



Universitat de Lleida

**Allò que és psicoterapèutic en la relació terapèutica
amb persones amb Trastorn Límit de la Personalitat.
Interpretació de l'experiència de disminució del
malestar**

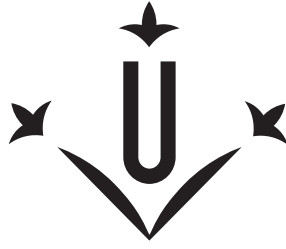
Maria Romeu Labayen

<http://hdl.handle.net/10803/666241>



Allò que és psicoterapèutic en la relació terapèutica amb persones amb Trastorn Límit de la Personalitat. Interpretació de l'experiència de disminució del malestar està subjecte a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

(c) 2019, Maria Romeu Labayen



Universitat de Lleida

TESI DOCTORAL

**Allò que és psicoterapèutic en la relació terapèutica amb
persones amb**

Trastorn Límit de la Personalitat.

**Interpretació de l'experiència de disminució del
malestar**

Maria Romeu Labayen

Memòria presentada per optar al grau de Doctor per la

Universitat de Lleida

Programa de Doctorat en Salut

Directores

Dra. M^a Assumpta Rigol Cuadra - Dra. Glòria Tort Nasarre

Tutora

Dra. M^a Luisa Guitard Sein-Echaluze

2018

OFERIMENT

He pogut atrapar un somni
abans que el sol no el fongués,
i l'empresono amb paraules
per quedar-me'l sempre més.

No pesa ni fa cap nosa,
però és tan gran, per a mi,
que, si vols... si tu volguessis,
el podríem compartir.

Joana Raspall

A Sera, Clara i Martí,
per tot el que sou i perquè us estimo sense fi.

Fotografia d'Ignasi Armayones Martínez
Ballarins: Clara Blanco Romeu i Martí Blanco Romeu

Agraïments

Ara que miro enrere i veig la dedicació de temps, esforç i energia que he invertit en aquesta tesi, he recordat que, malgrat el treball solitari, les coses mai les fa una persona sola. Sempre n'hi ha d'altres, a prop, que col·laboren més o menys directament en fer possible arribar al final. És per això, que vull dedicar el més profund agraïment a totes les persones que m'han ajudat, qüestionat, llegit, recomanat, assessorat, corregit, traduït, facilitat, animat i suportat durant tot aquest temps.

En primer lloc, a les meves directores de tesi la Dra. Maria Assumpta Rigol i la Dra. Glòria Tort. Elles han estat a prop des del primer moment, ordenant les meves idees plenes d'entusiasme però amb escassa planificació, conduint el treball cap a la realitat, sense fer soroll, en un "anar fent" sense neguit, però sense pausa. En elles he trobat la resposta de l'expertesa i el suport afectuós.

També vull agrair molt la col·laboració de les participants en la recerca, sense elles, això no hauria estat possible. M'ho han fet molt fàcil, he pogut aprendre amb elles i ha estat tot un plaer.

Gràcies a la institució Asociación de Salud Mental Horta Guinardó, que ha contribuït en poder dur a terme aquesta recerca. A les persones, companyes de l'equip de salut mental per les seves aportacions i interès. Als infermers Toni Ramal i Urtzi Blancou per la seva col·laboració.

Al Dr. Juan Muñoz que tan hàbilment va saber treure'm d'un embolic informàtic amb el programa de suport a l'anàlisi Atlas.Ti, no sap prou bé com li agraeixo. A la Dra. Margarida Pla per escoltar-me i aconsellar-me. A la Dra. del Pino, companya docent que sempre té un visió positiva per oferir. A la meva germana, Dra. Judit Romeu, per ajudar-me a escriure i corregir capítols d'aquesta tesi amb tant interès i paciència. A les infermeres de salut mental i amigues M^a Carmen Pinedo i Mercè Borràs, que m'han fet de coixí en hores baixes i m'han animat a tirar endavant sempre. A l'Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental (ASCISAM), per la seva contribució desinteressada en facilitar-me bibliografia.

Moltes gràcies a tothom que, sabent de l'esforç, ha tingut unes paraules amables d'ànim perquè, realment, tenen molt valor. Gràcies a totes les infermeres de salut mental que estan a prop i, de qui he après moltíssim.

A la meva gran amiga, Gemma, que és mestra i logopeda, però s'ha llegit la meva tesi i m'ha ajudat amb les seves reflexions lúcides. Moltes gràcies a la meva amiga Mireia que m'obsequia sempre fent les coses fàcils i, amb l'Andrew, m'han resolt les traduccions a l'anglès.

Gràcies a la meva gran família que han respectat les meves hores de feina i, l'absència a reunions familiars. En especial al meu germà, Oriol.

A la meva mare, que em segueix cuidant, com sempre, pacient i confiant en mi.

Un agraïment molt i molt especial als meus fills, la Clara i el Martí, que han estat sempre pendents d'ajudar-me, resolent temes tècnics que m'ha facilitat enormement la feina. I, sobretot, que han suportat que no estigués amb ells tant com desitjaven i, m'han demostrat cada dia que m'estimen, durant tots aquests anys.

Al meu company de vida, Sera, que ha fet tot el possible i més, perquè no dubtés en seguir endavant, perquè no em preocupés de les qüestions quotidianes i perquè gaudís de la meva feina. Sempre ha estat present, a prop, escoltant-me, i ajudant-me a qüestionar i reflexionar. Sempre amb la seva visió crítica i la seva carinyosa saviesa.

Resum

Les persones amb Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) pateixen símptomes i crisis molt greus que posen en risc la seva vida. Aquest és el trastorn psiquiàtric amb major prevalença de suïcidi. Les infermeres afirmen que tenen dificultats per establir una relació que sigui terapèutica amb persones amb aquest trastorn. L'estigma i les dificultats en la relació terapèutica agreugen la possibilitat de recuperació. El propòsit d'aquesta recerca és donar valor a les accions que les infermeres realitzen per a disminuir el malestar de les persones amb TLP. **Objectius:** Explorar en les vivències de les persones amb TLP quins elements psicoterapèutics de la relació terapèutica han aconseguit disminuir el malestar. **Metodologia:** L'estudi qualitatiu basat en la fenomenologia hermenèutica ha permès acostar-se a les experiències i significats individuals i descobrir la realitat dels participants. La mostra opinàtica ha inclòs dotze participants, s'ha obtingut les dades a partir d'entrevistes en profunditat i documentació de les anotacions del curs clínic d'infermeria. S'ha realitzat un anàlisi temàtic del contingut, fortament inductiu de construcció de categories, meta categories i dimensions. **Resultats:** Els principals resultats s'integren en tres dimensions que evidencien que: A. El procés psicoterapèutic que aconsegueix la disminució del malestar es produeix en tres fases: el desconeixement del malestar, el reconeixement del trastorn i la disminució del malestar; B. Les participants consideren que és psicoterapèutic: aprendre sobre el trastorn i la salut, construir un espai de confiança i apoderar-se amb la validació; C. Les persones amb TLP emfatitzen en el *saber fer* de la infermera de salut mental destacant l'actitud i els coneixements especialitzats. **Conclusions:** El valor psicoterapèutic de les intervencions, habilitats i actitud de les infermeres de salut mental contribueix a disminuir el malestar de les persones amb TLP. Els coneixements sobre les dinàmiques i models relacionals infermers i les intervencions psicoterapèutiques d'infermeria permeten fonamentar els coneixements especialitzats en la teoria infermera.

Resumen

Las personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) padecen síntomas y crisis muy graves que ponen en riesgo su vida. Este es el trastorno psiquiátrico con mayor prevalencia de suicidio. Las enfermeras afirman que tienen dificultades para establecer una relación que sea terapéutica con personas con este trastorno. El estigma y las dificultades en la relación terapéutica agravan la posibilidad de recuperación. El propósito de esta investigación es dar valor a las acciones que las enfermeras realizan para disminuir el malestar de las personas con TLP. **Objetivos:** Explorar en las vivencias de las personas con TLP que elementos psicoterapéuticos de la relación terapéutica han conseguido disminuir el malestar. **Metodología:** El estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica ha permitido acercarse a las experiencias y significados individuales y descubrir la realidad de los participantes. La muestra opinática ha incluido doce participantes, se ha obtenido los datos a partir de entrevistas en profundidad y documentación de las anotaciones del curso clínico de enfermería. Se ha realizado un análisis temático del contenido, fuertemente inductivo de construcción de categorías, meta-categorías y dimensiones. **Resultados:** Los principales resultados se integran en tres dimensiones que evidencian que: A. El proceso psicoterapéutico que consigue la disminución del malestar se produce en tres fases: el desconocimiento del malestar, el reconocimiento del trastorno y la disminución del malestar; B. Las participantes consideran que es psicoterapéutico: aprender sobre el trastorno y la salud, construir un espacio de confianza y empoderarse con la validación; C. Las personas con Trastorno Límite de la Personalidad enfatizan en el saber hacer de la enfermera de salud mental destacando la actitud y los conocimientos especializados. **Conclusiones:** El valor psicoterapéutico de las intervenciones, habilidades y actitud de las enfermeras de salud mental contribuye en disminuir el malestar de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Los conocimientos sobre las dinámicas y modelos relacionales enfermeros y las intervenciones psicoterapéuticas de enfermería permiten fundamentar los conocimientos especializados en la teoría enfermera.

Abstract

People with Borderline Personality Disorder (BPD) suffer from very serious symptoms and crises that put their life at risk. This is the psychiatric disorder with the highest prevalence of suicide. Nurses say they have difficulties in establishing a therapeutic relationship with people that have this disorder. Stigma and difficulties in the therapeutic relationship aggravate the possibility of recovery. The purpose of this research is to give value to the actions that nurses perform to reduce the discomfort of people with BPD. **Objectives:** To explore the experiences of people with BPD to identify which psychotherapeutic elements of the therapeutic relationship have managed to reduce discomfort. **Methodology:** The qualitative study based on hermeneutic phenomenology has allowed us to approach individual experiences and meanings and discover the reality of the participants. The opinion sample included twelve participants. The data has been obtained from in-depth interviews and from analysis of the clinical notes from the consultation between the patient and the nurse. Thematic content analysis was conducted, strongly inductive of construction of categories, metacategories and dimensions. **Results:** The main results are integrated into three dimensions that demonstrate that: A. The psychotherapeutic process that achieves a decrease in discomfort occurs in three phases: ignorance of discomfort, recognition of disorder and diminished discomfort; B. The participants consider that it is psychotherapeutic: to learn about their treatment and health, to construct a trusting relationship space and to gain empowerment with the nurse's validation; C. People with BPD particularly value the skills of the mental health nurse especially highlighting their attitude and specialized knowledge. **Conclusions:** The psychotherapeutic value of the interventions, and the abilities and attitude of mental health nurses contribute to reducing the discomfort of people with BPD. Understanding relational nursing dynamics and models and psychotherapeutic nursing interventions provide a foundation for specialised nursing theory.

ÍNDIX

Capítol 1. INTRODUCCIÓ	11
1.1 L'elecció, la contextualització i la justificació del tema de recerca	13
1.1.1 L'elecció del tema de recerca	13
1.1.2 La contextualització del tema. El procés d'identificació del tema	15
1.1.3 La justificació del tema	21
1.2 El problema de recerca i els antecedents de la relació terapèutica amb les persones amb TLP: visió pràctica	25
1.2.1 La relació terapèutica en infermeria de salut mental	25
1.2.2 De la relació terapèutica a les intervencions psicoterapèutiques	26
1.2.3 El Trastorn Límit de la Personalitat	30
1.2.4 Actualització de la relació terapèutica de les infermeres de salut mental amb persones que pateixen Trastorn Límit de la Personalitat	33
1.2.5 Antecedents a l'Estat Espanyol	37
Capítol 2. MARC TEÒRIC	39
2.1 Introducció	41
2.2 La perspectiva teòrica de la relació terapèutica	42
2.2.1 L'origen psicodinàmic del concepte aliança terapèutica	42
2.2.2 Les principals referents teòriques en aquesta recerca	44
2.2.3. Altres influències teòriques	58
2.3 La visió teòrica d'infermeria sobre els Trastorns de la Personalitat	60
2.4 Les preguntes i els objectius de recerca	62
2.4.1 Les preguntes de recerca	62
2.4.2 Els objectius de recerca	62
Capítol 3. METODOLOGIA DE LA RECERCA	65
3.1 Metodologia de la recerca i congruència teòrica	67
3.2 El posicionament paradigmàtic	69
3.3 Disseny metodològic: La fenomenologia hermenèutica	70
3.4 Àmbit d'estudi	73
3.5 Participants	75
3.6 Instruments de recollida d'informació	77
3.6.1 Entrevistes en profunditat	77
3.6.2 La documentació dels cursos clínics d'infermeria	80

3.7 Criteris de rigor i qualitat	81
3.8 Consideracions ètiques	82
3.9 Desenvolupament del treball de camp i reflexió	85
3.10 Anàlisi de les dades	86
Capítol 4. RESULTATS	101
4.1 Introducció	103
4.2 Dimensió I - El canvi o el procés psicoterapèutic	104
4.3 Dimensió II - Allò que és psicoterapèutic	132
4.4 Dimensió III - El saber fer de les infermeres de salut mental	146
Capítol 5. DISCUSSIÓ	157
5.1 Introducció	159
5.2 Discussió i interpretació dels resultats	161
5.2.1 Dimensió I - El canvi o el procés psicoterapèutic	161
5.2.2 Dimensió II - Allò que és psicoterapèutic	173
5.2.3. Dimensió III - El saber fer de les infermeres de salut mental	183
5.3 Dificultats i limitacions	190
5.4 Reflexions, recomanacions per a la pràctica professional i altres recerques	192
Capítol 6. CONCLUSIONS	195
BIBLIOGRAFIA	205
ANNEXES	223
Annex 1 : Guia temàtica de preguntes de les entrevistes en profunditat	225
Annex 2: Document informatiu sobre el projecte de recerca	226
Annex 3: Document de consentiment informat	227
Annex 4: Autorització de la gravació de veu	228
Annex 5: Informe favorable de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona	229
Annex 6: Permís de la institució Asociación de Salud Mental Horta Guinardó	230
Annex 7: Taula de diccionari de categories	231
Annex 8: Taula de freqüències de categories / fonts de recollida de dades	234
Annex 9: Diccionari de meta categories	235
Annex 10: Taula de relació entre les intervencions psicoterapèutiques per persones amb TLP i models teòrics d'infermeria	236

ÍNDIX DE TAULES I FIGURES

Taula 1. Característiques socio demogràfiques de les participants.	75
Taula 2: Unitats de significat emergents de les diferents fonts per categoria.	89
Taula 3: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: El desconeixement del malestar.	92
Taula 4: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: El reconeixement del trastorn.	92
Taula 5: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: La disminució del trastorn.	93
Taula 6: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut.	93
Taula 7: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: Construir un espai de confiança.	94
Taula 8: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la metacategoria: La validació que apodera.	94
Taula 9: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la metacategoria: Les atribucions a l'infermera.	95
Taula 10: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: Els coneixements especialitzats.	95
Taula 11: Unitats de significat, categories i meta categories del domini: El canvi o el procés psicoterapèutic.	97
Taula 12: Unitats de significat, categories i meta categories del domini: Allò que és psicoterapèutic.	98
Taula 13: Unitats de significat, categories i metacategories del domini: El <i>saber fer</i> de les infermeres de salut mental.	99
Figura 1. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria EL DESCONEIXEMENT DEL MALESTAR	105
Figura 2. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria EL RECONeixEMENT DEL TRASTORN	113
Figura 3. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria LA DISMINUCIÓ DEL MALESTAR	126
Figura 4. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria L'APRENENTATGE SOBRE EL TRASTORN I LA SALUT	134
Figura 5. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria CONSTRUIR UN ESPAI DE CONFIANÇA	140
Figura 6. Mapa de relacions entre categories a la meta categoria LA VALIDACIÓ QUE APODERA	143

Figura 7. Mapa de relacions entre categories a la meta categoria LES ATRIBUCIONS A L'ACTITUD DE LA INFERMERA	147
Figura 8. Mapa de relacions entre categories a la meta categoria ELS CONEIXEMENTS ESPECIALITZATS	152

1.1 L'elecció, la contextualització i la justificació del tema de recerca

1.1.1 L'elecció del tema de recerca

Escollir el tema de la tesi no ha estat fàcil. Són diverses les qüestions que han despertat el meu interès al llarg de la meua trajectòria professional, sempre amb l'ambició de canviar per millorar i, triar-ne un ha estat difícil.

La meua pràctica està centrada en l'àmbit de la salut mental, tot i que en un principi vaig estar treballant en centres d'atenció primària com a infermera comunitària, molt abans que es reconegués l'especialitat de la infermera especialista en familiar i comunitària. El meu interès per la salut mental em va portar a fer el Postgrau d'Infermeria en Psiquiatria Comunitària a la Universitat de Barcelona, que coordinava la que avui és una de les meves directores de tesi. A partir de llavors em va sorgir la possibilitat de treballar en aquest àmbit i m'hi vaig llançar. Fins ara. La necessitat d'entendre què s'esdevé a l'interior de les persones m'ha acompanyat durant aquest temps. I, com succeeix amb els sabers, com més hi aprofundeixes, més creix la sensació que et queda molt per aprendre.

Escollar és una de les meves bones capacitats per dur a terme la meua feina, m'entendreix i m'apassiona escoltar les vivències dels altres, bones i dolentes. Mostrar respecte per l'existència de l'altre amb totes les seves conseqüències és una qualitat que reconec que tinc i que perceben els usuaris amb qui tracto. L'interès per entendre i ajudar m'ha fet sentir útil en el camp de la salut mental i això ha estat la principal motivació per seguir endavant i identificar-me amb la meua feina d'infermera de salut mental.

Al cap dels anys vaig tenir l'oportunitat de treballar com a professora associada a la Universitat de Barcelona, on jo havia estudiat. En un primer moment, la idea em va espantar. Dubtava de si sabia transmetre el meu saber a futures infermeres i si aconseguiria encuriosir-les per aquests coneixements. La responsabilitat de ser representant de la salut mental i de la infermeria de salut mental m'estimulava a acceptar el repte. Vaig acceptar-lo, i em vaig introduir en el món de la docència al Grau d'Infermeria de la Universitat de Barcelona. Una vegada més, tornava a estar en contacte amb infermeres i docents de la infermeria de salut mental que havien estat referents des de la meua formació inicial. La vinculació a la Universitat de Barcelona ha estat el que m'ha portat a estudiar el màster, en primer lloc, i, posteriorment, el doctorat.

Tornar als estudis oficials va ser estimulants, després de molts anys em tornava a veure asseguda a l'aula, escoltant, prenent apunts, llegint i aprenent. Que reconfortant és aprendre quan

es vol aprendre! Va ser gratificant des d'un bon principi: el que creia que podia ser un element estressant més a la meua vida va resultar sobretot estimulants, i a poc a poc es va anar concretant el tema que avui és objecte de la meua tesi.

La formació continuada com a alumna i posteriorment com a docent sobre el Trastorn Límit de la Personalitat m'ha portat a conèixer en profunditat aquest trastorn i persones que hi conviuen. Tot i ser un tema on infermeria no hi té una intervenció reconeguda, l'interès va anar creixent i, amb el suport de l'equip de salut mental i de la direcció del Centre de Salut Mental d'Horta Guinardó (CSMA HG), es va anar obrint camí en l'atenció d'infermeria a persones que tenen diagnòstic psiquiàtric de Trastorn Límit de la Personalitat (TLP). I el que va començar essent l'afany de l'equip d'infermeria de salut mental, ara ja és una experiència extensa amb uns resultats que mereixen l'interès de la direcció del centre i el reconeixement per part de la infermeria de salut mental a Catalunya, especialment, i la divulgació a través de l'Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental (ASCISAM) i de l'Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), a l'estat espanyol. I, per descomptat, el reconeixement genuí de les persones que tenen TLP i que han pogut rebre l'atenció d'infermeria al centre.

L'experiència positiva que han verbalitzat en moltes ocasions les persones receptores de les cures i els bons resultats assistencials recollits en les memòries descriptives anuals del centre, són aspectes que estimulen a aprofundir en l'experiència de disminució del malestar que verbalitzen les persones que han estat o estan vinculades a l'atenció d'infermeria per a persones amb Trastorn Límit de la Personalitat. En aquest sentit, és important explorar quins són els elements psicoterapèutics que es donen en la relació terapèutica que s'estableix entre la infermera de salut mental i la persona que pateix trastorn límit de la personalitat.

El propòsit d'aquesta recerca és, doncs, donar valor a la contribució de les infermeres de salut mental en la disminució del malestar de les persones amb TLP. Al cap i a la fi, són aquestes persones qui han posat l'accent en el fet que la seva millora també està lligada a la infermeria¹. És gràcies a elles, que he pres la decisió d'explorar com les infermeres de salut mental² aconsegueixen ajudar-les a disminuir el seu malestar.

¹ En aquesta tesi, s'utilitzarà els termes infermeria o infermera i infermeria de salut mental o infermera de salut mental de forma aleatòria, en funció de l'adequació en el text. En tots els casos, els diferents termes fan referència a les infermeres que desenvolupen l'assistència, recerca, docència o gestió en l'àmbit de l'especialitat de salut mental.

² Barker diferencia entre els termes d'infermera psiquiàtrica i infermera de salut mental: "quan les infermeres ajuden a les persones a explorar el seu malestar, en un intent de descobrir maneres de remediari-lo o alleugerir-lo estan exercint la infermeria psiquiàtrica. Quan les infermeres ajuden a les mateixes persones a explorar formes de

1.1.2 La contextualització del tema. El procés d'identificació del tema

Professionalització de les cures d'infermeria - Context històric

Segons Siles et al. (2001), a l'Estat espanyol la cura de les persones amb trastorn mental està històricament lligada a la beneficència. Als segles XVIII i XIX són els ordres religiosos qui cuidaven dels “dements” en els sanatoris psiquiàtrics. La professionalització de la psiquiatria al segle XIX no va anar acompanyada de la professionalització dels responsables de l'assistència directa dels malalts. Predominava el tracte vexatori cap a les persones malaltes, les condicions de vida deficitàries en higiene i cures i la utilització de mètodes de càstig i repressió als sanatoris. En el context reformista de la primera meitat del segle XX s'estudiava el problema dels “alienats” i es proposava fer recerca sobre els malalts mentals, el seu tractament i la seva curació.

El 1930 es va crear a Catalunya l'escola d'infermeres especialitzades (infermeres especials per a malalties nervioses i mentals), impulsada per la Mancomunitat (Rigol, 2001, p. 9). El 1931 es va crear el Consejo Superior Psiquiátrico, que depenia de la Dirección General de Sanidad. El 1932 es va fundar el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, que va contribuir a la professionalització de la “infermeria mental” a Espanya. El patronat s'ocupava de l'atenció post manicomial i va crear un grup d'infermeres psiquiàtriques visitadores encarregades de l'atenció al malalt i a la família, a l'adaptació familiar i social i a la col·laboració amb altres professionals dins i fora del patronat. Aquest va ser un període d'ampli desenvolupament de l'atenció a les persones amb trastorns mentals i de la professionalització de les infermeres psiquiàtriques, encara que sempre sota les indicacions mèdiques. Després de la Guerra Civil Espanyola, es va entrar en un període d'involució en què la infermeria i la infermeria psiquiàtrica es va veure afectada per la ideologia de la Falange i per la religió, que desplaçava les dones a un paper merament domèstic i exposava el malalt psiquiàtric a un tracte més autoritari i repressiu (Siles et al., 2001).

A mitjans de segle XX, es va promulgar la llei de Regulació de les Competències Professionals de les Infermeres i els Infermers de 1960 (2319/1960), que regulava les

creixement i desenvolupament, com persones, explorant com actualment viuen amb el malestar i, poden anar més enllà dels problemes per viure, estan exercint infermeria de salut mental” (Barker, 2009, p. 4).

competències professionals d'ajudants tècnics sanitaris, practicants, comadrones i infermeres i que establia la dependència jeràrquica amb l'estament mèdic (Ramió, 2005, p.17).

A la segona meitat del segle XX es va produir un canvi molt important en la professió, en consonància amb els canvis polítics i socials de l'època, que van suposar l'entrada a la universitat i el desenvolupament dels plans d'estudis des d'una perspectiva infermera, a partir de models infermers anglosaxons creats als anys cinquanta. Aquest fet va comportar l'assumpció d'un rol més autònom, que s'allunyava dels aspectes tècnics i s'acostava a la cultura de la cura, que es va projectar en el canvi de nom d'ATS a infermeres i que va suposar el desenvolupament de les especialitats infermeres que feien èmfasi en la relació terapèutica (Rigol, 2001, p. 9). Durant aquest període es van anar desenvolupant programes de formació als graus d'infermeria influïts per l'aparició de teòriques de la infermeria, Henderson i Peplau, entre d'altres, que feien èmfasi en la relació amb el malalt, aspectes de l'ambient i de la higiene i, a la vegada influenciades per les corrents psiquiàtriques de l'època, el psicoanàlisi i el conductisme (Rigol, 2001, p. 9). Aschtul, Peplau i Skellern, conegudes com "la primera onada de la infermeria psicodinàmica" als Estats Units i al Regne Unit, van aportar una nova visió que donava valor a la participació dels usuaris per transformar unitats psiquiàtriques en ambients terapèutics que contribuïssin a fer un gir cap al desenvolupament de cures de qualitat en salut mental, així com a la valoració professional de les infermeres (Winship, Bray, Repper i Hinshelwood, 2009).

A l'Estat espanyol, va suposar un punt d'inflexió la creació de l'especialitat d'infermeria de salut mental. El 1970 s'havia creat l'especialitat de l'*Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico* (Siles et al., 2001). Però no va ser fins 1998 que el Reial decret 992/1987 va promulgar la regulació del títol d'infermer especialista, i amb l'Ordre ministerial de 24 de juny de 1998 (Orden ministerial 15395) s'aprovà amb caràcter provisional el programa formatiu de l'especialitat d'Infermeria de Salut Mental, que el va modificar i allargar a dos anys amb l'Ordre SPI/1356/2011, (Orden ministerial 9081). Tant en el programa de l'any 1998 com en el de l'any 2011 la formació té un enfocament comunitari, ja que busca proporcionar serveis a les persones dins el seu grup de pertinença (Orden ministerial 9081) i torna a dirigir la mirada de les cures no només a les institucions psiquiàtriques sinó també a les famílies i la comunitat. El primer programa de formació de l'especialitat d'infermeria de salut mental va reconèixer la relació interpersonal com a eina terapèutica bàsica. En l'Ordre ministerial que modificà i allargà el programa de formació a dos anys, s'assenyalava la relació terapèutica com a instrument bàsic de relació i comunicació en el marc de les cures d'infermeria de salut mental (Orden ministerial 9081): "Para desarrollar todo su ámbito competencial, la Enfermera especialista en Salud Mental

presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico” (p. 51806). Tot i l’evolució positiva de la professió, d’una banda, i el fet àmpliament reconegut que la relació terapèutica és una eina essencial per a la pràctica de la infermeria de salut mental, aquesta segueix sent socialment poc visible. Tal com afirma Ramió, la societat occidental centra el valor en la curació. En aquest sentit, l’objectiu és curar malalties i buscar teràpies més eficaces. En canvi cuidar té un valor accessori, quotidià i universal, i això fa que perdi visibilitat i que disminueixi el valor de les propietats terapèutiques que té en si mateix (Ramió, 2005, p.20). Les propietats terapèutiques de la relació que s’estableix entre la infermera de salut mental i l’usuari són, doncs, competencialment reconegudes, però socialment poc visibles.

Context europeu

L’Estat Espanyol, com estat membre de la Unió Europea participa, cada vegada més de l’enfocament dels problemes de salut mental a Europa. Tot i la diversitat, que els diferents països membres tenen pel que fa a grandària, població, riquesa, despesa sanitària, història, característiques geogràfiques i etnicitat, tots aposten per un model d’atenció basat en els principis de l’Organització Mundial de la Salut (OMS). Les prioritats de l’OMS es centren en el fet que és preocupant que s’ignori la salut mental per al bé públic, com queda plasmat en el seu lema: “No hi ha salut sense salut mental i ha de ser considerada com una part indivisible de la salut pública” (Brimblecombe i Nolan, 2014, p. 25).

La infermeria, és la professió majoritària en els serveis de salut mental a tota Europa i, està integrada en la història del desenvolupament dels serveis de salut mental, que ha deixat enrere els manicomis i, ha avançat cap a funcions més àmplies (Brimblecombe i Nolan, 2014, p. 21). La disponibilitat de professionals especialistes en salut mental (psiquiatres, infermeres, psicòlegs) és molt diferent en funció dels diferents països europeus, però la diferència és encara major pel que fa a les infermeres. Per exemple al Regne Unit per cada 100.000 habitants disposen de 10 psiquiatres i 122 infermeres. En canvi a l’Estat Espanyol, per cada 100.000 habitants hi ha 6,1 psiquiatres i 9 infermeres, ocupant la franja més baixa de la ràtio infermera/habitants de la Unió Europea (p. 50). Aquestes xifres apunten diferències d’enfocament. A l’Estat Espanyol predomina la visió centrada en la psiquiatria, en canvi, la major presència d’infermeres que de psiquiatres al Regne Unit, resta protagonisme a la psiquiatria i atorga importància a les cures infermeres.

També és notable la variabilitat respecte a les funcions i les responsabilitats dels diferents grups professionals que treballen en salut mental. En aquest sentit, el col·lectiu

d'infermeres també té competències diferents segons els països, així com formacions diferents. Probablement aquest, és un factor relacionat amb la identitat professional a nivell internacional. Segons Gray i col. (2006), continua essent un repte que les infermeres desenvolupin el potencial de funcions d'infermeria com a professió independent en els serveis de salut mental (a Brimblecombe i Nolan, 2014, p. 271). En diferents països, és comú la necessitat de definir les funcions i competències de les infermeres de salut mental.

En el context de l'Estat Espanyol, la salut mental va passar per un període de transformació important en la última dècada del S. XX. La Reforma Psiquiàtrica impulsada a partir de la *Ley General de Sanidad* (1986) i les recomanacions de la OMS, va ser possible gràcies a la inclusió de l'atenció en salut mental a les xarxes públiques de salut (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, p. 9). La sanitat es va transferir gradualment a les comunitats autònomes i des de l'any 1981 Catalunya gestiona, ordena i planifica el sistema sanitari català (CatSalut, 2017, para. 1).

A Catalunya, es desenvolupa la Xarxa de Salut Mental en el model de concertació amb el Servei Català de la Salut (SCS) que és l'ens públic, adscrit al Departament de Salut que garanteix l'atenció sociosanitària als ciutadans de Catalunya (CatSalut, 2017, para. 4). Amb la Reforma Psiquiàtrica, el nou model es va centrar en cercar la implicació dels usuaris i dotar de recursos a la comunitat amb serveis especialitzats i transcendir el model hospitalari i manicomial (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, p. 37).

El nou model prioritza l'atenció a la comunitat i integra diferents possibilitats: atenció ambulatoria, servei de rehabilitació i ingrés hospitalari. Es preveu atenció interdisciplinària de psiquiatria, psicologia, treball social i infermeria (CatSalut, 2017, para. 2). Els serveis de l'Atenció a la Salut Mental i Addiccions integren: Centres de Salut Mental per adults i infanto juvenils; hospitalització en hospitals psiquiàtrics, serveis de psiquiatria d'hospitals generals i centres sociosanitaris; hospitalització parcial i centres de dia (CatSalut, 2017, para. 1). Els centres de salut mental d'adults, com el centre on s'ha realitzat aquest estudi, presten atenció especialitzada en règim ambulatori a persones majors d'edat.

