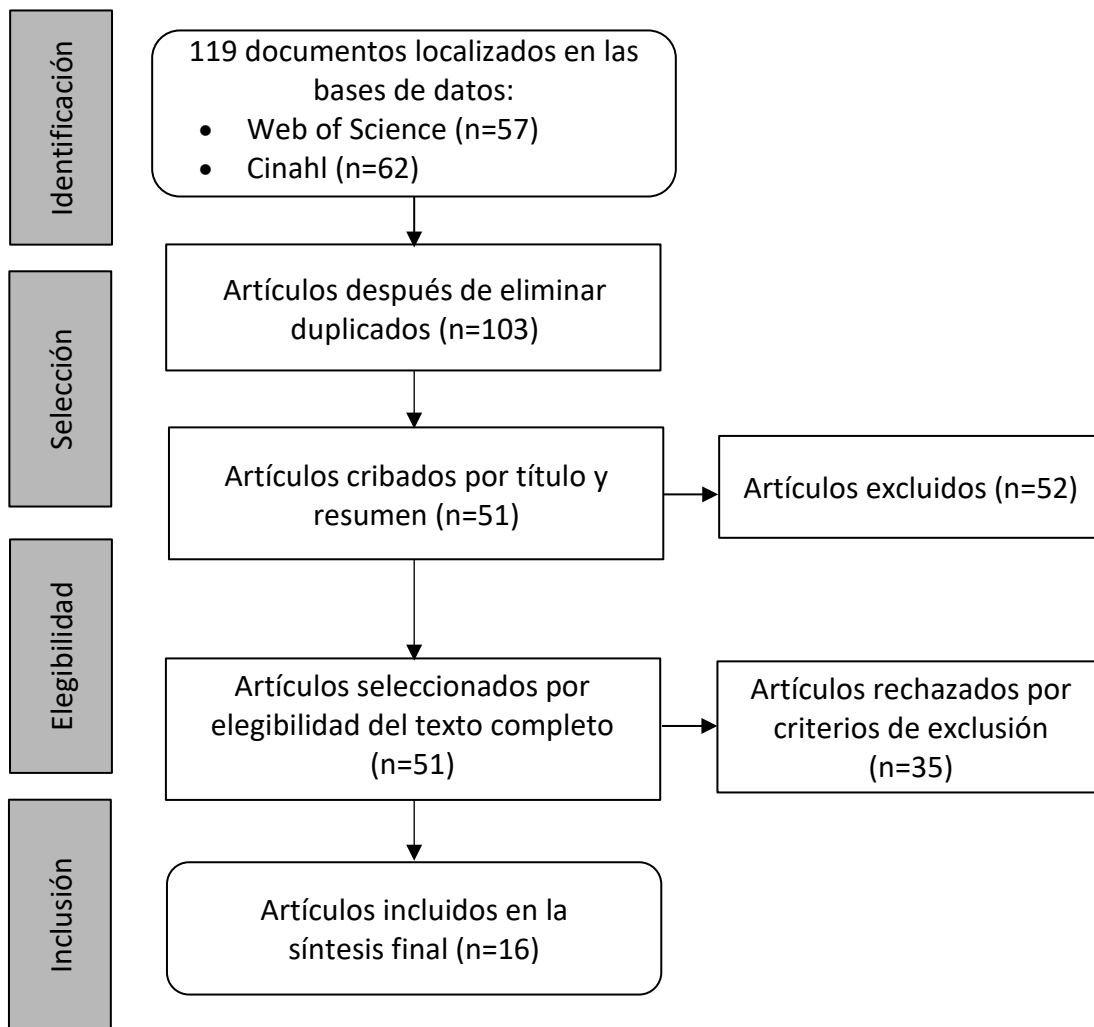
Tabla 3. *Criterios de inclusión y exclusión*

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Pacientes con TLP	Pacientes con otro tipo de trastorno
Abordaje basado en los cuidados de enfermería	Abordaje basado en los cuidados del resto de profesionales sociosanitarios
Idioma: español, inglés, portugués	Otros idiomas
Artículos con acceso al resumen y al texto completo	
Desde el año 2014	Publicados antes del 2014

2. 4. Diagrama de prisma

Una vez realizada la primera búsqueda, hemos obtenido 119 estudios entre las dos bases de datos. Tras analizarlos, hemos excluido 49 que hemos considerado que no eran relevantes para nuestro objetivo y, además, no cumplían los criterios de inclusión que hemos establecido (Tabla 2). De los 70 artículos restantes, hemos revisado los resúmenes y, cuando lo hemos considerado necesario, el artículo completo para poder seleccionar así los más adecuados y lograr los objetivos de esta revisión. Finalmente, hemos seleccionado 19 artículos.

Figura 1. Diagrama de flujo



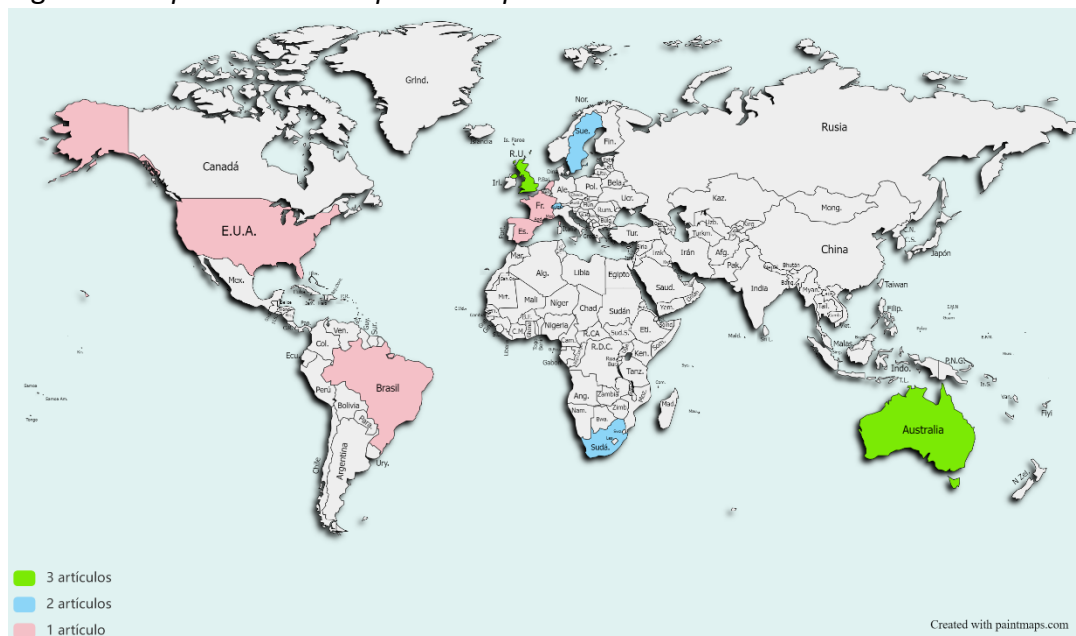
2. 5. Tabla de artículos seleccionados

En la Tabla 3 incluida en el apartado de Anexos, mostramos los resultados de los 16 artículos que hemos seleccionado después de haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 2), y hemos considerado relevantes para esta revisión.

3. RESULTADOS

De los 16 artículos seleccionados, tres eran de procedencia australiana, tres de Reino Unido, dos de Suecia, dos de Sudáfrica, dos de Suiza, uno de Francia, uno de Estados Unidos, uno de Brasil, uno de Países bajos y uno de España.

Figura 2. *Mapamundi de los países de procedencia de los artículos seleccionados.*



Tras analizar los resultados obtenidos, hemos decidido dividirlos en diferentes epígrafes con el propósito de exponerlos de manera estructurada. Comenzaremos explicando los resultados que hemos obtenido sobre el conocimiento que tiene la enfermera que trabaja en el Área de Salud Mental. Después, mencionaremos los límites de enfermería que hemos encontrado que hay en la atención de pacientes con TLP. A continuación, trataremos los resultados sobre la relación terapéutica y la implicación que tiene. Luego, hablaremos sobre la gestión de la crisis de suicidio y autolesión. Para finalizar, desarrollaremos las dos propuestas de intervenciones que hemos encontrado: el modelo de atención para el autoempoderamiento de la mujer con TLP y la Terapia Basada en la Mentalización (TBM).

3.1 El conocimiento de la enfermera en Salud Mental

En el estudio realizado por Greiner et al. (2023) evaluaron el nivel de conocimiento sobre el TLP y los pacientes que lo padecen de los profesionales del área de la Salud

Mental de distintos hospitales del área francófona de Suiza y Francia. Para ello, entregaron dos cuestionarios a 126 trabajadores, de los cuales 19 eran enfermeras. Los resultados, teniendo en cuenta la formación previa en salud mental de los profesionales evaluados, indican una baja tasa de aciertos, siendo 54% el porcentaje de respuestas correctas (Greiner et al., 2023).

A la hora de analizar el número de respuestas correctas junto a la profesión cuestionada, podemos concluir que enfermería es una de las que peor conocimiento tiene sobre el TLP. El número elevado de rotaciones que sufre la plantilla de enfermería podría explicar esta falta de conocimiento, al haber constantemente personal nuevo que desconoce los protocolos y el funcionamiento de la unidad.

Para poder gestionar esta falta de conocimiento de la mejor manera posible, el artículo propone como solución la impartición de formación adaptada a las enfermeras, siendo impartida en el momento que empiezan a trabajar en el área de Salud Mental con pacientes con TLP de manera breve y repetida en el tiempo.

Otro estudio realizado en Estados Unidos señaló que, así como la falta de conocimiento del profesional puede afectar de manera negativa a la hora de atender a un paciente con TLP, se ha visto que el tiempo trabajado en el área de SM no está proporcionalmente relacionado con una mejor atención ni cuidado (Ukwuoma et al., 2023).

