



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/065d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Efectividad de los autorregistros de crisis en mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad**

Autores Eva Utrera Caballero, M^a del Carmen Rosado García

Centro/institución Hospital de Valme

Ciudad/país Sevilla, España

Dirección e-mail evautrera@hotmail.com

RESUMEN

Los últimos datos aportan que se ha producido un aumento en el número de pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Los estudios realizados han mostrado que es el trastorno de la personalidad más frecuente y que se da más en mujeres en una relación estimada de 3:1. El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo. Debido a la repercusión de los síntomas tanto en el propio individuo como en su entorno, Enfermería debe orientar sus intervenciones, entre otras, a la prevención de los actos autolesivos.

El proyecto que se presenta es un estudio longitudinal en el que se aplica un diseño experimental con distribución aleatoria a grupo experimental y grupo control y mediciones pre-post intervención; con el objetivo de evaluar la efectividad del modelo de intervención basado en los Autorregistros de crisis en mujeres con Trastorno Límite de Personalidad de las unidades de salud mental comunitaria del Área Sanitaria de Valme (Sevilla).

Con dicha intervención, se pretende, además, disminuir el número de autolesiones, el grado de impulsividad, el número de asistencia por los servicios de urgencias y el número de ingresos hospitalarios. Así pues, los resultados que se obtengan de este estudio permitirán disponer de un elemento importante de decisión a la hora de proponer estrategias sanitarias para el tratamiento y la ayuda a este grupo de usuarios. Asimismo, pueden dotar a los gestores de la salud mental de un buen elemento de juicio para definir y concretar políticas sanitarias encaminadas a paliar o solucionar la problemática en cuestión.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad/ Autolesiones/ Autoobservación/ Autorregistros/ Modificación de la conducta.

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF SELF-REPORTS OF CRISIS IN WOMEN WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Recent data provide that there has been an increase in the number of patients diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD). Studies have shown that it is the personality disorder more common and is more common in women in an estimated ratio of 3:1. The clinical course of patients with BPD is often unstable, with numerous exacerbations that correspond to periods of crises that often turn to emergency services. Crises usually present with a range of symptoms and behaviors, such as self-harm, suicide attempts, substance abuse, psychotic symptoms, transient and impulsive behaviors, such as anger and aggression, sexual risk behavior, shoplifting, binge and purge, all with a important emotional correlate. Due to the impact of symptoms both within the individual and in the environment, Nursing interventions should target, among others, to prevent self-injurious acts.

The current project is a longitudinal study which applies a randomized experimental design to experimental group and control group and pre-post intervention measurements, with the aim of evaluating the effectiveness of the intervention model based on self-reports of crisis in women with Borderline Personality Disorder of the community mental health units Valme Health Area (Sevilla).

With this intervention, it also aims to reduce the number of self-harm, the degree of impulsivity, the number of attendance by the emergency services and the number of hospital admissions. Thus, the results obtained from this study will provide an important element of decision in proposing health strategies for the treatment and support to this group of users. They can equip managers of mental health of a good piece of evidence for defining and implementing policies aimed at alleviating health or solve the problem in question.

Key-words: Borderline personality disorder/ Self-harm/ Self-observation/ Self-reports/ Behavior modification.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos.¹

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

realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio.²

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los servicios de urgencias.³ Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas, todo ello con un importante correlato afectivo.³

En relación al pronóstico, la evolución de los pacientes con TLP es variable. Se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo de modo que a partir de la cuarta o quinta década de la vida se logra una cierta estabilidad en las relaciones personales y en el funcionamiento laboral.³

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. La GPC del NICE (2009) describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética; alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego.⁴

En los últimos años se ha producido un aumento en el número de pacientes diagnosticados de TLP atendidos en los Servicios de Salud Mental, así como un aumento de la complejidad del tratamiento.⁵ Esta complejidad ha puesto de manifiesto la dificultad para abordar los TLP en los dispositivos actuales. Las personas con TLP son tratadas en todos los niveles de la red de Salud Mental. No obstante, existe amplio consenso sobre el hecho de que no se adaptan bien a los recursos existentes, con resultados frustrantes, estrés de profesionales, y consumo de recursos.⁵