Les infermeres s'integren als equips de salut mental dels CSMA a partir de 1995, i a partir de 1998 es desenvolupa l'especialitat d'infermeria de salut mental (García Laborda, n.d.). Creix la demanda d'especialització de les infermeres als serveis de la xarxa de salut mental i cal desenvolupar i consolidar els coneixements especialitzats en infermeria de salut mental per a dotar de cures de qualitat per a les persones amb trastorns mentals,

Aquesta tesi vol contribuir aportant coneixements sobre competències específiques de les infermeres de salut mental.

Context de l'experiència

L'any 2006, l'equip d'infermeres de salut mental del CSMA Horta Guinardó va iniciar l'atenció d'infermeria a persones en situació de crisi. Aquesta atenció consistia en oferir disponibilitat de visites d'infermeria de contenció emocional, augmentant-ne la freqüència per oferir major suport emocional i realitzar un acompanyament proper durant la crisi. Fins a aquell moment, les infermeres de l'equip feien seguiment de persones amb diagnòstics catalogats de Trastorn Mental Greu (TMG), com són: trastorns esquizofrènics, trastorns afectius bipolars, trastorns depressius majors, paranoia, agorafòbia amb crisis d'angoixa i trastorns obsessiu compulsius. La nova proposta obria una via d'atenció en què les infermeres participaven realitzant visites de seguiment de persones amb trastorn de la personalitat, tot i que les guies de pràctica clínica estableixen que l'enfocament ha de ser psicològic, psicosocial i farmacològic (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2011, p. 262).

La demanda va anar creixent i concretant-se en persones que patien Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) en situació de crisi, i la intervenció es va focalitzar en aquest grup de persones. El Trastorn Límit de la Personalitat era un dels trastorns de la personalitat més freqüents, amb una elevada prevalença i amb una major gravetat clínica a causa del risc letal. Aquests factors van ser decisius perquè les infermeres especialitzades en salut mental prenguessin la iniciativa de realitzar formació específica. Adquirir coneixements sobre el trastorn i les intervencions especialitzades es va convertir en un objectiu de les infermeres i de l'equip. Al llarg dels anys, es va anar consolidant com atenció d'infermeria a les persones amb TLP basada en coneixements de la Teràpia Dialèctica Conductual (TDC)³, (Linehan, 2003).

L'atenció d'infermeria a persones amb Trastorn Límit de la Personalitat ha anat evolucionant al llarg dels seus deu anys de trajectòria. Consisteix a donar atenció individualitzada a les persones que tenen trastorn límit de la personalitat com a diagnòstic principal.

Els objectius generals són:

³ Tractament cognitiu-conductual desenvolupat específicament per a persones amb TLP. Inclou la formació en habilitats psicosocials basat en la teoria dialèctica i la teoria biosocial (Linehan, 2003, p. 19).

- Proporcionar un tractament intensiu integral que permeti la vinculació del pacient als serveis comunitaris de salut mental.
- Augmentar la vinculació i l'adherència del pacient i la seva família al tractament.
- Millorar la contenció a través del reforç d'estratègies d'afrontament de les crisis.
- Assegurar la continuïtat de les cures que necessiten aquests usuaris i les seves famílies amb els programes especialitzats de la xarxa de salut mental del districte, els serveis d'urgències, les unitats d'aguts del sector i el centre d'atenció a les drogo dependències, així com la coordinació amb els equips d'atenció primària.

Es proposa atenció tant a nivell individual com a nivell grupal, que també pot incloure la família, sempre que el pacient ho accepti. L'atenció d'infermeria inclou:

- Visites de seguiment individual.
- Visites d'urgència en crisi.
- Atenció telefònica entre visites programades.
- Grup psicoterapèutic per a persones amb TLP.
- Grup psicoeducatiu per a familiars de persones amb TLP.
- Grup de suport i continuïtat per a familiars de persones amb TLP.
- Coordinació transversal per garantir la continuïtat de les cures.
- L'equip de salut mental (ESM) interdisciplinari també ofereix:
 - Visites de tractament psiquiàtric.
 - Visites de tractament social.
 - Visites de tractament psicològic.

De les dades assistencials obtingudes de les memòries anuals del centre durant el període comprès entre 2012 i 2016 s'observa: un increment de persones amb TLP amb atenció d'infermeria d'un 1%, un augment del total de visites d'atenció especialitzada del 12 %, i un descens de la taxa d'ingrés hospitalària d'un 4,6 % (Asociación de Salud Mental, 2018, Memòries d'activitat). Aquests resultats indiquen que podria haver-hi una relació entre l'increment de visites d'infermeria a persones amb TLP i la disminució de la taxa d'ingressos de

persones amb TLP vinculades al CSMA, podrien ser atribuïbles al fet que els usuaris troben major contenció en l'atenció de salut mental comunitària i necessiten, en conseqüència, menys contenció hospitalària. No obstant, és necessari recerca que indiqui si existeix alguna relació significativa entre aquestes variables.

Aquesta disminució dels ingressos hospitalaris coincideix amb el que assenyalen Werner i Rouslin (1996) quan afirmen que l'interès del desenvolupament dels centres de salut mental comunitaris resideix en el fet que aquests proporcionen un tractament accessible dels trastorns mentals i prevenen els ingressos hospitalaris (p. 164).

L'evidència aporta antecedents d'intervencions d'infermeria de salut mental que aconseguen incidir en la taxa d'ingressos hospitalaris. Flaherty et al., per exemple, conclou que la disminució de la taxa d'ingressos de persones grans amb depressió està relacionada amb un programa d'infermeria de visites domiciliàries on es realitza una intervenció amb la participació d'infermeres de salut mental (Flaherty et al., 1998). Tierney i Kane (2011), per la seva banda, avaluen un model d'intervenció dirigit a persones amb necessitats de tractament complexes en atenció primària. Es tracta d'un model liderat per una infermera psiquiàtrica que proporciona tractament integral de salut mental comunitari a persones amb un trastorn mental greu. Els autors conclouen que, aquest model millora l'accés a la salut d'aquestes persones i la satisfacció amb els serveis d'atenció, alhora que disminueix les taxes d'ingrés hospitalari i les recidives.

Les cures d'infermeria són una peça clau en l'engranatge del sistema sanitari que contribueix en la millora de la salut i la disminució dels ingressos hospitalaris. Cal, no obstant, conèixer quines són les aportacions concretes de les infermeres de salut mental en el cas que ens ocupa.

1.1.3 La justificació del tema

Carmen de la Cuesta (2008, p. 209) afirma que la pertinència d'un estudi es pot demostrar des de tres vessants: la pertinència teòrica, la pertinència social i la pertinència professional o disciplinària. L'interès d'aquest estudi s'ajusta a la pertinència professional i la teòrica. Així, des de la vessant professional, centra l'atenció en els elements psicoterapèutics de la relació entre les infermeres de salut mental i les persones amb trastorn límit de la personalitat, i, en concret, pretén analitzar el valor terapèutic que té la relació entre la infermera i el receptor de les cures que pateix TLP, identificant els elements i les accions psicoterapèutiques que les

infermeres emprenen. Des de la vessant teòrica, busca aportar coneixement específic sobre la relació terapèutica amb les persones amb TLP al cos de coneixements d'infermeria de salut mental. L'estudi parteix de tres premisses:

a. Els usuaris refereixen que la relació amb la infermera ha contribuït a la disminució del seu malestar.

b. Les memòries anuals del CSMA Horta Guinardó revelen un descens en la utilització de recursos d'urgències i estades hospitalàries de les persones amb aquest trastorn (Asociación de Salud Mental, 2018, Memòries d'activitat).

c. Hi ha evidència científica d'intervencions d'infermeria que milloren l'estat de les persones que pateixen TLP (Helleman, Goossens, Kaasenbrood i van Achterberg, 2014b; Koekkoek, van der Snoek, Oosterwijk, i van Meijel, 2010; Stringer, van Meijel, Karman, Koekkoek, Hoogendoorn, Kerkhof, i Beekman, 2015a; Stringer, van Meijel, Karman, Koekkoek, Kerkhof, i Beekman, 2015b).

El propòsit d'aquesta recerca és donar valor a les accions que les infermeres realitzen per la disminució del malestar de les persones amb TLP. En aquest sentit, considera que la perspectiva de l'usuari és la clau per arribar a identificar amb precisió quins són els elements i les accions psicoterapèutiques que ells mateixos reconeixen com a beneficiosos en la consecució de la disminució del malestar. L'experiència de millora és una experiència subjectiva, difícil de mesurar objectivament, però que es pot explorar escoltant i analitzant el contingut del discurs del mateix usuari. Tal com proposen Geneyro i Tirado (2016), per comprendre el treball que s'ha de realitzar per assolir la recuperació de la salut, cal escoltar els continguts de l'experiència de malaltia i els significats que hi atribueixen els usuaris i usuàries. La transmissió de la percepció subjectiva de disminució del malestar, en forma de paraules i comentaris que els usuaris han fet arribar a les infermeres, ha estat un element important, que s'ha tingut en compte i ha tingut pes per a prendre la iniciativa de realitzar aquesta recerca.

Segons Tejero, la disminució del malestar, alhora, té relació amb la satisfacció de l'usuari sobre l'atenció rebuda. Assegura, a més, que és precisament la infermera qui hi té un paper clau, ja que aconsegueix conduir cap al resultat de salut esperat a través de l'aprenentatge. La relació terapèutica diàdica que s'estableix entre l'usuari i la infermera facilita l'aprenentatge del pacient que condueix cap el resultat esperat de salut i cap a la satisfacció (Tejero, 2011). En aquesta línia, cal assenyalar que, actualment, la satisfacció de l'usuari és un indicador de qualitat per als gestors dels recursos en l'àmbit de la salut. És, per tant, important tenir en compte el

reconeixement de l'usuari sobre la millora del seu trastorn i de la seva salut (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2011, p. 235; Moreno-Poyato, 2016, p. 17)

L'atenció d'infermeria per a persones amb Trastorn Límit de la Personalitat té el propòsit de proporcionar contenció a les crisis i reduir així el malestar. Les cures d'infermeria van dirigides a millorar la gestió de l'ansietat i a disminuir les conductes disruptives, que són factors relacionats amb el risc letal (Borschmann, Henderson, Hogg, Phillips, & Moran, 2012; Fanaian, Lewis, i Grenyer, 2013; Pack et al. 2013). A més, la disminució del rati d'ingrés recollida en les memòries descriptives anuals del CSMA Horta Guinardó, tal com ja s'ha assenyalat, podria tenir una indubtable repercussió econòmica en els costos sanitaris. Aquest és també un punt clau que té precedents, tal com assenyala la Revisió Cochrane de Chiesa, Fonagy, Holmes, Drahorad, i Harrison-Hall (2002). Aquesta revisió sistemàtica afirma, fins i tot, que es produeix una reducció significativa en els costos econòmics del National Health Service anglès, tant en els programes que duen a terme infermeres de salut mental comunitàries, com en altres de treball social o de psicoteràpia.

Es pot afirmar que les infermeres de salut mental formen part, com a col·lectiu, de l'engranatge que dona resposta a les necessitats de salut mental de la població. Però aquest col·lectiu necessita estudiar i desenvolupar les respostes humanes de les persones amb trastorns mentals per aportar evidència a la comunitat científica de l'eficiència d'una alternativa humanística per els problemes dels usuaris psiquiàtrics. Les respostes humanes poden ser estudiades a partir de recerca sobre la relació terapèutica que possibiliti analitzar les experiències vitals (Reynolds, 2009, p. 318). És, per tant, interessant des d'aquesta proposta, l'estudi sobre els resultats terapèutics de les persones amb TLP.

Peplau afirma que els mètodes de recerca que ajudin a explicar el que s'observa en situacions d'infermeria, permetran desenvolupar el procés de relació terapèutica (Peplau, 1990, p. 35). L'enfocament investigador és l'estudi de l'art i la ciència d'estimular els pacients a canviar-se a si mateixos (Werner i Rouslin, 1996, p. 451).

Werner i Rouslin plantegen la urgència d'orientar la recerca cap a les respostes humanes del pacient psiquiàtric, en contraposició al creixent interès de la psiquiatria en la recerca d'enfocament biomèdic i farmacèutic (1996, p. 258). Hurley (2012), per la seva banda, anima a les infermeres a allunyar-se del model biomèdic i posar en valor les teràpies basades en l'entrevista, perquè és precisament el model biomèdic el que pot afegir un grau de confusió al desenvolupament d'investigació sobre tècniques interpersonals i terapèutiques. En la mateixa

línia, D'Antonio, Beeber, Sills i Naegle, animen a les infermeres a distanciar-se del model reduccionista focalitzat en la malaltia i els tractaments, per apropar-se a fórmules inclusives de l'experiència de malaltia dels individus, famílies i sistemes de salut. Aquestes autores afirmen que, cada vegada més, l'assistència, la docència i la recerca tendeixen a tecnificar-se i centren l'esforç en obtenir resultats científics que reemplacen la dinàmica interpersonal com a clau per entendre el comportament humà. Les autores reivindiquen el valor de les relacions en el procés de canvi de conducta perquè, afirmen, que és l'aliança terapèutica amb el pacient el que aconseguix que es produeixi un canvi (2014).

Escoltar les directrius d'infermeres expertes que recomanen investigar sobre els resultats en els propis usuaris i sobre la dinàmica relacional de la relació terapèutica, ha estat concloent per decidir emprendre aquesta recerca.

Per finalitzar, aquesta recerca té l'objectiu d'explorar les intervencions psicoterapèutiques d'infermeria en la relació terapèutica amb les persones amb TLP, ja que, d'una banda, aquestes repercuteixen en la satisfacció general amb l'atenció rebuda i, de l'altra, aquest podria ser un recurs de la cartera de serveis de l'atenció d'infermeria de salut mental comunitària que podria contribuir a disminuir els costos econòmics.

Werner i Rouslin (1996):
“Los sentimientos de un paciente respecto a la experiencia inmediata en una situación de enfermería, en que la enfermera y el paciente participan, son objeto de investigación mutua que conduce a una mejoría favorable para el paciente”
(p. 17).

1.2 El problema de recerca i els antecedents de la relació terapèutica amb les persones amb TLP: visió pràctica

El problema de recerca es contextualitza en el marc de la relació terapèutica de les infermeres de salut mental amb les persones amb TLP. Els antecedents bibliogràfics revisats permeten situar-se en l'actualitat del tema, que s'exposa seguidament.

1.2.1 La relació terapèutica en infermeria de salut mental

La revisió teòrica sobre el concepte de relació terapèutica es remunta a mitjans del segle XX amb les teories de diferents models d'infermeria que emfatitzen que la relació terapèutica és l'element bàsic i principal per assolir el propòsit infermer (Mirhaghi, Sharafi, Bazzi, i Hasanzadeh, 2017, p. 4).

Els models relacionals coincideixen en donar importància a la relació interpersonal perquè el propòsit de la infermeria necessita d'una relació terapèutica *sine qua non*. És evident, doncs, que la infermera ha d'interaccionar amb l'usuari amb una finalitat terapèutica per tal de respondre a la demanda d'ajuda i promocionar el canvi (Moreno-Poyato, 2016, p. 12; Watson, 2005, p. 151).

En la revisió pràctica, és molt clar que, en l'àmbit de la infermeria de salut mental, la relació terapèutica entre la infermera i l'usuari té una importància i una transcendència encara més rellevant (Browne, Cashin i Graham, 2012, p. 842; Moreno-Poyato, 2016, p. 12). Cal assenyalar que en salut mental, les tècniques que s'utilitzen en la pràctica són comunicatives i relacionals i, són intervencions psicoterapèutiques que no es poden dur a terme si no s'ha consolidat una relació terapèutica.

Peplau, introductora del concepte de relació terapèutica, sosté que infermera i usuari participen i contribueixen en una relació que pot ser terapèutica. El focus de la infermera de salut mental està en l'aportació a l'usuari en dos sentits (Reynolds, 2009, p. 314):

- Examinar amb cura l'experiència viscuda globalment de la persona cuidada a partir de la col·laboració activa entre infermera i usuari.
- Estudiar les respostes humanes a les amenaces a la salut.

Kalkman (a Reynolds, 2009, p. 314) es refereix a la relació infermera-usuari, com a teràpia de relació. Entén que la relació, per si mateixa, té propietats terapèutiques. Quan l'usuari es sent acceptat i pot expressar-se lliurement i sense por, pot aprendre esquemes de conducta més resolutius.

Per aconseguir que una relació tingui característiques i aportacions terapèutiques per a l'usuari, és important aconseguir que aquest es situï en una posició no-defensiva. S'ha demostrat que la relació no-defensiva amb la infermera alleuja la vergonya i l'ansietat de les persones que es senten desbordades i incontinentes. Aquesta afirmació incideix en la importància de l'actitud de la infermera de salut mental, perquè és principal tenir una actitud de no judici, per aconseguir la disminució de les defenses de l'usuari i ajudar a disminuir el malestar de persones incontinentes (Reynolds, 2009, p. 315).

L'estudi de la relació terapèutica és complex perquè aquesta està relacionada amb factors concrets de la pràctica de la infermeria i factors contextuals relacionats amb la infermera, l'usuari i l'organització (Mirhaghi et al., 2017, p. 4). És per això que no és possible trobar una teoria universal sobre la relació terapèutica perquè la pràctica de la infermeria és molt diferent en funció del servei on es treballi, la formació de l'equip terapèutic i els coneixements teòrics (Browne et al., 2012).

A la vegada, la diversitat de definicions teòriques, enriqueix però dificulta donar contingut operatiu a aquest concepte i, dilueix l'explicació sobre què és el que és realment efectiu en la relació terapèutica de les infermeres de salut mental amb els usuaris. En aquest punt cal assenyalar que és necessari definir què és el que fan les infermeres en el marc de la relació terapèutica. Si bé, el vincle terapèutic és important, també ho són els objectius i les tasques que es realitzen dins de la relació (Browne et al., 2012).

1.2.2 De la relació terapèutica a les intervencions psicoterapèutiques

El fet que les infermeres de salut mental tinguin com a eina principal la relació terapèutica i intervencions psicoterapèutiques, i no altres tipus de tècniques, com per exemple les medicoquirúrgiques, aporta un grau de dificultat a l'hora de diferenciar fins on es desenvolupa una relació terapèutica infermera i a partir d'on aquesta conté elements psicoterapèutics especialitzats destinats a cuidar persones amb trastorns mentals. Delimitar, per tant, fins on arriba la relació terapèutica i on comença la intervenció psicoterapèutica, és sens dubte, un objectiu complex. Les tècniques interpersonals són l'eix central de la pràctica de les infermeres

de salut mental, que haurien de desenvolupar estratègies específiques útils en la interacció d'acord amb patrons de comportament patològic de pacients. Aquest és el punt més important de la infermeria psiquiàtrica (Werner i Rouslin, 1996, p. 229).

Browne et al., afirmen que les infermeres de salut mental ofereixen diversitat de psicoteràpies en la relació terapèutica i han de poder explicar quines són les contribucions que fan a la salut del pacient amb qui han creat una relació terapèutica. En aquest sentit, argumenten que és urgent i important que es detinguin a explicar quina és la seva tasca i a definir-la amb cura i precisió. La recerca de les infermeres de salut mental hauria d'anar dirigida a identificar què és el que es fa en la relació terapèutica, més que a aprofundir en l'essència teòrica d'aquesta (2012).

Alguns autors consideren que el principal factor de canvi, és la relació terapèutica. Independentment del tipus de psicoteràpia que s'estigui utilitzant, és l'aliança terapèutica el que aporta milloria a l'usuari, i el factor predictiu de canvi més important (Cahill, Paley i Hardy, 2013; Cailhol i Ragonnet, 2013). Des de l'àmbit de la psicologia, han aprofundit en aquesta qüestió del límit entre la relació terapèutica i/o la psicoteràpia, i consideren que la complexitat de l'estudi d'aquests conceptes recau en els múltiples factors que intervenen en l'èxit o no de relació terapèutica i la psicoteràpia. Romero Moreno afirma que no hi ha resultats que sostinguin clarament que la tècnica psicoterapèutica sigui, significativament més eficaç que els factors comuns de la relació terapèutica (Gimeno, Barrio, Álvarez, 2018; Romero Moreno, 2004; Watson, 2005, p. 151). Segons D'Antonio et al., la relació terapèutica és el factor clau quan les infermeres realitzen intervencions psicoterapèutiques (2014), perquè sense una relació terapèutica consolidada, cap estratègia teòrica és efectiva (Correia Sampaio et al., 2015, p. 2100). Més enllà d'aquesta afirmació, però, caldria concretar què s'assoleix com a resultat de la relació terapèutica. Aquest punt és encara poc reconegut en l'àmbit de l'evidència científica, fet que va en detriment del reconeixement i la identitat de l'especialitat d'infermeria de salut mental. Aquests autors conclouen que és imprescindible descriure i definir el treball que fan a partir de la relació terapèutica per poder articular i avaluar la seva feina, ja que aquesta és la via per guanyar reconeixement social i solidesa professional (Browne et al., 2012).

D'altra banda, Rigol, l'any 2001 alertava sobre la necessitat de definir i fonamentar millor les intervencions de les infermeres de salut mental. Aquesta autora proposava donar valor de procés psicoterapèutic a les intervencions en salut mental seguint les recomanacions del Comitè d'Experts en Infermeria Psiquiàtrica i dels estàndards de l'American Nurses Association, i ho fonamentava d'acord amb el model teòric relacional de Peplau (2001, p.103). En aquesta

línia, hi ha autors que plantegen la necessitat de determinar quins són els elements psicoterapèutics, a fi d'identificar les cures especialitzades en salut mental (Correia Sampaio, da Cruz Sequeira i Lluç Canut, 2015; Correia Sampaio, da Cruz Sequeira i Lluç Canut, 2018).

És però, una fita important per a la infermeria de salut mental aconseguir definir clarament i delimitar la relació terapèutica, les intervencions psicoterapèutiques i els resultats que aporten en benefici de l'usuari, perquè aquest coneixement és l'eix on pivota la pràctica de les infermeres de salut mental.

En la revisió bibliogràfica de Correia Sampaio et al. sobre les intervencions psicoterapèutiques en infermeria, fan referència a la recerca realitzada per delimitar l'abast de la relació terapèutica respecte de les intervencions psicoterapèutiques. Malgrat que el concepte d'intervenció psicoterapèutica en infermeria està desdibuixat, la taxonomia Nursing Interventions Classification (NIC) inclou, entre d'altres, tres bons exemples d'intervencions psicoterapèutiques: reestructuració cognitiva (4700), entrenament per a controlar els impulsos (4370) i assessorament (5240), (Correia Sampaio et al., 2015, p. 2097).

Rigol, López i Isla (2014), defineixen les intervencions psicoterapèutiques pròpies de les infermeres de pràctica avançada amb persones amb trastorns mentals, com les que es destinen no només al control dels símptomes propis de la malaltia mental, sinó les que treballen per a la recuperació del funcionament autònom de l'usuari. Per assolir aquests objectius cal intervencions que busquin canvis a nivell cognitiu, emocional i conductual (p. 79).

La perspectiva de l'usuari sobre aquest tema és que és prioritari per a les infermeres establir una relació terapèutica abans que escollir un model psicoterapèutic que guiï la intervenció. Els usuaris valoren millor una relació terapèutica de qualitat que la modalitat psicoterapèutica utilitzada (Cahill et al., 2012; Coombs, Curtis, i Crookes, 2012).

El context legal de la intervenció psicoterapèutica d'infermeria de salut mental

Segons el document de posicionament d'Horatio: European Psychiatric Nurses (2012), el plantejament sobre la psicoteràpia o l'activitat psicoterapèutica de les infermeres de salut mental condueix a un tema relacionat amb la formació i la capacitació professional.

En l'actualitat, els països anglosaxons, Gran Bretanya, Estats Units, Canadà, Austràlia i Nova Zelanda, les infermeres poden realitzar formació psicoterapèutica en diferents modalitats i exercir amb el reconeixement de terapeuta.

En aquest punt és important recordar que, Peplau va definir que la infermera psicoterapeuta és qui enfoca la seva intervenció en contribuir a la disminució de l'ansietat i motivar la necessitat de créixer i aprendre (Werner i Rouslin, 1996, p. 457).

A Europa, exceptuant Gran Bretanya, l'escenari és més complex. Hi ha països com Suïssa, Finlàndia o Alemanya que formen infermeres en teràpies específiques per atendre usuaris amb patologies concretes: epilèpsia, alcoholisme o descompensacions recidivants en esquizofrènia. En altres països no hi ha cap experiència significativa.

Els factors principals que intervenen en l'accés a la formació psicoterapèutica són dos: 1. el desenvolupament històric dels serveis de salut mental i de la formació en infermeria especialista en psiquiatria o salut mental del país; 2. el tipus de modalitat psicoterapèutica permesa i els requisits formatius per accedir-hi.

En resum, aquests dos factors actuen en la majoria de països europeus, en alguns tenen molt difícil l'accés perquè s'exigeix un grau acadèmic de màster o, són cursos d'elevat cost econòmic. Els països que permeten la capacitació psicoterapèutica a les infermeres en patologies concretes, tenen una raó pràctica que és la manca de professionals d'altres disciplines.

El problema de fons es situa en la legislació vigent en cada país referent a la formació en psicoteràpia. No hi ha cap raó coneguda que impedeixi a les infermeres formar-se en psicoteràpia. En molts països del món ho fan des de fa molts anys. Tampoc hi ha cap evidència que justifiqui que una disciplina professional és millor que una altra o que justifiqui que la psicoteràpia només la pot realitzar una disciplina professional concreta. La Declaració d'Estrasburg en Psicoteràpia i el procediment WCP (2012) estableix que les infermeres poden optar a la formació i l'obtenció del certificat de formació en psicoteràpia (Horatio, 2012).

A l'Estat Espanyol, és l'Ordre Ministerial SPI/1356/2011, de 11 de maig, per la que s'aprova i publica el programa formatiu de l'especialitat d'Infermeria de Salut Mental. La formació de les infermeres de salut mental està regulada en l'article 21 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (Ley 44/2003). En la normativa s'estableix que la relació terapèutica és l'eina bàsica i instrument terapèutic bàsic de la

infermeria de salut mental. En cap cas, inclou la psicoteràpia o formació psicoterapèutica. Aquesta formació específica queda restringida a la psicologia i la psiquiatria.

Aquesta aportació avala que el terme psicoteràpia quedi limitat als col·lectius professionals que poden dur a terme aquesta competència reconeguda legalment. No obstant, implica que les infermeres realitzin intervencions d'infermeria pròpies, que poden categoritzar-se com a psicoterapèutiques.

1.2.3 El Trastorn Límit de la Personalitat

El Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) és un trastorn mental greu que afecta un 2% de la població general, i és el trastorn de la personalitat amb més prevalença. Les seves principals característiques són la inestabilitat en les relacions personals i en la identitat, un alt nivell d'impulsivitat, ideació crònica de suïcidi, ansietat elevada, patiment emocional i disminució de la motivació en les habilitats de resolució de problemes (Pack et al. 2013). La desregulació emocional pot produir girs de tal intensitat que en un breu espai de temps es pot passar de l'eufòria a la tristesa o entrar en un espiral d'ansietat i ràbia en pocs minuts. Les crisis poden tenir conseqüències molt greus, fins i tot letals (Borschmann et al., 2012).

Segons la taxonomia DSM es defineix com un *patró dominant d'inestabilitat de les relacions interpersonals, de l'autoimatge i dels afectes, i impulsivitat intensa, que comença en les primeres etapes de l'edat adulta i està present en diversos contextos* (APA, 2014, p. 364). L'elevada ansietat i la disminució de la motivació en habilitats de resolució de problemes poden desencadenar conductes auto lesives i ideació suïcida (Pack et al., 2013, p. 21). Les persones amb TLP sovint senten ansietat i depressió o ambdues coses a la vegada i tenen dificultats per vincular-se als tractaments (Borschmann et al., 2012, p. 2). Aquestes persones pateixen girs emocionals d'elevada intensitat. En un breu espai de temps s'alterna l'eufòria i la tristesa podent desembocar en una espiral d'ansietat i ràbia en pocs minuts, que pot desembocar en conductes auto lesives. L'autolesió és l'expressió del dolor emocional i la lluita interna amb les seves pròpies emocions (Holm i Severinsson, 2008, p. 33). Tot i que les crisis tenen una naturalesa subjectiva, els factors que inicialment intervenen en la crisi són l'elevada ansietat i el dolor emocional degut a una situació concreta (Borschmann et al., p. 2).

El TLP és el trastorn psiquiàtric amb major prevalença de suïcidi. La raó més comú per realitzar una temptativa suïcida és evitar o alleugerir situacions d'angoixa extrema (Holm i Severinsson, 2011a, p. 166).

Els avenços en els últims cinc anys, dels tractaments basats en l'evidència per a TLP, inclouen també models generals d'atenció, a diferència dels models d'atenció especialitzada ja coneguts, així com els principals elements efectius de la Teràpia Dialèctica Conductual (TDC). La revisió realitzada dirigeix cap a models de tractament més generals i amplis deixant enrere els tractaments intensius i especialitzats. Quant al tractament farmacològic no hi ha modificacions significatives pel que fa als tractaments simptomàtics (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins, i Unruh, 2017, p. 29).

Des d'una perspectiva psicodinàmica, Fonagy, Luyten, Allison i Campbell (2017) plantegen una nova perspectiva social en la teoria de la mentalització. La manca de resiliència pròpia de les persones amb TLP, s'entén ara com un mecanisme d'emergència. Aquests autors teoritzen que la persona amb TLP realitza un aprenentatge social a partir d'un entorn social que li ha transmès un mecanisme de resposta amb avaluacions negatives permanents. L'adaptació a aquest model l'ha conduït a desenvolupar també una resposta individual adaptativa a aquest entorn (p. 11). L'argument fonamental és que el TLP és el resultat de l'aprenentatge individual de resposta segons la transmissió del coneixement social en el seu propi entorn. A partir d'aquí, les persones amb TLP desenvolupen la hipervigilància i la desconfiança com a conseqüència adaptativa a l'aprenentatge de l'entorn social. Els mecanismes d'avaluació negatius són la primera opció, sobretot en situacions d'estrès. Aquesta perspectiva, doncs, inclina a veure l'absència de resiliència psicològica com a una resposta apresada de la transmissió de coneixement social (p. 9).

Quant a l'evolució, la remissió de símptomes TLP es defineix com el no compliment de 5 dels 9 criteris diagnòstics per un període de dos o més anys (Biskin, 2015; Zanarini, Frankenburg, Reich, i Fitzmaurice, 2012). La recuperació total es conceptualitza com la remissió de símptomes, una puntuació superior a 61 en l'escala de GAF (Global Assessment Functioning) i el manteniment d'una relació personal propera amb un amic o parella, a més de poder treballar. El concepte de treball inclou el treball domèstic o realitzar estudis a temps complet (p. 480). La remissió de símptomes té major prevalença que la recuperació total. Tant la remissió com la recuperació signifiquen un repte més difícil per a persones amb TLP que d'altres trastorns de la personalitat (Biskin, 2015; Chugani, Seiler, i Goldstein, 2017, p. 3017).

Un element clau per fer la recuperació possible és tenir la creença que és possible. Això és difícil si el terapeuta no confia en aquesta hipòtesi. Segons aquests autors, s'ha de combatre i deixar de banda l'estigma per a centrar el tractament en maximitzar l'esperança de la recuperació i reduir el patiment de les persones amb TLP (Chugani et al., 2017, p. 3023).