3.2. Los límites de enfermería en la atención de pacientes con TLP

Taylor et al. (2022), realizaron un estudio que tenía como uno de sus objetivos comprender las limitaciones presentes en los profesionales a la hora de atender a los pacientes con TLP.

Por un lado, se observó que, el movimiento que hay dentro de los profesionales que atiende a los pacientes junto con la escasez del personal, son variables que afectan negativamente a la salud de las personas diagnosticadas de TLP. Por otro lado, el estigma puede conceptualizarse como un obstáculo en la atención a dichos

pacientes, generando tensiones a la hora de realizar la gestión del riesgo. Según indican los autores, estas tensiones pueden ser percibidas por los pacientes y acabar afectando a la relación paciente-enfermera (Taylor et al., 2023).

En otro estudio realizado en Reino Unido, se estudió otra de las variables que afecta a la atención del paciente con TLP, que es el género del paciente. El artículo revisado de Davies et. Al (2024) señala que el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad está normalmente relacionado con el género femenino. Es por esto que, los pacientes masculinos que lo sufren suelen ser diagnosticados de manera tardía retrasando así su tratamiento (Davies et al., 2024).

En este mismo estudio, se hace referencia a los estereotipos que hay en la sociedad sobre cómo los hombres deben ser autosuficientes y no mostrarse vulnerables, por lo que hace que no quieran o tarden más tiempo que las mujeres en buscar ayuda psicológica. Asimismo, este patrón de conducta que se espera de los hombres está también presente en el ámbito hospitalario, lo cual afecta a la percepción que tienen las enfermeras sobre ellos y su trastorno (Davies et al., 2024).

Según se indica en esta publicación, la manera que tienen los hombres con TLP de expresar sus emociones suelen ser más agresivas, llegando a la agresión y el consumo abusivo de sustancias (Davies et al., 2024). Las enfermeras son, entre los distintos profesionales de salud evaluados, las profesionales que menos empatía y optimismo mostraron hacia estos pacientes, pudiendo justificarse por la exposición que tienen a ellos.

En el año 2023, Greiner et al. realizaron un estudio en hospitales del área francófona de Suiza y Francia en el cual se observó que el estigma hacia el Trastorno Límite de la Personalidad sigue estando muy presente entre los profesionales que trabajan con estos pacientes, como son los médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Por una parte, sienten miedo de lo que el paciente pueda hacer tanto a ellos como a uno mismo, por lo que 1 de cada 5 expresa que le gustaría evitar a los pacientes con este diagnóstico (Greiner et al., 2023). Asimismo, casi un cuarto

de los participantes en el estudio (23%) considera que son pacientes manipuladores (Greiner et al., 2023).

En relación con el estigma hacia el TLP, en el año 2020 se realizó un estudio en Australia en el que se analizó la importancia de ser transparentes a la hora de comunicar el diagnóstico y con la información que se ofrece al paciente. En dicho estudio se concluye que el hecho de no revelar el diagnóstico al paciente por el estigma que va a suponer no es beneficioso ya que, según los pacientes, el diagnóstico les ayuda a comprender su estado y comportamiento (Proctor et al., 2021).

3.3. La relación terapéutica

Romeu-Labayen et al. (2020) realizaron en España un estudio con el objetivo de identificar las acciones y factores psicoterapéuticos de la relación terapéutica que las personas con TLP consideran útiles en su recuperación. Para ello, obtuvieron una muestra de 12 mujeres cuyo diagnóstico principal fuese el Trastorno Límite de la Personalidad. Pudieron observar que, actualmente, la enfermera de SM se ciñe más al modelo biopsicosocial que al tradicional biomédico. Por ello, uno de sus objetivos principales es establecer una relación terapéutica de confianza, ya que se considera crucial a la hora de atender a los pacientes con TLP (Romeu-Labayen et al., 2020).

Para que una relación terapéutica entre la enfermera y el paciente con TLP se construya de manera adecuada y positiva, deben cumplirse varios factores psicoterapéuticos. Por un lado, tener inquietud sobre el TLP; es decir, que tanto por parte de la enfermera como del paciente y la familia haya voluntad de aprender sobre el trastorno. Cuando la enfermera tiene suficientes conocimientos y se los sabe transmitir al paciente y a sus familiares, ayuda a que éste tenga un mejor manejo de su ansiedad, evitando así una posible crisis o empeoramiento de la misma al tener conocimientos suficientes para gestionarlas. Una de las formas de que los pacientes aprendan sobre el TLP son las terapias de grupo en las que participan pacientes que están más avanzados en su proceso de recuperación (Romeu-Labayen et al., 2020).

Otro de los factores imprescindibles para una relación terapéutica adecuada es la ya mencionada confianza. La actitud que tiene la enfermera frente a los pacientes puede favorecer la creación de ese vínculo; es decir, cuando muestra interés, empatía y una escucha activa (Romeu-Labayen et al., 2020).

Por último, los pacientes expresaron un empoderamiento cuando la enfermera les hacía sentirse validados y les tenía en cuenta en la toma de decisiones. Para ello, mediante una relación de confianza en la que se sienten escuchados, los pacientes con TLP perciben como positivo que la enfermera valide sus emociones y sentimientos. Asimismo, sienten igual de importante la validación de su competencia a la hora de tomar sus propias decisiones. Es un proceso que se hace de manera conjunta entre la enfermera y el paciente, la enfermera no debe únicamente proporcionar la información (Romeu-Labayen et al., 2020).

Dentro de la relación terapéutica establecida desde la enfermería, la integración y consideración del contexto familiar del paciente es importante. En este sentido, el estudio realizado por Romeu-Labayen et al. (2020) indica que el hecho de que los familiares de los pacientes estén adecuadamente informados, alivia los niveles de angustia y mejora la comprensión de los comportamientos o actitudes del paciente. Asimismo, los familiares logran desarrollar habilidades para actuar frente a una crisis y favorece un ambiente más acogedor para el paciente.

3.4. La gestión de la crisis de suicidio y autolesión

La prevalencia de suicidio y autolesiones en pacientes con TLP es muy elevada ya que suelen experimentar altos niveles de angustia, por ello la tasa de muerte por suicidio es está entre el 3% y el 10% (Acrés et al., 2022). Como ya hemos mencionado, los pacientes con TLP tienen una mayor dificultad para controlar los impulsos y una alta sensibilidad emocional, pudiendo llegar a sentir mucha angustia. Cuando los pacientes con TLP se ven sobrepasados por sus emociones y comienzan a tener una crisis, los cuidadores principales suelen buscar una atención urgente y especializada (Acrés et al., 2022).

Por lo tanto, el servicio de urgencias es muchas veces el primer lugar al que acuden los pacientes con TLP en situación de crisis aguda. Sin embargo, según el estudio realizado por Acres et. al. (2022), las necesidades de los pacientes y familiares no siempre se ven cubiertas. Los autores del artículo destacan algunos déficits como la falta de comunicación por parte de los profesionales con los cuidadores a la hora de atender a los pacientes, ya que no se les tiene en cuenta y no les llega la información adecuada de cómo actuar frente a una crisis. Según el estudio, el gobierno australiano ahorra unos 13.200 millones de dólares al año gracias a la participación de los cuidadores, ya que la demanda de servicios como urgencias disminuye significativamente.

En el mismo estudio se recalca que, según la experiencia de los cuidadores, la atención en urgencias por parte de la enfermera fue estigmatizante y prejuiciosa. Destacan la carencia de compasión, comunicación y empatía; así como la falta de atención centrada en la persona (Acres et al., 2022).

Por otro lado, el ingreso no planificado e involuntario es muchas veces la manera en la que se gestionan estas crisis. Sin embargo, estas hospitalizaciones acarrearán más consecuencias negativas que positivas, provocando ingresos repetidos y poca mejoría del paciente (Helleman et al., 2014). Además, estos ingresos suelen ser de larga duración y, como consecuencia, las conductas suicidas y de autolesión de los pacientes suelen aumentar (Antoinette Lundahl et al., 2023). Según el estudio realizado por Antoinette Lundahl, et al. (2023), pasados 2-3 días, el riesgo de autolesión en paciente con TLP ha disminuido considerablemente; de ahí en adelante, si el ingreso continúa, el riesgo comienza a aumentar otra vez. Como alternativa se propone el ingreso breve planificado ante las crisis agudas de los pacientes con TLP. Este tipo de ingresos comienzan con la organización de la estancia, se establece un plan de tratamiento, objetivos específicos, como va a ser el procedimiento del ingreso y una conversación al inicio con una enfermera. Todo ello se lleva a cabo junto con el paciente y, además, se acuerdan también la frecuencia de estos ingresos, su duración y los objetivos específicos e individuales. Por lo tanto,

el objetivo principal de estos ingresos es la gestión de la crisis sin perder la autonomía que tiene el paciente.

Según el estudio realizado por Helleman et al. (2014), el contacto con la enfermera durante el ingreso breve fue uno de los aspectos más importantes. Ya que, mediante una conversación con ellos les ofrecen distracción y compañía; lo cual les ayuda a sentirse atendidos y escuchados. Por el contrario, el rechazo por parte de la enfermera hace que los pacientes con TLP se sientan amenazados provocando sentimientos de ansiedad e ira, y aumentando la conducta de autolesión. Por ello, los pacientes con TLP necesitan que por parte de la enfermera se sientan escuchados, aceptados y apoyados.