Debido a la repercusión de los síntomas tanto en el propio individuo como en su entorno, Enfermería debe orientar sus intervenciones a la prevención de los actos autolesivos, entre otras. Dentro de los diagnósticos de Enfermería, los más relevantes en cuanto a las autoagresiones se refiere son los siguientes:

- Riesgo de violencia autodirigida (00140)
- Riesgo de automutilación (00139)
- Automutilación (00151)⁶

Centrándonos en estos diagnósticos, una de las intervenciones de Enfermería que se realizará y que viene registrada en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) sería la del Manejo de la conducta: autolesión (4354), que consiste en la ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.⁷

Es en ella en la que se va a centrar este estudio, ya que para llevarla a cabo vamos a hacer uso del método de la autoobservación. La auto-observación es el mecanismo en que el individuo reflexiona sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos, y actúa de acuerdo con ellos.⁸⁻¹¹ El origen de la autoobservación

podemos situarlo en el estructuralismo del siglo XIX que se fundamentaba en el método de la introspección. No obstante, será el modelo conductual en la década de los años sesenta y setenta quien le dará la importancia que tiene esta técnica dentro de la evaluación psicológica; así, la gran mayoría de la investigación básica realizada en este campo tuvo lugar durante los años setenta.⁸⁻¹¹ La autoobservación como técnica de evaluación psicológica implica la atención intencionada a la emisión de una conducta (en cualquiera de sus tres niveles: motor, cognitivo o psicofisiológico) y su posterior registro mediante algún procedimiento diseñado previamente. Por tanto, de igual forma que ocurría con la observación, estamos haciendo referencia a dos tareas: determinar y observar la aparición de la conducta, y registrarla, de ahí que se hable indistintamente de autoobservación y autorregistro.⁸⁻¹¹ Una peculiaridad de esta técnica de evaluación frente a otras es que además de su función evaluadora cumple una función terapéutica, pues como veremos más adelante, el simple hecho de registrar la conducta hace que cambie en la dirección deseada, por ello se habla también de la autoobservación como técnica de modificación de conducta, aunque en este trabajo nos vamos a referir a ella como técnica de evaluación psicológica. Según Bornstein y Hamilton, la autoobservación presenta una serie de ventajas frente al resto de técnicas de evaluación psicológica.⁸⁻¹¹

- Permite que el sujeto pueda controlar su propia conducta, lo cual es uno de los principios básicos de la modificación de conducta.
- Proporciona feedback continuo de los cambios de conducta.
- Presenta una relación óptima entre costos y beneficios.
- Permite recoger información de situaciones y contextos cuya evaluación implicaría un alto costo para otras técnicas de evaluación psicológica.
- Su empleo elimina la reactividad del observador.
- Permite acceder al nivel cognitivo de la conducta, y de hecho es, junto a los autoinformes, el único procedimiento para ello.⁸⁻¹¹

Por todo esto, la autoobservación es una técnica especialmente adecuada cuando:

1. No es posible disponer de otros observadores.
2. Se trata de conductas no observables externamente.
3. Se trata de respuestas íntimas o privadas.
4. En conductas de alta frecuencia y alta variabilidad en función de los diversos ambientes.
5. En respuestas desencadenadas por estímulos internos.¹²

Lo que se pretende con esta intervención es disminuir la prevalencia y la intensidad de las conductas autodestructivas, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.¹²

El método de medición depende de las características de la conducta objetivo, y de la cantidad de información que se necesite obtener. Se debe insistir en la importancia de observar y registrar, no sólo la conducta problema sino los estímulos antecedentes y consecuentes (externos e internos).¹² Ciminero, Nelson y Lipinski: Un buen instrumento de medida debe cumplir las siguientes condiciones:

1. Debe permitir registrar la conducta tan pronto como ocurra.
2. Debe ser fácil de usar.

3. Debe ser lo suficientemente llamativo (para recordarle al paciente que tiene que registrar), aunque sin que llame mucho la atención a los otros.
4. No debe ser caro.¹²