La visió teòrica de Marsha Linehan i la Teoria Biosocial

Una de les principals teories d'abordatge de les persones amb TLP, l'ha desenvolupat Marsha Linehan. La Teoria Biosocial sosté que el principal trastorn del TLP és la desregulació de les emocions com a resultat de certa disposició biològica, certs factors del context ambiental i la dinàmica entre aquests factors durant el desenvolupament de la personalitat. La desregulació de les emocions es deu a la vulnerabilitat emocional i a les estratègies de modulació desadaptatives (Linehan, 2003, p. 19).

La vulnerabilitat emocional es defineix per: l'alta sensibilitat a estímuls emocionals, resposta molt intensa a estímuls emocionals i, un retorn lent a la calma emocional.

La modulació de l'emoció és l'habilitat per inhibir la conducta inapropiada relacionada amb les emocions negatives o positives, auto organitzar-se per realitzar una acció ajustada al servei d'un objectiu extern, calmar-se un mateix davant l'activació fisiològica produïda per l'estimulació emocional i, aconseguir centrar l'atenció en presència d'una emoció forta. La desregulació emocional de les persones amb TLP és, per tant, una combinació d'un sistema de resposta emocional hipersensitiu (p. 19).

L'ambient invalidant és el principal factor ambiental en la producció de desregulació de les emocions. Aquest ambient invalidant és altament perjudicial per un infant emocionalment vulnerable i reactiu. La característica definitòria és la tendència de l'entorn a respondre inapropiadament a l'experiència privada de l'infant i, a ser insensible a la seva experiència diferent de la del grup. La tendència invalidant del grup respon exageradament o molt escassament a l'experiència privada (p. 22).

Alguns exemples que exposa l'autora són clarificadors: en les famílies òptimes es produeix freqüentment la validació pública de l'experiència privada. Si el nen plora, l'atenen i intenten aclarir què li passa, enlloc de dir-li: "Deixa de plorar, no siguis plorant!" i negar-li la seva emoció. La resposta parental adequada ajuda a capacitar el nen per discriminar entre les seves emocions i les dels altres. Una família invalidant és problemàtica perquè els individus tenen respostes desajustades: o no responen, o ho fan amb respostes extremes. Aquest tipus de comunicació facilita la ruptura entre l'experiència privada del nen i la de l'entorn. Les discrepàncies persistents entre l'experiència del nen i la que l'entorn diu que és la seva experiència, contribueix al desenvolupament del TLP. Un ambient invalidant contribueix a la

desregulació de les emocions perquè fracassa en l'ensenyament al nen en posar nom a les seves emocions, modular l'activació emocional, tolerar el malestar i confiar en les pròpies respostes emocionals com interpretacions vàlides (p. 23).

L'ambient invalidant pot tenir poc impacte o inclús ser positiu en nens que fisiològicament no pateixen una elevada vulnerabilitat emocional, però es considera que és devastador en nens emocionalment vulnerables. Es creu que aquesta interacció entre biologia i medi ambient és el que produeix el TLP (p. 23).

La incapacitat per regular l'activació emocional interfereix el desenvolupament i manteniment del sentit del jo. Per desenvolupar la identitat és necessària la consistència emocional i la predictibilitat en situacions similars. La labilitat emocional, per contra, condueix a la impredictibilitat i a la inconsistència i, en conseqüència, interfereix el desenvolupament de la identitat. Si la sensació que experimenta l'individu és que la seva resposta, freqüentment, no és la correcta que, d'altra banda, és el que habitualment rep en un medi invalidant, s'estarà forjant que aquest individu desenvolupi una superdependència en els altres. Les dificultats per regular les emocions interfereixen en l'estabilitat del jo i l'expressió emocional normal. Això fa que les persones amb TLP desenvolupin relacions interpersonals caòtiques i que les dificultats de controlar les conductes impulsives i l'expressió d'emocions negatives impedeixin mantenir relacions estables (p. 25).

Les característiques conductuals de les persones amb TLP apareixen com a conseqüència de la desregulació de les emocions i les estratègies no adaptatives per a regular-les. La impulsivitat característica d'aquest trastorn i, especialment les conductes para suïcides, són conductes desadaptatives però són estratègies eficients per a la regulació de les emocions. Es desconeix quin és el mecanisme que aconsegueix que l'automutilació tingui propietats reguladores de l'afecte, però sovint les persones amb TLP experimenten alleugeriment de l'ansietat pel fet d'auto lesionar-se (p. 24).

1.2.4 Actualització de la relació terapèutica de les infermeres de salut mental amb persones que pateixen Trastorn Límit de la Personalitat

La recerca infermera sobre la cura de persones amb TLP és escassa, però aporta evidència entorn de les vivències de persones que pateixen aquest trastorn i, intervencions destinades a la prevenció de les crisis.

Nadine Nehls ha publicat recerques fenomenològiques sobre la perspectiva de les persones amb TLP i aporta coneixements sobre l'experiència de viure amb el diagnòstic (Nehls, 1999) i, sobre el procés d'apoderament (Nehls, 2000). Helleman, Goossens, Kaasenbrood, i Achterberg (2014a) publiquen una revisió sobre el tema de la hospitalització breu destinada a la contenció de la crisi. Helleman, Goossens, Kaasenbrood i van Achterberg (2014b), avaluen, a partir de l'experiència dels usuaris, un programa d'hospitalització breu que té per objectiu la contenció de les crisis. En aquesta intervenció, és la infermera qui lidera i pacta amb l'usuari el procés d'ingrés. El nucli de la intervenció el constitueix la psicoteràpia, i no el tractament farmacològic. Les conclusions destaquen el reconeixement per part de l'usuari del rol de la infermera com a clau per a la recuperació de la crisi. L'apropament actiu de la infermera, l'interès per la situació del pacient i el suport que rep, li proporcionen calma. La focalització de l'atenció en el moment de la crisi i el reconeixement per part de la infermera del patiment emocional contribueixen al fet que l'usuari reconegui i accepti la seva crisi i a si mateix com a persona. Aquest és el tipus d'atenció que condueix a la resolució de la crisi i és possible només quan es donen l'acceptació mútua i la connexió entre la infermera i el receptor de les cures.

Ntshingila, Poggenpoel, Myburgh, i Temane (2016) descriuen, des d'una fenomenologia⁴, l'experiència de dones amb TLP. Aquesta, també és la metodologia escollida per descriure: les vivències sobre el dolor emocional de les persones amb TLP (Holm, Bégat i Severinsson, 2009), l'exploració del desig de supervivència i superació del dolor emocional (Holm, i Severinsson, 2010) i la lluita per vèncer el trastorn des de la perspectiva de l'usuari (Holm i Severinsson, 2011a).

Koekkoek, van der Snoek, Oosterwijk, i van Meijel, (2010) publiquen els resultats positius d'una prova pilot, realitzada amb metodologia mixta, sobre un ingrés preventiu en risc d'automutilació i/o suïcidi. El programa Collaborative Care Programm (CCP) for patients with Severe Personality Disorders, encara que va destinat a persones amb trastorns de la personalitat i, no és exclusiu per TLP, també aporta evidència sobre resultats positius de competències d'infermeres en la cura de les persones amb TLP (Stringer, van Meijel, Karman, Koekkoek, Hoogendoorn, Kerkhof, i Beekman, 2015a; Stringer, van Meijel, Karman, Koekkoek, Kerkhof, i Beekman, 2015b).

⁴ Procés cognitiu utilitzat en l'anàlisi de dades qualitatives que busca la comprensió en profunditat d'un fenomen a través de la reflexió sobre les experiències viscudes (Morse, 2005, p. 67)

Les dificultats en la relació terapèutica amb les persones amb TLP

És més nombrosa la publicació de recerca destinada a comprendre les dificultats de la relació terapèutica amb les persones amb TLP.

El diagnòstic de TLP arrossega un estigma generalitzat tant socialment com des dels propis serveis de salut mental (Fanaian et al., 2013; Jones, 2012; Lawn i McMahon, 2015; Rogers i Acton, 2012; Stroud i Parsons, 2013). Segons Bodner, Cohen-Fridela, i Iancuc (2011), els elements que indueixen reaccions negatives cap a aquests usuaris són: — el risc de suïcidi i les automutilacions perquè produeixen preocupació i incomoditat entre els professionals; —les conductes d'*acting out*⁵ dels usuaris perquè poden deixar el professional sense recursos per ajudar; —i l'elevada taxa d'abandonament del tractament, que també és un factor que causa molèstia.

Hi ha evidència de respostes infermeres que són adequades, empàtiques i compassives, però els resultats positius són escassos (Dickens, Hallett i Lamont, 2016a). A les persones amb TLP se'ls atribueixen actituds manipuladores que busquen ser el centre d'atenció (Dickens et al. 2016a; Nelhs, 1992). Hi ha professionals que consideren que la persona amb TLP utilitza estratègies per cridar l'atenció buscant el control de l'entorn a través de la manipulació, en lloc d'entendre que, aquestes estratègies, formen part de l'estat patològic del trastorn (McNee, Donoghue, i Coppola, 2014; Nehls, 1999; Rogers & Acton, 2012). Les persones afectades neguen que les autolesions les realitzin per a modificar l'entorn, i senten, que les persones del voltant no poden entendre el seu patiment. Elles mateixes manifesten voler entendre el seu propi patiment i necessiten professionals que puguin comprendre el seu dolor emocional i realitzar intervencions terapèutiques (Holm i Severinsson, 2008).

Les infermeres de salut mental perceben les persones amb TLP com manipuladores i activadores de reaccions emocionals negatives respecte a persones amb altres diagnòstics psiquiàtrics (Jiménez Barbero et al., 2010; Lawn i McMahon, 2015; Mack i McKenzie Nesbitt, 2016; O'connell i Dowling, 2014). Les infermeres expressen malestar perquè pateixen abús verbal i físic, aprensió, explotació i divisió del personal. Això activa reaccions de ressentiment, biaixos i opinions perjudicials (Jones, 2012). Els resultats de la recerca infermera sobre les dificultats en la relació terapèutica amb persones amb TLP, és amplia. Gran part d'aquesta evidència, però, també busca possibilitats de canvi, estratègies per modificar l'actitud de les

⁵ Conducta de l'individu fora de la situació terapèutica, que no reconeixent la realitat del desig, l'expressa en un acte de forma simbòlica distorsionada (LaPlanche & Pontalis, 1993).

infermeres perquè és un factor advers que dificulta el desenvolupament de la relació terapèutica i de la cura de les persones amb TLP (Avery, i Bradshaw, 2015; Bland, Tudor i McNeil Whitehouse, 2007; Bodner et al., 2011; Dickens et al., 2016a; Dickens, Lamont, i Gray, 2016b; Forsyth, 2007; Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos, i Vaslamatzis, 2009; Hauck, Harrison i Montecalvo, 2013; Holm i Severinsson, 2011a; James i Cowman, 2007; Jones, 2012; Langley i Klopper, 2005; Ma, Shih, Hsiao, Shih, i Hayter, 2009; Mack i McKenzie Nesbitt, 2016; McNee et al., 2014; O'Connell i Dowling, 2014; Pack et al., 2013; Warrender, 2015; Weight, i Kendal, 2013). En molts casos, són catalogades de “pacients difícils” i, Koekkoek, van Meijel, Tiemens, Schene, i Hutschemaekers (2011), per la seva banda, analitzen les variables que intervenen en la consideració d'un pacient com a “difícil” i conclouen que la dificultat percebuda per la infermera està relacionada amb la complexitat del tractament més que amb les característiques personals de l'individu. S'ha de tenir en compte que, en l'àmbit d'hospitalització, la infermera és responsable de realitzar una observació propera per evitar accidents i autolesions a les persones que estan hospitalitzades. Aquest aspecte legal desdibuixa la funció de la cura i la restringeix a la funció controladora (Hagen, Hjelmeland, i Knizek, 2017). No obstant, tampoc es confirma la hipòtesi que en les unitats d'hospitalització l'actitud negativa i el desconeixement sobre TLP sigui major que en l'àmbit de la comunitària (Giannouli et al., 2009). En definitiva, és generalitzada la consideració que el treball amb les persones amb aquest diagnòstic és un repte i, la formació especialitzada en bases teòriques que guiïn les intervencions i els espais de supervisió de casos es contempla com una proposta que pot tenir bons resultats (O'Connell & Dowling 2014; Koekkoek, van Meijel i Hutschemaekers, 2010; James & Cowman, 2007; Stroud & Parsons, 2013).

Des de la perspectiva dels usuaris amb Trastorn Límit de la Personalitat

La recerca des de la perspectiva dels usuaris conclou que l'actitud negativa de les infermeres cap a les persones amb TLP està relacionada amb la manca d'un marc teòric, de formació especialitzada i de recursos adequats a les necessitats de les persones amb TLP (Koekkoek et al., 2011; McNee et al., 2014; Nehls, 1999; Rogers & Acton, 2012; Rogers & Dune, 2013; Stringer et al. 2015b).

La veu dels usuaris afirma que no se'ls té prou en compte i que, al contrari, implicar-los en la seva pròpia cura contribueix a millorar la relació terapèutica. Proposen a les infermeres (Nehls 1999; Rogers & Acton, 2012; Wright & Jones, 2012):

- a. Que s'esforcin a transmetre que donen suport amb la seva presència, en lloc de tendir a donar una resposta terapèutica concreta o estàndard.
- b. Que disposin de temps per dialogar, perquè el diàleg els resulta terapèutic.
- c. Que estableixin relacions genuïnes que tinguin en compte la persona i no només el diagnòstic.

Les propostes formatives sobre Trastorn Límit de la Personalitat

En aquest sentit, cal tenir en consideració les intervencions basades en Teràpia Dialèctica Conductual (TDC). Existeix evidència que afirma que la TDC facilita l'empatia perquè millora la comprensió de la psicopatologia i, això, contribueix al canvi cap a una actitud positiva de la infermera. En la bibliografia relacionada amb aquesta teràpia es constata que les infermeres amb més anys d'experiència en el servei estan més predisposades a establir una relació positiva i que les que refereixen necessitat de formar-se són les que demostren una actitud més positiva (Avery i Bradshaw, 2015; Bodner et al., 2011; Carrasco Muñoz, 2003; Hauck et al., 2013; James & Cowman, 2007). Wright & Jones (2012) conclouen que les infermeres s'han d'esforçar per promocionar l'enfocament holístic que preservi la dignitat del pacient i generi la relació terapèutica amb l'usuari a partir de l'honestedat, humilitat i respecte mutu.

La formació en Teràpia Basada en la Mentalització (MBT) també és una línia de treball que millora el sentit comú, l'empatia, la flexibilitat, la tolerància al risc i l'apoderament de l'equip de salut mental (Warrender, 2015)

1.2.5 Antecedents a l'Estat Espanyol

A l'Estat espanyol no hi ha constància de recerca experimental sobre intervencions d'infermeria de salut mental en persones amb TLP. La bibliografia actual, evidencia l'escassa recerca d'infermeria sobre aquest tema. Les publicacions d'infermeria a nivell estatal sobre TLP, són revisions bibliogràfiques sobre models i diagnòstics d'infermeria aplicables en el cas de TLP. Segons Jiménez Barbero et al. (2010), la Teràpia Dialèctica Conductual (TDC) és una eina eficaç per proporcionar cures a persones amb aquest trastorn tant a nivell individual com grupal. Bermúdez García, (2015) relaciona les característiques del TLP, les intervencions que donen

resposta des de la TDC i la relació amb diagnòstics d'infermeria. Carrasco Muñoz (2013) revisa l'aplicació de la TDC. De Prado Medina (2013) revisa la necessitat de detectar precoçment a persones amb TLP des d'atenció primària. Domínguez Bermejo (2011) publica un projecte de recerca sobre intervencions amb infermeres que treballen amb persones amb TLP. Utrera i Rosado (2013) presenten un projecte de recerca sobre la complementació d'auto registres com a estratègia que ajuda a millorar el control de les crisis. Romeu, Ramal i Blancou (2017) publiquen una proposta de procés de cures d'abordatge d'una persona en crisi TLP ingressada en una unitat d'aguts.

2.1 Introducció

Les relacions de les infermeres amb altres persones, usuàries dels serveis sanitaris o no, són tan complexes com les relacions humanes en general.

La relació interpersonal de les infermeres amb els usuaris són un procés humà necessari per arribar a les persones que pateixen.

La relació de la infermera amb l'usuari dels serveis sanitaris és la relació terapèutica i és la clau de tots els processos de salut amb els usuaris, inclosos els processos de salut mental.

A través de la relació terapèutica, les infermeres tenen per objectiu ajudar a les persones a viure de forma intel·ligent i competent. Les infermeres exploren quines són les necessitats o els problemes actuals de la persona, què hi ha en la vida actual de la persona que pot ajudar a resoldre els problemes o cobrir les necessitats i, què ha de succeir per a que es produeixi un canvi. Les infermeres ajuden a identificar i mobilitzar les forces i recursos de la persona i, els objectius de la persona són els que dirigeixen el treball de l'equip sanitari.

Independentment de l'especialitat d'infermeria on es produeixi la relació terapèutica, aquesta té el mateix objectiu i propòsit (Reynolds, 2009, p. 314):

1. Iniciar una comunicació interpersonal de suport per entendre les percepcions i necessitats de l'altra persona.
2. Apoderar a la persona, que aprengui a fer front de manera més efectiva al seu entorn.
3. Reduir o solucionar els problemes d'una altra persona. Barker afirma que quan les infermeres cuiden amb eficàcia a través d'una relació terapèutica, el que elles fan és terapèutic perquè proveeixen de condicions que permeten que la persona pugui començar a sanar. Recorda la idea de Florence Nightingale, que deia que la natura cura i, el que les infermeres fan és situar a la persona en les millors condicions per a que la natura actuï (Barker, 2009, p.8; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, i Major, 2005, p. 4).

La infermera és una observadora sensible i té un ampli coneixement teòric per a poder interpretar les observacions i poder realitzar intervencions d'infermeria basades en les interpretacions (Reynolds, 2009, p. 313). Les infermeres de salut mental tenen coneixements teòrics basats també en la psicologia i la psiquiatria, a més a més de la infermeria. Per tant,

poden fer interpretacions basades en les seves observacions i coneixements teòrics per a poder realitzar intervencions d'infermeria especialista en salut mental.

2.2 La perspectiva teòrica de la relació terapèutica

Partint de la hipòtesi conceptual que les infermeres de salut mental realitzen **intervencions psicoterapèutiques** pròpies de la **relació terapèutica** d'aquesta especialitat, per disminuir el **malestar** de les persones que pateixen trastorns mentals com **el trastorn límit de la personalitat**, cal definir aquests conceptes a partir d'un marc teòric.

2.2.1 L'origen psicodinàmic del concepte aliança terapèutica

L'origen del que actualment es defineix com relació terapèutica es troba en el concepte d'aliança terapèutica fonamentat en la dinàmica de transferència i, descrit per Freud en la tradició psicoanalítica. La transferència és un fenomen general, universal i espontani que consisteix en unir el passat amb el present, creant un enllaç que superposa l'objecte del passat en l'actual. La transferència, doncs, és una relació entre un objecte d'arrel infantil, de naturalesa inconscient, que confon el passat amb el present. La transferència es produeix en qualsevol relació humana i, la teoria psicoanalítica afirma que a major influència dels impulsos reprimits en la infantesa, major presència de component de transferència en la conducta de la persona. És en el procés psicoanalític on la transferència adquireix un valor molt important, perquè juntament amb la contratransferència són l'essència del procés psicoanalític. La transferència, està present en les relacions interpersonals i, també, en la relació terapèutica no analítica. La contratransferència consisteix en la resposta emocional del terapeuta als estímuls del pacient, com a resultat de la influència del pacient sobre els sentiments inconscients del terapeuta (Erroteta, 2009).

El concepte d'*aliança terapèutica* té tres supòsits nuclears entre terapeuta i usuari: acord en objectius comuns; compromís mutu per assolir els objectius, i establir un vincle interpersonal. És freqüent trobar diferents termes que es refereixen al concepte d'aliança terapèutica: aliança de treball, aliança d'ajuda, relació terapèutica, relació de treball, parella terapèutica o relació d'ajuda (Zugai, Stein-Parbury, i Roche, 2015).

Aquest concepte teòric té sentit en la pràctica de diferents disciplines i, en infermeria té un sentit especial perquè, per a poder dur a la pràctica el propòsit de la infermeria, cal establir, sempre, una relació interpersonal infermera - usuari (Werner i Rouslin, 1996, p. 457).

Diferents teòriques de la infermeria han estudiat la importància de la relació infermera - usuari al llarg de la història: Nightingale, Peplau, Henderson, Travelbee, Watson, Barker, entre d'altres. El procés de conèixer l'usuari i la connexió interpersonal forma part de la identitat professional i, en la literatura de les teories infermeres, es recullen les qualitats i característiques que són components de les interaccions per a una aliança terapèutica: donar informació, comprensió, actitud no crítica, amabilitat, compassió, acceptació, confiança, respecte, empatia, honestat, calidesa i esperança. Les relacions que són riques en aquestes característiques fomenten i faciliten el canvi terapèutic (Zugai et al., 2015).

La infermeria de salut mental s'ha desenvolupat en la literatura a partir dels principis de l'aliança terapèutica. Peplau, a mitjans del segle XX, entre altres autores, ha definit el concepte de relació terapèutica. Però no és fins la dècada de 1990 que aquest concepte comença a arrelar i evolucionar com a concepte teòric nuclear en infermeria. Un factor a destacar d'aquesta identificació amb el concepte te a veure amb el *Recovery Alliance Theory* i el seu sistema de cures i el Tidal Model d'infermeria de salut mental (Cahill et al., 2013). *Recovery* situa la pràctica de la infermeria de salut mental en una perspectiva filosòfica diferent respecte a la relació amb el pacient. Aquest moviment promou la inclusió del pacient com a agent autònom que pren la iniciativa de conduir el seu tractament prenent decisions que incideixen en la seva evolució. Allunyant-se del model biomèdic, paternalista preponderant fins els anys 70, les infermeres de salut mental abracen aquesta perspectiva atorgant força a la relació interpersonal amb el pacient com a clau per cuidar. Aquesta perspectiva contempla els principis dels drets i de l'autonomia de l'usuari i la visió de la salut holística, reforça el suport als usuaris per a que prenguin part en el seu tractament (Zugai et al., 2015). Aquesta perspectiva de treball compartit i objectius comuns entre infermeres i usuaris s'ha concretat en la pràctica del model *recovery*, això ha enriquit i promogut un concepte teòric que actualment és nuclear tant en la teoria com en la pràctica de la infermeria de salut mental. El model *recovery* no s'ha implantat a l'estat espanyol. Actualment el concepte de l'apoderament, afí al model *recovery*, es potencia en la xarxa de salut mental com a model d'atenció respectuós amb els drets i l'autonomia de l'usuari.

Aquest concepte de respecte i treball amb objectius comuns amb l'usuari, ja l'apuntava Hildegard Peplau quan definia el procés d'infermeria com un *procés educatiu i terapèutic quan*

la infermera i l'usuari arriben a conèixer-se i respectar-se, com persones iguals i, a la vegada diferents, com persones que participen en la solució de problemes (Peplau, 1990, p. 8).

2.2.2 Les principals referents teòriques en aquesta recerca

La conceptualització de relació terapèutica té matisos diferents en funció de la teòrica infermera que la defineix, la seva perspectiva filosòfica, així com el paradigma on es situa.

Les teories i models de la disciplina infermera s'integren en els diferents paradigmes: Categorització, Integració i Transformació. Cadascun d'aquests paradigmes es situa en un context evolutiu, que és influent sobre les concepcions de la disciplina. Els tres autors que han estat influents en aquesta anàlisi pertanyen a paradigmes i escoles diferents (Kérrouac et al., 2005, p. 2).

La consulta de bibliografia sobre els models teòrics ha estat conduïda per l'anàlisi de les dades emergents. Les dades obtingudes, procedents de persones que pateixen TLP i de les infermeres amb qui mantenen una relació terapèutica, han obert la porta de teories que, amb coneixements de la pràctica de la infermeria psiquiàtrica i de salut mental, defineixen els conceptes claus per aquesta recerca.

Hildegard E. Peplau

La revisió de la literatura sobre el concepte de la relació terapèutica, parteix de la Teoria de les Relacions Interpersonals en Infermeria d'Hildegard E. Peplau. Considerada la primera infermera psiquiàtrica, Peplau defineix conceptes que encara ara tenen vigència. El seu legat teòric i el seu estudi sobre les relacions interpersonals en infermeria són, actualment, un focus teòric imprescindible per l'anàlisi de la relació terapèutica en la pràctica de la infermeria de salut mental.

Peplau es situa en el paradigma de la Integració, que inspira l'orientació de la infermeria cap a la persona, deixant enrere la comprensió de la Categorització, que incidia en la necessitat de classificar les accions per a poder-les explorar i definir. El paradigma de la Integració entén que són molts els factors relacionats amb les situacions concretes i l'esdevenir de la vida. Per tant, són molts els factors que s'han d'integrar per entendre un fenomen específic.

Segons aquesta orientació, la cura va dirigida a mantenir la salut de les persones en totes les seves dimensions: salut física, salut mental i social (Kérouac et al., 2005, p. 9).

Aquesta autora es considera teoritzadora de l'Escola de la Interacció, que apareix entre els anys 50 i 60. En aquesta època la influència de la teoria psicoanalista és important. Peplau entén que la cura és un procés interactiu entre la persona que té necessitat d'ajuda i la que pot oferir ajuda. La infermera ha d'identificar quins són els seus valors per poder utilitzar la seva persona de forma terapèutica i, comprometre's amb la cura (Kérouac et al., 2005, p. 31).

Peplau orienta les cures d'infermeria segons la perspectiva centrada en la relació interpersonal, introdueix el concepte de relació interpersonal com a procés dirigit a assolir objectius terapèutics per a la salut del pacient. Atorga a les infermeres la capacitat de promoure un aprenentatge constructiu en l'usuari, a partir del procés d'infermeria, perquè entén que, el procés d'infermeria per si mateix, és un instrument de maduració i educació. Aquest aprenentatge constructiu va més enllà de la formació sobre un tema de salut, les infermeres realitzen intervencions educatives i terapèutiques quan guien a les persones perquè desenvolupin habilitats per a la solució de problemes (Peplau, 1990, p. 7).

La relació infermera-usuari és una forma de posar en la pràctica el propòsit de la infermeria que és buscar com poder conèixer a una persona, entenent-la com un ésser humà amb dificultats i ajudar-la a ampliar les seves habilitats i activar les seves capacitats innates, encara que sigui uns mil·límetres (Werner i Rouslin, 1996, p. 457).

Aquesta teoria identifica i diferencia quatre fases en el procés de la relació terapèutica: orientació, identificació, explotació i resolució.

En la fase d'orientació, la persona usuària cerca assistència perquè sent una necessitat relativa a la salut o malaltia que no pot satisfer. És el primer contacte d'una experiència d'aprenentatge que la infermera orientarà cap al creixement personal i social per aconseguir la satisfacció de la necessitat de salut percebuda (Peplau, 1990, p. 17). L'usuari indaga, formula preguntes, estableix el que necessita saber per sentir-se segur i, observa la resposta dels professionals. L'usuari fa demanda d'ajuda i la rep, això farà que és senti acollit, d'aquesta manera es convenç que, quan expressi les seves demandes, obtindrà la resposta esperada (Peplau, 1990, p. 25).

En la fase d'identificació, la persona ja sap què pot oferir-li la situació i respon selectivament a les persones que li ofereixen l'ajuda que necessita (Peplau, 1990, p.25). Quan la

infermera permet a l'usuari l'expressió de sentiments i ofereix ajuda, l'usuari pot entendre la malaltia com una experiència que estimula els elements adaptatius positius de la seva personalitat.

Sovint, els usuaris, han passat per relacions interpersonals traumàtiques que dificulten poder establir relacions positives i saludables. L'usuari, però, pot aprendre de la relació amb la infermera que el respecte permet expressar opinions diferents i respondre als esdeveniments segons criteris personals. Quan la infermeria és eficaç, aconsegueix un millor desenvolupament de la personalitat (Peplau, 1990, p. 31). La relació amb la infermera pot generar un canvi positiu cap a la possibilitat d'establir una relació interpersonal saludable (p. 26).

En la fase d'explotació, l'usuari ja s'ha pogut identificar amb la infermera i aconsegueix utilitzar els recursos que aquesta li proporciona. Quan compren que la relació interpersonal amb la infermera li permet satisfer les seves necessitats en relació a la salut, explota aquest recurs (Peplau, 1990, p. 31). Peplau també assenyala, que els usuaris amb trets caracterials, augmenten la complexitat de la situació interpersonal en la fase d'explotació (p. 32).

En la fase de resolució, l'usuari que ha pogut satisfer les necessitats i s'ha adaptat a la situació, deixa de costat els antics objectius i planteja noves necessitats més madures a resoldre. Això també implica la gradual separació de la infermera que li ha proporcionat l'ajuda per enfortir-se i poder actuar per ell mateix (p. 33).

Un altre concepte que Peplau desenvolupa en la Teoria de les Relacions Interpersonals en Infermeria és el concepte del rol de la infermera. Els usuaris, en el procés de la relació terapèutica, atribueixen a les infermeres diferents rols que tenen a veure amb les seves necessitats, la seva història de relacions interpersonals, amb la dinàmica de transferència i amb els objectius que busquen assolir. Peplau diferencia sis rols que poden aparèixer i modificar-se durant el desenvolupament de les fases descrites: estrany, persona-recurs, ensenyant, lideratge, substitutiu i assessor (p. 38).

El rol d'estrany és el que, sovint, es dona al principi de la relació interpersonal entre l'usuari i la infermera, quan, l'usuari, desconeix com el tractarà la infermera. La infermera accepta l'usuari i el tracta com un estrany emocionalment apte per relacionar-s'hi, en un ambient de respecte i interès positiu (p. 38).

El rol de persona-recurs s'atribueix en la situació de la infermera que proporciona respostes en relació a un problema de salut. Les infermeres desenvolupen el judici clínic per

diferenciar quan poden oferir respostes directes i objectives, de quan han d'utilitzar els principis de l'assessorament perquè hi ha implicacions emocionals pel pacient en la resposta (p. 41).

El rol d'ensenyament es refereix al paper de mestre en les situacions d'infermeria. Es tracta de fomentar l'aprenentatge a partir de l'experiència, buscant el desenvolupament de nous plans i situacions on es puguin desplegar els aprenentatges fets i obtenir uns resultats profitosos tant pel pacient com per la infermera (p. 41).

En situacions clíniques, els pacients assignen a la infermera el rol de lideratge. S'identifiquen amb ella i esperen que la infermera proporcioni orientació per les seves dificultats. Dels diferents tipus de lideratge, el lideratge democràtic és el que implica la participació del pacient com a membre actiu en l'elaboració dels plans de cures. Aquest tipus de lideratge exigeix una actitud de respecte a la dignitat de l'ésser humà que el pacient percep quan és present (p. 43).

El rol substitutiu és un mecanisme inconscient que es dona en el pacient que concep a la infermera com una persona diferent de la que és. Es produeix quan una situació reactiva sentiments generats en una relació anterior. Si la infermera pot acceptar el pacient i reconèixer aquest mecanisme inconscient, el pacient podrà advertir que hi ha diferències entre la infermera i la persona que associa. És necessari que la infermera tingui autoconsciència i pugui identificar la seva conducta i la seva manera d'actuar en les relacions amb els altres. La pràctica de la infermeria consisteix en desenvolupar experiències d'aprenentatge que ajudin al pacient a desenvolupar la seva personalitat i utilitzar les seves capacitats de forma més madura que abans de la malaltia (p. 51).