En otro estudio realizado en Brasil se destacó la importancia de la escucha activa a la hora de dialogar con los pacientes (Agnol et al., 2019). Lo describen como la clave en la acogida del paciente, que no necesariamente tiene que hacerse por un solo profesional en un mismo espacio y momento. Asimismo, mencionan la importancia de la medicación, que muchas veces se usa como medida de aliviar la sintomatología del paciente. Destacan que es fundamental que la enfermera actúe éticamente de manera correcta ya que es la que va a administrarla. Por otro lado, la contención mecánica en la cama es otra de las técnicas más utilizadas a la hora de gestionar una crisis en los pacientes con TLP. Según el estudio, debe usarse como último recurso y cuando los demás no han sido eficaces, ya que no siempre es beneficiosa para el paciente al quitarle toda la autonomía y libertad.

3.5. Propuestas de intervenciones

3.5.1. Modelo de atención para el autoempoderamiento de la mujer con TLP

Ntshingila et al. (2021) desarrollaron en Sudáfrica un modelo de atención a pacientes del género femenino con TLP con el objetivo de que las enfermeras de SM lo utilizaran como marco de referencia en el entorno hospitalario.

Primero analizaron tanto el concepto central como el identificado del modelo; es decir, ayudar a las mujeres con diagnóstico de TLP a autoempoderarse. Para llegar a

este concepto central, se analizaron las vivencias de las mujeres y se identificaron cinco temas principales; el primero, las experiencias que han vivido estas mujeres en su infancia, a menudo en un entorno no seguro; el segundo, los sentimientos que han sentido, como el de vacío; el tercero, las relaciones que han mantenido, que normalmente son inestables; el cuarto, los problemas de salud mental que han tenido; y, por último, lo que les ha supuesto esa falta de salud mental en su vida.

Una vez identificado el concepto central, se definió y clasificó. Por lo tanto, el modelo busca promover la salud mental de las mujeres con TLP a través del suministro de recursos y, así, crear un ambiente agradable en el cual la enfermera de salud mental pueda aplicar el modelo de manera activa y participativa. De este modo, las mujeres con TLP podrán fortalecer su valía a través del autoempoderamiento.

Este concepto central se clasificó mediante el listado de preguntas de Dickoff, James y Wiedenbach. Este listado lo forman las siguientes seis preguntas:

- ¿Quién es el agente? El agente es la persona que trata de lograr el objetivo de la enfermería.
- ¿Quién es el destinatario? El destinatario es la persona que interactúa con el agente.
- ¿Cuál es el procedimiento? El procedimiento es la intervención que se va a llevar a cabo para alcanzar el objetivo.
- ¿Cuál es la dinámica? La dinámica hace referencia a las limitaciones o facilidades a la hora de aplicar el modelo.
- ¿Cuál es el contexto? El contexto indica el lugar en el que se va a llevar a cabo la intervención (hospitalario, ambulatorio, domiciliario, etc.).
- ¿Cuál es el resultado? El resultado es el objetivo que se quiere alcanzar al aplicar este modelo.

Por lo tanto, la respuesta a las anteriores preguntas, basándonos en el concepto central del modelo, son las siguientes (Ntshingila et al., 2021):

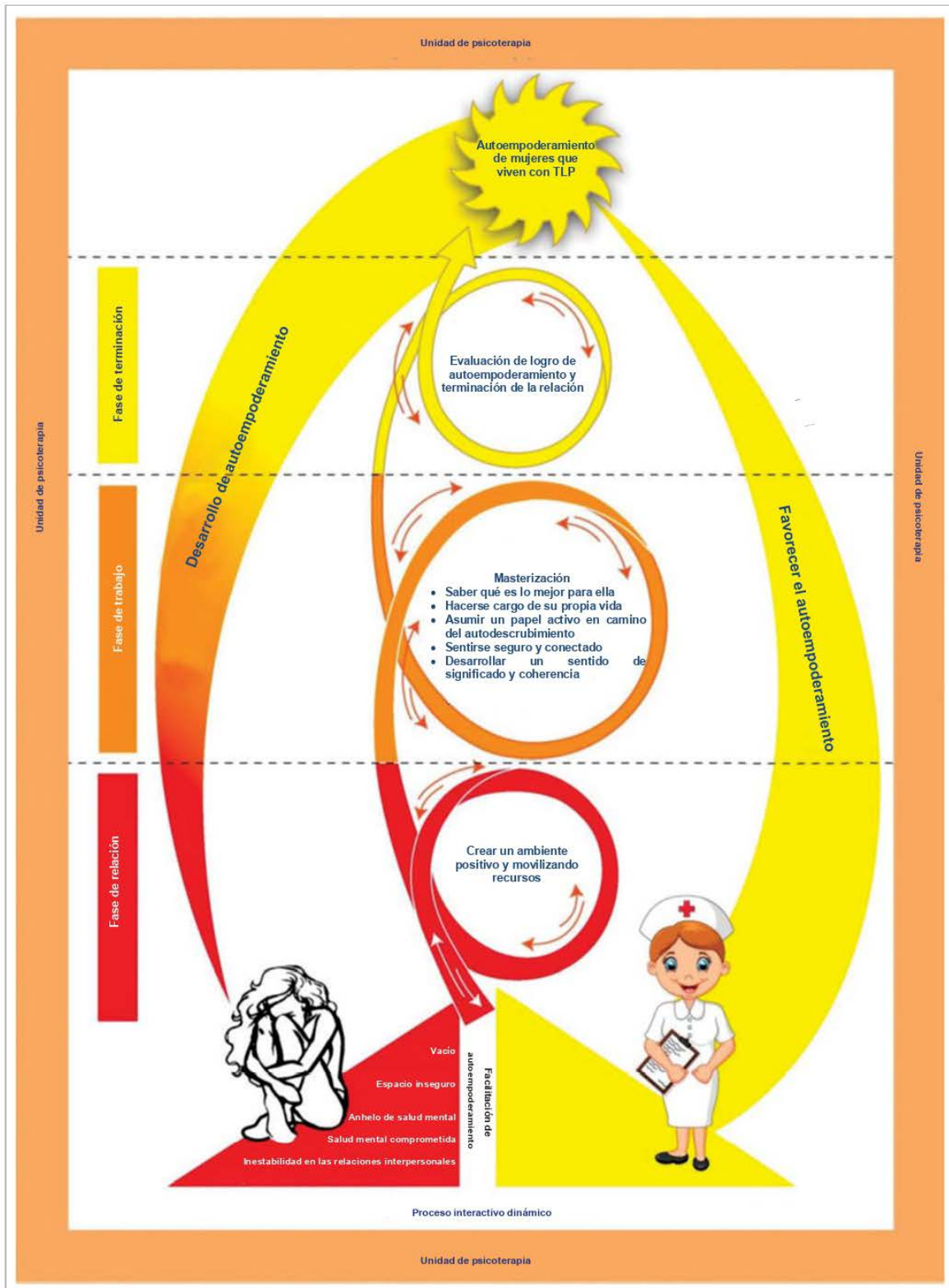
- Agente: La enfermera psiquiátrica que tiene como objetivo ayudar a autoempoderarse a las mujeres con TLP.
- Destinatario: Las pacientes diagnosticadas con TLP.

- Procedimiento: La aplicación del modelo TBM en tres fases (relación, trabajo y terminación) por la enfermera de SM.
- Dinámica: Son los limitadores o facilitadores a la hora de aplicar el modelo; en este caso, los cinco temas ya descritos en el concepto central.
- Contexto: La unidad psiquiátrica donde las pacientes con TLP estaban ingresadas.
- Resultado: El autoempoderamiento de las mujeres con el diagnóstico de TLP.

Para poder aplicar este modelo, se definió como debe ser la relación de la enfermera con la paciente. En primer lugar, la enfermera debe crear un entorno agradable, seguro y positivo para poder ayudar a la paciente con TLP a tener una actitud activa e independiente frente a su vida. Para ello, la enfermera pondrá a disposición de la paciente los recursos disponibles y necesarios; así, la mujer ganará seguridad y confianza en ella misma, logrando el objetivo del autoempoderamiento.

La Figura 3 es una representación gráfica del modelo. El color melocotón hace referencia al contexto, la Unidad Psiquiátrica, que debe reflejar seguridad y tranquilidad. La paciente con TLP está colocada en el lado izquierdo de la imagen, de color rojo. Con este color hacen referencia al nivel de energía y acción de la paciente; asimismo, la fase de relación está representada por el mismo color aludiendo a las emociones y sentimientos de la paciente durante la misma. Por otro lado, la enfermera de salud mental aparece en un triángulo de color amarillo, queriendo referenciar la transparencia de la misma. Además, su flecha amarilla sigue el mismo camino que la roja, la de la paciente, queriendo representar el camino que deben hacer juntas. Respecto al proceso en sí del autoempoderamiento, es decir, la aplicación del modelo, aparece en forma de espiral, reflejando la continuidad del mismo. Al mismo tiempo, vemos unas flechas hacia arriba, que señalan tanto la mejoría de la paciente con TLP a lo largo de la aplicación del modelo como las capacidades que va adquiriendo; y, otras hacia abajo, haciendo referencia a una posible recaída. El color de la espiral varía desde el rojo en la fase de relación, pasando por el naranja en la de trabajo, hasta el amarillo en la de terminación. Al final del todo, vemos como las flechas apuntan al resultado esperado después de la

Figura 3. Representación gráfica del modelo de atención para el autoempoderamiento de la mujer con TLP, traducida del original.



aplicación del modelo: el autoempoderamiento de la mujer con TLP.

Por lo tanto, en la primera fase del modelo, la de relación, la enfermera debe establecer el vínculo de confianza con la paciente. Por ello, la enfermera debe conocer y tener las habilidades necesarias para poder crear la relación de manera adecuada. Asimismo, debe ofrecer los recursos disponibles y necesarios a la paciente como son la terapia individual, grupal, educación y formación. Según los autores, es la enfermera de salud mental la profesional más adecuada para llevar a cabo esta tarea dado el tiempo que están junto a la paciente.