Los registros más usados son: De papel y lápiz, de tiempo, mecánicos y electrónicos.¹² En nuestra intervención haremos uso de los registros de papel y lápiz, ya que son los más utilizados. Lo más conveniente es utilizar las hojas de registros ya confeccionadas. La elección de unas hojas frente a otras se hace en función del tipo de información que se desee obtener, del nivel sociocultural del paciente (en sujetos con bajo nivel de alfabetización o niños, se recomiendan los registros gráficos o escalas analógicas visuales), de la frecuencia de la conducta, etc. Se debe intentar el equilibrio entre la cantidad de información proporcionada por el autorregistro y su simplicidad: Las hojas de registro en las que se pide completar una gran cantidad de información son especialmente útiles en las primeras etapas de la evaluación.¹²

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2001.
3. Álvarez I, Andión O, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. 1ª ed. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Borderline Personality Disorder: treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
5. Azcárate JC, Bayón C, et al. Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (Guía para el profesional). Madrid: International Marketing & Communication, S.A.; 2009.
6. Herdman TH, Heath C. et al (editores). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2008.
7. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
8. Bornstein PH, Hamilton SB, Bornstein MT. Self-monitoring procedures. In: Ciminero AR, Calhoun KS, Adams HE (editors). Handbook of behavioral assessment. 2ª ed. New York: Wiley; 1986. p. 176-222.
9. De la Puente ML, Labrador FJ, de Arce F. La observación conductual. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, editores. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1993. p. 115-135.
10. Herbert JD, Nelson-Gray RO. La autoobservación. En: Buela-Casal G, Sierra JC (editores). Manual de evaluación psicológica. Madrid: Siglo XXI; 1997. p. 343-367.
11. Fernández-Ballesteros R. La observación. En: Fernández-Ballesteros R (editores). Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid: Pirámide; 2004. p. 161-201.
12. Psicología online [Actualizada 18.07.2013]. Disponible en: <http://online-psicologia.blogspot.com.es/2007/11/la-autoobservacin.html> [Consultado 18.07.2013].

Hipótesis

La aplicación de un modelo de intervención de Enfermería basado en la utilización de autorregistros de crisis (autoobservación de la conducta) en mujeres diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad disminuirá el número de autolesiones, el nivel de impulsividad, así como, el número de asistencia por los servicios de urgencias y el número de ingresos de las mismas.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería mediante la aplicación del modelo de intervención basado en los Autorregistros de crisis en mujeres con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de la UGC de Salud Mental del Área Sanitaria de Valme (Sevilla) sobre la impulsividad, el número de autolesiones, el número de asistencia por los servicios de urgencias y el número de ingresos hospitalarios de las mismas.

Objetivos específicos

- Evaluar y comparar el número de autolesiones entre las pacientes incluidos y no incluidos en dicho método.
- Evaluar y comparar el nivel de impulsividad antes y después de la intervención realizada.
- Valorar el impacto de la intervención en el número de asistencia por los servicios de urgencia de los pacientes diagnosticados de TLP.
- Valorar el impacto de la intervención en el número de ingresos hospitalarios de los pacientes diagnosticados de TLP.

Metodología

Diseño Metodológico

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

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Área Sanitaria de Valme de Sevilla. El área sanitaria de Valme se divide en cuatro USMC que serían las siguientes: USMC Dos Hermanas, USMC Alcalá de Guadaira, USMC Morón de la Frontera y USMC Los Palacios y Villafranca.

Población de estudio

La población de estudio serían mujeres diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Área Sanitaria de Valme de Sevilla.

Criterios de inclusión

Para ser incluidas en la muestra de nuestro estudio los sujetos han de cumplir los siguientes criterios:

- Diagnóstico médico/psiquiátrico, y siguiendo los criterios según DSM IV sea: Trastornos Límite de Personalidad.
- Presencia de autolesiones en los últimos seis meses.
- Estar en tratamiento en las USMC de la UGC de Salud Mental del Área Sanitaria de Valme de Sevilla.

Criterios de exclusión

- Aquellos sujetos que aún cumpliendo criterios de inclusión, asisten a grupos terapéuticos o a cualquier otro recurso terapéutico en régimen de tiempo parcial que pudieran explicar su evolución, al margen del seguimiento.