El rol assessor es refereix a les funcions d'assessorament de la infermera. L'assessorament consisteix en la promoció d'experiències que condueixen a la salut. Els processos d'autorenovació, autorreparació i autoconsciència sorgeixen del propi individu (self). Ajudar a l'usuari a tenir consciència de les condicions necessàries per a la salut, ajudar a identificar amenaces per a la salut i utilitzar l'esdeveniment interpersonal per facilitar l'aprenentatge són alguns dels passos que condueixen a assolir els objectius (Peplau, 1990, p. 51).

La teràpia en infermeria, és un concepte que Peplau defineix com, la relació que procura la satisfacció de les necessitats no satisfetes del passat. La pròpia relació infermera-usuari fa possible un creixement continuat cap al desenvolupament de la personalitat més adaptativa a les condicions i la realitat de l'usuari. L'assessorament d'infermeria està relacionat

amb l'ajuda per tal que entengui plenament el que succeeix i, intentar que integri l'experiència enlloc de dissociar-la. La dissociació és un mecanisme de defensa que consisteix en no recordar o no estar present quan una realitat és viscuda com hostil. Els usuaris dissocien experiències que no poden permetre recordar o, conscientment, no volen recordar (p. 53).

La conducta expressa les demandes de les necessitats i busca, en termes de sensacions, la satisfacció i/o la seguretat. La conducta té per objectiu la seguretat i la satisfacció de les necessitats no satisfetes. En general, quan es satisfan les més bàsiques, n'apareixen de noves i més madures, això requereix la perícia i temps de la infermera per arribar a conèixer el pacient com a persona (p. 69). L'atenció a les necessitats dels usuaris ajuda a identificar el que desitgen i capacitar-se per lluitar pels objectius que produeixen satisfacció i possibiliten el progrés (p. 70).

Qualsevol interferència que bloquegi o obstaculitzi la conducta per assolir el seu propòsit constitueix una frustració (p. 72). Els obstacles poden ser de naturalesa exterior: actius/passius, animats/inanimats, personals/impersonals; o interior: conflictes psíquics (p. 75). Aquests obstacles poden donar lloc a la conducta agressiva: directa, contra l'obstacle; o indirecta, contra un objecte o un mateix (p. 80).

Quan un usuari té objectius que són difícilment assolibles per causa d'un problema mèdic o les limitacions d'una situació, la infermera pot ajudar a adaptar les expectatives a quotes més realistes: escoltant terapèuticament, per ajudar-lo a tenir consciència dels seus sentiments i, amb actitud no punitiva ni valorativa per facilitar la reflexió. Els pacients auto punitius poden auto lesionar-se (p. 80). La infermera utilitza la tècnica d'escolta no directiva ni moralitzant per tal que l'usuari descobreixi, en si mateix, facetes que abans no coneixia. Aquest tipus de descobriments en el curs de qualsevol malaltia pot resultar per a alguns usuaris aclaridor i terapèutic (p. 57).

Poden aparèixer objectius en la relació terapèutica que es distancien de la planificació per resoldre un problema mèdic. Això pot produir una tensió que cal identificar a partir de les dificultats i preocupacions sentides pel pacient. La infermera ajuda al pacient a identificar els objectius de salut. D'aquesta manera, la infermera també fomenta el desenvolupament de qualitats de participació en la resolució de problemes (p. 94).

Peplau va analitzar experiències psicobiològiques que condueixen als usuaris a organitzar respostes, que poden ser destructives o constructives, en front a la necessitat, la frustració, el conflicte i l'ansietat (p. 43).

El malestar inexplicable, produït per la necessitat, la frustració i el conflicte influeix en la conducta generant energia. Aquest malestar inexplicable que pot reconèixer-se com ansietat freqüentment associada a culpa, dubte, por i obsessions, és una força molt potent en les relacions interpersonals (Peplau, 1990, p. 123). Qualsevol amenaça a la seguretat implica expectatives que són realment o potencialment no satisfetes i evocaran ansietat a la persona afectada (Werner i Rouslin, 1996, p. 453).

Aquesta teòrica infermera va desenvolupar, també, el concepte d'ansietat en un continuïum de quatre punts: lleu, moderada, greu i pànic, per facilitar l'aprenentatge de les infermeres sobre com intervenir. Va descriure quatre patrons de resposta per a disminuir l'ansietat (Werner i Rouslin, 1996, p. 453):

- posada en pràctica del comportament tant de respostes obertes com ira, o respostes encobertes com ressentiment.
- retraïment
- somatització
- l'aprenentatge, només aquest últim patró, que utilitza l'ansietat per motivar l'aprenentatge, pot conduir a l'individu cap a la salut.

Un concepte principal per aquesta recerca i que introdueix Peplau és que la infermera que enfoca la seva intervenció en contribuir a la disminució de l'ansietat i motivar la necessitat de créixer i aprendre, és la infermera psicoterapeuta (Werner i Rouslin, 1996, p. 457). Tal com s'ha explicat al capítol anterior, aquesta competència no està reconeguda per a les infermeres de salut mental a l'Estat Espanyol.

Els conceptes que va definir: relació terapèutica, fases de la relació, rols de la infermera, teràpia, infermera psicoterapeuta, satisfacció de les necessitats humanes, malestar produït per la insatisfacció de les necessitats, ansietat i patrons de resposta; són vigents i donen llum a l'anàlisi temàtic de les dades obtingudes en aquesta recerca, des de l'enfocament teòric.

Jean Watson

Una altra referent teòrica imprescindible per a l'estudi de la relació terapèutica des d'una perspectiva coneixedora de la infermeria de salut mental i el malestar de les persones que pateixen trastorns mentals, és Jean Watson.

Watson es situa en el paradigma de la Transformació i l'Escola del Caring. Aquest paradigma representa un canvi important, en obrir la ciència infermera al món en els anys 70. L'obertura de les fronteres, l'augment de la intensitat de les comunicacions i, els canvis en la política i l'economia, propicien corrents migratòries que afavoreixen influències ètiques i culturals diferents. Amb la Declaració d'Alma-Ata es destaca la necessitat de protegir i promoure la salut de tots els pobles del món (Kérrouac et al., 2005, p. 13). Aquesta perspectiva considera la persona com un ésser únic, integrat per múltiples dimensions que formen una unitat. La salut és una experiència que integra l'entorn de l'ésser humà. La percepció de la cura passa a tenir un enfocament ampli on els professionals han d'oferir participació en les decisions, els individus, les famílies i les comunitats amb la intenció d'ajudar-los a trobar elements de resposta que puguin satisfer les necessitats de salut (p. 15).

L'Escola del Caring considera que les infermeres poden millorar la qualitat de les cures si s'obren a la dimensió espiritual i cultural. Watson és representant d'aquesta escola i, influenciada per Carl Rogers, considera la disciplina infermera com una ciència humana i un art. Watson postula que l'amor incondicional i la cura són essencials per a la supervivència i desenvolupament de la humanitat. Per poder oferir amor i cura als altres s'ha de partir de l'amor i la cura cap a un mateix (p. 43).

Jean Watson és una infermera contemporània, teòrica i filosofa de la infermeria que ha estat influenciada per perspectives filosòfiques occidentals —Rogers, Maslow, Heidegger, Erickson, Kierkegaard, Selye, i altres; així com orientals: Rumi o Thich Naht Hanh— i fa èmfasi en les qualitats interpersonals i transpersonals de coherència, empatia i calidesa (Jesse i Alligood, 2015). Watson, incorporant les recomanacions de l'Enfocament Centrat en la Persona de Carl Rogers, assenyala que les infermeres estan per entendre els usuaris i no només per realitzar un control i una manipulació terapèutica (Urta, Jana, i García, 2011).

Aquesta autora aporta una visió rica de la vessant emocional i actitudinal de la infermera en la relació terapèutica amb l'usuari. Així com Peplau és pionera en el desenvolupament d'una teoria ampla que aporta una anàlisi precisa en situacions pràctiques, minuciosa en conceptes, curiosa i lúcida en la seva descripció, Watson hi afegeix profunditat

espiritual. El seu treball aprofundeix en els valors humans aportant la perspectiva espiritual a la relació terapèutica que complementa la descripció racional de Peplau. Estudia i analitza l'actitud professional necessària de la infermera per a connectar emocionalment i espiritualment amb l'usuari.

Segons Jesse i Alligood (2015):

En la Teoria de la Cura Transpersonal descriu una "relació de cura transpersonal" que entén com una relació de cura humana que respecta molt la persona i el seu estar en el món. Basa la seva teoria en les següents premisses:

- La cura només es demostra i practica efectivament en una relació interpersonal.
- La cura està condicionada a factors de cura dirigits a satisfer les necessitats humanes.
- La cura efectiva promou la salut i el creixement personal i familiar.
- Un entorn de cura és el que promou el desenvolupament del potencial que permet a l'individu escollir la millor opció.
- La ciència del tenir cura o cuidar és complementària a la ciència curativa. Cuidar no és només curar o medicar, és integrar el coneixement biomèdic o biofísic amb la conducta humana per generar, promoure o recuperar la salut.
- La pràctica de la cura és central en la infermeria. Cal que l'individu sigui acompanyat en les fases de presa de decisions i no ser, només, un receptacle d'informació. Acompanyar és necessari per tal que l'individu vagi descobrint com, des d'una situació particular, pot trobar la millor solució des de la seva pròpia realitat. La infermeria ha de focalitzar-se en un acompanyar sensible però responsable, basat en el coneixement i en la pràctica d'una actitud terapèutica.

La teoria de Watson demana que les infermeres vagin més enllà de les tasques i procediments d'infermeria. Entén que l'essència de la infermeria i el procés de cura transpersonal utilitza els aspectes de la relació infermera-pacient per obtenir un resultat terapèutic. Considera que la curació és un terme mèdic que elimina la malaltia i en canvi, la infermeria cuida utilitzant els factors de cura per a que el pacient aconsegueixi la salut, o pugui mantenir la salut o morir en pau. Aquesta diferència emfatitza el cos de

coneixement infermer com independent de la medicina i, atribueix a la infermera la responsabilitat de posar les condicions perquè l'usuari pugui restaurar la salut.

Descriu 10 Factors de Cura bàsics que han de guiar en la pràctica infermera:

1. Formació d'un sistema humanístic-altruista de valors que defineix com una satisfacció que es dona a través de l'extensió del sentit d'un mateix.
2. Inculcació de la fe-esperança, com factor que incorpora valors humanístics, altruistes i facilita la promoció de la cura infermera holística. Aquest factor descriu com desenvolupar interrelacions eficaces per promoure el benestar i ajudar que l'usuari adopti conductes que busquen la salut.
3. Cultiu de la sensibilitat cap a un mateix i cap els altres a través de l'autoacceptació. A mesura que les infermeres reconeixen la seva sensibilitat i sentiments, són més genuïnes, autèntiques i sensibles pels altres.
4. Desenvolupament d'una relació d'ajuda-confiança entre la infermera i el pacient perquè és crucial per la cura transpersonal. La relació de confiança fomenta i accepta l'expressió de sentiments positius i negatius del pacient. Implica coherència, empatia, acollida no possessiva, comunicació eficaç. La coherència implica ser real, honest, genuí i autèntic. L'empatia és la capacitat per comprendre les percepcions i sensacions de l'altra persona.
5. Promoció i acceptació de l'expressió de sentiments positius i negatius que implica comprendre els sentiments del pacient tant intel·lectualment com emocionalment.
6. Ús sistemàtic del mètode científic de solució de problemes per a la presa de decisions. El procés infermer és similar al procés d'investigació pel que fa a la sistematització i l'organització d'informació per a la presa de decisions, dissipant la imatge tradicional de la infermera com a ajudant del metge.
7. Promoció de l'ensenyament-aprenentatge interpersonal. La infermera facilita el procés amb les tècniques d'ensenyament i aprenentatge per conduir a l'autocura, determinar les necessitats personals i oferir oportunitats per el creixement personal.
8. Provisió d'un entorn de suport, de protecció i de correcció mental, físic, sociocultural i espiritual. Les infermeres han de reconèixer la influència que els entorns interns i externs tenen en la salut i la malaltia dels individus.

9. Assistència en la satisfacció de les necessitats humanes. La infermera ha de reconèixer les seves pròpies necessitats biofísiques, psicofísiques, psicosocials i intrapersonals i les de l'usuari. Els usuaris han de satisfer les necessitats de rang inferior abans d'intentar assolir les de rang superior. L'auto actualització és una necessitat intrapersonal-interpersonal.
10. Permetre l'expressió de les forces existencials i fenomenològiques. La fenomenologia descriu les dades de la situació immediata que ajuda a la gent a entendre els fenòmens en qüestió. Aquesta meta s'aconsegueix ensenyant canvis personals als pacients per fomentar la salut, oferint suport a les situacions, ensenyant mètodes de resolució de problemes i reconeixent les capacitats de superació i l'adaptació a la pèrdua (Jesse i Alligood, 2015, pp. 78-96).

Watson no diferencia la cura genèrica de la professional, entén que l'essència de la cura és l'amor que és l'energia primària i la que dirigirà el procés terapèutic. L'empatia, la comprensió, el desig i la intencionalitat són els valors del procés terapèutic que van més enllà de la medicalització, el control terapèutic i la manipulació (Olivé i Isla, 2005). Watson aporta aspectes espirituals que considera que són l'essència de la infermeria i de la interacció entre la infermera i l'usuari receptor de la cura.

Els conceptes descrits per aquesta autora: els aspectes espirituals que considera l'essència de la interacció entre infermera i usuari; els 10 factors de cura; i les premisses teòriques; són una lent que aporta profunditat emocional i espiritual a la relació terapèutica. La teoria de Watson, en l'anàlisi temàtic ajuda a fer una lectura de la vessant actitudinal de la relació terapèutica i, endinsa en la perspectiva espiritual.

Phil Barker

La comprensió filosòfica de Barker, autor del Model de la Marea permet aprofundir en una comprensió del malestar de les persones amb trastorns mentals (Brookes, 2015).

Phil Barker, infermer escocès, es va qüestionar al llarg de la seva carrera sobre els processos fonamentals de les cures d'infermeria i la seva dimensió humana. Va desenvolupar el Model de la Marea a partir del seu interès sobre la infermeria de salut mental i el paper de la cura, la compassió, la comprensió i el valor per ajudar a les persones que pateixen.

Aquest model proposa “el coneixement de les històries” de les persones i els processos fonamentals de les cures d’infermeria com a mètode de recuperació en salut mental. Agrupa 10 principis que són una guia per orientar a la infermera en el desenvolupament de respostes per satisfer les necessitats individuals i contextuals del pacient. Utilitza metàfores associades al poder de l’aigua i del mar per representar els aspectes coneguts de l’estrès humà.

Una característica de la pràctica de la infermeria ha estat l’exploració de les possibilitats de relacions col·laboradores genuïnes amb usuaris dels serveis de salut mental. Va desenvolupar el concepte de cuidar partint de la relació original infermera-pacient de Peplau, però va anar més enllà, afirmant que la relació infermera-usuari havia de basar-se en la reciprocitat durant el procés. Aquest autor entén que una relació infermera-usuari retro alimenta ambdós individus, el creixement personal es produeix no només en el l’usuari, sinó també en la infermera.

Influenciat per les filosofies orientals com el budisme zen que integra en la psicoteràpia, Barker, entén que les persones tenen la capacitat per viure i créixer a través de l’estrès enlloc d’utilitzar mètodes de resolució de problemes, clàssics en la psiquiatria i psicologia occidental, que pretenen canviar les persones o els problemes. Barker considera que no hi ha una solució pels problemes de la vida, sinó que hi ha experiències pragmàtiques per viure amb els problemes.

Segons Brookes (2015, pp. 614-616) els 10 compromisos que demana el Model de la Marea són:

1. Valorar la veu: la història de l’usuari és el principi i el final de tot el procés d’ajuda, abasta no només el relat del malestar de l’usuari, sinó també l’esperança de resolució. La història s’explica per la veu de l’experiència. El model busca ajudar els usuaris a desenvolupar el seu propi relat.
2. Respectar el llenguatge: l’usuari desenvolupa formes úniques d’expressar les històries de la seva vida, mostrant el que només l’usuari pot saber. S’ha d’evitar que els usuaris dels serveis utilitzin el llenguatge propi dels professionals que els han diagnosticat i, facin la seva pròpia descripció, utilitzant el seu llenguatge. Si el professional utilitza el llenguatge de l’usuari, el professional transmet el respecte més simple, però més potent, cap a la persona.
3. Desenvolupar la curiositat genuïna: l’usuari escriu una història de la seva vida, però, en cap cas, és un llibre obert. Les infermeres han d’expressar un interès genuí en la

història, la persona i la seva única experiència. Sovint, però, s'interessen pel que no va bé i busquen signes i símptomes per poder classificar.

4. Arribar a ser l'aprenent: l'usuari és l'expert mundial en la història de la seva vida. Ningú pot conèixer l'experiència d'una altra persona. Les infermeres poden aprendre a partir del poder de la història de l'usuari, només si s'interessen com aprenents.
5. Utilitzar l'equip d'eines disponible: la història conté exemples del que li ha funcionat a l'usuari en el passat, o creences sobre el que li pot funcionar en el futur. Són les principals eines que s'han d'utilitzar per a desbloquejar o crear la història de la recuperació.
6. Treballar un pas més enllà: la infermera i la persona treballen juntes per crear una apreciació del que s'ha de fer "ara". El "primer pas" és fonamental i mostra el poder del canvi i apunta cap a l'objectiu final de la recuperació.
7. Donar el do del temps: el temps dedicat a la comunicació interpersonal constructiva és un do per ambdues parts. No hi ha res més valuós que el temps que infermera i usuari passen junts.
8. Revelar la saviesa personal: només l'usuari pot conèixer-se ell mateix. L'usuari desenvolupa un potent magatzem de saviesa en escriure la història de la seva vida. Sovint, els usuaris no poden trobar paraules per expressar la complexitat de la seva experiència. Una tasca fonamental del professional és revelar i arribar a valorar la saviesa, per a que pugui sostenir a l'usuari durant el viatge de recuperació.
9. Saber que el canvi és constant: el canvi és inevitable perquè el canvi és constant, però el creixement és opcional. La tasca de la infermeria és donar a conèixer que s'està produint el canvi i donar suport a l'usuari en la presa de decisions respecte al curs del viatge de la recuperació.
10. Ser transparent: si la infermera i l'usuari arriben a ser un equip, cadascun ha de baixar les seves defenses. Les infermeres estan en una posició privilegiada i han de modelar la confiança essent transparents en tot moment, ajudant a la persona a comprendre exactament què s'està fent i perquè (Brookes, 2015, pp. 614-616).

Les bases teòriques del Model de la Marea es resumeixen en (Brookes, 2015, pp. 616-619):

1. El principal objectiu terapèutic del cuidar en salut mental, està en la comunitat. La vida natural d'una persona és un "oceà d'experiències", la crisi psiquiàtrica pot amenaçar i "enfonsar" les experiències. L'objectiu de la cura en salut mental és retornar a les persones al seu "oceà" per a que puguin continuar el seu viatge de vida.
2. El canvi és un procés constant. Encara que els usuaris canviïn constantment, pot ser que no en tinguin consciència. Un dels principals objectius en el Model de la Marea és ajudar els usuaris a desenvolupar consciència dels petits canvis que, en última instància, tindran un gran efecte en les seves vides.
3. La delegació de poder està en el centre del procés de cuidar. Els usuaris tenen el seu propi "poder" i les infermeres han d'ajudar-los a utilitzar el seu poder per a fer-se càrrec de les seves vides i utilitzar-lo constructivament.
4. La infermera i l'usuari han de treballar amb la mateixa implicació i compartir un mateix objectiu. Utilitza la metàfora dels ballarins que participen en el mateix ball per explicar que el grau d'implicació de la infermera i de l'usuari en el procés de cura ha de ser per un igual (Brookes, 2015, pp. 616-619).

En la relació terapèutica "un a un" de la infermera amb l'usuari, aquesta ha de promoure la reacció de l'usuari a la malaltia, i l'adaptació als canvis psicològics i socials que la malaltia obliga a fer-li (Reynolds, 2009, p. 313). El propòsit de la infermeria és entendre els usuaris com persones humanes amb dificultats i ajudar-los a millorar la seva capacitat per assolir favorablement els objectius de salut (p. 313).

Les fases diferenciades en la relació terapèutica són: orientativa, operativa i resolutive.

Fase orientativa: és la inicial, i és quan la infermera i l'usuari es coneixen i, l'usuari, comença a confiar en la infermera. Sovint poden aparèixer interferències: l'usuari ignora el propòsit de la infermera i no ha après a tenir-hi confiança. Al principi de la relació, l'usuari necessita una explicació clara sobre l'objectiu de la relació amb la infermera. El fet que el rol de la infermera sigui més divers respecte a d'altres rols professionals, sovint fa que els usuaris no tinguin clar què és el que poden parlar amb les infermeres. Quan l'objectiu de la infermera queda clar, en la fase d'orientació, permet crear expectatives clares respecte a la relació terapèutica. En

aquesta fase hi ha la possibilitat d'establir els límits de la relació. L'usuari necessita aprendre que pot confiar en la infermera i, s'aconseguirà si la infermera du a terme el que ha anunciat que faria en un període de temps.

Fase operativa: es subdivideix en subfase d'identificació i subfase d'explotació. La subfase d'identificació és quan l'usuari comença a identificar els problemes que pot treballar en la relació terapèutica. Els problemes poden ser diversos: soledat, ansietat i problemes de relació no solucionats. La subfase d'explotació es dona quan el pacient fa servir els serveis que li proporciona la infermera per treballar els problemes que ha identificat. La infermera no soluciona els problemes, sinó que dona l'oportunitat d'explorar opcions i possibilitats dins el context de la relació terapèutica, ajuda a l'usuari a explorar en la seva experiència. La infermera sempre ha de contemplar l'usuari com una persona autònoma i lliure a qui ofereix estímuls per a que treballi en les seves necessitats per aconseguir el seu propi benefici terapèutic (Reynolds, 2009, 316).

Fase resolutiva: és la fase final, és una separació gradual on l'usuari ha de renunciar a la dependència i assumir independència. Pot ser una fase planificada però no hi ha un criteri únic que indiqui que l'usuari està preparat, però sí que hi ha indicadors que poden ajudar a identificar la resolució del procés:

- un clar sentit d'autonomia, que l'usuari s'identifiqui com autònom.
- una reducció de l'actitud defensiva.
- l'habilitat d'utilitzar noves idees per adaptar-se al funcionament del dia a dia.

La fase de resolució és la fase de separació entre infermera i usuari. Els sentiments de desconnexió poden aparèixer en tots dos: desconfort, dolor, enfado. Però la infermera pot haver de contenir la tristesa i l'enfado de l'usuari respecte a la separació, a més a més de gestionar els seus sentiments.

Les intervencions terapèutiques que es proposen des de l'enfocament humanístic en la fase de resolució de la relació terapèutica són:

1. Identificar les circumstàncies sota les que la relació pot finalitzar.
2. Ajudar a l'usuari a identificar nous interessos, com activitats d'oci, amistat i reptes personals.

3. Encoratjar la transferència de la dependència a un altre sistema de suport emocional, com parella, família, amics, o un nou terapeuta.
4. Quan creix la independència de l'usuari, promoure que tingui temps i espai per contactar amb persones significatives.
5. Quan s'acosta el moment de finalitzar, incrementar la focalització en el futur.
6. Assistir a l'usuari per a que treballi els seus sentiments associats a la fase de resolució.

El Model de la Marea, com a estratègia pràctica per a les infermeres de salut mental que cuiden persones amb trastorns mentals, és una perspectiva necessària per analitzar les dades obtingudes. Aquest model ha ajudat a entendre que la pràctica de la infermera de salut mental integra estratègies d'intervenció que s'adapten a les necessitats de les persones amb TLP.

2.2.3. Altres influències teòriques

Altres autors han orientat el marc teòric en l'anàlisi temàtic de les dades d'aquesta tesi, han estat teòriques infermeres que també han definit el concepte de relació terapèutica al llarg de la història de la teoria infermera. Les aportacions de Virginia Henderson amb la Teoria de les 14 Necessitats Bàsiques, així com de la Teoria de la Relació entre Essers Humans de Joyce Travelbee. Una influència psicològica ha estat la de Carl Rogers i la Teràpia Centrada en la Persona i la corrent de l'Humanisme.

Virginia Henderson

Virgina Henderson és una referent indiscutible per a les infermeres, encara que en l'especialitat d'infermeria de salut mental les referents teòriques principals són les que presenten models relacionals (Ugalde i Lluch, 2001, p. 23).

Com a referent teòrica en aquesta recerca interessa la descripció dels tres nivells del procés interpersonal que necessita d'un procés d'empatia de la infermera per actuar com: 1- substituta del pacient; 2- col·laboradora pel pacient; 3- companya del pacient. La classificació de les 14 necessitats bàsiques és una eina per a la detecció de l'ajuda que necessita l'usuari també en el cas de patir un trastorn mental (Pokorny, 2015, p. 44).

Joyce Travelbee

Joyce Travelbee amb la Teoria de la Relació entre Essers Humans proposa que l'objectiu de la infermeria és ajudar a una persona, família o comunitat a prevenir o enfrontar les experiències de la malaltia, el patiment i, si és necessari, trobar un significat per aquestes experiències, essent la finalitat última, tenir esperança. Proposa que la infermeria es desenvolupi a través de les relacions interpersonals on també dona un paper rellevant a la solidaritat i l'empatia amb el pacient. Aquesta teoria amplia els conceptes relatius a la relació interpersonal incloent també la compassió, la transferència i els aspectes emocionals (Pokorny, 2015, p. 52). Travelbee defensa l'ús terapèutic del *self*, que es produeix quan la infermera utilitza conscientment el seu propi caràcter i coneixements per intervenir amb l'usuari i aconseguir una disminució del seu malestar (Mirhaghi et al., 2017).

Carl Rogers

Fundador de l'escola humanista i impulsor d'un nou enfocament de la psicoteràpia, parteix dels ensenyaments de Freud i el psicoanàlisi. Influenciat pel psicoanalista Otto Rank, qui afirmava que les persones són capaces d'autodirigir-se en la teràpia i, que l'usuari ha de dirigir la relació terapèutica utilitzant el terapeuta de guia per arribar a la comprensió i acceptació de si mateix (Morrison, 1999, p. 71).

A partir de les idees d'Otto Rank, Rogers va concebre que relació terapèutica ha de ser càlida, ha d'haver-hi acceptació, tenir un clima obert i de confiança per tal que els usuaris puguin expressar-se de manera segura i lliure. Considerava que el terapeuta ha de reflectir els sentiments de l'usuari i, així ajudar-lo a assolir un funcionament sa i aconseguir la seva autorealització (p. 71).

Aquest autor afirmava que la relació terapèutica és, en si mateixa, una experiència de creixement i, el contacte amb el terapeuta, és una experiència madurativa, on la persona pot aprendre a comprendre's a ella mateixa, a prendre decisions independentment i relacionar-se satisfactòriament amb els altres de manera més adulta (Rogers, 1981, p. 39). Rogers considerava que l'orientació psicològica i la psicoteràpia només poden tenir èxit quan existeix algun conflicte entre els desitjos i les necessitats de l'individu que el mou a buscar algun tipus d'ajuda (p. 57).

Els aspectes bàsics de la relació terapèutica, segons Rogers, són (p. 80):

1. El terapeuta ha de tenir una actitud d'obertura i acollidora que facin possible una relació afectiva profunda i una implicació afectiva amb els límits definits.
2. Permetre l'expressió de sentiments evitant qualsevol actitud moralista o de judici de valor. El terapeuta accepta totes les expressions. Els límits clars en l'actuació i en l'estructura ajuda a l'usuari a assolir la *captació intuïtiva*.
3. Definir els límits respecte al temps, responsabilitat, accions agressives i l'expressió d'afecte.
4. Absència de qualsevol tipus de pressió o coacció.

La relació terapèutica, per si mateixa, ajuda a la llibertat d'expressió, la descàrrega emocional i la alliberació de sentiments (p. 113). Aquesta experiència de catarsi pot conduir a la *captació intuïtiva*. Un cop els sentiments són acceptats, l'usuari està capacitat per descriure les experiències que els provoquen i aquest procés el condueix gradualment a l'auto comprensió (p.125). La *captació intuïtiva* consisteix en l'aprenentatge per veure relacions causa-efecte, aconseguir la comprensió nova del sentit que tenen els símptomes del comportament i comprendre els propis models de conducta més freqüents (p. 145).

La confiança és la base de la relació terapèutica i, segons Rogers, una forma constant de proporcionar confiança és que l'usuari està percebent constantment que, tot i expressar impulsos i actituds socialment inacceptables, el terapeuta no s'espanta (p. 137). Les condicions constituents d'un clima que afavoreixi el desenvolupament de la relació terapèutica són: l'autenticitat o transparència relacionada amb la veritat i la congruència del terapeuta; l'acceptació o el respecte relacionada amb l'estima incondicional positiva cap a l'usuari; i la comprensió empàtica o empatia relacionat amb la capacitat del terapeuta per llegir emocionalment a l'usuari (Rogers, 1972, p. 40).

2.3 La visió teòrica d'infermeria sobre els Trastorns de la Personalitat

La maduració de la personalitat és un concepte clau de la Teoria de les Relacions Interpersonals. Peplau proposa una relació terapèutica infermera-usuari que esdevingui un procés de maduració personal per a l'usuari que necessita adaptar-se a una situació de salut que

li produeix malestar (Peplau, 1990, p. 5). Per tant la seva proposta teòrica situa la intervenció infermera en la participació i, l'organització de les condicions que faciliten el moviment progressiu de la personalitat en la direcció de la vida creativa, constructiva, productiva, personal i comunitària (p. 10). Peplau anomena l'eliminació dels símptomes d'una persona amb un trastorn de la personalitat com un possible objectiu de treball de la relació terapèutica (p. 17). La seva teoria no concreta en el Trastorn Límit de la Personalitat, només posa com a exemple una persona amb símptomes de trastorn de la personalitat. És a dir, contempla la possibilitat de que sigui operativa per atendre les necessitats de persones amb aquests trastorns.

Crowe i Carlyle afirmen que les infermeres responen de diferent manera a les necessitats de les persones amb trastorns de la personalitat en funció de com comprenen les conductes d'aquestes persones. Diferencia que si la infermera entén que una conducta disruptiva és producte del trastorn de la personalitat, la seva resposta s'acosta a l'enfocament biomèdic. En canvi, si l'entén com l'expressió de l'angoixa desbordada, l'enfocament és més proper a l'abordatge centrat en la persona (2009, p. 246). L'experiència de les persones amb trastorn de la personalitat (TP) és de profund malestar. Per alguna raó no poden contenir aquest malestar i en conseqüència hi ha una repercussió conductual i social (p. 244). Aquest fet les condueix a ser etiquetades de difícils i de repte per les infermeres de salut mental. Dins del grup de persones amb TP que requereixen més intervencions clíniques són les que tenen diagnòstics de TLP i Trastorn de la Personalitat Antisocial (p. 247).