Una vez establecida la relación, comienza la segunda fase, la de trabajo. En esta la enfermera y paciente trabajan conjuntamente para identificar y definir los aspectos que deben trabajar para conseguir el autoempoderamiento que buscan. El objetivo principal de la fase es conseguir que la paciente tenga las habilidades suficientes para enfrentar los problemas de la vida diaria. Para ello, la paciente con TLP debe tener una actitud activa durante todo el proceso mientras que la enfermera de SM la acompaña.

Por último, el proceso de autoempoderamiento acaba con la fase de terminación. En ella se analizan las fases anteriores y se evalúa el grado de consecución del objetivo final: el autoempoderamiento. Esta evaluación la lleva a cabo la enfermera de SM que ha acompañado a la paciente durante todo el proceso. Al mismo tiempo, debe preparar la finalización de la relación terapéutica establecida teniendo una participación menor. Así, la enfermera puede verificar si la paciente ha alcanzado el nivel de autoempoderamiento suficiente para poder continuar y funcionar de manera individual.

Ntshingila, uno de los autores del modelo, llevó a cabo un estudio con un diseño de investigación cualitativo, exploratorio, descriptivo y contextual sobre la aplicación del mismo en Sudáfrica (2020). La muestra estaba compuesta por cinco enfermeras que trabajan en una unidad de psicoterapia para pacientes hospitalizados en un hospital de SM. Según las enfermeras que habían trabajado con el modelo, era beneficioso a la hora de atender a pacientes con TLP. Se vieron resultados positivos en las pacientes

que realizaron el procedimiento que establece el modelo, ya que hubo una mejoría notoria en el empoderamiento de las mismas (Ntshingila, 2020).

El autor Ntshingila observó que la fase en la que mayor dificultad encontraron las enfermeras fue en la de relación. La diferencia que puede haber entre la enfermera y el paciente tanto en cultura como en religión, etnia, estudios, experiencias, prejuicios y expectativas puede afectar a la hora de crear relación terapéutica ya que aumenta la ansiedad y la tensión entre ambos. Cuando esta fase no se realiza de manera correcta, las pacientes continúan teniendo actitudes de autolesión y agresión, dificultando el trabajo de la enfermera e incrementando su frustración. Por lo tanto, para llegar a crear el vínculo necesario en la relación terapéutica, se deben superar esas diferencias y construir una base de confianza. Siendo esto así, la fase de relación puede alargarse más en el tiempo con pacientes diagnosticados con TLP.

Por el contrario, en la fase de trabajo fue en la que las enfermeras más evolución percibieron en la paciente. Se observó un aumento en la responsabilidad que asumían las pacientes tanto en sus propias vidas como en la toma de decisiones.

La estancia de las pacientes duró un total de 8 semanas, lo cual las enfermeras de salud mental no consideraron fuese suficiente y expresaron que la fase de finalización fue demasiado breve. Asimismo, los sentimientos negativos como el aislamiento, abandono y rechazo de las pacientes aumentaban conforme empezaba la tercera fase. Para evitarlo, el autor propone un seguimiento psiquiátrico una vez la paciente tenga el alta.

3.5.2. Terapia Basada en la Mentalización

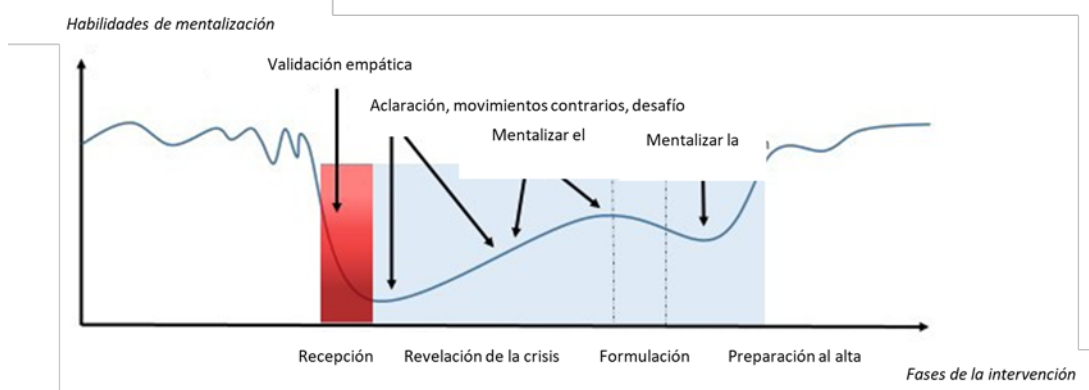
Los autores Greiner et al. en el año 2022 desarrollaron en Suiza una intervención llamada Terapia Basada en la Mentalización. Está adaptada para ser aplicada en el ingreso breve con pacientes con TLP en casos de crisis suicida. Tiene un enfoque desde la mentalización y se debe llevar a cabo en un entorno concreto y estructurado.

Los autores del estudio definen la crisis suicida de los pacientes con TLP como un fallo en su capacidad para mentalizar. El concepto de mentalizar hace referencia al

proceso que se hace con el objetivo de crear significado y comprensión. Se hace a través de las capacidades representacionales, relacionando las conductas de una persona con sus estados mentales. Cuando este proceso deja de realizarse de manera correcta, los estados de ánimo ocupan más espacio y se vuelven invasivos. En la TBM se define la conducta suicida como la consecuencia de tres componentes: un riesgo en las relaciones más estrechas, una disminución de la capacidad de mentalizar provocando una sensación de extrañamiento de uno mismo y como violencia dirigida hacia uno mismo como recurso para recuperar la propia identidad subjetiva.

Por lo tanto, la TBM se basa en realizar con el paciente 2 entrevistas diarias de 45 minutos de duración cada una; en una participarán tanto el médico como la enfermera y, en la otra, solamente enfermería. El ingreso breve tendrá una duración máxima de 7 días y se diferenciarán cuatro etapas (recepción, revelación de la crisis, formulación y preparación para el alta), en cada una de ellas el enfoque de la intervención será distinto (Figura 4) (Greiner et al., 2022).

Figura 4. Gráfica de las fases de la Terapia Basada en la Mentalización, traducida de la original (Greiner et al., 2022).



La primera fase, la de recepción, comienza desde que el paciente solicita atención psicológica. Se analizará la situación del paciente y, en caso de detectar la necesidad de una hospitalización, se llevará a cabo en el momento. En la primera entrevista, se comienza a indagar sobre la crisis de suicidio que padece el paciente y se evalúa su capacidad de mentalización (Greiner et al., 2022).

La segunda fase, la de revelación de la crisis, se extiende durante los días 2, 3 y 4 del ingreso. Durante la misma, se realizan entre cuatro y seis entrevistas con el paciente, con el objetivo de establecer los detonantes de la crisis. Se procura buscar el enfoque que tiene el paciente; es decir, cambiar la perspectiva de la causa de la crisis de factores externos a internos. En la fase de revelación de la crisis se van a intentar incentivar las posibles distintas perspectivas; por ello, la familia participa en una de las entrevistas (Greiner et al., 2022).

La fase de formulación, la tercera, tiene como objetivo desarrollar una hipótesis de crisis en la que se relacionen factores causantes tanto externos como internos. Al mismo tiempo, se creará un plan de intervención en caso de una nueva crisis; después, se entregará al centro donde se continuará con los cuidados ambulatorios del paciente (Greiner et al., 2022).

La última fase es la de preparación para el alta, que tiene una duración de 2 días. En ésta se prepara al paciente para ser dado de alta de la hospitalización con el objetivo de continuar su cuidado de manera ambulatoria. Durante esta fase los pacientes pueden experimentar apego y su capacidad de mentalizar se puede alterar (Greiner et al., 2022).

Los profesionales que han trabajado con este método de intervención expresan que hay un mayor optimismo sobre la recuperación de los pacientes. Aseguran que, trabajar con un enfoque común entre los diferentes profesionales ayuda a mantener una atención mejor coordinada. Al mismo tiempo, los profesionales sintieron mayor satisfacción con el trabajo realizado y una disminución de la inseguridad al trabajar con pacientes con TLP. Por todo ello, la empatía hacia los pacientes aumentó, disminuyendo así el estigma hacia el trastorno (Warrender, 2015).

El ingreso breve fomenta la autonomía del paciente, ya que fortalece la determinación y el cuidado hacia uno mismo. Al mismo tiempo, facilita la conciliación entre las crisis que puede ocasionar el trastorno y su vida cotidiana. Asimismo, las enfermeras afirman que este método de intervención es preferible frente al ingreso

convencional ya que impulsa la autorresponsabilidad del paciente con TLP, disminuyendo así la carga del profesional (Enoksson et al., 2022).

Un estudio realizado en Australia en el año 2020 propuso la participación activa de los pacientes a la hora de dar el parte de información de enfermería en el cambio de turno. Los pacientes reconocieron los beneficios de que la enfermera se presente personalmente a ellos cuando comienza el nuevo turno, lo consideran un gesto de respeto e igualdad. De este modo, la relación enfermera-paciente se construye desde la seguridad y confianza. Según las encuestas, el lugar más apropiado para realizarlo es junto a la cama del paciente. Por el contrario, esta propuesta tiene algunas limitaciones, como es el incremento de la carga de trabajo ya que supone invertir más tiempo (Olasoji et al., 2020).

4. DISCUSIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad, por las características que lo componen, es un trastorno muy complejo. Como hemos visto, la etiología de este puede ser tanto por factores genéticos como por neurobiológicos y/o psicosociales, aunque su herencia genética es más dudosa. Del mismo modo, la forma de expresión que tiene es muy diversa, por lo que los criterios diagnósticos tanto del DMS-5 como del CIE-10 son muy amplios. Por ello, el diagnóstico puede confundirse fácilmente con otros trastornos que suelen ir ligados al TLP, como son la depresión o la ansiedad. Así, se atrasa el tratamiento y estas comorbilidades van emporando cada vez más.