Tamaño muestral

Existen pocos datos fiables sobre la prevalencia ni varianza del nº de pacientes diagnosticadas de TLP atendidas en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del Área Sanitaria de Valme de Sevilla, y por tanto, no se puede realizar un cálculo adecuado del tamaño muestral. Por lo que optaremos por realizar un estudio piloto con todas las pacientes diagnosticadas de TLP tratadas en estos dispositivos que quieran participar en el estudio para calcular la varianza, y en función de ésta, poder calcular el tamaño muestral final.

VARIABLES A EVALUAR Y MATERIAL

VARIABLES REFERIDAS A LA MUESTRA

Se han recogido las siguientes variables sociodemográficas para conocer algunas características de la muestra:

- Residencia: sin hogar / vive sola /vive un familiar /vive en familia.
- Estado civil: Soltera/ casada-vive en pareja /divorciada-viuda-separada.
- Edad.
- Años de enfermedad.
- Nivel académico: Analfabeta /Primarios /Secundarios /Universitarios.
- Situación laboral: en paro trabajo estable / trabajo temporal / pensionista.

VARIABLES REFERIDAS A LA INTERVENCIÓN

Variable independiente

-Intervención de Enfermería basada en los Autorregistros de crisis en mujeres diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad

Para aplicar la Intervención de Enfermería, el gestor de cada caso (una enfermera especialista en salud mental) dedicará un espacio mínimo de una sesión de una hora a la semana a cada sujeto, durante un período de seis meses.

No obstante, aquellas pacientes que no acudan a más de tres sesiones serán excluidas del estudio y éstas no podrán ser sustituidas por el tipo de estudio que se presenta.

La intervención se realizará en las consultas de enfermería de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de la UGC de Salud Mental de Valme (Sevilla).

Los pasos a seguir serían los siguientes: presentación de la técnica, definición de la conducta a registrar, detección de la conducta, selección del método de medición y registro, y representación gráfica.

En primer lugar, se explicará a la paciente en qué consiste y qué importancia tiene el autorregistro; es imprescindible conocer cuantitativamente la conducta a modificar. Una vez que el sujeto es consciente de la relevancia de esta técnica, se debe definir operacionalmente la conducta a registrar de modo que sepa lo que tiene que registrar; es muy importante hacer una definición descriptiva y no vaga de la misma. A continuación debemos entrenar al sujeto en la detección e identificación de la conducta. Muchas de las conductas susceptibles de autorregistro son automáticas y, en ocasiones inconscientes para el propio sujeto; por ello, antes de pasar al registro el sujeto debe saber identificar las conductas. Una estrategia que le puede ayudar en dicha tarea es centrarse en los estímulos o señales previas a la aparición de la conducta. Una vez que el sujeto está capacitado para detectar la conducta a registrar seleccionaremos el sistema de registro, que en nuestro caso será el de papel y lápiz.

Los autorregistros serán entregados a las pacientes en cada consulta y, deberán ser traídos todas las semanas para valoración del número de conductas autolesivas durante ese período de tiempo.

Variables dependientes

-*Número de autoagresiones:* Para evaluar esta variable se utilizarán dos instrumentos:

-El juicio clínico con entrevista semiestructurada.

-Los autorregistros de crisis (Anexo 1).

-*Nivel de Impulsividad:* Para evaluar esta variable se ha utilizado la escala de impulsividad de Barratt. La 11ª versión de la Escala de Barratt es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de impulsividad. Fue diseñada por Barratt y ha sido validada por Oquendo y cols. Su aplicación es autoadministrada. Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva: (8 ítems) 4,7,10,13,,16,19,24 y 27 Impulsividad Motora:(10ítems)2,6,9,12,15,18,21,23,26 y 29 Impulsividad no Planeada: (12ítems)1,3,5,8,11,14,17,20,25,28 y 30. Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems (1,5,6,7,8,10,11,13,17,19,22 y 23) que lo hacen al revés (4-3-1-0). La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas.

-*Interpretación:* Posee mayor valor la puntuación total que las de las subescalas. No existen puntos de corte, aunque se ha propuesto la mediana de la distribución. En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron:

-Impulsividad Cognitiva: 9,5.

-Impulsividad Motora: 9,5.