Barker, en el Model de la Marea, proposa l'*acostament discursiu* com enfocament de les cures de les infermeres de salut mental per a persones que experimenten un desbordament de l'angoixa, basat en les següents premisses (Crowe i Carlyle, 2009, p. 248):

- Reconèixer la natura de l'angoixa: buscar informació respecte els sentiments i les relacions interpersonals i, especialment sobre els incidents que han desencadenat l'angoixa. Aquest reconeixement forma part d'un procés psicoterapèutic de reconversió de la persona i d'acceptar les seves diferències.
- Establir connexions entre com la persona ha après a gestionar les seves pors i l'angoixa actual: la infermera pot ajudar-la a fer connexions entre les fonts de l'angoixa i els efectes en la seva vida. Aquestes connexions ajuden a veure com els esquemes del passat donen sentit al present. Explorar com les experiències, pensaments i conductes actuals poden estar lligades a pors i ansietats del passat.

- Situar la por i l'angoixa en el seu context sociocultural: la infermera pot preguntar sobre els valors i creences que sostenen la visió de la persona sobre els esdeveniments angoixants. D'aquesta manera l'ajuda a detectar valors i creences culturalment imposades que contribueixen a mantenir la seva angoixa.
- Promoure l'acceptació de la diferència: la infermera pot ajudar a les persones a acceptar diferències, en el sentit que puguin reconèixer la seva identitat i les atribucions que fan als altres. Animar a que explorin les expectatives que tenen sobre els altres i facin hipòtesis sobre què és el que els altres esperen d'elles.
- Explorar esquemes d'interacció alternatius per gestionar l'angoixa: aquest enfocament pot proporcionar a la persona l'oportunitat de trobar altres maneres de ser, per presentar-se en les seves interaccions amb els altres.

L'objectiu d'aquest enfocament és ajudar a la persona que experimenta una angoixa desbordada, a desenvolupar una alternativa que demostrï consciència del context sociocultural del desenvolupament i expressió de l'angoixa.

2.4 Les preguntes i els objectius de recerca

2.4.1 Les preguntes de recerca

- Quina influència té la relació terapèutica en el procés de disminució del malestar en les persones amb TLP?
- Quins són, segons la percepció dels usuaris, els elements psicoterapèutics que contribueixen a la disminució del seu malestar?
- Quins són, en l'opinió dels usuaris, els coneixements, les habilitats i les actituds que consideren que han contribuït a la seva millora?
- Com es desenvolupa la relació terapèutica amb les persones amb TLP?
- Quines coincidències es produirà entre els resultats que s'obtinguin i el marc teòric?

2.4.2 Els objectius de recerca

Objectiu principal

L'objectiu principal d'aquest estudi basat en la perspectiva fenomenològica hermenèutica és explorar les vivències de les persones amb Trastorn Límit de la Personalitat per conèixer quins elements de la relació terapèutica que s'estableix entre la infermera de salut mental i les persones amb TLP consideren que els ha ajudat a disminuir el seu malestar.

Objectius específics:

- Explorar l'evolució de l'experiència de disminució del malestar des de la perspectiva de l'usuari.
- Identificar els elements psicoterapèutics que els usuaris consideren que han contribuït a la disminució del malestar.
- Analitzar la relació terapèutica a la llum de la Teoria de les Relacions Interpersonals de H. Peplau; La Teoria del Cuidado Transpersonal de J. Watson i el Model de la Marea de Ph. Barker.
- Interpretar com s'ha desenvolupat la relació terapèutica i quines intervencions psicoterapèutiques han contribuït a la disminució del malestar de les persones amb TLP.

3.1 Metodologia de la recerca i congruència teòrica

El plantejament metodològic parteix de la necessitat de buscar la millor estratègia per arribar a respondre les preguntes de recerca, assolint els objectius proposats per a aconseguir-ho. Tal com recomana Gastaldo (2015), s'ha buscat explicar el llarg procés metodològic amb la major claredat i precisió possible.

Aquesta recerca pretén respondre les qüestions sobre què resulta psicoterapèutic per a les persones amb TLP, de la relació terapèutica establerta amb la infermera de salut mental. Explorar la percepció dels usuaris sobre l'evolució de la seva salut requereix d'un plantejament qualitatiu que aconsegueixi aprofundir en el seu concepte de salut i en la seva capacitat d'introspecció. Demanar l'opinió personal sobre què ha resultat terapèutic en cada cas, significa endinsar-se en la vivència i en la capacitat per comprendre el propi procés de l'individu i identificar els elements que han afavorit i han aconseguit el canvi. Aquesta comprensió de la salut, el trastorn, l'evolució i el canvi només s'hi pot arribar des d'una perspectiva metodològica qualitativa. Segons Erickson:

“El método interpretativo es un intento de combinar un análisis intenso de detalles finos de la conducta y su significado, en la interacción social de cada día, con análisis del contexto social más amplio (el campo de las influencias sociales) dentro del cual ocurre la interacción personal” (a Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 21).

D'aquesta manera, es pretén obtenir informació que ajudi a comprendre els resultats per a persones amb aquest trastorn i, construir coneixement basat en el significat de l'experiència, per a les infermeres de salut mental que treballen amb persones amb aquest diagnòstic.

Segons Ruiz Olabuénaga, la metodologia qualitativa és una manera d'investigar fenòmens socials on es presenten uns objectius definits per donar resposta a problemes concrets. En la metodologia qualitativa es donen les següents característiques o, alguna d'aquestes (2007, p. 23):

1. El seu objectiu és captar o reconstruir de significat (processos, comportaments, actes).
2. El seu llenguatge és bàsicament conceptual i metafòric (utilitza conceptes i metàfores enlloc de taules i estadístiques).

3. El seu mode de captar la informació no és estructurat, sinó flexible i desestructurat (observació o entrevistes en profunditat més que enquestes estructurades i massives).

4. El seu procediment és més inductiu que deductiu (més que d'una teoria i una hipòtesi, prefereix partir de dades per intentar reconstruir un món difícil de sistematitzar i teoritzar).

5. L'orientació no és particularista i generalitzadora, sinó holística i concreta (prefereix captar tot el contingut d'experiències i significat que es donen en un sol cas, que intentar generalitzar d'una mostra petita).

Per explorar allò que és psicoterapèutic o el significat del procés psicoterapèutic en la relació terapèutica per a persones amb TLP, cal realitzar un acostament a través de la dialèctica, basada en l'interaccionisme simbòlic. Les tesis principals de l'interaccionisme simbòlic són (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 43):

- La font de dades central són les interaccions humanes.
- Les perspectives dels participants i la seva habilitat per captar el paper dels altres (empatia), són centrals en aquesta teoria.
- La manera com els individus defineixen la situació determina la natura i el significat dels seus actes i de la pròpia situació.

A partir de les dades obtingudes s'ha reconstruït el significat, objecte d'estudi. S'ha estudiat en profunditat l'experiència de les persones que podien aportar comprensió des de la seva experiència, perquè el procés científic qualitatiu arriba a l'abstracció a partir de fets concrets, explora el que és particular fins a poder entendre el que és general (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 56).

S'ha pres l'opció metodològica que afirma que acostar-se a la realitat de les persones que han tingut l'experiència, és essencial per construir els significats que es volen estudiar. D'aquesta manera, es poden interpretar els resultats i explicar què ha estat psicoterapèutic per persones afectades per un trastorn límit de la personalitat.

L'experiència assistencial d'aconseguir establir una relació terapèutica amb persones amb TLP mostra que les intervencions psicoterapèutiques realitzades han contribuït a disminuir el malestar. De quina manera, es pot arribar a conèixer què és el que ha resultat terapèutic?. La

recerca busca aquesta informació i, només la poden aportar les persones que han tingut aquesta experiència. Cadascuna de les experiències individuals, amb les seves similituds i les seves diferències, és el que es vol estudiar.

3.2 El posicionament paradigmàtic

En plantejar-se la metodologia de recerca, és important l'estudi dels diferents paradigmes científics que situen l'investigador en una posició concreta o paradigma. Segons Guba i Lincoln (2002), el posicionament paradigmàtic, es refereix al sistema de creences bàsiques, principis o supòsits que integren una visió del món, respecte a les dimensions ontològica, epistemològica i metodològica. I els diferents paradigmes científics on situar-se com a investigador són: el Positivisme, Postpositivisme, la Teoria Crítica o el Constructivisme, cal escollir-ne un que ha de ser el focus metodològic en la recerca. Aquesta elecció guiarà les implicacions pràctiques que es dedueixen de cada paradigma (a Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 59).

Abans de justificar l'elecció metodològica de la fenomenologia hermenèutica per aquesta recerca, cal situar-la en el posicionament paradigmàtic del Constructivisme. Segons Guba i Lincoln (2002), les premisses del constructivisme són les següents (a Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 59).

- Ontològica: L'aproximació a la naturalesa de l'objecte d'estudi és relativista i, a partir de realitats locals i específiques construïdes.
- Epistemològica: El marc d'interacció entre l'investigador i l'investigat és transaccional subjectivista. Troballes creades.
- Metodològica: Fenomenologia hermenèutica. Dialèctica.

Les premisses ontològiques constructivistes, segons Guba i Lincoln (2002) són el relativisme i les realitats locals i específiques construïdes (a Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 59). Considera que els éssers humans construïm el coneixement i no l'adquirim. Les estructures conceptuals que constitueixen el significat i el coneixement, són constructes que les persones elaboren per a elles mateixes. Pel fet de tractar-se de constructes individuals, planteja la dificultat de tenir la certesa que dues persones parlin del mateix constructe. Fent ús del llenguatge, que es dona com a resultat de la interacció social, es produeix una acomodació gradual que porta a la coincidència. Els marcs constructivistes comparteixen amb els

interpretatius el seu interès per l'experiència humana i la manera com els actors la viuen (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2003, p. 43). Schwandt, afirma que tots som constructivistes en la vida diària, ja que els éssers humans inventem conceptes, models i esquemes per donar sentit a l'experiència, contínuament estem provant i modificant aquestes construccions a la llum de l'experiència (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2003, p. 49).

En la present recerca, s'ha explorat l'experiència viscuda dels participants, des del relat construït sobre el que els ha resultat psicoterapèutic per disminuir el malestar produït pel TLP. També s'ha explorat els documents de les infermeres que aporten la realitat observada des de la perspectiva de la infermera i a partir del seu constructe sobre l'experiència de la participant. Cada participant ha aportat la seva realitat i, s'ha estudiat i interpretat *allò que és psicoterapèutic* per a les persones amb TLP, a partir de les coincidències i diferències entre experiències i realitats individuals que permetessin construir una realitat comú.

La premissa epistemològica situa la interacció entre l'investigador i l'investigat i la transacció de realitats subjectives en el context sociohistòric (Berenguera et al, 2014, p. 64). Segons Guba i Lincoln (2002), el llenguatge fruit de la interacció, és el que permet captar les realitats subjectives i la construcció sobre l'objecte d'estudi (a Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 59).

En aquesta tesi, la premissa epistemològica s'obté de la interacció amb les participants amb l'objectiu de conèixer el que elles coneixen sobre el constructe *allò que és psicoterapèutic* per disminuir el malestar produït pel TLP. El llenguatge proporciona la informació que s'analitza i els resultats aporten coneixement de la seva realitat.

El supòsit metodològic s'esdevé de l'elecció del paradigma i de les implicacions pràctiques que se'n deriven. La congruència entre els supòsits ontològics, epistemològics i metodològics del paradigma estalviarà dificultats pràctiques. Així, Guba i Lincoln (2000), estableix que la premissa metodològica del Constructivisme es nodreix de la dialèctica i l'hermenèutica entre l'investigador i l'investigat per obtenir coneixement sobre la realitat subjectiva dels participants (a Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 59). Així, en aquesta recerca, la premissa metodològica es basa en la fenomenologia hermenèutica per conèixer les experiències i significats individuals partir de la dialèctica que acostarà a la realitat de les participants.

3.3 Disseny metodològic: La fenomenologia hermenèutica

La filosofia hermenèutica heideggeriana postula que no hi ha cap mètode que pugui obligar a la revelació de la veritat. La ciència no descobreix la veritat original, sinó que

desenvolupa el que ja es coneix, revela els fenòmens ocults i els seus significats. La fenomenologia hermenèutica pressuposa que el que s'interpreta té significat. El que es descobreix en la fenomenologia de la quotidianitat és que la totalitat no té essència, no hi ha un "allò que és" que fixi la concepció final. Les interpretacions hermenèutiques s'han de basar en les concepcions que ja tenim, inicialment s'han de basar en la comprensió quotidiana prèvia (Cohen i Omery, 2005, p. 195).

Segons Bolton (1987), la fenomenologia hermenèutica, com metodologia d'investigació és una manera de gestionar les interpretacions de manera sistemàtica (a Cohen i Omery, 2005, p. 199). La comprensió i les interpretacions es donen en un entorn sociocultural concret i estan lligades a normes culturals i, el constructe o concepte investigat té un significat segons el context on es dona. Tant l'experiència quotidiana de l'investigador com la de l'investigat participen del context (Cohen i Omery, 2005, p. 199).

La metodologia fa referència al conjunt de teories, conceptes i eines escollides per aplicar els supòsits del paradigma (Berenguera et al., 2014, p. 65). La fenomenologia hermenèutica pretén fer comprensible el constructe en estudi a través del llenguatge, la dialèctica amb els participants. Comprendre el món dels participants i interpretar-lo a partir de la reflexió (p. 68).

Per Gadamer, comprendre és posar-se d'acord amb l'altre mitjançant la dialèctica. A través del llenguatge i del diàleg, un es pot col·locar en el lloc de l'altre per comprendre la seva visió. En la present tesi, la investigadora busca comprendre la visió del participant sobre allò que li ha resultat psicoterapèutic, a través del llenguatge i la dialèctica de les entrevistes. Tal com es desprèn, la fenomenologia hermenèutica ajuda a aprofundir en l'experiència del què ha resultat terapèutic per a les participants. Aquest apropament a les realitats de cada participant ha facilitat l'exploració del significat que té per a cada participant i, per aconseguir l'aproximació a un constructe comú, partint de les parts i, de la consideració i reconsideració per comprendre el seu significat (Aguilar, Hans i Gadamer, 2004, p. 62).

En tractar-se d'un disseny provisional i flexible, característic de la recerca qualitativa, el disseny inicial s'ha modificat a mesura que ha avançat la recerca. En les decisions inicials, es va tenir en compte que, tot i la fonamentació teòrica de les decisions preses, el disseny podria prendre noves estratègies i opcions en funció de les necessitats que anessin apareixent. D'aquesta manera, la metodologia qualitativa permet adaptar-se a les situacions que sorgeixen i necessiten ser solucionades (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 54).

La idea de la recerca sorgeix de la necessitat d'entendre quins elements han intervingut per a que persones afectades de TLP refereixin que el seu malestar és menor com a resultat de les visites de seguiment de les infermeres de salut mental.

La recerca d'infermeria de salut mental sobre les persones que pateixen Trastorn Límit de la Personalitat, adopta en diferents casos la metodologia qualitativa per comprendre diferents aspectes de les experiències de les persones que pateixen aquest trastorn amb diferents propòsits: Helleman et al. (2014b) utilitzen la fenomenologia per entendre l'experiència viscuda en un ingrés breu, com intervenció per a la prevenció de crisis TLP i, els usuaris destaquen la importància de la qualitat del contacte amb les infermeres de salut mental. Holm et al. (2009) exploren la relació entre experiències traumàtiques infantils i el dia a dia de les persones amb TLP a través d'un disseny exploratori qualitatiu. Holm i Severinsson (2010) utilitzen un disseny exploratori interpretatiu per estudiar el desig de sobreviure amb el dolor emocional relacionat amb l'automutilació. Conclou que l'automutilació implica l'anel de reconexió. Holm i Severinsson (2011a) també utilitzen un disseny exploratori qualitatiu per investigar sobre el procés de recuperació que aconsegueix canvis positius referents a la conducta suïcida i, conclouen que és la confiança i la seguretat. Langley i Klopper (2005) en una recerca exploratòria interpretativa identifiquen la confiança com la clau per la creació de la relació terapèutica d'infermeres de salut mental amb persones amb TLP. L'estudi fenomenològic interpretatiu de Nadine Nehls tenia per objectiu generar coneixement sobre l'experiència de viure amb un diagnòstic de trastorn límit de la personalitat. Finalitza amb la conclusió i afirmació que és necessari que s'escolti la veu de les persones diagnosticades perquè poden obrir noves direccions en la cura (Nehls, 1999). Ntshinglia et al. (2016) exploren les vivències de persones amb TLP a través de la fenomenologia, per entendre les necessitats de cura d'infermeria. Rogers i Acton (2012), per la seva banda, investiguen l'experiència del diagnòstic en les persones amb TLP tractats amb fàrmacs. Conclouen que els informants tenen experiències negatives amb els tractaments relacionats amb la baixa participació en la presa de decisions sobre els tractaments i pel seu desconeixement sobre el diagnòstic. Reclamen poder col·laborar i sentir-se més implicats en el propi tractament, i creuen que les infermeres juguen un paper clau a l'hora d'identificar les necessitats de les persones diagnosticades de TLP i de reforçar la veu dels receptors de les cures.

En altres casos, la recerca utilitza aquesta metodologia per comprendre les experiències de les infermeres en relació a la cura de les persones amb TLP: Fanaian et al., investiga sobre les accions que, des del punt de vista dels clínics, cal tenir en compte per donar atenció a persones amb trastorns de la personalitat. Emergeixen 5 temes principals: major formació especialitzada

dels professionals, suport de supervisió i direcció, tractaments basats en l'evidència, guies clíniques i protocols, i canviar l'actitud sobre les persones amb trastorn de la personalitat per tal de disminuir l'estigma. D'altra banda afegeix que és necessària més recerca sobre la perspectiva dels usuaris amb trastorn de la personalitat (Fanaian et al., 2013). Holm i Severinsson (2011b) utilitzen un enfocament hermenèutic per explorar la comprensió de les infermeres sobre el dolor emocional dels usuaris i les conseqüències en la pràctica de les infermeres de salut mental: utilitzar la intuïció i l'empatia proveeix d'apoderament. O'connell i Dowling (2014) estudien l'experiència d'infermeres de salut mental que treballen amb persones amb TLP. Conclouen que les infermeres reconeixen la necessitat de formació i supervisió clínica. Warrender (2015), disseny interpretatiu fenomenològic que estudia la percepció de l'equip que utilitza l'estratègia de la mentalització (MBT) per tractar amb persones amb TLP, conclou que aquesta estratègia promou l'empatia i ajuda a allunyar-se de respostes iatrogèniques a l'automutilació.

L'opció metodològica de la fenomenologia hermenèutica es consolida després de la revisió que confirma que ha estat l'elecció metodològica adequada per investigar aspectes relacionats amb les seves experiències de persones amb TLP (Gastaldo, 2015). La pretensió d'arribar a comprendre la vivència respecte al perquè i el com han pogut disminuir el malestar produït pel TLP, visualitza la fenomenologia hermenèutica com la metodologia idònia per respondre els objectius de recerca.

3.4 Àmbit d'estudi

La recerca s'ha desenvolupat al Centre de Salut Mental d'Adults d'Horta Guinardó de Barcelona, que és on es porta a terme aquesta experiència. Aquest centre pertany a la xarxa pública de salut mental de Catalunya i presta serveis de psiquiatria, psicologia, infermeria de salut mental i treball social a persones amb trastorns mentals del districte d'Horta Guinardó de Barcelona. Tal com s'ha explicat en el punt anterior, no hi ha cap altra possibilitat de fer una recerca d'aquestes característiques en el territori de Catalunya i l'Estat Espanyol. Fins l'actualitat, no hi ha cap evidència que aportï informació sobre alguna experiència d'intervenció d'infermeria especialitzada en TLP, que s'hagi realitzat o s'estigui realitzant amb persones amb aquest trastorn, en aquest territori.

Per completar millor la informació sobre les característiques del centre cal explicar que, l'Asociación de Salud Mental Horta Guinardó (Asociación de Salud Mental, 2018, para. 1), associació sense ànim de lucre, l'any 1984 va iniciar l'assistència de la salut mental al districte 7è de Barcelona, Horta Guinardó, després de ser adjudicada mitjançant concurs públic convocat

per la Diputació de Barcelona. El 1990, el Servei Català de la Salut va concertar el servei del Centre de Salut Mental d'Adults Horta Guinardó.

L'any 1994 s'integrà a Fòrum Salut Mental, que té com a valors la defensa d'un servei sanitari i social públic, equitatiu, accessible, universal, de qualitat i solidari. Les premisses per donar assistència en salut mental són tenir l'activitat integrada en la comunitat, tenir un comportament ètic i, una pràctica democràtica i participativa en tots els nivells de l'organització. Té el compromís amb l'ésser humà de reduir al màxim el patiment i l'exclusió social, contribuir a la defensa dels drets humans, i la participació en la promoció, la gestió i el desenvolupament del sistema públic de salut.

L'any 1995, s'inicià el desdoblament de l'equip assistencial d'Horta Guinardó, ampliant l'equip de salut mental que incorporà la figura d'infermeria per realitzar el seguiment de persones amb Trastorn Mental Greu.

A l'actualitat, l'equip de salut mental es distribueix en tres centres diferents Horta, Guinardó i Guinardó 2. Des d'aquests dispositius es dona atenció a la població vinculada a les àrees bàsiques de salut (ABS): ABS 7A Sanllehy, EAP 7B Sardenya, ABS 7C Carmel, ABS 7D Lisboa, ABS 7E Sant Rafael, ABS 7F Horta i ABS 7G Guinardó. El CSMA desenvolupa programes de prevenció de la malaltia i de promoció de la salut, participant activament en la lluita contra l'estigma i la sensibilització a la comunitat. Els serveis estan integrats en el circuit assistencial del sector d'Horta Guinardó, articulats amb la resta de dispositius del sector mitjançant acords i convenis de col·laboració que permeten establir un sistema de coordinació que fa possible la continuïtat assistencial del projecte terapèutic del pacient.

La recerca ha pres com a mostra persones vinculades al centre Guinardó perquè és on les infermeres porten a terme l'atenció especialitzada a les persones amb TLP. En el centre d'Horta, no s'ha desenvolupat aquesta atenció especialitzada i tampoc al centre Guinardó 2 que va iniciar el seu funcionament durant l'any 2017.

La investigadora principal és infermera de salut mental, treballadora del centre des de l'any 2000. Ha participat en el procés d'iniciació i desenvolupament d'aquesta innovació en l'atenció d'infermeria. Ha realitzat formació especialitzada en TLP i és infermera referent de persones amb aquest trastorn. Cal destacar que realitza l'esforç de la reflexivitat, essent conscient de la implicació professional amb el tema de recerca i, plantejant-se en tot moment l'adequació de cada decisió i l'equidistància amb els participants, infermeres i resta de l'equip de salut mental que dona atenció a les persones participants (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 275).

3.5 Participants

La població en estudi l'ha constituït persones diagnosticades de Trastorn Límit de la Personalitat, tractades al Centre de Salut Mental d'Adults del Guinardó i, que fan seguiment amb la infermeria de salut mental que realitza una atenció especialitzada per a persones amb aquest trastorn. Els criteris de selecció que s'ha definit són:

- criteris d'inclusió:
 - persones afectades de TLP com a diagnòstic principal, vinculades a l'atenció especialitzada d'infermeria en TLP.
 - període de vinculació amb la infermera superior a dos anys, per tal de tenir experiència d'atenció d'infermeria suficientment ampla com per poder identificar-ne resultats.
 - participar voluntàriament en la recerca.
 - criteris d'exclusió:
 - persones afectades de TLP com a diagnòstic secundari, perquè el focus de tractament va dirigit al diagnòstic principal i podria distorsionar l'evolució del TLP.
 - persones que en el moment de la selecció de la mostra pateixen una desestabilització de la clínica, perquè podria distorsionar la seva visió general sobre l'evolució.

Taula 1. Característiques socio demogràfiques de les participants.

Edat	Participants	
	Entre 20 i 29 anys	2
	Entre 30 i 39 anys	4
	Entre 40 i 49 anys	6
Situació familiar		
	Viu amb progenitors	3
	Viu amb parella	2
	Viu amb parella i fills	3
	Viu amb parella, amb fills	2
	Viu sola	2
Nivell d'estudis		
	Obligatori, primària	3
	Obligatori, secundària	3
	No obligatori, cicles formatius	2
	No obligatori, universitaris	4
Situació laboral		
	Contracte eventual	2
	Contracte fixe	1
	Sense feina	1
	Pensió d'invalidesa	6
	Estudiant	2
<i>Nota:</i> La columna de l'esquerra mostra les característiques descrites. La segona columna informa de les franges identificades per cada concepte. La tercera columna informa del nombre de persones que integren cada característica definida.		

Inicialment es van incloure deu participants i, posteriorment, tal com s'explicarà seguidament, se'n hi afegí dues més. Les característiques sociodemogràfiques es mostren a la taula 1 (vegeu taula 1).

Els participants inclosos a la mostra, es van seleccionar seguint un mostreig intencional i opinàtic (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 64). Es va buscar persones que volguessin participar voluntàriament, que es trobaven accessibles i que coneixien bé l'experiència d'un procés psicoterapèutic. La probabilitat d'obtenir un relat negatiu respecte al procés psicoterapèutic era molt baixa, ja que les persones que no han tingut un benefici terapèutic es desvinculen ràpidament de l'equip de salut mental. Aquesta és una limitació que s'explica a l'apartat de limitacions de l'estudi.

Es buscava persones que poguessin aportar riquesa i profunditat a la realitat estudiada, que tinguessin una experiència suficient per tenir un relat construït al respecte, i assegurar la varietat individual per obtenir unes dades riques en experiències i formes d'explicar-les (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 66).

També hauria estat enriquidor poder afegir a la mostra alguns participants homes. Segons Morse, (a Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 66) un dels criteris de la mostra opinàtica és incloure la màxima varietat de participants per tal d'assegurar experiències més variades. No obstant, no ha estat possible en aquesta mostra incloure-hi homes, tal com s'explica al punt 5.3 Dificultats i limitacions.

El contacte amb les participants es va realitzar a partir de la infermeria del centre Guinardó, que va proposar persones que s'ajustaven als criteris d'inclusió. Un cop acceptat el candidat, la infermera referent feia la proposta a la persona en una de les entrevistes de seguiment d'infermeria. A les persones que van acceptar, se'ls va dir que la investigadora principal es posaria en contacte telefònic per ampliar la informació i concretar el dia de l'entrevista.

En el primer mostreig opinàtic es buscaven deu persones i, es va plantejar la possibilitat de participar a tretze persones. D'aquestes, onze dones i dos homes, totes les dones van acceptar, en canvi els dos homes no. Un estava pendent d'entrar a la presó i no va poder participar. L'altre home va dir, directament, que no volia participar. De les onze dones, una va marxar a viure fora de la ciutat, no va avisar i es va perdre. Per tant, la mostra va quedar en deu participants, totes dones. La presència d'homes amb diagnòstic TLP en el centre és molt menor que el de dones. Les memòries assistencials anuals del centre (des de 2011 a 2017), mantenen que la proporció entre persones ateses és 3 dones per 1 home (3:1), que és coincident amb les dades epidemiològiques sobre rati de diagnòstic entre homes i dones en serveis assistencials especialitzats en salut mental (Chapman i Fleisher, 2018).

En la fase 3 d'anàlisi, es va prendre la decisió d'incloure dos participants més, amb l'objectiu de valorar la consistència d'algunes categories amb la saturació de les dades (Ruiz

Olabuénaga, 2007, p. 156). Es va tornar a intentar buscar algun home que volgués participar. Es va proposar a un home, que va acceptar inicialment, però no es va presentar el dia acordat per a realitzar l'entrevista. Es va proposar a dues dones més, que van acceptar i es van incloure a la mostra. Finalment la mostra l'han integrat 12 dones.

3.6 Instruments de recollida d'informació

Les estratègies de recollida d'informació han estat dues: les entrevistes en profunditat i les fonts documentals de les anotacions del curs d'infermeria de les històries clíniques.

3.6.1 Entrevistes en profunditat

Una estratègia de recollida d'informació pròpia de la investigació qualitativa i característica de la fenomenologia hermenèutica és l'entrevista en profunditat. Aquesta consisteix en una conversa que té una estructura i un propòsit concret que és, entendre des de la perspectiva de l'entrevistat i, esmicolar els significats de les seves experiències (Álvarez-Gayou, 2003, p. 109). Les entrevistes han de ser preparades amb antelació per formular el propòsit i les preguntes abans d'iniciar qualsevol entrevista (p. 111).

L'entrevista també requereix de l'habilitat de l'entrevistador per planejar curosament les qüestions a preguntar i tenir una actitud reflexiva per avaluar constantment la qualitat de les dades que s'obtenen (Álvarez-Gayou, 2003, p.111). Aquesta, com a tècnica conversacional, tracta de crear una situació, el mínim artificial possible que permeti a l'entrevistador i entrevistat interaccionar amb la màxima naturalitat.

L'entrevista en profunditat és oberta i segueix un estil informal, utilitza guies temàtiques àmplies i, les preguntes són obertes i van sorgint a mesura que avança l'entrevista (Berenguera et al., 2014, p. 106).

La decisió sobre l'estratègia de recollida recau en la cerca del significat d' *allò que és psicoterapèutic* per a les participants. Per poder arribar a comprendre què és el que ha estat efectiu i positiu per a cadascuna d'elles, és necessària una estratègia que permeti establir una conversa que avanci cap a la profunditat de la comprensió del significat. El tema es va preparar amb anterioritat, es va crear una guia de preguntes (vegeu annex 1), essent l'objectiu de les entrevistes el mateix per a totes les participants.

Una qüestió clau que es va tenir en compte és la similitud que poden tenir les entrevistes d'investigació amb les entrevistes terapèutiques. Com ja s'ha dit, la pròpia investigadora, com a infermera de salut mental utilitza les entrevistes terapèutiques en la seva quotidianitat professional. Segons Hutchinson i Wilson (2005), la principal diferència entre una

entrevista d'investigació i una entrevista terapèutica rau en la intervenció. Les entrevistes terapèutiques busquen intervenir per aconseguir un canvi, mentre que les d'investigació tenen per objectiu recollir dades (p. 385). En ambdós tipus d'entrevista s'estimula l'auto exploració i es fa atenció al que pensa o sent l'entrevistat, la reflexivitat està present en totes les entrevistes estant present en la dinàmica entre l'entrevistador i l'ambient (p. 388).

La dinàmica de les entrevistes en profunditat

Es van realitzar deu entrevistes entre gener i juny de 2016. Les dues entrevistes posteriors, van fer-se el mes de desembre de 2017.

Quan es va proposar a les usuàries la participació en l'estudi, es va explicar l'estratègia que s'utilitzaria. Es va detallar que es volia realitzar una entrevista sobre un tema en concret del seu tractament. Es va explicitar que la seva participació era voluntària, que es requeria que l'entrevista fos enregistrada per tal de poder realitzar l'anàlisi posteriorment. Es va concretar que, prèviament a l'inici es signaria la documentació del consentiment informat i que, uns dies després se'ls donaria la transcripció de l'entrevista enregistrada per a que elles la poguessin llegir i modificar si creien convenient canviar alguna paraula o frase que no s'ajustava al relat. Es va informar que la duració de l'entrevista estaria entre 40 - 60 minuts, i es va acordar una cita. El lloc de realització de l'entrevista va ser un despatx del centre del Guinardó.

El dia de l'entrevista s'havia preparat la documentació: complint la normativa ètica tal i com s'explicarà al punt 3.8 i també una Tablet amb aplicació d'enregistrament de veu.