Por otro lado, hemos podido ver como el rango de edad en el que se diagnostica el TLP está entre los 19 y 34 años. Sin embargo, la aparición de los síntomas comienza entre los 14 y 20 años. Esto supone que el paciente está aproximadamente 5 años con sintomatología activa del TLP, pero sin diagnóstico ni tratamiento adecuado para éste. Cuando el manejo del trastorno no se hace de manera adecuada, los pacientes sufren niveles de angustia muy elevados que los llevan a tener crisis de suicidio y autolesión. Por lo tanto, resulta preocupante que una gran cantidad de adolescentes y adultos jóvenes conviven con el TLP sin tener un diagnóstico claro, a menudo paralizando sus vidas por completo para ser hospitalizados por largos periodos de tiempo. Todo ello, les supone pérdida de horario lectivo y/o laboral, impidiendo su desarrollo profesional adecuado. Al mismo tiempo, la salud mental conlleva muchos estigmas que pueden desencadenar una situación de acoso escolar o abandono de amistades, desestabilizando más aun su estado emocional.

Viendo el creciente aumento de pacientes diagnosticados con TLP, nos surgen dudas sobre cuál puede ser el motivo. ¿Es por qué se ha mejorado el método de diagnóstico y ahora es más preciso? O, más bien, ¿han aumentado los casos por el cambio en los hábitos y estilos de vida que tenemos hoy en día? Lo cierto es que no hemos encontrado literatura que investigase la causa de este incremento y creemos que es un área aún por indagar. Bajo nuestro punto de vista, este aumento se podría deber a una combinación de ambos motivos ya que, vemos como los estudios sobre el TLP

van en aumento, mejorando así nuestro conocimiento sobre el trastorno. Siendo esto así, conocemos mejor su funcionamiento y, por lo tanto, podemos diagnosticarlo de manera más precisa. Al mismo tiempo, los hábitos de la sociedad están cambiando de manera muy drástica en los últimos años y creemos que esto puede tener una relación muy estrecha con el aumento de las enfermedades mentales, entre ellas el Trastorno Límite de la Personalidad.

En cuanto al género de los pacientes con TLP, vemos como el femenino es más predominante. Tras analizar esta diferencia, destacamos dos posibles causas: biológicas o sociológicas. En la literatura revisada, sin embargo, no hemos encontrado ningún autor que hablase de una distinción biológica que justificase la diferencia en la proporción. Sí hemos encontrado autores, como Davies et al. (2023), que hablan de una sociedad marcada por los estereotipos que, como consecuencia, se puede justificar la diferencia de expresión del TLP entre los géneros.

En la sociedad de hoy en día, aunque esto se está cambiando, sigue habiendo grandes diferencias en las condiciones de vida y el comportamiento que se espera de una mujer y de un hombre. De esta forma, tanto en el TLP como en otros problemas de salud mental, pueden observarse fenómenos como la sobrestimación de diagnósticos en las mujeres y la infraestimación en los hombres. A través de la literatura revisada, hemos podido comprender que existen sesgos en relación a los estereotipos de género que pueden afectar a la percepción del fenómeno del TLP; en este sentido, existen estereotipos sobre la masculinidad que objetan la “debilidad”, el “sufrimiento”, la expresión emocional y/o la búsqueda de apoyos, haciendo menos probable que los hombres acudan a los recursos de salud mental. En el caso de las mujeres, estos estereotipos funcionan exactamente en la dirección opuesta. Por otro lado, es razonable pensar que las desigualdades existentes en relación a otros determinantes sociales de la salud asociados al género, afecten a la comprensión del TLP (desigualdades económicas, sociales, de acceso a recursos, etc. Asimismo, los propios trabajadores tenemos una mirada sesgada por los estereotipos de la sociedad ya que los tenemos muy interiorizados.

En el estudio realizado por Davies et al. (2023) observaron que las enfermeras somos las profesionales que menos empatía y optimismo tenemos hacia los pacientes masculinos con TLP. Tras analizarlo, creemos que algunas cuestiones relacionadas con el estigma hacia las personas con TLP, percibidas frecuentemente como más agresivas o violentas, pueden explicar las actitudes de miedo y rechazo.

En la literatura revisada, se habla de diferentes psicoterapias para abordar el tratamiento de los pacientes con TLP. Sin embargo, como acaban concluyendo también Burgal y Pérez (2017) en su estudio, creemos que tan importante es la psicoterapia escogida como el profesional que la lleva a cabo. Es decir, es fundamental que a la hora de realizar un abordaje se escoja a un profesional que este formado en él y tenga los conocimientos suficientes para llevarlo a cabo de manera correcta.

En el estudio realizado por Greiner et al. (2023) pudieron observar cómo la enfermera era, entre los diferentes profesionales que forman parte de la atención y cuidado de los pacientes en salud mental, la que menor conocimiento tenía sobre el TLP. A pesar de esta falta de conocimiento y formación en salud mental entre las enfermeras, vemos como la enfermería en los últimos años se está encaminando hacia la especialización, entre ellas la de Salud Mental. En la última convocatoria de EIR, la especialidad en Enfermería de Salud Mental fue la tercera que mayor cantidad de plazas ofrecía detrás de Enfermería Obstétrico-ginecológica y Enfermería Familiar y Comunitaria, con un total de 330 plazas (EIR 2024: El examen será el 20 de enero, 2023). Siendo esto así, de cara a los próximos años, el número de enfermeras especializadas en Salud Mental habrá aumentado considerablemente y, con ello, nuestro conocimiento y formación.

Hasta alcanzar el número de enfermeras especialistas en Salud Mental necesario para cubrir las necesidades de los pacientes, se podrían aplicar métodos de formación para las enfermeras generalistas. Es decir, docencias que se puedan impartir de manera breve e *in situ* en las unidades y centros de Salud Mental. Al mismo tiempo, aunque sabemos que el tiempo trabajado no está directamente relacionado con

mayor conocimiento en el área, vemos imprescindible que en todos los turnos siempre haya una enfermera conocedora de la unidad que pueda ayudar a las nuevas compañeras que se incorporan.

Llegados a este punto, creemos necesario recordar el objetivo principal de nuestra revisión, que es conocer los aspectos fundamentales del abordaje del paciente con TLP desde el punto de vista de la enfermería.

Después de analizar la literatura encontrada sobre el TLP y la enfermería, nos llama la atención la importancia que tiene la relación terapéutica en el abordaje de estos pacientes. Según Vidal Blan et al. (2009) la relación terapéutica se define como “una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad”. Para que ésta se forme de correcta, debemos ver al paciente en su totalidad y no solo el trastorno; es decir, saber que el paciente es un ser biopsicosocial dinámico y así debemos abordarlo.

Del mismo modo, debemos tener presentes los diferentes roles y funciones que tenemos como enfermeras. En otras palabras, ir más allá de nuestro rol asistencial y desarrollar el docente, investigador y gestor, para así poder cumplir nuestras funciones. Estas van desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y restauración de la salud, hasta el alivio del sufrimiento. Todo ello debemos desarrollarlo y aplicarlo en los pacientes con TLP.

Siendo esto así, nos surge la cuestión de ¿qué puede hacer la enfermera para lograr establecer una correcta relación terapéutica con el paciente con TLP? Es imprescindible que como enfermeras no juzguemos al paciente, su comportamiento o las decisiones que toma. No obstante, el estigma hacia el TLP sigue estando muy presente tanto en la sociedad como entre los trabajadores del área de SM. Este estigma muchas veces está generado por la idea preconcebida que tenemos sobre las personas con TLP ya que se piensa que son muy agresivas y violentas. Siendo esto así, las enfermeras desarrollamos un miedo hacia ellos e incluso llevamos a querer

evitarlos. Para que esto no sea así, como enfermeras debemos hacer una correcta gestión del riesgo a la hora de atender a estos pacientes, haciendo una evaluación inicial exhaustiva y marcando límites con el paciente.

Del mismo modo, la escucha activa por parte de la enfermera es necesaria para poder establecer un vínculo con el paciente. Para ello, debemos prestar atención al mensaje completo; es decir, no solo a lo que el paciente dice sino a cómo lo dice, qué lenguaje no verbal utiliza. A parte de al paciente, es importante atender a lo que la familia o entorno del mismo dice. En ocasiones, como enfermeras, nos centramos únicamente en los pacientes olvidándonos de la importancia que tiene su entorno a la hora de recuperarse y gestionar el trastorno. Al escuchar a ambas partes, ayudamos a reducir su angustia y a comprender mejor la situación que están viviendo.

Debemos tener presente que el abordaje de los pacientes con TLP debe hacerse en conjunto entre él, la enfermera y el entorno. Por lo tanto, debemos acompañarlos en el proceso validando su autonomía y capacidad de decisión, sin limitarnos a informarles y dar órdenes. Para poder cumplir este objetivo, es fundamental que la interacción se haga desde la confianza mutua.

Una vez hemos visto cuáles son los aspectos más importantes en el abordaje de los pacientes con TLP, ¿qué podemos hacer frente a una crisis de suicidio? Como ya hemos mencionado, los pacientes diagnosticados con TLP sufren repetidas crisis de suicidio, normalmente causadas por un aumento de estrés. Cuando esto pasa, no saben gestionarlo y acaba convirtiéndose en una angustia tan elevada que provoca conductas de autolesión y suicidio. En el momento en el que aparece este comportamiento, los pacientes suelen acudir al servicio de urgencias, convirtiéndose así en la puerta de entrada para su atención. Además de ser un entorno hostil para el paciente, la atención recibida por las enfermeras de este servicio, según el estudio realizado por Acres et. al. (2022), se describe como poco compasiva, con escasa comunicación y empatía.