- Impulsividad no Planeada: 14.
- Puntuación Total: 32,5.

Propiedades psicométricas

Tanto los parámetros de fiabilidad como de validez son adecuados.

- Fiabilidad: La consistencia interna es elevada, alrededor de 0,8. La fiabilidad Test-Retest tras dos meses es de 0,89.
- Validez: En el análisis factorial se han propuesto varias soluciones con 3 ó 6 factores principales.

En la validación española la equivalencia lingüística, la equivalencia conceptual y la equivalencia de la escala fueron correctas. La proporción de concordancia entre la versión inglesa y la castellana oscila entre 0,67 y 0,80.

Esta escala se pasará antes de la intervención y a los seis meses tras la finalización de la misma para comparar resultados. También se irá pasando de manera mensual durante un periodo de seis meses para ir comprobando modificaciones en los niveles de impulsividad de las pacientes a lo largo de este periodo de tiempo.

Tasa de asistencia por los servicios de urgencias a los pacientes. Se hará un recuento del número de veces que las pacientes hayan tenido que ser asistidas por los servicios de urgencias en los seis meses anteriores al inicio de la intervención y luego a los seis meses tras la finalización de la misma.

Tasa de ingresos hospitalarios: Se realizará un recuento del número de ingresos que las pacientes hayan tenido en los seis meses anteriores al inicio y a los seis meses posteriores a la intervención propuesta.

La medición de las variables dependientes a los seis meses tras la intervención, se realiza con el fin de minimizar el sesgo de aprendizaje.

Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo en las Unidades de Salud Mental Comunitaria del área de Valme (Sevilla). Primero se realizará una entrevista semiestructurada con cada paciente para valoración de los actos autolesivos en los últimos seis meses, se les pasará la escala de impulsividad de Barrat y, por último, se le explicará el método de los autorregistros de crisis. Además, se recogerán los datos relativos al nº de atenciones por los servicios de urgencias y nº de ingresos que hayan tenido las pacientes en los seis meses previos a la intervención. Así mismo, lo descrito anteriormente, se volverá a realizar al año siguiente de la finalización de la intervención.

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

La información se obtendrá directamente de las participantes incluidas en el estudio y serán incluidas en una base de datos única diseñada para tal fin.

Análisis de los datos

Análisis descriptivo

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

Una vez realizado esto, se realizará un Análisis descriptivo univariante, incluyendo frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las cuantitativas. Se calcularán los intervalos de confianza al 95%.

Análisis inferencial

Se procederá a un análisis inferencial bivariante, donde se compararán las medias pre y post medición, utilizando t-student si los datos lo permiten o pruebas no paramétricas en su defecto; y se realizará comparación de proporciones con Chi-cuadrado.

Posteriormente se realizará un análisis multivariante entre variables que hayan mostrado relación en el análisis bivariante previo, con una regresión logística o lineal.

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

Limitaciones del estudio

El estudio puede verse limitado por el sesgo de deseabilidad social, ya que las participantes pueden orientar sus respuestas para dar una buena imagen de sí mismas, de este modo pueden modificar la respuesta que realmente refleja sus sentimientos u opiniones a favor de la que se considera más positivamente valorada; también puede verse limitado por el sesgo de aprendizaje, debido a que vamos a aplicar el mismo instrumento de medida en más de una ocasión. No obstante, se intentará minimizar dejando pasar un año entre una medición y otra.

Además, debido a la complejidad de la intervención, el desconocimiento del tamaño muestral así como del número de personas que abandonarán el estudio por las características de las personas que constituyen la muestra, se espera que sea elevado. Por último, el estudio puede verse sesgado por la limitada capacidad de generalizar los resultados por las características del tipo de estudio.

Relevancia científica y sociosanitaria del estudio

Esperamos que el tipo de intervención propuesta conseguirá aumentar, en términos generales, el grado de salud mental de la población que ha sido atendida y que encontraremos diferencias estadísticamente significativas entre los períodos pre y post intervención, en todas las variables propuestas por el estudio.

Es importante considerar que la población a la cual dirigimos nuestro estudio está compuesta por pacientes que causan un importante gasto al sistema sanitario, así como aquellos que sufren un alto número de recaídas y que, por tanto, son mayores las posibilidades de empeoramiento, desestructuración y deterioro personal.