Es va introduir el tema, explicant l'objectiu de l'entrevista per a donar temps a la relaxació i reflexió sobre el tema d'interès de la investigadora, d'aquesta manera es preparava l'acostament al món de l'informant. Quan la participant va estar preparada es va engegar l'enregistrament. Es va començar amb preguntes àmplies per anar-se acostant gradualment al tema d'interès. L'entrevistadora va escoltar activament, amb interès i motivació. En tot moment es va mantenir una actitud empàtica per facilitar la interacció social autèntica i es va cuidar la comunicació no verbal. Es va buscar crear un ambient relaxat, advertint a l'equip del centre d'evitar interrupcions amb entrades al despatx o trucades telefòniques. Es va respectar, en tot moment, el ritme, els silencis, l'expressió de les emocions i, en algunes ocasions es va haver de recordar la idea central per reconduir cap el tema en qüestió (Berenguera et al., 2014, p. 110).

La duració de les entrevistes va ser variable, però totes estan en una franja d'entre 30 i 55 minuts. La duració va dependre de l'habilitat de l'entrevistadora, de la disponibilitat de l'entrevistada i la facilitat per aportar més o menys informació respecte al constructe en estudi.

En arribar al final, es va preguntar si hi havia alguna qüestió més que es volgués afegir, es va recordar que si canviava d'idea sobre la participació podia retirar-se de l'estudi, es va recordar que se li donaria la transcripció per escrit per a poder modificar el que considerés convenient i es va agrair la participació desinteressada en l'estudi.

Avantatges: El format obert i flexible permet donar temps i buscar els moments on reconduir o girar cap el tema d'interès. La majoria de les participants van explicar-se obertament, en un ambient relaxat que va permetre obtenir molta informació. Poder disposar de temps permet donar marge a la participant per a que parli en confiança i, poc a poc, anar fent les preguntes que permeten accedir a la realitat íntima.

Limitacions: En una entrevista, la participant va verbalitzar que se li feia difícil poder parlar perquè havia pres medicació abans de venir a l'entrevista perquè havia patit una crisi d'ansietat. Se li va oferir canviar la cita per un altre dia i fer l'entrevista en un altre moment, però ella va preferir realitzar-la malgrat li costés més explicar-se.

Quan la participant no amplia la informació espontàniament és difícil arribar a la profunditat. En un cas, cada vegada que se li formulava una pregunta oberta per donar peu a explicar i ampliar informació, la participant la sintetitzava en una pregunta tancada i acabava responent un si o no. Tot i que es va explicar que l'interès de l'estudi estava en conèixer la seva opinió i, que es disposava de temps, no es va aconseguir obtenir informació àmplia, però si que les aportacions que va fer van ser de qualitat i interessants respecte al tema proposat.

Transcripció de les entrevistes

La transcripció de cada entrevista la va realitzar la mateixa investigadora principal. Es va realitzar amb la major brevetat possible, començant el mateix dia o l'endemà de l'entrevista, per tal de tenir present el desenvolupament de l'entrevista a l'hora de transcriure, d'aquesta manera es pot assenyalar aspectes que són relatius a l'expressió no verbal i, que no queda sonoritzat en l'enregistrament, com el plor, el somriure o riure, el nerviosisme, etc. Les anotacions sobre l'ambient de l'entrevista i l'actitud van quedar registrades als "memos" del programa informàtic Atlas.Ti.

A cada entrevista es va donar un codi per a poder identificar la pertinença i la data de realització (inicials i data). Les dades respecte al lloc no eren necessàries perquè sempre es van realitzar en el mateix lloc. La duració de l'entrevista també queda recollida en cada gravació de veu i no s'explicita en la identificació de l'entrevista.

En la setmana posterior a l'entrevista, es va donar la transcripció a la participant per a que s'ho llegís i modifiqués, si ho considerava oportú. Totes les participants van tornar les

transcripcions sense cap modificació, acceptant la versió transcrita per a l'anàlisi. Es va procedir a anonimitzar⁶ el text per a incloure'l al programa informàtic de suport a l'anàlisi Atlas.Ti versió 7.

3.6.2 La documentació dels cursos clínics d'infermeria

Tal i com s'explicarà al punt 3.10, en la fase 3 de l'anàlisi, es va decidir incloure una altra font de recollida de dades: les anotacions de les infermeres en el curs clínic d'infermeria de la història clínica d'algunes de les participants en l'estudi.

La decisió d'incloure documentació que permetés l'estratègia de triangulació de les fonts, va requerir d'un nou procediment. Es va definir els criteris d'inclusió de les històries clíniques:

- que la representació de les infermeres estigués equilibrada.
- que les anotacions fossin abundants, en la quantitat de visites i en la qualitat dels registres.

Aquest procés va requerir una revisió de la normativa ètica i legal del centre i la sol·licitud d'aprovació per part de la direcció de centre, tal com s'explicarà a l'apartat 3.8 Consideracions ètiques.

El procediment que es va seguir va ser:

1. Revisar tots els cursos clínics d'infermeria de les històries clíniques de les persones participants en la mostra.
2. Es va anar a buscar la primera visita que estigués informatitzada, no es van tenir en compte les visites enregistrades en paper, en el cas de persones amb antiguitat anterior a setembre de 2011. Les persones que van fer la primera visita amb infermeria posterior a aquesta data, es va acotar des del primer dia de visita.
3. Es va limitar temporalment fins desembre de 2017 que va ser la data en que es va prendre la decisió d'incloure la documentació a l'anàlisi.
4. Es van escollir sis cursos clínics en funció dels criteris definits.
5. Es va descarregar els sis arxius del sistema informàtic en un llaç de memòria i es va traslladar aquesta informació a l'ordinador personal de la investigadora principal. Tota la informació està emmagatzemada i degudament encriptada, per tant només hi té accés la investigadora principal.

⁶ S'ha preferit substituir els noms reals per noms de persones que són ficticis, d'aquesta manera es manté l'anonimat de participants i professionals, però s'evita la deshumanització que pot suposar atribuir-hi numeros o lletres. Aquest procediment s'anomena anonimització (Robles, L., comunicació personal, 25 gener 2016).

6. Es va anonimitzar les dades, atribuint noms ficticis als usuaris i familiars, professionals, serveis i llocs citats en les anotacions.
7. Es van incloure com a documents primaris a l'Atlas.Ti.

3.7 Criteris de rigor i qualitat

En la metodologia qualitativa constructivista, segons Guba i Lincoln (1994), els objectius de la recerca són conèixer les “comprensions reconstruïdes”. Amb això la validesa externa i interna pròpia del positivisme perd sentit i, en canvi, el rigor s’ha de definir a partir de criteris de credibilitat i autenticitat.

Els criteris que van definir Guba i Lincoln (1994) són: credibilitat, transferibilitat, consistència i confirmabilitat.

La credibilitat es refereix al valor de la veracitat dels resultats, implica que les troballes han de ser creïbles i garants de la realitat estudiada. La triangulació és l’estratègia per donar fortalesa als resultats i es converteix en un mecanisme de control de qualitat. Existeixen diferents tipus de triangulació, entre d’altres, triangulació de dades, de teories i de tècniques (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 211).

En la present recerca s’utilitza la triangulació de dades i la triangulació d’investigadors. La triangulació de dades s’ha concretat comparant els resultats obtinguts de les diferents fonts: les entrevistes en profunditat i les anotacions del curs clínic de les infermeres. En primer lloc s’ha fet un procés inductiu, d’on s’ha obtingut categories emergents de les entrevistes. Posteriorment ha estat un procés deductiu, s’ha anat a buscar a les anotacions de les infermeres les categories obtingudes en el procés inductiu.

També es va realitzar la triangulació d’investigadors, i es va comptar amb les directores de tesi per l’anàlisi dels resultats i la discussió dels resultats. En el procés d’anàlisi, les investigadores han definit, revisat, contrastat i consensuat categories, meta categories i dimensions.

La transferibilitat es refereix al grau d’aplicabilitat dels resultats de la investigació a altres contextos o escenaris. Per poder valorar la transferibilitat cal que el context en el que es desenvolupa la recerca estigui ben descrit (Berenguera et al., 2014, p. 162). En aquesta recerca, l’estratègia per complir amb el criteri de transferibilitat és fer una descripció detallada de la ubicació de la recerca en lloc i temps, i dels participants. S’ha descrit el centre on s’ha realitzat, les característiques i valors de l’equip de salut mental i la seva ubicació geogràfica. També s’ha descrit l’evolució històrica de l’equip i els serveis de salut mental que ofereix. S’afegeix

l'explicació detallada de l'origen de l'atenció d'infermeria especialitzada en TLP i com s'ha desenvolupat fins a l'actualitat. Es descriu les característiques soci demogràfiques de les participants al punt 3.5. D'aquesta manera queda contextualitzada la recerca en un centre d'atenció primària especialitzada en salut mental, on les infermeres han iniciat una atenció especialitzada per a persones amb TLP.

La consistència de les dades és la garantia de tenir una rèplica que proporcioni els mateixos resultats (Berenguera et al., 2014, p. 162). En cas de tornar-se a plantejar la mateixa pregunta de recerca i objectius i, es tornés a realitzar les entrevistes en profunditat amb les mateixes preguntes, la possibilitat que els resultats no fossin exactes, però si similars, és elevada. En aquesta recerca, la triangulació de les fonts dona consistència a les dades. Gran nombre de les categories obtingudes, s'han identificat també en les anotacions de les infermeres. Això significa, que la realitat del que ha estat terapèutic per a les participants, coincideix amb el que les infermeres també han observat i anotat.

La confirmabilitat té a veure amb la reflexió de l'investigador. Com pot influir l'investigador en el procés i en els resultats obtinguts. No essent possible posicionar-se amb neutralitat total, l'investigador s'ha de comprometre en ser conscient de la influència de la subjectivitat en els resultats (Berenguera et al., 2014, p. 163). La present recerca garanteix la confirmabilitat de les dades amb l'estratègia de triangulació de les dades i l'esforç reflexiu de recollir comentaris als "memos" del programa informàtic de suport a l'anàlisi Atlas.Ti per l'exercici conscient de la reflexivitat. La triangulació de fonts i investigadors ha dirigit la construcció de l'estructura de resultats amb categories, meta categories i dimensions consistents. Els comentaris que s'ha anat introduint al Atlas.Ti, recollint idees i reflexions sobre la lectura de les entrevistes i la categorització de les unitats de significat, han influït en les decisions preses a nivell metodològic i la descripció de resultats. En tot moment del procés emergent de la recerca qualitativa, ha estat present la reflexió en base als comentaris recollits als "memos" i les informacions que proporciona la triangulació. Es va poder constatar que de les dades obtingudes a partir de les entrevistes i els cursos clínics d'infermeria, les diferents investigadores arribaren a conclusions similars (Castillo i Vásquez, 2003).

3.8 Consideracions ètiques

Durant tota la recerca s'ha respectat els criteris ètics establerts per la Declaració de Helsinki i l'Informe de Belmont. Per fer-ho, es va sol·licitar per escrit l'aprovació de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona (IRB 00003099). Es va obtenir l'informe favorable el 17 de novembre de 2015 (vegeu annex 5).

Paral·lelament es sol·licitar a Asociación de Salud Mental el permís per a la realització de la recerca en el centre que gestiona, Centre de Salut Mental d'Adults Horta i Guinardó. Es va obtenir el permís amb data 17 de desembre de 2015 (vegeu annex 6).

A fi de garantir a la institució la confidencialitat de les dades, es va signar un conveni de col·laboració amb la investigadora relatiu a les condicions de d'ús de les dades i les instal·lacions del centre en el treball de camp.

Com s'ha explicat, es va informar a les participants per escrit de la recerca donant-los un document informatiu (vegeu annex 2). Es va sol·licitar el seu consentiment informat assegurant la protecció de les dades personals d'acord amb la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (vegeu annex 3). A més a més es va sol·licitar també una autorització per a la gravació de veu, per assegurar el dret a la imatge reconegut a l'art. 18.1 de la Constitució i regulat a la Llei 5/1982, de 5 de maig (vegeu annex 4).

Tal com ja s'ha explicat al llarg d'aquest capítol: es va informar a les participants dels objectius de recerca i la voluntarietat de la participació, es va signar els documents de confidencialitat de les dades, es va complir amb els requisits de la normativa per a l'emmagatzemament en llapis de memòria USB, en arxius encriptats als quals només hi té accés la investigadora principal. Es va informar que s'animitzarien tots els noms, cognoms i referències concretes de persones, llocs i serveis de salut, per tal de fer impossible al lector, la identificació.

En la fase 3 de l'anàlisi es va decidir incloure, com a font de recollida de dades, les anotacions dels cursos clínics d'infermeria de les històries clíniques de les participants. S'ha explicat anteriorment la revisió de la normativa ètica que aquest procés va requerir.

Durant tot el procés de la recerca s'ha tingut en compte els criteris ètics proposats per Emanuel, citats per Berenguera et al. (2014, p. 180), que són els següents:

- Interès científic o social: conèixer quins són els elements que les persones amb TLP consideren que són terapèutics, aporta coneixements sobre les intervencions psicoterapèutiques i la relació terapèutica de les infermeres de salut mental amb les participants que han tingut bons resultats. Aquests coneixements poden replantejar les cures d'infermeria de salut mental destinades a les persones amb TLP i, conseqüentment, proposar noves estratègies d'atenció d'infermeria de salut mental a la societat.

- La validesa científica: per conèixer la percepció de les participants sobre allò que és terapèutic, s'ha escollit la metodologia fenomenològica hermenèutica que guia en l'exploració de les vivències individuals per conèixer els elements psicoterapèutics facilitadors del canvi. També s'ha utilitzat la triangulació de fonts de dades, contrastant les dades obtingudes de les entrevistes en profunditat, amb les obtingudes del curs clínic d'infermeria per tal de donar més consistència als resultats (Berenguera et al., 2014, p. 175). D'altra banda, s'ha dut a terme la triangulació d'investigadors. En la fase d'anàlisi les directores de tesi han avaluat individualment els resultats i s'han consensuat categories, meta categories i definicions, per partir de criteris comuns i minimitzar la distorsió de les dades.

- Una selecció justa dels subjectes: S'ha seleccionat les participants que complien amb els criteris establerts. S'ha buscat les persones que voluntàriament volguessin participar. També s'ha triat en base a característiques personals de comunicació (expressió verbal oberta i clara) que els facilités explicar les seves vivències per tal de garantir una aportació de dades en quantitat i qualitat.

- Una raó benefici-risc favorable: S'ha justificat l'adequació dels participants seleccionats per a la realització de la recerca. S'ha informat als participants que no hi ha cap conflicte d'interessos ni cap risc afegit ja que no es modificaran els procediments habituals respecte al tractament. En el procés de selecció de participants s'ha consultat amb l'equip de salut mental per conèixer la situació clínica de cada participant. Evitant, d'aquesta manera, incloure en l'estudi persones que tenien risc de desestabilització o afectació emocional. Es va informar a les participants que la participació a l'estudi no els reportaria cap tipus de benefici afegit.

- Una avaluació independent: El projecte de recerca es va presentar a la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

- Un consentiment informat: A l'inici d'aquest punt s'ha fet referència a tots els requisits legals i administratius que s'han complert seguint la legalitat vigent.

- Un respecte pels participants: A l'inici d'aquest punt s'ha explicat els procediments que s'han seguit per garantir la confidencialitat, preservant la identitat de persones, llocs i serveis que apareixen en les dades i la protecció i la custòdia de les dades, així com el seu tractament i la informació sobre qui hi té accés.

3.9 Desenvolupament del treball de camp i reflexió

El mes de desembre de 2015 es va informar a l'equip de salut mental, així com a l'equip d'infermeria per sol·licitar la col·laboració en la proposta de participants, que van acceptar. El projecte de recerca amb els objectius de la recerca i els criteris de selecció de la mostra, van explicar-se extensament. Les infermeres van proposar diferents persones i, es va revisar que complien els criteris.

Tal com ha quedat explicat al punt 3.6 Instruments de recollida d'informació, es van realitzar 12 entrevistes en profunditat entre gener de 2016 i desembre de 2017. La documentació es va incloure en l'anàlisi el març de 2018. El desenvolupament de les entrevistes i la inclusió dels cursos clínics d'infermeria ha quedat explicat en el punt 3.6.

Tot i que el procés d'anàlisi s'explicarà en el proper apartat, va iniciar-se paral·lelament al treball de camp amb la transcripció de les entrevistes. Cal assenyalar que, tot i que l'explicació del desenvolupament del treball de camp segueix una línia temporal, tot el procés de recerca amb metodologia qualitativa té un caràcter circular. El treball de camp i l'anàlisi es realitza al mateix temps i es va avançant simultàniament. La realització i transcripció de les primeres entrevistes orienta les posteriors. A mesura que s'avança, es prenen decisions sobre els propers candidats a entrevistar, la forma de realitzar les preguntes, els temes o qüestions que cal revisar, etc. La decisió d'incloure dues persones més a la mostra, va ser basada en la reflexivitat del procés d'anàlisi, concretament en la categorització i meta categorització. Es va considerar necessari avaluar la permanència d'algunes categories que quedaven poc fonamentades, amb la inclusió de dues persones més van adquirir major consistència.

La inclusió dels documents en l'anàlisi va ser una decisió presa per atorgar rigor metodològic a la recerca. Amb la inclusió i anàlisi de la documentació, es va donar per finalitzat el treball de camp el març de 2018.

En resum, el treball de camp ha estat modificat respecte al que s'havia projectat inicialment. Les modificacions han estat relatives a la temporalització, les fonts de recollida de dades i, gràcies a decisions lligades al procés d'anàlisi i de reflexió.

Quant a la temporalitat, s'havia projectat que durés sis mesos perquè es considerava que el temps seria suficient per a realitzar deu entrevistes, transcriure-les i fer les primeres valoracions dels resultats preliminars de l'anàlisi. S'havia encertat pel que fa a la realització i transcripció de les entrevistes però no s'havia tingut en compte que les valoracions podrien portar a canvis importants respecte a aquesta qüestió. Des de que es va finalitzar les deu primeres entrevistes fins a la decisió d'incloure dues persones més, va passar un any. Durant aquest any es va realitzar la primera fase de l'anàlisi i, el juny de 2017 es va prendre aquesta

decisió. La decisió va ser proposada i consensuada amb les directores de tesi. El procés de decidir, trobar les persones a incloure i, poder realitzar les entrevistes també va allargar-se degut als períodes de vacances d'estiu tant de les infermeres com de les participants i la pròpia investigadora.

La introducció de la documentació com a font de recollida de dades va ser una decisió posterior al projecte inicial, i fruit de l'anàlisi i la reflexió, tal com s'ha explicat en el punt anterior.

3.10 Anàlisi de les dades

L'inici de l'anàlisi està en la presa de contacte amb la reflexió sobre la validesa de la tècnica, que es va produir abans que l'audició i transcripció de la primera entrevista. Amb aquesta introducció a l'apartat d'anàlisi, es vol posar de manifest el caràcter provisional i flexible de la metodologia qualitativa, anomenat anteriorment (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 54). Aquesta premissa és present en tot el procés d'anàlisi, ja que s'ha procedit a prendre decisions reflexionades que, posteriorment s'ha modificat per la necessitat de buscar alternatives que donin major credibilitat, transferibilitat, consistència o confirmabilitat al rigor i la qualitat metodològica (Berenguera et al., 2014, p. 163).

En aquesta recerca s'ha seguit el mètode d'anàlisi temàtic per identificar, analitzar i reportar patrons o temes continguts en les dades. Segons Mieles Barrera, Tono i Alvarado Salgado (2012), l'anàlisi temàtic es situa en la fenomenologia social, teoria comprensiva i interpretativa de l'acció social que explora la subjectivitat de les persones i té en compte el "sentit comú". Les persones poden atribuir significat a una situació i l'atribució de significat de les persones a una experiència viscuda, és el tema d'estudi. La subjectivitat sobre el constructe en anàlisi és el que es vol captar a partir de les dades i comprendre a través de l'anàlisi.

Braun i Clarke (2006) van proposar les fases a seguir per a la realització de l'anàlisi temàtic amb rigor científic:

- Fase 1: Familiarització amb les dades. Informació. Consisteix en la transcripció, lectura i relectura de les dades, buscant esquemes i significats.
- Fase 2: Generació de categories o codis inicials. Consisteix en organitzar la informació en grups que tinguin el mateix significat. S'entén per codi, el segment bàsic que té significat en relació al tema en estudi. Durant la codificació es treballa sistemàticament seguint les pautes proposades per les autores:
 - es codifica la major quantitat possible de temes en la informació.

- s'incorpora en cada codi la major quantitat d'informació possible, per no perdre la perspectiva del context.
- es considera que un mateix segment es pot codificar diverses vegades.
- Fase 3: Recerca de temes. Es considera que un tema és el que inclou informació important relacionada amb el tema de recerca.
- Fase 4: Revisió de temes. Es realitza la recodificació i descobriment de nous temes, limitant la producció per no excedir-se.
- Fase 5: Definició i denominació de temes. Es defineixen de forma general els temes i s'estableixen jerarquies.
- Fase 6: Producció de l'informe final. Es construeix una narrativa sustentada en l'argumentació que es deriva de la comprensió i interpretació de la informació recollida.

L'anàlisi temàtic confirma també el caràcter cíclic que caracteritza la recerca qualitativa en general. Igualment, es descriu com un procés reflexiu, que segueix un procés sistematitzat però no rígid, que fragmenta en unitats de significat, sense perdre la connexió amb la totalitat i, finalment, les dades s'organitzen en un sistema derivades d'elles mateixes (Mieles Barrera, 2012).

Seguint les fases de Braun i Clarke (2006), a continuació s'explica el procés en un relat lineal.

Fase 1

Les transcripcions de les entrevistes les va realitzar la mateixa investigadora principal, tal com s'ha dit anteriorment. Prèviament a la transcripció, la investigadora va fer l'audició de les entrevistes, activitat que ajuda a recordar l'entrevista, l'ambient i la situació en que s'ha realitzat.

Posteriorment es va realitzar la transcripció literal de la informació, sense seguir un sistema de codificació preestablert, però si seguint una mateixa forma de transcripció per a totes les entrevistes. El temps invertit en les transcripcions és elevat, no obstant té un valor enorme per a comprendre i captar informació important relacionada amb el tema d'estudi.

Les participants van donar la conformitat per a l'anàlisi. Es va anonimitzar el text.

Posteriorment es va llegir les entrevistes i es va fer relectures cada vegada que es va necessitar revisar text, unitats de significat, categories, meta categories o dimensions. Durant tot el procés va ser necessari contrastar opinions i idees entorn de les entrevistes, amb les co investigadores per a detectar possibles biaixos relacionats amb la coincidència de que la

investigadora principal és, al mateix temps, infermera assistencial que tracta amb persones amb TLP.

Fase 2

Les transcripcions de les entrevistes, es van introduir com documents primaris al programa informàtic de suport a l'anàlisi de dades qualitatives, Atlas.Ti versió 7. Es va iniciar la segmentació d'unitats de significat o fragments que expressen una mateixa idea, a la vegada que s'anaven agrupant, creant i anomenant categories, en un procés inductiu. Es va procedir a la identificació de categories en tota la informació recollida i, posteriorment es va anar agrupant per temes. Quan anaven apareixent unitats de significat amb nous temes s'anaven creant i anomenant noves categories.

Es va categoritzar en primer lloc, les deu primeres entrevistes. El procés de creació de categories va finalitzar quan, després de la lectura repetida dels documents primaris, no s'identificava nous temes que tinguessin interès per argumentar els objectius de recerca. No obstant, es va trobar diferències importants relatives a la freqüència, o nombre d'unitats de significat, entre diferents categories. Hi havia categories amb baixa freqüència que es van mantenir perquè es va considerar que aportaven temes d'importància en l'anàlisi. La incorporació de dues participants més a la mostra opinàtica va ser decisiva per a aconseguir la saturació de les dades en totes les categories.

Fase 3

La revisió de les categories, definició i delimitació dels temes, va portar a l'elaboració d'un diccionari de categories (vegeu annex 7). Aquesta tasca va ser útil per definir bé i delimitar amb precisió totes les unitats i, obtenir l'estructura primària de l'esquema de resultats amb tots els temes identificats. Aquest va ser un procés laboriós d'avaluació de la coincidència entre les definicions i, les unitats de significat incloses en cada categoria que es va discutir i consensuar amb les co investigadores. Per finalitzar es va seleccionar les unitats de significat més rellevants i clares per a explicar cada categoria. Les unitats de significat es van seleccionar d'acord amb la pertinença i concordança amb els objectius de recerca. En la taula 2 es pot visualitzar les unitats de significat obtingudes de cada font i per cada categoria (vegeu taula2).

Taula 2: Unitats de significat emergents de les diferents fonts per categoria.

CATEGORIES	unitats de significat entrevistes	unitats de significat curs clínic d infermeria	unitats de significat / categoria
1.1.1 L'experiència de malestar prèvia al diagnòstic de TLP.	11	0	11
1.1.2 La incomprensió del malestar.	19	2	21
1.1.3 L'estigma.	11	4	15
1.1.4 El sentiment de por.	14	6	20
1.1.5 El sentiment de vergonya.	6	3	9
1.2.1 La identificació del trastorn.	24	103	127
1.2.2 Les vivències de malestar.	50	36	86
1.2.3 L'acceptació del trastorn.	24	4	28
1.3.1 L'autopercepció de millora.	37	22	59
1.3.2 L'augment de l'autoconeixement.	18	2	20
1.3.3 La disminució dels símptomes.	45	47	92
1.3.4 Motivació pel canvi.	23	4	27
1.3.5 El reconeixement de l'entorn.	13	4	17
2.1.1 L'aprenentatge a les visites.	29	77	106
2.1.2 L'aprenentatge entre iguals.	46	9	55
2.1.3 L'aprenentatge de la família.	40	46	86
2.2.1 Explicar les vivències.	16	0	16
2.2.2 Sentir-se escoltada.	13	2	15
2.2.3 Percebre l'interès de la infermera.	26	0	26
2.2.4 Percebre l'empatia de la infermera.	17	0	17
2.3.1 Sentir-se validada.	22	27	49
2.3.2 Sentir-se acompanyada.	18	0	18
2.3.3 Participar en les decisions sobre el tractament.	12	8	20

3.1.1 Saber donar confiança i confiar.	24	0	24
3.1.2 No jutjar.	21	0	21
3.1.3 Utilitzar el sentit de l'humor.	18	0	18
3.1.4 Facilitar l'accessibilitat.	32	21	53
3.2.1 La formació especialitzada en TLP.	24	0	24
3.2.2 Les intervencions psicoterapèutiques de la infermera de salut mental.	22	0	22
Total unitats de significat	675	427	1102
<i>Nota:</i> La columna de l'esquerra mostra totes les categories obtingudes de l'anàlisi. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents dels cursos clínics. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria.			

En aquesta fase, es va decidir incloure dues participants més a la mostra, d'aquesta manera es va tornar a la fase 1, escoltant i transcrivint les dues entrevistes i, a la fase 2 categoritzant-les.

Quan es va incloure en l'anàlisi els documents dels cursos clínics d'infermeria, es va procedir a la categorització. Es va tornar a la fase 2, seguint el procés cíclic. La segmentació de les dades dels documents va seguir un procés deductiu. Es buscava en els documents les categories ja definides prèviament i, a la vegada, es feia una activitat atenta i reflexiva per detectar altres temes nous que tinguessin interès relacionat amb el tema d'anàlisi i responguessin als objectius de recerca. En algunes categories, aquesta font de recollida de dades no aporta cap unitat de significat. Aquest és un fet, que s'explica en relació al contingut de la categoria. Els cursos clínics d'infermeria són documents on la infermera recull la informació de les visites amb l'usuari. L'interès de la visita es centra en el relat de la usuària, els símptomes i vivències d'aquesta persona i, té finalitat terapèutica. Les categories relatives a temes que no solen tenir un interès d'avaluació i seguiment de l'evolució terapèutica de la participant, la infermera no el registra en el curs. Un exemple d'això és qualsevol categoria que es refereixi a l'actitud de la infermera (vegeu taula 2).

Fase 4

La revisió exhaustiva de totes les unitats de significat i categories, es va realitzar acuradament recodificant alguna unitat de significat, realitzant correccions i alguna nova

incorporació en certes categories. En resum, es va obtenir un total de 1.079 unitats de significat, de les quals 675 eren emergents de les dades obtingudes de les entrevistes en profunditat i, 427 es van identificar en els documents dels cursos clínics de les infermeres. El nombre final d'unitats de significat a la taula és 1102, aquesta diferència de totals és deguda a que hi ha 23 unitats de significat que s'utilitzen en categories diferents (vegeu taula 2). La taula mostra la freqüència de cada font d'obtenció de dades en cada categoria. Amb aquesta informació s'identifica els temes que tenen major freqüència perquè han estat més anomenats, amb més de 40 unitats de significat per categoria. Els que tenen entre 12 i 39 unitats de significat corresponen a temes menys parlats. En les categories amb més baixa freqüència es tracta de temes poc parlats però que tenen interès per la recerca i, per tant convé que no es perdin.

Tal com s'ha explicat, les categories que no contenen unitats de significat en els cursos clínics d'infermeria són temes que fan referència a l'actitud, habilitats i coneixements de la infermera. Aquestes temàtiques no es recullen en les anotacions de la infermera en les històries clíniques perquè no fan referència a qüestions de les usuàries. L'objectiu de les transcripcions de les entrevistes és investigador i aquesta és la font de dades que guia l'anàlisi. Les anotacions de la infermera a les històries clíniques és complementari per a comparar resultats, com estratègia de triangulació de fonts.

La freqüència de les unitats de significat en cada categoria relacionat amb cada participant informa de la riquesa temàtica del discurs de cada participant i dels temes que més parlen i que menys parlen cadascuna. L'interès de mostrar l'anàlisi de la freqüència en números no té un objectiu quantitatiu. Si no que aporta informació sobre com es fonamenten les afirmacions i interpretacions que presentaran en els capítols de resultats i discussió (vegeu annex 8).

Fase 5

Es va anar avançant i revisant temes fins a poder fer la classificació establint jerarquies. De la complexa revisió i comparació entre categories d'aquesta fase de l'anàlisi, en van resultar emergents 8 meta categories de les 29 categories. Es van agrupar les 8 meta categories, definides en la següent taula, vinculades i en concordança amb els objectius de recerca (vegeu annex 9).

Les unitats de significat procedents d'ambdues fonts d'obtenció de dades incloses a cada categoria, es relacionen en les següents taules. Cada meta categoria s'explica i es relaciona amb les freqüències que la integren.

En la primera meta categoria s'evidencia una diferència important entre les unitats de significat procedents de cada font. El relat sobre el desconeixement del malestar procedeix

majoritàriament de les entrevistes, hi ha molt poca presència a les històries clíniques per causa que és una explicació sobre el passat, que escassament té ressò en les anotacions de la infermera (vegeu taula 3).

Taula 3: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: El desconeixement del malestar.			
Meta categoria: El desconeixement del malestar			
Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
L'experiència del malestar prèvia al diagnòstic TLP	11	0	11
La incomprensió del malestar	19	2	21
L'estigma	11	4	15
El sentiment de por	14	6	20
El sentiment de vergonya	6	3	9
Total	61	15	76

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

La segona meta categoria plasma que el tema de la identificació del trastorn és clau en les visites amb la infermera perquè és un objectiu terapèutic. Les participants aporten més informació sobre les vivències de malestar que, sobre la identificació i acceptació del trastorn (vegeu taula 4).

Taula 4: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: El reconeixement del trastorn.			
Meta categoria: El reconeixement del trastorn			
Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
La identificació del trastorn	24	103	127
Les vivències de malestar	50	36	86
L'acceptació del trastorn	24	4	28
Total	98	143	241

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

En la taula de disminució del malestar, l'aportació de les entrevistes és superior en la majoria de categories. En canvi, en la categoria disminució de símptomes, està bastant igualada i, és la més nombrosa en les dues fonts. L'explicació és que aquest és un tema central tant per les

participants com per les infermeres (vegeu taula 5).