Tras analizar la situación, creemos que la colaboración de una enfermera especializada en salud mental puede ser una posible propuesta de mejora. Consideramos que su presencia podría mejorar la experiencia de los pacientes con TLP en el servicio de urgencias ya que sus conocimientos sobre el manejo y abordaje del trastorno son mayores a los de la enfermera generalista.

Por lo tanto, cuando por parte del paciente no se realiza una correcta gestión del estrés y angustia, acude al servicio de urgencias en busca de ayuda. Habitualmente, esta atención suele derivar en un ingreso involuntario y, normalmente, de repetición. Siendo esto así, ¿qué podemos hacer desde la enfermería para evitarlo?, ¿existe algún modelo de intervención para protocolizar ese abordaje? Según la literatura que hemos recogido en esta revisión, podemos destacar dos modelos de intervención. El primero, es el modelo de atención para el autoempoderamiento de la mujer con TLP, desarrollado por Ntshingila et al. (2021) en Sudáfrica. Se trata de un marco de referencia para el abordaje enfermero de estas pacientes a nivel hospitalario. Tras analizarlo, no podemos decir estrictamente que se trate de una intervención efectiva ya que en el estudio realizado por Ntshingila (2020) en el que lo aplicó, a pesar de concluir que sí lo era, la muestra utilizada, además de ser intencional, estaba compuesta por apenas cinco enfermeras. Por lo tanto, sería necesario realizar otro estudio con una muestra aleatorizada mayor para poder definir su efectividad.

Asimismo, en la fase final de la intervención, la de terminación, los autores Ntshingila et al. (2021) proponen hacer una evaluación por parte de la enfermera del grado de consecución del autoempoderamiento. A pesar de eso, no ofrecen ningún método de evaluación para poder medir dicho grado ni ningún baremo para poder decir hasta qué punto se puede dar por válida o no la intervención. Por lo tanto, dicha evaluación queda en manos de la enfermera y su criterio subjetivo del nivel de autoempoderamiento adquirido por la paciente.

La segunda propuesta de intervención se trata de la Terapia Basada en la Mentalización adaptada al formato de ingreso breve. Como hemos visto, tiene una duración de 7 días y se diferencian 4 etapas. En la primera etapa, la enfermera debe

evaluar y analizar al paciente que solicita el ingreso, para determinar si es éste es necesario o no. En la propuesta de Greiner et al. (2022) proponen algunos ejemplos de preguntas que podemos realizarles en esta entrevista, pero no cómo evaluar las respuestas de los pacientes. Del mismo modo, no sugieren ningún método o escala de medición de la capacidad de mentalización de los pacientes. Por lo tanto, para poder realizar esta intervención, la enfermera debe de estar muy formada en la TBM ya que muchas de las decisiones se dejan en mano de su opinión. De igual manera, en la fase segunda fase de revelación de la crisis, la enfermera debe hacer entre 4 y 6 entrevistas al paciente. Nuevamente, no se especifica cómo se deben hacer ni la estructura que deben tener.

Respecto a la efectividad de la TBM en los pacientes con TLP, en el estudio realizado por Warrender (2015), se obtuvo un resultado positivo ya que disminuyó el estigma y aumento tanto la seguridad como la empatía hacia los pacientes. A pesar de eso, no podemos decir rigurosamente que sea efectivo ya que la muestra utilizada fue escogida de manera intencional y estaba compuesta solamente por nueve enfermeras. Como hemos mencionado en el párrafo anterior, la intervención tampoco ofrece un indicador de resultado tangible ya que, el objetivo es que el paciente mejore su capacidad de mentalización, pero no existe ningún método objetivo de medición del grado de consecución de ésta. Del mismo modo, no se analiza el costo que tiene aplicar la intervención y si éste es menor que el que supone el actual abordaje de los pacientes con TLP. Por último, no se especifica ningún método de seguimiento para comprobar que los conocimientos y capacidades adquiridas por el paciente durante la TBM se han establecido de manera correcta y se mantienen a largo plazo.

Una vez terminada nuestra revisión bibliográfica, como propuesta de mejora sugerimos el fortalecimiento del conocimiento de la enfermera sobre el abordaje de los pacientes con TLP. Hemos decidido poner nuestro enfoque en este aspecto ya que consideramos que, entre las claves, es el más sencillo de abordar; además, podemos observar cómo actualmente no se está realizando de manera consistente.

Cabe destacar que en la formación de la especialización enfermera en SM sí se realiza esta capacitación; sin embargo, las que no realizan esta residencia, no recibe más que pequeñas pinceladas a lo largo del grado. Para llevar a cabo este objetivo, sería conveniente invertir recursos en la creación de un plan de educación dirigido a profesionales de enfermería, accesible para todos y se ofrezcan facilidades para poder asistir a las diferentes sesiones. También sería interesante añadir a estas formaciones entrenamiento para desarrollar las habilidades de comunicación de las enfermeras en vista de que son imprescindibles a la hora de tratar con pacientes con TLP.

Nuestra propuesta de mejora no está exenta de limitaciones. Sabemos que los recursos financieros son limitados y que, probablemente, esta formación no se pueda ofrecer de manera gratuita; esto supone un obstáculo para que la participación sea la mayor posible. Asimismo, garantizar una accesibilidad completa puede ser complicado puesto que las agendas de las profesionales de enfermería son muy diversas. Por otro lado, una vez implementado el plan de educación, mantener el interés y la participación de las profesionales a largo plazo puede suponer un reto. De igual manera, hacer una evaluación del impacto que ha tenido para así determinar el grado de efectividad del plan puede no ser sencillo y requerir un seguimiento laborioso de sostener en el tiempo.

En conclusión, el Trastorno Límite de la Personalidad es un trastorno complejo con múltiples facetas etiológicas y manifestaciones clínicas variadas que a menudo se confunde con otros trastornos mentales, retrasando así la atención adecuada y exacerbando las comorbilidades. Además, el diagnóstico suele producirse tardíamente, lo que lleva a una serie de consecuencias negativas en la vida del paciente, como crisis de suicidio, autolesiones y hospitalizaciones prolongadas. El incremento en el número de casos diagnosticados plantea interrogantes sobre si se debe a una mejora en los métodos de diagnóstico o a cambios en los estilos de vida contemporáneos. Por otro lado, la disparidad de género en la prevalencia del trastorno sugiere posibles influencias socioculturales. Respecto al abordaje

terapéutico, la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente es fundamental, así como el reconocimiento de los diferentes roles que desempeñan las enfermeras. La escucha activa, la gestión del estigma y el fomento de la autonomía del paciente son aspectos cruciales en el cuidado de los pacientes con TLP. En situaciones de crisis de suicidio, la presencia de enfermeras especializadas en salud mental en entornos como el servicio de urgencias puede mejorar la calidad de la atención. Por último, a pesar de la existencia de modelos de intervención, como el de autoempoderamiento y la TBM, aún se requiere una mayor investigación para evaluar su efectividad y establecer protocolos claros de aplicación. Siendo esto así, proponemos fortalecer el conocimiento de las enfermeras en el abordaje de pacientes con TLP mediante un plan de educación accesible y entrenamiento en habilidades de comunicación.

5. CONCLUSIONES

1. El TLP es un trastorno complejo con diversas causas y manifestaciones clínicas que a menudo se confunden con otros trastornos mentales, retrasando el diagnóstico y tratamiento adecuado, así como aumentando las crisis de suicidio, autolesiones y hospitalizaciones prolongadas.
2. Existe un aumento en el número de casos diagnosticados de TLP, cuyas causas podrían ser tanto una mejora en los métodos de diagnóstico como cambios en los estilos de vida contemporáneos.
3. El TLP afecta de manera predominante a mujeres, lo que sugiere posibles influencias socioculturales en la expresión y el diagnóstico del trastorno.
4. La relación terapéutica entre la enfermera y el paciente es fundamental para el abordaje del TLP, reconociendo la importancia de los diferentes roles que desempeñan las enfermeras; del mismo modo que la escucha activa, la gestión del estigma y el fomento de la autonomía del paciente son aspectos cruciales en el cuidado de los pacientes con TLP.
5. La presencia de enfermeras especializadas en salud mental puede mejorar la calidad de la atención en situaciones de crisis de suicidio, como en el servicio de urgencias.
6. Aunque existen modelos de intervención, como el de autoempoderamiento y la Terapia Basada en la Mentalización, se requiere una mayor investigación para evaluar su efectividad y establecer protocolos claros de aplicación.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acres, K., Loughhead, M., & Procter, N. (2022). From the community to the emergency department: A study of hospital emergency department nursing practices from the perspective of carers of a loved one with Borderline Personality Disorder. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), 1789-1789-1797. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1111/hsc.13558>
- Agnol, E. C. D., Meazza, S. G., Guimarães, A. N., Vendruscolo, C., & Testoni, A. K. (2019). Nursing care for people with borderline personality disorder in the Freirean perspective. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40. Scopus®. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180084>
- Antoinette Lundahl, Magdalena Torenfält, Gert Helgesson, & Niklas Juth. (2023). Patients with borderline personality disorder and the effects of compulsory admissions on self-harm behaviour: A questionnaire study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-1-8. OpenAIRE.
- Burgal Juanmartí, F., Pérez Lizeretti, N., & Universitat Ramon Llull. Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés. (2017). *Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: Una revisión* (edsair.dedup.wf.001..c4ae8cb999c2f47ed245c48380176014). OpenAIRE. https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=dedup_wf_001::c4ae8cb999c2f47ed245c48380176014
- Davies, M., Pipkin, A., & Lega, C. (2024). Inpatient staff experiences of providing treatment for males with a diagnosis of borderline personality disorder: A thematic analysis. *JOURNAL OF PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING*. Science Citation Index Expanded. <https://doi.org/10.1111/jpm.13032>
- EIR 2024: el examen será el 20 de enero. (2023). Estatal. <https://www.satse.es/w/fecha-eir2024>
- Enoksson, M., Hultsjö, S., Strömberg, S., & Wärdig, R. E. (2022). Experiences of how brief admission influences daily life functioning among individuals with borderline personality disorder (BPD) and self-harming behaviour. *Journal of*