Por tanto, creemos que si se puede encontrar un tipo de intervención que permita aumentar el grado de salud de este tipo de pacientes y aumentar su estabilidad clínica y así mejorar la calidad de vida, se estará ayudando a aliviar el nivel de sufrimiento mental de muchas personas con diagnóstico de TLP, de sus familias y de su entorno social más próximo, que generalmente se encuentran desbordadas.

Finalmente, pensamos que los resultados que se obtengan de este proyecto permitirán disponer de un elemento importante de decisión a la hora de proponer estrategias sanitarias para el tratamiento y la ayuda a este grupo de personas. Asimismo, pueden dotar a los profesionales de la salud mental de un buen elemento de juicio para definir y concretar políticas sanitarias encaminadas a paliar o solucionar la problemática en cuestión.

En todo momento defendemos la necesidad de considerar a los profesionales de enfermería miembros relevantes en el cuidado integral de la salud mental de las personas y sus familias, contribuyendo a la construcción de una perspectiva multidisciplinar que enriquezca y mejore la atención global de la salud mental.

Aspectos éticos y legales

Siguiendo la ley orgánica 5/ 1992 de 29 de octubre de regulación de tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de los datos, una garantía de estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal, de los sujetos participantes en el mismo.

Al tratarse de un estudio con seres humanos, indicamos que los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. Asimismo, cabe resaltar que las actividades desarrolladas han sido fieles al código Deontológico de la Enfermería Española de 1989.

Permisos y autorizaciones

- Deberemos contar en primer lugar con el permiso de la dirección médica y de enfermería del Área Sanitaria Sevilla Sur.
- Asimismo se deberá solicitar el permiso del comité de ética de la institución.

Consentimientos

Se necesitará el consentimiento de los sujetos para la participación en el estudio. Todos los individuos serán informados del objetivo del estudio, de sus posibles beneficios y del tipo de intervención a la que serán sometidos.

El documento escrito con la información del estudio se entregará al posible participante antes de que este otorgue su consentimiento para ser incluido en el mismo. El documento contiene información referente a: objetivo, tratamiento, beneficios derivados

del estudio, metodología empleada, incomodidades derivadas del estudio, carácter voluntario de la participación, así como posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, confidencialidad, e investigador responsable del ensayo.

Cronograma

La duración total del estudio sería alrededor de 1 año y 8 meses.

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

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

Actividad 2: Duración 4 meses

- Elaboración y estandarización de los contenidos de los autorregistros a utilizar en la intervención.
- Captación y recogida de los datos de los sujetos sometidos a estudio.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro y valoraciones.
- Diseño de la base de datos.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Impresión del material gráfico (hojas de registro, cuestionarios, test, etc.)
- Puesta en común para homogeneizar la información.
- Captación de la muestra y distribución aleatoria de los grupos.

Actividad 3: Duración 6 meses

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

Actividad 4: Duración 6 meses

- Mediciones de resultados con cuestionarios a los 6 meses de acabar la intervención

Actividad 5: duración 2 meses

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

Recursos y presupuesto económico

Recursos materiales

- Un ordenador portátil.
- Programas de office Word, Excel, PowerPoint.
- Una impresora.
- CDs.

- Fotocopias de test y cuestionarios.
- Fotocopias de hojas de consentimiento informado.

Recursos humanos

Dos Enfermeras especialistas en Salud Mental y dos EIR.

Presupuesto

Conceptos	Presupuesto
Equipamiento inventariable: 1 ordenador portátil Programas de office Word, Excel, PowerPoint.	1000
Material fungible: Consumibles informáticos (cd, pen drive) Material de oficina (fotocopias, tests y Cuestionarios)	500
Material bibliográfico: Ejemplares actualizados de bibliografía básica enfermera: NANDA, NOC, NIC Bibliografía referente a autoobservación Bibliografía referente a Trastorno Límite de la Personalidad	300
Viajes y dietas: Desplazamientos para consultas Reuniones de equipo Congresos Nacionales	1500

Agradecimientos

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

Anexos

Anexo 1. Autorregistro de crisis