Taula 5: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: La disminució del trastorn.

Meta categoria: La disminució del malestar			
Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
L'autopercepció de millora	37	22	59
L'augment de l'autoconeixement	18	2	20
La disminució dels símptomes	45	47	92
La motivació pel canvi	23	4	27
El reconeixement de l'entorn	13	4	17
Total	136	79	215

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

En la meta categoria l'aprenentatge sobre el trastorn i la salut, la taula mostra que la infermera recull en la història clínica nombroses anotacions referents a l'aprenentatge de les usuàries individualment i bastantes respecte a l'aprenentatge de la família, a diferència de les anotacions referents a l'aprenentatge en grup. La raó és que el treball grupal no es recull en les històries clíniques. També queda reflectit que les cites sobre l'aprenentatge són més nombroses a l'aprenentatge entre iguals i el de la família que a les visites individuals (vegeu taula 6).

Taula 6: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut.

Meta categoria: L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut			
Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
L'aprenentatge a les visites	29	77	106
L'aprenentatge entre iguals	46	9	55
L'aprenentatge de la família	40	46	86
Total	115	132	247

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

En la taula 7, destaca que hi ha un recull abundant sobre el que les participants consideren que està relacionat amb la confiança en la infermera. En canvi, té escasses unitats de significat en la història clínica, ja que fa referència a l'actitud de la infermera (vegeu taula 7).

Taula 7: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: Construir un espai de confiança.

Meta categoria: Construir un espai de confiança			
Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
Explicar les vivències	16	0	16
Sentir-se escoltada	13	2	15
Percebre l'interès de la infermera	26	0	26
Percebre l'empatia de la infermera	17	0	17
Total	72	2	74

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

En la taula corresponent a la meta categoria La validació que apodera, es presenta un major número d'unitats de significat procedents de les entrevistes, és el relat del seu apoderament. En canvi, en les unitats de significat procedents de les històries clíniques destaca que el major número d'anotacions són referents a l'acció de validar i, no es fa cap referència a l'acció d'acompanyar. Les unitats de significat que fan referència a la participació en les decisions sobre el tractament es baixa, sobre tot en les històries clíniques. Malgrat la baixa freqüència és un tema estretament relacionat amb el tema en estudi (vegeu taula 8).

Taula 8: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: La validació que apodera.

Meta categoria: La validació que apodera			
Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
Sentir-se validada	22	27	49
Sentir-se acompanyada	18	0	18
Participar en les decisions sobre el tractament	12	8	20
Total	52	35	87

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

En la meta categoria les atribucions a l'actitud de la infermera, la taula mostra que no hi ha cap unitat de significat en les històries clíniques, excepte en la categoria facilitar l'accessibilitat. Això s'explica perquè les visites no programades i urgents o les trucades telefòniques són una manera de facilitar l'accessibilitat, i, això, si que es recull en les anotacions de les històries clíniques. La font de les entrevistes si que aporten molta informació sobre l'actitud de la infermera i destaquen les referències a l'accessibilitat (vegeu taula 9).

Taula 9: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: Les atribucions a la infermera.

Meta categoria: Les atribucions a l'actitud de la infermera

Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
Saber donar confiança i confiar	24	0	24
No jutjar	21	0	21
Utilitzar el sentit de l'humor	18	0	18
Facilitar l'accessibilitat	32	21	53
Total	95	21	116

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

En la darrera categoria, la taula mostra l'evidència que, l'única font que aporta informació sobre l'especialització en els coneixements i les intervencions psicoterapèutiques, és la de les entrevistes a les participants. En cap cas les infermeres fan referència a això en els documents de la història clínica. Això s'explica perquè es tracta de coneixements propis de la pràctica de la infermeria de salut mental i, en conseqüència, no se'n fa ressò a les anotacions dels cursos clínics de les participants (vegeu taula 10).

Taula 10: Unitats de significat segons font de recollida de dades i categoria a la meta categoria: Els coneixements especialitzats.

Meta categoria: Els coneixements especialitzats

Categoria	Unitats de significat de les entrevistes	Unitats de significat de les històries clíniques	Unitats de significat de la meta categoria
La formació especialitzada en TLP	24	0	24
Les intervencions psicoterapèutiques de la infermera de salut mental	22	0	22
Total	46	0	46

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada categoria integrada en aquesta meta categoria. La segona columna correspon a la freqüència d'unitats de significat procedents de les entrevistes. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat procedents de les històries clíniques. La quarta columna mostra el total d'unitats de significat per a cada categoria en aquesta meta categoria.

En la darrera etapa d'anàlisi s'ha definit les tres dimensions finals. Això va ser un procés que va requerir un distanciament de les dades i una nova revisió de les categories i meta categories. D'aquest laboriós treball van resultar emergents tres temes principals o nuclears que integren el relat de totes les unitats de significat obtingudes en l'anàlisi. L'ordenació en un relat

que permeti explicar la interpretació de les dades, com un procés que té coherència en relació als objectius i sense perdre de vista la fidelitat a la veu de les participants, és un esforç d'abstracció per donar sentit als resultats.

Les 29 categories agrupades en 8 meta categories s'han ordenat en 3 dimensions diferenciades:

- La primera dimensió és *El canvi o el procés psicoterapèutic*.
- La segona dimensió és *Allò que és psicoterapèutic*.
- La tercera dimensió és *El "saber fer" de les infermeres de salut mental*.

I. El canvi o el procés psicoterapèutic.

Aquesta primera dimensió explica el procés de canvi en un relat longitudinal. L'inici del procés és el desconeixement del que està passant a les participants, la incomprensió d'un malestar que no poden identificar, però que els dificulta el seu dia a dia, les seves relacions interpersonals, les seves activitats diàries i els projectes de vida.

Posteriorment, es posen en contacte amb la xarxa de salut mental i amb professionals que els plantegen el diagnòstic TLP i expliquen les seves característiques. A partir d'aquí poden començar a entendre que allò que era incomprensible comença a tenir un sentit. La comprensió del què és el TLP ajuda a identificar experiències individuals i també permet iniciar un procés d'acceptació. És el punt en que entenen que els recursos que se'ls ofereix poden ajudar a disminuir el seu malestar.

La disminució del malestar és un procés de millora de la salut. La millora es produeix quan les participants s'adonen que, es coneixen millor perquè han aprofundit en l'autoconeixement i, que els símptomes es redueixen en intensitat i en freqüència. Elles mateixes destaquen que no haurien pogut canviar sense una motivació. La voluntat per canviar valors i conductes en la seva vida és un propòsit principal. D'altra banda, també és important la presència d'un entorn familiar i d'amics, que reconegui el procés i l'esforç que cadascuna d'elles fa individualment. En la següent taula, queden relacionades les categories i meta categories de la dimensió i les freqüències. Destaca que les freqüències superiors a 80, són les que estan relacionades amb els símptomes i les vivències del TLP. Queda evidenciada la clara relació entre el procés psicoterapèutic amb infermeria i els símptomes i les vivències pròpies del trastorn(vegeu taula 11).

Taula 11: Unitats de significat, categories i meta categories del domini: El canvi o el procés psicoterapèutic.

Dimensió I: El canvi o el procés psicoterapèutic		
Meta categories	Categories	Unitats de significat
El desconeixement del malestar	L'experiència de malestar prèvia al diagnòstic	11
	La incomprensió del malestar	21
	L'estigma	15
	El sentiment de por	20
	El sentiment de vergonya	9
El reconeixement del trastorn	La identificació del trastorn	127
	Les vivències de malestar	86
	L'acceptació del trastorn	28
La disminució del malestar	L'autopercepció de millora	59
	L'augment de l'autoconeixement	20
	La disminució dels símptomes	92
	La motivació pel canvi	27
	El reconeixement de l'entorn	17
Total d'unitats de significat del domini		532

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada meta categoria integrada en aquesta dimensió. La segona columna mostra les diferents categories de cada meta categoria. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat totals de cada categoria per aquesta dimensió.

II. Allò que és psicoterapèutic.

La segona dimensió és *Allò que és psicoterapèutic* i descriu les activitats que les participants han assenyalat com a terapèutiques durant el seu procés i en concret en la relació amb la infermera. Aquest és un procés que ha resultat d'un treball coordinat de tot l'equip de salut mental. Tenint en compte això, en aquest treball de recerca, les intervencions de les diferents disciplines professionals no són motiu d'exploració, està centrada en la relació terapèutica entre la infermera, la usuària i, els factors que, aquesta contempla com psicoterapèutics.

El primer element que destaca de forma important en el relat de les participants és l'aprenentatge. Aprendre és una acció que realitza la usuària a partir del treball que realitza amb la infermera en les visites individuals i en el grup psicoterapèutic per a persones amb TLP que condueix també infermeria. També apareix l'aprenentatge de les famílies com activitat psicoterapèutica important, aquest es realitza en les visites amb la infermera o en el grup psicoeducatiu per a familiars. Aprendre sobre el trastorn és una necessitat per a poder identificar aquelles conductes i símptomes que s'expliquen com a TLP. Això, a més a més, ajuda a delimitar el trastorn i, visualitzar i reconèixer la salut, la part saludable que tenen cada una d'elles.

La confiança és, essencial, en la relació amb la infermera. És important que la usuària percebi que aquesta té interès en allò que li succeeix i que pot empatitzar amb el seu sentiment. Adonar-se que la infermera escolta amb interès i empatia ajuda a que la usuària pugui obrir-se i explicar-li les seves vivències. Aquest interès i empatia que mostra en les visites, és un posicionament respectuós pel seu relat i per la seva vivència emocional. L'escolta amb respecte permet que la usuària pugui exposar un relat íntim sobre el seu malestar subjectiu. Explicar la vivència té un efecte terapèutic perquè afloren les pors, els dubtes i els malestars en un espai protegit que, respecta qualsevol de les idees, pensaments i sentiments que puguin narrar.

La validació que apodera és el tercer element que explica que les participants se senten validades, acompanyades i que se les té en compte a l'hora de prendre decisions sobre el tractament, el seguiment i el pla terapèutic. La infermera valida a la usuària reconeixent el seu relat i respectant la seva vivència emocional. Aquest reconeixement dona valor a la seva persona i vivència, i resulta terapèutic perquè reforça la identitat. Les usuàries saben que la infermera és present. És una persona de referència per a fer consultes, aclarir dubtes o resoldre crisis. Senten que la infermera està present sempre que ho necessiten i això les apodera. Respectar l'opinió de la usuària respecte als canvis o propostes de tractaments és un exercici del professional que indica que te en compte la seva opció i el seu parer. Aquests tres elements apoderen a la persona perquè evidencien i expliciten el respecte per la seva opinió i posició.

En la següent taula, destaca que la freqüència més elevada recau en l'aprenentatge a les visites i, en segon lloc, l'aprenentatge de les famílies. L'aprenentatge té un valor terapèutic clau en el cas de les persones amb TLP (vegeu taula 12).

Taula 12: Unitats de significat, categories i meta categories del domini: Allò que és psicoterapèutic.

Dimensió II: Allò que és psicoterapèutic		
Meta categories	Categories	Unitats de significat
L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut	L'aprenentatge a les visites	106
	L'aprenentatge entre iguals	55
	L'aprenentatge de la família	86
Construir un espai de confiança	Explicar les vivències	16
	Sentir-se escoltada	15
	Percebre l'interès de la infermera	26
	Percebre l'empatia de la infermera	17
La validació que apodera	Sentir-se validada	49
	Sentir-se acompanyada	18
	Participar en les decisions sobre el tractament	20
Total d'unitats de significat del domini		402

Nota: La columna de l'esquerra mostra el nom cada meta categoria integrada en aquesta dimensió. La segona columna mostra les diferents categories de cada meta categoria. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat totals de cada categoria per aquesta dimensió.

III. El *saber fer* de les infermeres de salut mental

La tercera dimensió és *El “saber fer” de les infermeres de salut mental* i, explica el reconeixement de l’actitud i coneixements de la infermera com elements terapèutics que contribueixen en la disminució del malestar.

L’actitud de la infermera és donar confiança, permetre crear un espai de confiança que, a la vegada, també demostra confiança en la milloria de la usuària. No només permet que la usuària confii en ella sinó que confia en que l’evolució pot ser bona. No jutjar, és una acció d’alt valor terapèutic perquè permet que la usuària expliqui amb total llibertat els continguts de la seva consciència. Saber que poden explicar-ho tot i expressar tot sense sentir-se jutjades és un recurs que valoren molt positivament. Utilitzar l’humor també és un element que valoren perquè té el poder de contribuir a rebaixar la tensió emocional i relaxar. Facilitar l’accessibilitat és un recurs que s’utilitza habitualment i que els permet sentir que seran ben acollides encara que no tinguin una visita programada. Se senten ben ateses.

Els coneixements que la infermera té sobre el seu trastorn ho valoren com a terapèutic perquè senten que la seva especialització en el trastorn és la clau per comprendre millor que d’altres professionals o en altres serveis el seu malestar. Els elements psicoterapèutics utilitzats amb les usuàries amb TLP condueixen, en molts casos, a identificar les infermeres com a psicòlegs. No obstant, coincideixen que la capacitat i el valor psicoterapèutic de les intervencions no el defineix la disciplina professional sinó la qualitat humana del professional. La següent taula mostra que les categories compreses en aquesta dimensió tenen un valor similar, en relació a les freqüències, destaca, però, que la que és més citada és la facilitat d’accés (vegeu taula 13).

Taula 13: Unitats de significat, categories i meta categories del domini: El <i>saber fer</i> de les infermeres de salut mental.		
Dimensió III: El <i>saber fer</i> de les infermeres de salut mental		
Meta categories	Categories	Unitats de significat
Les atribucions a l’actitud de la infermera	Saber donar confiança i confiar	24
	No jutjar	21
	Utilitzar el sentit de l’humor	18
	Facilitar l’accessibilitat	53
Els coneixements especialitzats	La formació especialitzada en TLP	24
	Les intervencions psicoterapèutiques de la infermera de salut mental	22
Total d’unitats de significat del domini		162
<i>Nota:</i> La columna de l’esquerra mostra el nom cada meta categoria integrada en aquesta dimensió. La segona columna mostra les diferents categories de cada meta categoria. La tercera columna mostra la freqüència de les unitats de significat totals de cada categoria per aquesta dimensió.		

El procés d'anàlisi es consolida amb el procés d'integració de les dades amb els objectius de recerca, que es realitza en les cinc fases explicades, seguint el mètode de Braun i Clarke (2006), citat a Mieles Barrera (2012).

Les tres dimensions, meta categories, categories i unitats de significat, són el resultat de l'anàlisi emergent. Tot aquest procés d'anàlisi ha estat, en tot moment, dirigit a respondre els objectius de recerca, principal i específics, que pretenen conèixer què és allò que les participants consideren les ha ajudat a disminuir el seu malestar en la relació terapèutica amb la infermera de salut mental.

Fase 6

L'elaboració de l'informe final.

4.1 Introducció

En aquest capítol es presenten els resultats obtinguts de l'anàlisi de les dades. Es durà a terme la integració i explicació de les categories emergents organitzades i ordenades en els 3 dimensions, les 8 meta categories i les 29 categories per donar resposta als objectius de recerca.

Tal com s'ha apuntat en el punt 3.10 Anàlisi de dades, les tres dimensions que donen resposta als objectius plantejats.

- I. El canvi o el procés psicoterapèutic.
- II. Allò que és psicoterapèutic.
- III. El *saber fer* de les infermeres de salut mental.

Les unitats de significat que es mostren a continuació en la descripció dels resultats, estan codificades segons el següent criteri:

- Els fragments de les entrevistes fenomenològiques van acompanyades del número de la participant P, seguit d'un guió i la referència donada per el software Atlas.Ti a la cita en la transcripció literal de l'entrevista amb aquesta participant. Per exemple: [Viky, P1 - 1:56] = [Nom de la participant, Participant numero 1 - Document Primari a Atlas.Ti = 1: ordre de creació de la cita = 56].

- Els fragments de les anotacions del curs clínic d'infermeria (CI) de les històries clíniques incloses a la recerca tenen un número entre 1 i 6 que es correspon amb les 6 històries clíniques incloses. Al final de l'anotació van acompanyats del número que s'ha atribuït al curs clínic i la data. Per exemple: [CIx12012012] significa que l'anotació del curs clínic d'infermeria CIx és del dia 12 de gener de 2012.

Les dues veus incloses en l'anàlisi, comparteixen els mateixos objectius, des de perspectives diferents: els usuaris amb TLP a través de les entrevistes en profunditat i les infermeres de salut mental a través de les anotacions dels cursos clínics d'infermeria. Tal com s'ha explicat en el capítol de Metodologia, l'interès de l'anàlisi es centra en la veu de les participants, la veu de les infermeres s'afegeix per a triangular les fonts d'obtenció de dades i, incrementar la validesa epistemològica dels resultats (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 219).

4.2 Dimensió I - El canvi o el procés psicoterapèutic

La primera dimensió emergent de les dades explica el procés de canvi en un relat temporal. El relat té l'inici en el passat, en la vivència prèvia a la vinculació amb l'equip de salut mental i l'atenció d'infermeria especialitzada per a les persones amb TLP i finalitza amb el reconeixement de la disminució del malestar.

Aquest procés de canvi parteix del desconeixement sobre què els està passant, la incomprensió d'un malestar que no poden identificar, que és present en el dia a dia i els dificulta les seves relacions interpersonals, les seves activitats diàries i els projectes de vida.

Posteriorment, relaten com comencen a entendre, i a identificar el trastorn. Poden reconèixer els símptomes del trastorn i les vivències relacionades amb aquests símptomes. Finalment, descriuen què les ha fet conscients d'estar millor i els factors que els ha ajudat en la disminució del malestar. Aquesta dimensió inclou tres meta categories: 1.1 El desconeixement del malestar; 1.2 El reconeixement del trastorn, 1.3 La disminució del malestar.

4.2.1- El desconeixement del malestar és l'explicació de les participants sobre les seves vivències de patiment i moments desconcertants per causa de la incomprensió del que els estava succeint. Aquest desconeixement fa referència a la vivència de desconcert de veure que els passa alguna cosa que a altres persones no els passa, que les seves reaccions, conductes i sentiments són diferents del que veuen en altres persones. Però no entenen perquè, el desconcert te a veure amb no poder explicar-se com davant d'una situació similar, altres persones poden respondre diferent, més assertivament. La reacció a estímuls en forma de conductes disruptives fa que, elles mateixes facin l'atribució moral de "ser mala persona". Com indica la figura 1, el sentiment de por, el sentiment de vergonya i la incomprensió del malestar alimenten l'estigma. Aquests tres elements units amb l'experiència prèvia sense conclusions respecte al malestar, integren el desconeixement del malestar (vegeu figura 1).

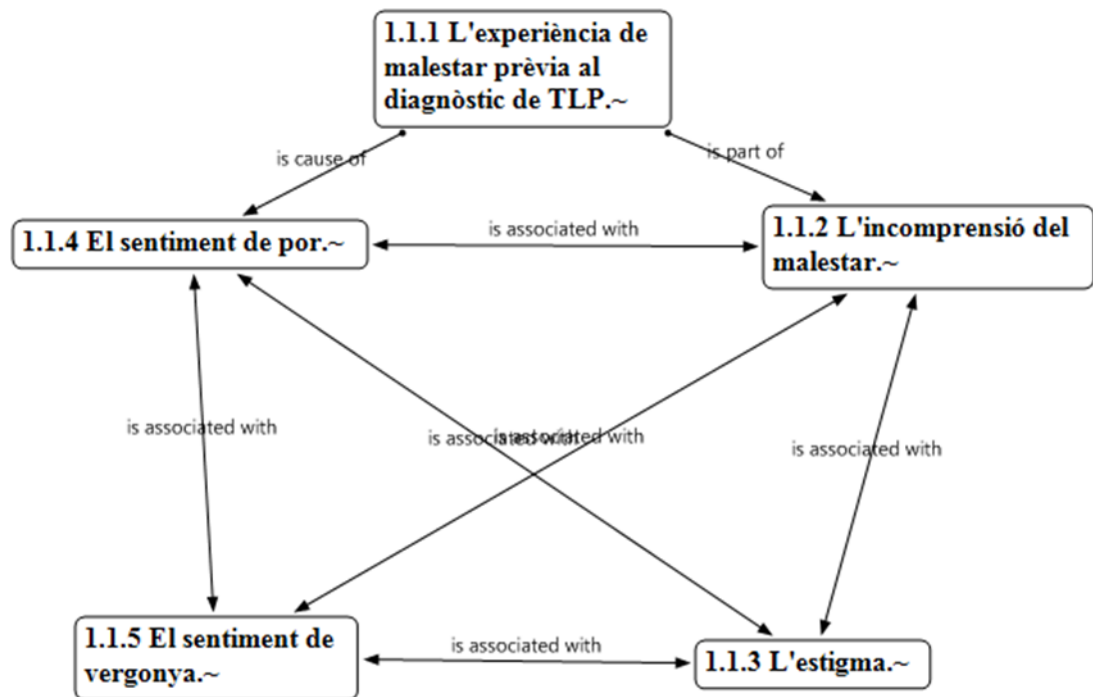


Figura 1. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria EL DESCONEIXEMENT DEL MALESTAR

1.1.1 - *L'experiència de malestar prèvia al diagnòstic de TLP* mostra experiències de participants quan encara desconeixen que el seu malestar respon al diagnòstic de TLP. De l'anàlisi de les dades s'obté que el malestar referit a aquella època de la seva vida és una barreja d'incomprensió sobre el que els passa amb la por associada al desconeixement.

“l'angoixa més gran que pots tenir és estar voltant en mans de professionals i que no tinguis mai un diagnòstic clar, que la medicació se't variï constantment, que, perquè la incomprensió i la impotència creix, és un mal afegit a la impotència de no poder portar una vida normal” [Anna/P2 - 2:3]

En l'anàlisi de la informació obtinguda s'observa que diverses participants tenen en comú haver passat prèviament per altres diagnòstics psiquiàtrics. Es repeteixen diagnòstics de depressió i ansietat amb anterioritat al de TLP. Aquest és un fet freqüent que s'explica perquè quan consulten amb el metge de família expliquen símptomes com ansietat, desànim, insomni i, amb freqüència el metge de família associa amb síndrome ansiós-depressiu. Generalment, passa temps abans no fan una nova consulta perquè la millora ha estat mínima i, és llavors quan són derivades a l'atenció primària especialitzada. També és freqüent que consultin altres serveis de la xarxa de salut mental que els ha donat altres diagnòstics psiquiàtrics diferents de TLP. Hi ha casos en que hi ha un període d'anys fins arribar al definitiu diagnòstic de TLP.

“bueno doncs des de que era nena notava que passava algo, algo que... no em controlava a vegades em posava molt nerviosa, em... tenia molta ansietat, moltes idees suïcides, emmmm, em costava relacionar-me amb la demás gent, i cap als 21 anys, va ser el primer cop que vaig anar a un psiquiatre i em va dir que tenia depressió i ansietat i jo vaig pensar: “no se, no me lo acabo de creer”, i vaig començar a anar a psicòlegs, psiquiatres i tots em deien lo mateix, que tenia depressió i ansietat i no sé què... i jo pensava no, no, no, no pot ser, i així fins que als 36 anys em van diagnosticar el TLP” [Sara/P6 - 6:1]

En l'anàlisi de la informació obtinguda de les dades de les participants, s'observa que descriuen, aquest període, com una experiència negativa perquè acumula malestar, pel fet d'haver passat per diferents professionals, diagnòstics i tractaments.

“lo que me dijeron que tenía depresión porque yo no tenía ganas de levantarme de la cama, entonces, eehhhh, pensando, pues esto, no, que estaba deprimida por todo lo que tenía en casa, entonces pues, eeeehhhh, bueno acudí a otro centro de salud, que ahora ya no está y entonces la primera vez que a mi me diagnosticaron TLP fue bastante más posterior, en un centro privado con un psicólogo o psiquiatra, pero yo allí realmente no hice un tratamiento ¿no?” [Isabel/P8 - 8:28]

D'altra banda, s'identifica en les dades el patiment de sentir que hi ha inseguretats i falta de claredat en les respostes i tractaments d'alguns professionals i serveis.

“jo vaig arribar aquí de l'hospital, abans d'això vaig estar en un altre centre. Primer em van detectar una depressió, vaig estar 5 setmanes allà, la cosa no va anar bé, va haver-hi 4 o 5 intents de suïcidi, el meu pare va estar mirant varios psiquiatres, li van recomanar un molt bo, em van portar allà em va fer una serie de test i va dir que tenia TLP i que el lloc que recomanava era l'hospital. Vaig estar anant bastants mesos, vora l'any, l'únic que feia era estar allà i estant allà em van ingressar varies vegades a l'hospital d'allà i l'únic que feiem era test, algo de mindfulness, jocs, moltes respiracions, molta medicació, moltíssima medicació, anava drogada perduda” [Maria/P7 - 7:2]

S'observa també en el relat, falta d'esperança d'un tractament resolutiu.

“em van dir que no tenia remei, un altre cop sense saber quina mena d’enfermetat, només vaig sortir d’allà sabent que no tenia remei i que mai em curaria” [Anna/P2 - 2:5]

1.1.2 - **La incomprensió del malestar** és una categoria emergent de l’anàlisi que fa referència a la falta de comprensió sobre què els està passant. Mostra la incomprensió de la pròpia vivència. Aquesta categoria fa referència a aquelles dificultats i conflictes que es repeteixen en la vida diària i que no saben a que atribuir-los. Expliquen que es senten diferents que, malgrat tenir un passat comú, tenen la percepció subjectiva de no pertànyer al grup.

“les ganes meves d’entendre el que tenia... perquè de fet, sempre he notat que tenia algo que no encaixava, jo veia gent de la meva edat amb la que he crescut i sempre he vist que jo no encaixava amb ells, no? és que ja ni els truco perquè dic: “jo no encaixo aquí, sé que soc molt diferent” i coses que m’han passat, però no li podia posar nom” [Laura/P10 - 10:51]

Emergeix de les dades la idea de la culpabilitat, de creure que aquest malestar i conflictes són per causa del seu caràcter. Quan desconeixen que tenen un trastorn, les conductes i trets des adaptatius els atribueixen a “tenir mal caràcter”. El fet d’ésser diagnosticada de TLP els permet adonar-se que hi ha vivències i conductes que estan relacionades amb tenir TLP i, això ajuda a disminuir el sentiment de culpabilitat. El diagnòstic les ajuda a trobar una explicació menys culpabilitzada.

“necesitan ser escuchadas de lo que les pasa y hay muchas que tienen miedo de explicar realmente lo que piensan porque a lo mejor son ideas descabelladas ¿no?, pero es que si no lo explicas nunca vas a saber lo que te pasa y te piensas que, a lo mejor que es tu culpa” [Viky/P1: 1:32]

Diverses participants coincideixen que els problemes de salut orgànics també són motiu de consulta al metge de família, però fins que no han tingut un tractament de l’equip de salut mental, no han millorat. Les participants han atribuït el malestar a problemes de salut física.

“Exacte. I vinga metges, i vinga coses... la hipertensió després, ara l’hipotiroïdisme, el no sé què... ai el hipertiroidisme que ara soc hipo, però bueno. Doncs, després això de la deshidròxia, vaig tenir una al·lèrgia durant 15 anys, o sigui ...” [Esther/P16 - 16:29]

Altres participants sospiten que el malestar pot ser degut a un trastorn mental i, això fa que contactin amb la xarxa de salut mental:

“yo venía con una soberbia muy bestia y muy frustrada porque detrás de eso había mucho dolor, mucha tristeza, mucha frustración de no ser entendida y cuando te sientes incomprendida, te sientes más loca también” [Mónica/P4 - 4:39]

“porque de antes de yo venir aquí, lo cual se remonta a muchos años atrás, digamos que yo empecé visitando la primera vez un centro de salud mental con 18 años, por mi propia voluntad, pensando que lo que tenía era una depresión” [Isabel/P8 - 8:27]

En l'anàlisi de les dades del curs clínic d'infermeria, emergeix que la visió de la infermera, és diametralment oposada, en el sentit que la infermera és observadora de l'evolució de la usuària quan comença a identificar les dificultats pròpies del TLP. La infermera anota el canvi cap a tenir major consciència de les dificultats pròpies.

“Más centrada en el autocuidado y siendo consciente de sus dificultades.” [CI3-13052013]

La incomprensió també es refereix al diagnòstic psiquiàtric de trastorn límit de la personalitat. Generalment, reben un diagnòstic que no entenen què vol dir.

“bueno, al principio, la verdad que me costó un montón porqué no entendía lo que me pasaba, cuando me dijeron tienes trastorno límite de la personalidad, yo dije: ¿eso que es? ¿bipolar?, no sé ¿que es esto, no?” [Viky/P1 - 1:3]

“Yo anteriormente había sido diagnosticada en otro csma, creo que era en el año 1999 y yo salí con un diagnóstico como el que sale con un cubo en la cabeza, o sea, no, no tenía, no sabía lo que era, no sé, me dijeron TLP, me sonaba a chino, ¿no?” [Mónica/P4 - 4:88]

Una qüestió relacionada que emergeix de les dades és la incomprensió de la família. Els familiars tampoc entenen què és el que els passa.

“i per desgràcia, lo que és els nostres familiars, no s'enteren de res” [Júlia/P3 - 3:64]

“al principio íbamos todos un poco perdidos hasta que tuve un diagnóstico que cuadraba más ya con los síntomas que yo tenía” [Alba/P17 - 17:1]

La falta de comprensió del malestar de les famílies, apareix també en l’anàlisi de les anotacions d’infermeria.

“Quejas de que su padre, a veces, no entiende lo que le pasa” [CI6-12032013]

1.1.3 - **L’estigma.** L’estigma que pateixen les persones que tenen un trastorn mental és l’atribució d’unes característiques que expressen una identitat social devaluada (Goffman, 1993). “L’estigma” (n.d.) és l’atribut que converteix el seu portador en una persona diferent i poc atractiu, de manera que el desacredita socialment, segons la Gran Enciclopèdia Catalana (para. 2).

Aquesta és una categoria emergent en les dades analitzades, les persones amb TLP prefereixen amagar el diagnòstic psiquiàtric per a no ser etiquetades per l’entorn. Les participants consideren que tenir un trastorn mental és socialment negatiu i pot devaluar la imatge social.

“y bueno, poco a poco, ya, bueno, fui entendiendo más que era mi enfermedad aunque lo veía algo muy negativo” [Viky/P1 - 1:11]

“et posen una etiqueta i et quedes estigmatitzat perquè no ho pots explicar. Jo, de fet, no ho he explicat a ningú, la família i ja està” [Júlia/P3 - 3:35]

“he perdut els amics que tenia i no, no tinc amics, i tampoc sé com relacionar-me amb la demás gent, em fa por la gent, perquè amb totes les meves circumstàncies em fa por que la gent em coneixi i em devalui i digui: aquesta tia està sonada! pues que se vaya por ahí!” [Sara/P6 - 6:34]

Les dades procedents de les usuàries es van complementar amb les dades procedents de les anotacions d’infermeria, coincidint en la vivència estigmatitzant viscuda per aquestes persones.

“Habla de lo difícil que se le hace relacionarse con la gente por el miedo a que la juzguen por tener una enfermedad mental.” [CI4-06052016]

“Viene con discurso de que quiere seguir viviendo porque quiere retomar su vida laboral “quiero trabajar en mi misma para poder trabajar”,

“siento que tengo que salir del armario y decir que tengo un TLP; estoy harta de esconderme”” [CI2-12032013]

La vivència davant del diagnòstic de TLP, malgrat els ajuda a entendre allò que els passa, és especialment negativa, doncs es senten estigmatitzades dins del col·lectiu de persones amb trastorns mentals per les atribucions negatives i la dificultat de comprensió d'aquest trastorn.