- Clinical Nursing*, 31(19-20), 2910-2910-2920. Scopus®.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16118>
- Fundación de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad – AMAI TLP (2019). Estudio sociológico sobre el Trastorno Límite de la Personalidad.
<https://www..amaitlp.org/>
- Greiner, C., Perroud, N., Charbon, P., de Nérís, M., Speranza, M., Debbané, M., & Prada, P. (2023). Trouble de la personnalité borderline: État des connaissances et des représentations auprès de praticiens francophones en santé mentale. *L'Encéphale* ; volume 49, issue 4, page 378-383 ; ISSN 0013-7006. BASE. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.02.003>
- Greiner, C., Prada, P., Debbané, M., & Besch, V. (2022). Crisis-MBT: Mentalization-based brief hospitalization intervention. *Sante Mentale au Quebec*, 47(2), 221-221-233. Scopus®. <https://doi.org/10.7202/1098902ar>
- Helleman, M., Goossens, P. J. J., van Achterberg, T., & Kaasenbrood, A. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 442-442-450. Scopus®.
<https://doi.org/10.1111/inm.12074>
- Lieslehto, J., Tiihonen, J., Lahteenvuo, M., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., & Taipale, H. (2023). Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Borderline Personality Disorder. *JAMA NETWORK OPEN*, 6(6). Science Citation Index Expanded. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17130>
- Mendez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). Borderline Personality Disorder. *American Family Physician*, 105(2), 156-156-161. CINAHL Complete.
- Ntshingila, N. (2020). Mental health nurses' experiences of implementing a model to facilitate self-empowerment in women living with borderline personality disorder in South Africa. *Nursing and Health Sciences*, 22(3), 769-769-776. Scopus®. <https://doi.org/10.1111/nhs.12726>

- Ntshingila, N., Temane, A., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2021). A model for psychiatric nurses to facilitate the mental health of women living with borderline personality disorder. *Curationis*, 44(1), 1-1-10. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.4102/curationis.v44i1.2157>
- Olasoji, M., Plummer, V., Shanti, M., Reed, F., & Cross, W. (2020). The benefits of consumer involvement in nursing handover on acute inpatient unit: Post-implementation views. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 786-786-795. Scopus®. <https://doi.org/10.1111/inm.12709>
- Proctor, J. M., Lawn, S., & McMahon, J. (2021). Consumer perspective from people with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) on BPD management—How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 670-670-681. Scopus®. <https://doi.org/10.1111/jpm.12714>
- Romeu-Labayen, M., Rigol Cuadra, M. A., Galbany-Estragués, P., Blanco Corbal, S., Giralt Palou, R. M., & Tort-Nasarre, G. (2020). Borderline personality disorder in a community setting: Service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 868-868-877. Scopus®. <https://doi.org/10.1111/inm.12720>
- Taylor, T., Stockton, S., & Bowen, M. (2023). Crisis resolution home treatment team Clinicians' perceptions of using a recovery approach with people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(3), 558-558-567. Scopus®. <https://doi.org/10.1111/jpm.12891>
- Ukwuoma, D. U., Ajulu, K. A., Wang, D., Golovko, S., Marks, J., & Leontieva, L. (2023). Psychiatric providers' attitudes toward patients with borderline personality disorder and possible ways to improve them. *CNS SPECTRUMS*. Science Citation Index Expanded. <https://doi.org/10.1017/S1092852923006326>
- Vidal Blan, R., Adamuz Tomás, J., & Feliu Baute, P. (2009). *Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera = Therapeutic relationship: The pillar of the*

nursing profession (edsdnp.4149589ART; Vol. 8, Número . 3). Dialnet Plus.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/catart?codigo=4149589>

Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 623-623-633. Scopus®.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12248>

7. ANEXOS

Tabla 4. *Estudios incluidos en la revisión*

Autor y año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Muestra	País	Resultados de interés
Antoinette Lundahl, Magdalena Torenfält, Gert Helgesson y Niklas Juth (2023)	Responder a nuestras preguntas de investigación sobre en qué medida se utiliza la atención obligatoria no beneficiosa para los pacientes con TLP en diferentes unidades de hospitalización en Suecia, cómo los proveedores de atención médica perciben que la duración de las admisiones obligatorias se correlaciona con resultados negativos, cuáles son los motivos no médicos para la atención obligatoria no beneficiosa, y si los encuestados creen que las admisiones	Estudio de cuestionario	Se distribuyeron a enfermeras y asistentes psiquiátricos empleados en salas de hospitales psiquiátricos en Suecia 422 cuestionarios en 21 distritos y la tasa de respuesta fue del 66 % (279 respuestas)	Suecia	Parece ser que los ingresos involuntarios no son beneficiosos en los pacientes con TLP ya que se anula su autonomía y pueden llegar a aumentar la conducta suicida de éstos. Además, suponen un gasto hospitalario muy grande. Como posible solución se proponen los ingresos voluntarios breves con objetivos establecidos al inicio y posterior seguimiento ambulatorio. Por el contrario, los médicos mencionan el miedo que tienen a realizar este nuevo método, por posibles represalias.

obligatorias pueden ser acortadas.

C. Greiner, N. Perroud, P. Charbon, M. de Nérís, M. Speranza, M. Debbané, P. Prada (2022)	Estudiar el estado de los conocimientos y las representaciones sobre el trastorno límite de la personalidad entre un grupo de cuidadores francófonos interesados en estos pacientes.	Diseño descriptivo	126 cuidadores de diversos ámbitos profesionales (psiquiatras o psiquiatras infantiles, psicólogos, enfermeras de salud mental, trabajadores sociales).	Suiza y Francia	Enfermería es el profesional de salud mental que presenta la mayor brecha de conocimiento sobre el TLP. Esto se puede justificar por la cantidad de enfermeras que hay, las rotaciones de personal que ocurren entre las distintas áreas y la falta de oferta de formación en el ámbito. Como solución el estudio propone impartir una formación adaptada a las enfermeras, que sea in situ, breve y repetida. Además, se observa una falta de conciencia general sobre el TLP. Esto genera un estigma sobre los pacientes con TLP y provoca que los profesionales los intenten evitar.
Christian Greiner, Martin Debbané, Vincent Besch y Paco Prada (2022)	Desarrollar un modelo para gestionar y comprender la crisis suicida en las personas con trastornos de la personalidad.	Desarrollo de una breve intervención psicológica	Personas en situación de crisis que presenten pensamientos o conductas suicidas	Suiza	Desarrollan una terapia basada en la mentalización, una intervención que se ha adaptado a la hospitalización breve (7 días). Consta de 4 fases: Recepción, develación de la crisis, formulación y preparación para el alta. Esta intervención se puede realizar por un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales del ámbito de la psiquiatría, psicología y enfermería.
D. Warrender (2015)	Capturar las percepciones del personal sobre el	Diseño fenomenológico cualitativo	Nueve enfermeras que trabajaban en cuatro salas de salud mental	Reino Unido	La terapia basada en la mentalización es un conjunto de habilidades. El estudio enfatiza la importancia de enseñar empatía a las

	impacto de MBT-S en su práctica cuando trabajan con personas con un diagnóstico de TLP en salud mental aguda.		aguda de un hospital.		enfermeras, para trabajar desde un enfoque centrado en la persona y sin prejuicios. El daño iatrogénico que sufren los pacientes con TLP suele ser por las respuestas de los profesionales. Además, se observa que la enfermería en salud mental suele hacer el papel de “extinción de incendios”.
Diane U. Ukwuoma , Kachikwulu A. Ajulu, Dongliang Wang, Sergey Golovko, Jarred Marks and Luba Leontieva (2023)	Evaluar las actitudes de los proveedores psiquiátricos hacia los pacientes con TLP con la esperanza de mejorar los resultados de los pacientes mediante la creación de capacitación, educación y apoyo adecuados para el personal	Estudio de investigación observacional	de 139 médicos, incluidos asistentes de psiquiatría, residentes de psiquiatría, enfermeras registradas, enfermeras practicantes, trabajadores sociales, terapeutas de arte y recreación, y psicólogos	Estados Unidos	Las enfermeras son las profesionales que más dificultades tienen a la hora de atender a los pacientes con TLP y mayores actitudes antagónicas tienen. Esto se puede explicar por la exposición que tienen a ellos. El haber trabajado más o menos tiempo en el área de la Salud Mental con pacientes con TLP no es indicador de ofrecer mejores cuidados. La formación a los profesionales sobre cómo establecer una relación profesional-paciente puede ayudar a la hora de atender a las personas con TLP.
Emanueli Carly Dall Agnol, Silvania Garcia Meazza, Andréa Noeremberg Guimarães, Carine Vendruscolo, Ana Karolliny Testoni (2019)	Comprender, desde la perspectiva ética de Freire, la atención de enfermería a personas con trastorno límite de la personalidad.	Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio	Dos unidades de internación y psiquiátrica de hospitales generales de Santa Catarina, participaron 15 profesionales de enfermería (siete enfermeros y	Brasil	Enfermería tiene un papel fundamental en la recepción del paciente para que la relación profesional se construya de manera adecuada. Así como a la hora de la administración de la medicación a los pacientes con TLP ya que, además de administrar, orienta. Respecto a la contención mecánica, hay que tener siempre presentes los principios de las

				ocho técnicos de enfermería) que han trabajado al menos 7 meses en el área de salud mental.		Buenas Prácticas de Enfermería. Además, se pone en duda la necesidad de la actuación de la policía y cómo esto puede afectar al paciente. Se destaca también la importancia de que Enfermería tenga siempre como objetivo el cuidado integral del paciente con TLP.
Jessica Margot Proctor, Sharon Lawn, Janne McMahon (2020)	Comprender las perspectivas de consumidores australianos respecto a la gestión de la TLP y cómo han cambiado entre 2011 y 2017.	las perspectivas de los consumidores australianos con respecto a la gestión de la TLP y cómo han cambiado entre 2011 y 2017.	Diseño cualitativo con análisis de contenido sumativo	Las personas con un diagnóstico de TLP completaron una encuesta de 75 preguntas, entregada en línea en toda Australia, en 2011 (norte=153) y 2017 (norte=424), proporcionando conjuntos de datos comparativos.	Australia	En el estudio se observa que el hecho de no revelar el diagnóstico al paciente por el estigma que va a suponer no es beneficioso. Ya que, según los pacientes, el diagnóstico les ayuda a comprender su estado y comportamiento. Según las encuestas, la interacción que hay entre el profesional y el paciente es la clave para construir una relación profesional-paciente de confianza. Además, se observa una falta de confianza por parte de los pacientes hacia la enfermera.
Kristy Acres, Mark Loughhead, Nicholas Procter, (2020)	Generar conocimientos sobre las prácticas preferidas de los cuidadores en una crisis aguda.	las prácticas preferidas de los cuidadores en una crisis aguda.	Diseño de investigación descriptivo cualitativo	Muestra intencional de 13 cuidadores a través de redes de cuidadores existentes.	Australia	Enfermera de urgencias es el primer contacto del paciente con TLP cuando sufre una crisis aguda. Se ha observado que éstas tienen poca formación para atender las crisis de los pacientes con TLP; además, algunas no perciben el TLP como una enfermedad real por el estigma que tiene este trastorno. Para que esto no sea así, la enfermera debe comprender

						<p>los traumas que padecen los pacientes con TLP por ingresos anteriores. En el estudio se concluye que existe una necesidad de que en el servicio de urgencias haya una enfermera de salud mental para trabajar en colaboración con la enfermera de ahí.</p> <p>Se observa la importancia que tiene la familia a la hora de atender una crisis ya que gracias a su intervención. Si se les informa de manera adecuada, reducen las visitas a urgencias porque saben cómo manejar las crisis sin necesidad de asistencia sanitaria. En consecuencia, la sanidad puede ahorrar mucho gasto de dinero al año.</p>
<p>Maria Enoksson, Sally Hultsjö, Rikard Erik Wärdig, Sandra Strömberg (2021)</p>	<p>Explorar experiencias sobre cómo la admisión breve influye en el funcionamiento de la vida diaria entre personas con trastorno límite de la personalidad y conducta autodestructiva.</p>	<p>Diseño cualitativo descriptivo</p>	<p>16 pacientes con TLP y conducta autolesiva que habían sido ingresados mediante el nuevo modelo de abordaje de ingreso breve.</p>	<p>Suecia</p>	<p>El ingreso breve promueve la autodeterminación y el autocuidado, permitiendo a su vez que el paciente pueda continuar con su vida cotidiana.</p> <p>Según enfermería, el ingreso breve también es preferible frente al ingreso convencional ya que promueve el sentido de responsabilidad personal del paciente con TLP y cambian las responsabilidades del profesional al propio paciente.</p>	
<p>Maria Romeu-Labayen, Maria Assumpta Rigol Cuadra, Paola Galbany-Estragues, Serafin</p>	<p>Identificar las acciones y factores psicoterapéuticos de la relación terapéutica que</p>	<p>Diseño descriptivo cualitativo</p>	<p>12 mujeres con diagnóstico principal de TLP</p>	<p>España</p>	<p>La enfermera de salud mental se distancia del modelo biomédico dominante dado que la relación terapéutica es la clave para ellas.</p>	

Blanco Corbal, Rosa Maria Giralt Palou y Gloria Tort-Nasarre (2020)	las personas con TLP consideraron útiles en su recuperación.			Se identifican como factores psicoterapéuticos que favorecen las relaciones terapéuticas el querer aprender sobre el TLP, generar confianza y empoderar al paciente a través de la validación. Se ha observado que el hecho de informar al paciente y a la familia ayuda a saber manejar las crisis de manera más autónoma; asimismo, la terapia de grupo también ayuda en la recuperación de los pacientes con TLP.
Marjolein Helleman, Peter J. J. Goossens, Ad Kaasenbrood y Theo van Achterberg (2014)	Describir los elementos necesarios para un ingreso breve eficaz desde la perspectiva de los propios pacientes y las experiencias de ingreso breve de pacientes con TLP.	Estudio de 17 pacientes ambulatorios utilizando la metodología fenomenológica descriptiva	Países Bajos	Una posible solución a la atención de la crisis aguda en pacientes con TLP puede ser el ingreso breve. Según los pacientes, valoran el contacto con la enfermera como lo más importante durante su estancia hospitalaria, les ayuda a sentirse acompañados. De lo contrario, cuando no hay una buena relación enfermera-paciente, se suelen sentir rechazados por ellas. Los pacientes con TLP necesitan sentirse conectados con el profesional para poder recuperarse.
Meghan Davies, Alastair Pipkin, Claudia Lega (2023)	Investigar las experiencias de los profesionales de salud mental hospitalizados al brindar tratamiento a hombres	Diseño cualitativo con muestreo intencional	Seis profesionales de salud mental que trabajan en salas de pacientes hospitalizados agudos para	Reino Unido El estudio observa una diferencia de género a la hora de expresar la sintomatología sugestiva del TLP, lo cual retrasa el diagnóstico y tratamiento.

	con un diagnóstico de TLP.		adultos completaron una entrevista semiestructurada. Todos los participantes eran miembros del equipo de enfermería.		También destacan que existe un estigma sobre el trastorno, ya que se entiende más como un trastorno relacionado con el género femenino. Respecto a los profesionales de la salud mental, enfermería es la que menos empatía y optimismo tiene respecto a los pacientes con TLP; esto se puede justificar por la exposición que tienen a ellos.
Michael Olosoji, Virginia Plummer, Michelle Shanti, Fiona Reed y Wendy Cross (2020)	Explorar las opiniones de los consumidores con una enfermedad mental sobre su experiencia en la participación a la hora del traspaso de información de enfermería en el cambio de turno en una unidad de internación de salud mental aguda.	Diseño descriptivo exploratorio cualitativo	Los participantes (n=10) fueron reclutados mediante muestreo intencional por conveniencia.	Australia	Los pacientes ingresados con TLP consideran importante que la enfermera se presente a la hora de hacer el cambio de turno, ya que lo consideran una señal de respeto e igualdad. Se observa que la relación enfermera-paciente es muy importante a la hora de su recuperación, pero los pacientes tienen la sensación de que hay una distancia respecto a la enfermera. Este estudio propone como solución que el paciente participe en el cambio de turno a la hora de dar el parte informativo entre las enfermeras. Según enfermería, esto supone más trabajo para ellas.
Nompumelelo Ntshingila (2019)	Describir la implementación de un modelo para facilitar el autoempoderamiento en mujeres que viven con trastorno límite de	Diseño de investigación cualitativo, exploratorio, descriptivo y contextual	de Enfermeras de salud mental que trabajaban en una unidad de psicoterapia para pacientes hospitalizados en un	Sudáfrica	El artículo describe un modelo de enfermería que ayuda a informar, apoyar y guiar en las prácticas de la enfermería en salud mental.

		la personalidad y describir las experiencias de las enfermeras de salud mental al implementar este modelo.		hospital de salud mental.		Se observa que existe una dificultad a la hora de crear la relación profesional-paciente en la cual la confianza es siempre la base. Los pacientes expresan que en la fase de finalización del modelo que se presenta, se sienten abandonados. Como posible solución los autores proponen el seguimiento ambulatorio del paciente al alta. Para que este modelo se pueda llevar a cabo, la enfermera tiene que tener una identidad y trabajar en sus habilidades.
Nompumelelo Ntshingila, Temane, Poggenpoel, Myburgh (2021)	Annie Marie Chris	Describir el proceso que se siguió en el desarrollo, descripción y evaluación de un modelo que podría ser utilizado como marco de referencia para que las enfermeras psiquiátricas faciliten la salud mental de las mujeres que viven con TLP.	Diseño de estudio teórico-generativo, cualitativo, exploratorio, descriptivo y contextual	—	Sudáfrica	Se trata de un modelo que se ha diseñado para que las enfermeras del área de salud mental lo utilicen como marco de referencia a la hora de trabajar con mujeres diagnosticadas con TLP y, así, faciliten su autoempoderamiento.
Tracy Taylor, Stephanie Stockton, Matt Bowen (2022)		Comprender las percepciones de los médicos de CRHTT sobre la prestación de atención orientada a la recuperación para los usuarios del servicio con	Estudio de investigación con metodología cualitativa con un método de muestreo intencional no	Siete enfermeras registradas en salud mental	Reino Unido	La reducción de los ingresos hospitalarios implementando los cuidados domiciliarios en los pacientes con TLP podría facilitar su recuperación. Para realizar un adecuado cuidado de estos pacientes, la atención debe ser centrada en la persona. Las limitaciones que encuentran las

un diagnóstico de TLP. probabilístico
Comprender las
barreras que existen
para los médicos que
desafían la
aplicación de la práctica
orientada a la
recuperación.
Comprender las
oportunidades que
permiten a los médicos
aplicar prácticas
orientadas a la
recuperación.

enfermeras son la falta de tiempo, el constante
cambio de personal y la gestión del riesgo que
deben hacer.
La aversión al diagnóstico de TLP está muy
presente entre las enfermeras, ya que se
etiqueta a estos pacientes.