“en el tema del TLP, porque lo que te digo, entre otro tipo de trastornos mentales como esquizofrenia, trastornos bipolares, como que la gente del mismo colectivo, no sé, los tratan mejor, bueno lo comprenden mejor. Pero es que yo he llegado a oír: —¡jo! tiene un TLP!—, pero de mal, de como que es carácter y como que no saben hasta qué punto es el carácter, y entonces...” [Mónica/P4 - 4:31]

D'altra banda, les anotacions de les infermeres a l'història clínica reflecteixen la preocupació que provoca en les participants, la presa de consciència del TLP i de la repercussió conductual que, sovint té, en la convivència amb l'entorn.

“Sensación de incapacidad e ideas de culpa marcadas, pues ayer vio reacciones en su pareja que le removieron y le recordaron situaciones pasadas dolorosas: “me he dado cuenta del daño que he hecho a la gente que me quiere y de lo difícil que es convivir con gente enferma mental” [CI2-01032012]

Es parla d'auto estigma quan és la pròpia persona afectada la que reproduïx els prejudicis i la discriminació cap a sí mateixa i el seu col·lectiu (Franch, 2017, para. 1). Les dades de les entrevistes fan al·lusió a l'auto estigma, les participants expressen que en el professionals dels equips de salut mental troben suport i comprensió malgrat sentir-se estigmatitzades. Consideren que ni els professionals poden tenir interès en elles i els sorprèn positivament trobar ajuda malgrat el diagnòstic TLP.

“y yo creo que en esta profesión es básico y como estamos tan estigmatizados y estamos tan, que alguien venga y diga: eh! no pasa nada! eres Alba, no eres Alba con un TLP!” [Alba/P17 - 17:46]

“fue decir: ¡ay! ¡pues mira! esta persona está por querer, apuesta por mí, no es como...que además nadie... pues de aquellas corría mucho el rumor de que los TLP son insuportables, son insufribles, como pacientes son los peores, ¿sabes?,

todo esto, y dices: ¡ah!, pues esta persona va a ser que si quiere” [Mónica/P4 - 4:46]

1.1.4 - *El sentiment de por* és la categoria emergent de l'anàlisi que refereixen la por que senten i de què tenen por les participants. Elles expressen que senten por d'elles mateixes, dels seus propis pensaments i conductes, i de sentir-se diferents als altres.

“hay cosas que todavía me dan miedo de mi misma” [Ruth/P9 - 9:18]

“esconder algo porque te daba miedo a ti misma, o porque no sabías explicar lo que te pasaba realmente,…” [Alba/P17 - 17:49]

Les infermeres observen aquesta por, la por de no poder-se controlar i que això desemboqui en una conducta auto lesiva.

“Miedo a perder el control y autolesionarse” [CI6-23052013]

En les anotacions de les infermeres, també s'identifica l'expressió de la por a ser jutjades.

“De esta parte de la familia ha surgido la idea de hacer una comida de todos los primos, pero ella no quiere ir. Siente miedo a que la vean como está, a sentirse juzgada, a que la puedan desplazar y no hacer caso y a sus reacciones ante esta situación. Por ello ha decidido no ir.” [CI4-19072017]

També en les dades de les anotacions de la història clínica d'infermeria s'observa el temor de perdre el benestar. Les participants temen que, a mig o llarg termini, hi hagi pèrdua de benestar i que el poc que ha pogut millorar lleugerament sigui efímer. Són persones amb un alt nivell de conflictes en el seu dia a dia, que quan comencen a tenir experiències de benestar temen que siguin efímeres.

“Miedo a no estar a la altura para los demás y que se estropee todo (“no estoy acostumbrada a que todo vaya bien”)” [CI6-15122016]

“Dice tener miedo por lo bien que va todo y porque hace planes de futuro a medio largo plazo.” [CI3-07012014]

Fan al·lusió a la façana que necessiten construir per amagar la por relacionada amb la seva vulnerabilitat interna. La duresa externa com a pantalla protectora de la fragilitat interna.

“llavors, en certa manera, jo em protegeixo a mi mateixa i no vull que la gent em devalui o em faci mal i no deixo que la gent entri dins del meu cap i no sé fins quan estaré així” [Sara/P6 - 6:35]

1.1.5 - **El sentiment de vergonya** és emergent en les dades fent referència a les expressions de vergonya. Les participants senten vergonya d'elles mateixes, de les pròpies experiències. Tot i que estiguin en un espai protegit com és el grup psicoterapèutic o en les visites amb l'escolta de la infermera, hi ha coses que prefereixen no explicar, per vergonya.

“porque muchas veces no hablaba, yo escuchaba solo, y me daba vergüenza explicar lo que me pasaba a mi, no vergüenza, o sea, decía —¡uf, que palo!—, ahora tengo que explicar el principio. Si que me daba vergüenza al principio de entrar aquí, luego ya no era vergüenza” [Viky/P1 - 1:15]

“bueno, jo hi ha coses que potser no explico, coses que em fa vergonya o lo que sigui, però pràcticament els hi explico tot” [Sara/P6 - 6:20]

El sentiment de vergonya es recull, en forma de cites literals, en les anotacions de les infermeres. Aquest és un focus d'atenció per intervenir intentant reconduir la vergonya cap a l'acceptació del trastorn.

“Relata autolesión hace 1 mes con un cuchillo en la pierna en contexto de ansiedad para relajarse y como castigo (“no lo dije en su momento por vergüenza”)” [CI5-02032105]

“Acude puntual y sola. Explica estar agobiada y triste. Mantiene consumo de alcohol casi diario. Motivado para olvidar el malestar que le genera la soledad. Explica deseos de que sus padres estén más por ella. Reconoce que además de beber alcohol está fumando mucho, llega a decir “es como si me dejara morir con tanto tóxico”. Hablamos de la posibilidad de SRC TLP con resistencias. Hablamos de sus miedos y vergüenzas. Acordamos pautas a seguir en caso de necesidad de deseo de consumo.” [CI4-21032016]

Alguna participant, amb el pas del temps, pot referir-se a la vergonya com un fet superat. Aquesta cita és indicativa de que, ha canviat la percepció de vergonya d'ella mateixa i, ara, sent que ha d'aprofitar l'espai terapèutic i l'escolta professional.

“¿no? pero claro, había cosas que me daban apuro o vergüenza o miedo, tal, y luego vi que no, que no voy a llegar a ningún sitio, porque si el me da un consejo o me indica algo y yo voy y le miento, ¿quién pierde?, ¿él?, no, pierdo yo” [Alba/ P17 - 17:50]

4.2.2 - El reconeixement del trastorn és emergent de l’anàlisi temàtic i fa referència a la fase del procés psicoterapèutic en que les participants comencen a identificar els símptomes del trastorn i, com això, les ajudava a entendre què els passa. Elles relaten vivències, problemes i conflictes viscuts que també estan relacionats amb el diagnòstic. En aquesta fase del procés comencen a parlar d’acceptació del trastorn TLP.

Tal com s’indica al mapa de relacions de les categories, la identificació del trastorn i les vivències relacionades amb el trastorn són categories associades que dirigeixen cap a l’acceptació del trastorn. L’acceptació de tenir un trastorn i, en aquest cas el TLP, és un objectiu clau del tractament de qualsevol trastorn mental (vegeu figura 2).

Conèixer les conductes i pensaments que s’associen als símptomes de TLP, sentir-se identificades, i avançar en l’acceptació, està relacionat segons mostra aquesta meta categoria. Quan accepten que el seu diagnòstic és TLP, poden també reconèixer quina part de la seva personalitat està afectada pel TLP i quina part de la seva personalitat és sana.

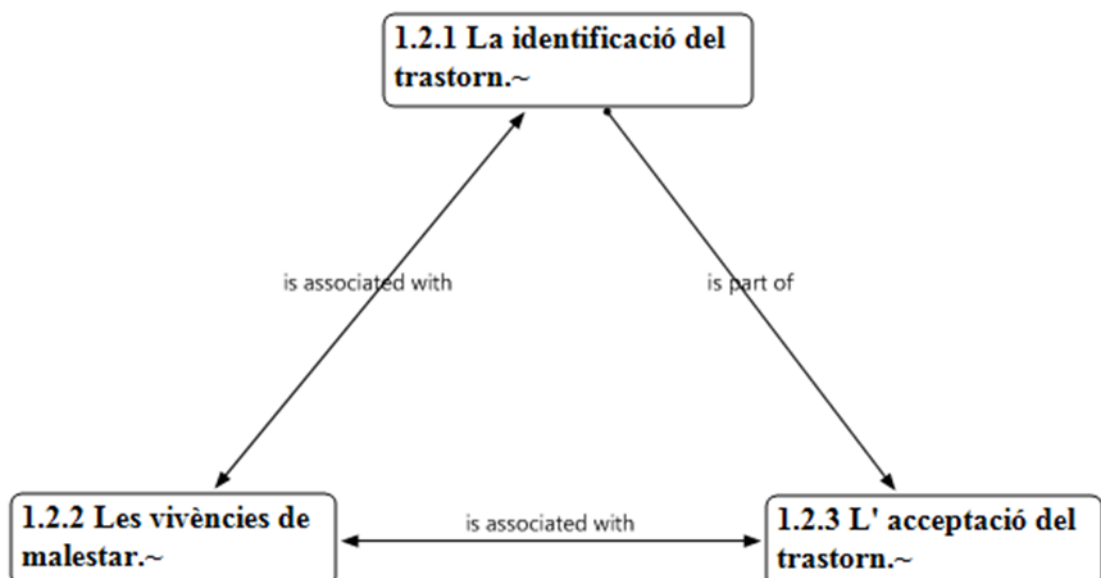


Figura 2. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria EL RECONeixEMENT DEL TRASTORN

1.2.1 - *La identificació del trastorn*, emergeix de les dades que expliquen els símptomes que pateixen i com comencen a poder identificar com TLP.

En el capítol de la Introducció, s'ha explicat les característiques del diagnòstic, però cal detenir-se en els criteris diagnòstics per identificar els símptomes. El Trastorn Límit de la Personalitat, segons el DSM V (APA, 2014, p. 364) és un trastorn de la personalitat que es caracteritza per un patró dominant de la inestabilitat de les relacions interpersonals, de l'autoimatge i dels afectes, i impulsivitat intensa, que comença en les primeres etapes de la vida adulta i està present en diversos contextos, i es manifesta en cinc o més d'aquests fets:

1. Esforços desesperats per evitar el desemparament real o imaginat.
2. Patró de relacions interpersonals inestables i intenses que es caracteritza per una alternança entre els extrems d'idealització i devaluació.
3. Alteració de la identitat: inestabilitat intensa i persistent de l'autoimatge i del sentit del jo.
4. Impulsivitat en dues o més àrees que són potencialment auto lesives (despeses, sexe, drogues, conducció temerària, afartaments alimentaris).
5. Comportament, actitud o amenaces recurrents de suïcidi, o comportament d'automutilació.
6. Inestabilitat afectiva deguda a una reactivitat notable de l'estat d'ànim (episodis de disfòria, irritabilitat o ansietat que generalment duren unes hores i, rarament, més d'uns dies).
7. Sensació crònica de buit.
8. Empipament inadequat i intens, o dificultat per controlar la ira (p. ex., exhibició freqüent de geni, empipament constant, baralles físiques recurrents).
9. Idees paranoïdes transitòries relacionades amb l'estrès o símptomes dissociatius greus.

Aquesta categoria exposa la percepció i identificació dels símptomes de les participants. Tot i que es centra l'interès en la identificació dels símptomes perquè és el que permet relacionar el malestar amb el diagnòstic, l'expressió és subjectiva i, per tant, en l'explicació hi ha

diferències. D'altra banda, no totes les participants tenen els mateixos símptomes, i això fa que les prevalences siguin diferents.

Que les usuàries amb TLP entenguin què els passa és un pas clau i bàsic per a seguir treballant en la disminució del malestar. És el primer pas d'un llarg camí. Per això, cal que elles puguin posar un nom al malestar i, així identificar-lo.

“jo sé que em falta camí per recórrer, però Déu n'hi dó el que he fet, vale? Vull dir, molt bé, almenys he entès lo que em passava, que jo tota la vida sapiguent els metges em miraven i no, o sigui de salut estava bé, però algo no funcionava perquè jo no estava bé” [Esther/P16 - 16:28]

Emergeix en l'anàlisi com conèixer el trastorn, en què consisteix i trobar una explicació al seu malestar va significar un alleujament dels símptomes.

“quan he necessitat informació sobre el trastorn me l'han donat molt clara, tant l'infermer com el meu psiquiatre, fins i tot m'ha ensenyat pantalles i m'ha dit —mira, és això—, per tant, clar, això dona molta tranquil·litat, la teva ansietat baixa, i el teu, i els teus resultats, amb aquesta predisposició que sempre he tingut, va ser en el moment que es van veure els fruits” [Anna/P2 - 2:9]

El malestar té una explicació, i tenen la informació i coneixements per entendre en què consisteix el TLP, permet començar a contemplar la possibilitat de gestionar-lo.

“bueno, va ser per mi un alleujament, no?, em vaig quedar tranquil·la pel fet de dir —tinc un diagnòstic clar i crec que és el correcte—, i d'altra banda em vaig espantar perquè vaig dir —òstia! és una malaltia que Déu n'hi do—” [Sara/P6 - 6:46]

És emergent en les dades que les participants relaten símptomes que predominaven en cadascuna d'elles, i els que són més prevalents en les dades són: l'ansietat, la impulsivitat, l'agressivitat, la buidor, l'abandonament, les autolesions i les conductes suïcides.

L'ansietat és el símptoma més comú en el relat de les participants, totes elles pateixen ansietat i, molt sovint, ansietat molt intensa. L'ansietat és el criteri 6 del diagnòstic TLP (APA, 2014, p. 364). El terme ansietat és molt ampli i inclou presentacions de diferents intensitats, segons cada persona i cada moment: l'ansietat lleu, en forma de neguit i inquietud lleu, fins a atacs de pànic o episodis dissociatius greus.

“temo a que a mi me entre excesiva ansiedad y me desgaste, porque ya voy muy cansada físicamente por el trabajo y tal, entonces, intento evitar conflictos” [Isabel/P8 - 8:36]

“tenia atacs d’ansietat, semblava que anés drogada perduda, els meus pares anaven tot el dia pendents perquè em dissociava” [Maria/P7 - 7:14]

És coincident amb les dades del curs clínic de les infermeres, que anoten els episodis de dificultat de gestió de l’ansietat perquè és el principal factor desencadenant d’autolesions. L’ansietat és un gran focus d’intervencions d’infermeria.

“Manifiesta 2 episodios autolesivos con contexto de elevada ansiedad para relajarse con un cuchillo de cocina (“después de discutir con Juan, me sentí fatal y me llevaron a PSQ para hablar y no me sentí escuchada”)” [CI6-03042012]

“Comenta que tras la visita tuvieron 3 días buenos, pero que después la cosa ha ido a peor porque le dio a ella crisis de ansiedad (“estábamos hablando de mi infidelidad de hace tiempo, y mi cuerpo empezó a descontrolarse por los nervios y me asusté mucho”). (...) Síntomas disociativos aislados. Ansiedad de anticipación.” [CI3-24042013]

La impulsivitat és un altre dels símptomes prevalents en l’anàlisi de les entrevistes amb les participants. Les conductes impulsives compleixen amb el criteri 4 del diagnòstic TLP (APA, 2014, p. 364). Les participants expliquen accions realitzades sense pensar i, diuen les coses sense estar condicionades per l’efecte o repercussió que tindrà en els altres.

“¡uf! porque hablar sin pensar, puede todo el mundo, y a mi me daba igual lo que pensara la gente o, no me daba igual pero parecía que si me daba igual, yo lo decía así y decía —soy así y ya está—“ [Viky/P1 - 1:78]

Les anotacions del curs clínic d’infermeria recull les explicacions de les usuàries sobre les situacions concretes i el context on es donen les conductes impulsives. L’interès de les anotacions és registrar-les i proposar tècniques de control d’impulsos per evitar conductes de risc com sobre ingesta de fàrmacs, consum de tòxics, contactes sexuals de risc, etc.

“Tras una discusión con su padre en la que él le dijo que agobiaba a su madre, se sintió culpable y no fue capaz de verbalizar lo que estaba sintiendo y realizó ingesta de OH y psicofármacos (10 comp. Quetiapina 25 mg y 18 comp.

olanzapina 2,5 mg. - precisó lavado de estómago) de forma impulsiva” [CI6-18122013]

“Comenta que el fin de semana salió con una amiga de fiesta y tomó cocaína inh. (“al principio me controlé y no quise tomar; después me acabé liando y nos metimos 1 gr. entre dos”) [CI3-06022014]

L’agressivitat és el criteri 5 del diagnòstic segons el DSM V. En el relat d’algunes de les informants es pot veure que identifiquen les conductes agressives amb el diagnòstic TLP.

“per exemple, poso un exemple de parar conductes, si, per exemple, jo abans era molt agressiva, ell em deia què tenia que fer per parar conductes, canviar pensaments, canviar les maneres d’actuar, per no fer-ho” [Júlia/P3 - 3:39]

“continuó mi agresividad, pero fue bajando porque claro en aquella época, los juicios eran habituales por agresividad y tal, o sea tenía mucha ira dentro” [Isabel/P8 - 8:32]

El relat de l’agressivitat és coincident també amb les dades de les històries clíniques d’infermeria. Les usuàries exposen a la infermera situacions en que han sentit elevada agressivitat per tal d’analitzar-les i buscar estratègies de reconducció.

”Refiere que desde que ha dejado el consumo, cuando se encuentra en sitios cerrados y con mucha gente, se siente violenta y que tiende a la agresividad verbal para reclamar su sitio y no caer en la agresividad física” [CI4-01072013]

“Ayer nueva discusión tras agredir físicamente a su expareja con posterior arrepentimiento e ideas de muerte y autolesión que finalmente pudo controlar.” [CI2-04092012]

En les dades emergeixen els sentiments negatius de buidor que es relaciona amb el criteri 7 pel diagnòstic TLP (APA, 2014, p. 364). El sentiment de buit és la falta d’interessos, il·lusions, criteris i motivació.

“no tinc gaires il·lusions, tampoc de jugar amb el meu fill, no tinc gaires il·lusions, o sigui me les han tret totes, vale? com si me les haguessin arrencat. He donat tot de mi, tot lo que tenia, m’he quedat buida, em sento buida, a vegades, això, em sento buida” [Esther/P16 - 16:46]

“realment, no sé què és el que m’agrada, per exemple, m’agraden les motos però no me’n compro ninguna perquè no la faria servir, i per exemple m’agradaria viatjar, però m’avorriria, no sé, és com una espècie de zanja, jo visc en la meva petita illa i després està tot el mon, jo visc independent, ho sento una mica així” [Sara/P6 - 6:12]

Aquest símptoma és present també en l’anàlisi de dades d’infermeria. La infermera anota les informacions de les usuàries sobre el sentiment de buidor.

“Sensación crónica de vacío y bloqueos emocionales que le hacen sentir mal (“intento explicarme y como me siento insegura no sé qué decir”).” [CI3-10022014]

“Sensación intensa de vacío e ideas pasivas de muerte” [CI2-08082012]

Per a la categoria *La identificació del trastorn* també emergeix en l’anàlisi de les dades de les entrevistes l’abandonament. És el criteri 1 en el diagnòstic TLP (APA, 2014, p. 364), utilitzant el terme desemparament. Les participants expliquen sentiments de soledat, de sentir-se abandonades, desemparades o desprotegides, tot i estar envoltades de família, parella o amics.

“i tenia la sensació d’estic sola, sempre tinc aquesta sensació d’abandonament, de seguida aquesta sensació d’abandonament que és típica dels TLP’s, però és que en el meu cas m’han deixat abandonada tota la vida, vale? i el meu pare es va morir sense saber lo que jo tenia. Clar, que quan venia era meravellós, però era molt poc, el veia... bueno, això...” [Esther/P16 - 16:16]

“pero como si tu a un niño de 5 años le dices -vete tu a comprar el pan solo- y ese niño se encuentra así como diciendo -a mi me da miedo ir a comprar el pan solo- ¿sabes?, eso, yo he sentido eso, que a mi me faltaba más apoyo, o sea que todavía no me dejaran, eso he sentido siempre, ese consejo, me he sentido siempre perdida, más, necesitaba más consejos de mis padres, más, pues eso, no se lo he sabido comunicar, a lo mejor, ni se lo diría ahora ¿no? ¿para qué? ¿para hacerlos sentir mal? es absurdo ¿no?” [Isabel/P8 - 8:45]

És coincident també amb les dades obtingudes de les anotacions de les infermeres. Les infermeres detecten i recullen aquest símptoma que expliquen les usuàries a les visites perquè és un símptoma freqüent en el relat de les usuàries.

“Sensación de no ser entendida y sentirse abandonada. (...) (“me siento abandonada, que lo que digo no importa y que no me tienen en cuenta; es la historia de mi vida”).” [CI3-18122013]

Tal com s’indica en el criteri diagnòstic, el desemparament o abandonament pot ser real o imaginari. En les següents cites, la infermera observa la por a l’abandonament imaginari.

“Viene de urgencia por ansiedad secundaria a miedo al abandono en contexto de nueva relación de pareja (“todo me va bien, pero tengo miedo a estropearlo todo y volver a sufrir; creo que no me merezco ser feliz”). Contención emocional.” [CI2-08102013]

“En cuanto me conozca me abandonará porque soy insoportable y una celosa patológica” [CI2-14022012]

Un altre dels símptomes emergent en l’anàlisi de dades de les entrevistes i, més prevalents és, les conductes d’automutilació i amenaces de suïcidi que es corresponen amb el criteri diagnòstic 5 (APA, 2014, p. 364).

L’anàlisi de les dades mostra que identifiquen les conductes d’automutilació com a símptoma del TLP. La presencia d’autolesions amb diferents objectes, és elevada en la seva història personal i en els espais grupals se’ls fa conscient que es comú a moltes d’elles i que cal abordar-ho com un problema de salut. En la normativa del grup psicoterapèutic es recomana evitar d’exposar conductes auto lesives en l’espai grupal perquè és preferible abordar-ho des de les visites individuals per tal de protegir les integrants del grup. Malgrat això, és un símptoma molt prevalent i elles en parlen fora de l’espai grupal.

“Ah, bueno! jo suposo que totes ens havíem fet mal, o ens volíem fer mal, no sé, és que clar, fa temps ja i, però que això està vem molt, molt deprimides que no serviem per res” [Esther/P16 - 16:47]

Per algunes de les participants, aquest símptoma ha estat el motiu per demanar ajuda en serveis especialitzats.

“després d’un episodi d’autolesió, vaig demanar, si us plau, que m’ingressessin a un hospital” [Anna/P2 - 2:64]

“ella em va veure les autolesions i em va dir que treballava aquí al CSMA i em va dir que em visitarien aquí” [Laura/P10 - 10:43]

En les anotacions de la infermera també és un tema prevalent i es registra sempre que refereixen haver realitzat automutilacions. Les automutilacions tenen finalitat ansiolítica, les usuàries utilitzen aquest recurs per a disminuir o eliminar l'ansietat intensa que no són capaces de gestionar d'una altra manera.

“Me informa que ayer se tomó 2 cp. de Etumina para soportar la crisis (se autolesionó superficialmente en antebrazo)” [CI2-23112011]

Les conductes suïcides són les autolesions amb finalitat letal a diferència de les automutilacions que tenen finalitat ansiolítica. Les conductes suïcides també són freqüents i és un tema present en el seu discurs.

“vaig fer un intent de suïcidi que quasi la palmo i, bueno, llavors em tractaven a l'hospital, llavors allà em van dir que ja no era més pacient d'allí, no sé perquè” [Sara/P6 - 6:45]

“jo fa 3 o 4 mesos enrere jo estava que em volia morir, no podia més, però bueno, són temporades” [Júlia/P3 - 3:49]

La infermera anota en la història clínica la presència d'ideació suïcida sempre perquè ha de valorar el risc i, si és el cas, sol·licitar consulta amb psiquiatria.

“Continúa dándose márgenes para no suicidarse” [CI2-04062013]

“Explica aumento de consumo de cannabis. Se queja de que sus padres no le dan afecto y que, se lo pidió (desde el enfado), ellos no han cambiado. Explica sensación de vacío y soledad. Refiere ideas autolíticas con ingesta de medicación con finalidad de morir y no seguir sufriendo.” [CI4-11112015]

La identificació del trastorn és un procés focalitzat en tenir consciència de quines conductes, pensament, emocions estan relacionades amb el fet de tenir TLP. Això, d'altra banda també és una activitat reflexiva i d'autoconeixement que ajuda a identificar també la personalitat sana. Aquesta participant expressa aquesta idea.

“eres tú, con tu carácter, con un TLP. Pero también tienes tu parte de personalidad normal, no normal ..., es que no me gusta esa palabra” [Alba/P17 - 17:47]

1.2.2 - *Les vivències de malestar* és la categoria que explica les experiències que estan estretament relacionades amb els símptomes. Aquestes vivències estan carregades de negativitat i pertorben la tranquil·litat i el confort. Són els relats de les participants que coincideixen en una expressió trista de la seva vida i en molts casos dolorosa.

“plorava, plorava i plorava a les visites, sempre estava plorant” [Maria/P7 - 6:41]

Expliquen vivències que estan carregades de negativitat. El sentiment de rebuig d'altres persones, característic del trastorn, apareix en el relat d'algunes participants.

“yo decía, no sé, tampoco sabía si venir al grupo porque decía —yo que sé, y a ellos que les importa lo que a mi me pase—, no sé ¿no?” [Viky/P1 - 1:6]

“si bueno, quan, per exemple, no estava medicada perquè estava embarassada dels nens, era bastant insoportable, bastant insoportable” [Júlia/P3 - 3:64]

Aquesta categoria és també emergent en les històries clíniques d'infermeria. En les observacions de les infermeres destaca com aquestes expressions de dolor, van acompanyades d'una història vital de patiment d'abús de poder, abusos sexuals i traumes en la infantesa. Es troben atrapades entre la necessitat de reconeixement i l'experiència de rebuig.

“explica historia familiar de discusiones entre los padres, abuso de poder y maltrato de la hermana y comentarios de no aceptación de ella por parte de las dos abuelas. Se le valida emoción una vez inicia llanto.” [CI4-18072013]

“Comenta verse incapaz de poder perdonar a su madre lo que pasó en su infancia (abusos), “tan pronto me pongo a la defensiva si está muy encima (contacto físico), pero si se aleja mucho me siento que le importa una mierda” [CI3-30012014]

És coincident en algunes participants les dificultats per seguir els estudis per qüestions relacionades amb el seu trastorn:

“Vale, pues yo empecé yendo al CSMIJ a los 10 años, más o menos, por problemas del colegio, y, bueno, allí pues estuve pues creo que hasta los 14 años, más o menos, y luego fui al hospital de día de adolescentes” [Ruth/P9 - 9:1]

“yo perdí mucho tiempo de mi vida por la medicación, porque, por ejemplo: los estudios, dejé de estudiar por la medicación, porque me pasaba de rosca” [Emma/P5 - 5:37]

Altres senten por de ser titllades de victimista o de voler cridar l'atenció:

“va ser un desespero perquè tot i que vaig tornar-hi a posar molta voluntat, quan va passar tota la setmana que van haver les conclusions finals, se'm va dir un altre cop que no tenia res, que era tot per cridar l'atenció i que no necessitava medicació” [Anna/P2 - 2:65]

“o sea, ahora no estoy llorando a mar ¿eh? y no quiero hacerme la víctima, y es que me sabe hasta mal llorar, porque es como hacerme la víctima y no quiero, hace mucho que no lloro, yo en mi casa lloro a escondidas, lloro cuando no puedo más, estoy reteniendo el llanto porque estoy cansada de llorar” [Isabel/P8 - 8:42]

Algunes participants expliquen sentiments de sentir-se menystingudes perquè han viscut experiències de no sentir-se valorades.

“ens havien fet creure que no servíem per res, que no valíem res...” [Esther/P16 - 16:4]

Aquest sentiment és coincident amb dades que la infermera fa constar en les anotacions amb elevada freqüència.

“Comenta que con su madre discutieron porque su madre le exigía que trabajara o hiciera algo por las tardes, su peso, la comida, etc... Ella se siente invalidada constantemente” [CI5-06042016]

“Acude sola y puntual, se muestra triste y con llanto. Explica estar rabiosa pues últimamente le vienen recuerdos de personas que le ha abandonado y le han hecho daño. Expresa sensación de soledad y de culpa por no mantener amistades con la gente.” [CI4-26062015]

En l'anàlisi de les dades obtingudes de les entrevistes a les participants és present la inestabilitat emocional, el desànim i el cansament. Són sentiments presents en les explicacions i que els dificulta en el dia a dia perquè els causa desconfiança de poder tirar endavant.

“muy duro, muy duro, para todo, y me parece de carrera de fondo, es que esto es una carrera de fondo, porque quién piense que en un año, dos, puede, no, no, eso también cansa, cuando ves que te falta mucho tiempo” [Mónica/P4 - 4:98]

“jo he estat molt malament, jo per exemple, vaig estar 3 anys fotuda dins un llit, i ara fa 3 anys que estic fora, o sigui vaig amunt i avall i tal, vaig estar 3 anys que no volia sortir del llit” [Sara/P6 - 6:40]

“perquè fluctuem molt, moltíssim, podem tenir un dia molt bo i a les 3 hores estar pel terra, saps lo que et vull dir? [Júlia/P3 - 3:26]

Aquestes explicacions de les participants coincideixen amb les que també perceben les infermeres i s’han identificat en l’anàlisi de les històries clíniques d’infermeria.

“Desde hace aprox. 1 mes manifiesta ideas pasivas de muerte por ideas de soledad y aislamiento. Sensación de no encajar y el problema de ser ella misma con su entorno. No sale los fines de semana y se aísla en casa.” [CI3-30012014]

“Explica sensación de angustia y necesidad de descanso. Hablamos sobre su nivel de autoexigencia y hago que valore su aptitud en los diferentes aspectos que explica. Reconoce escaso descanso entre acumulo de tareas.” [CI1-05092012]

És emergent en el relat d’algunes participants que expliquen dificultats en la gestió de la pròpia vida i la desorganització, aquests són altres d’aspectes del malestar:

“bueno, el meu problema sempre ha sigut que no he sabut gestionar gestionar les coses que m’han passat” [Júlia/P3 - 3:45]

“entonces todo esto me genera toda una serie de conflictos internos que intento desplazar o sea, dejar a parte, es decir, no...acoplarme ahí, no, intentar pensar más sencillo ¿no?, aquello del mindfulness, vivir el momento, déjate de tanto rollo” [Isabel/P8 - 8:40]

És emergent en les anotacions de la infermera, les conseqüències greus relacionades amb les conductes de risc pròpies del TLP i que, sovint, són focus d’una intervenció d’educació per la salut.

“Pendiente de serología por alto riesgo de ETS (“durante la última semana he estado con 5 tíos distintos”). (...) Manifiesta insomnio de primera fase, pero

no toma tratamiento farmacológico por miedo a la afectación del feto. Disminución de las ingestas por apatía y clínica ansiosa. Su familia la está apoyando, pero ella no tiene claro tenerlo (hijo). Desde la noticia, aislada en el domicilio.” [CI3-03102011]

Les vivències de malestar és la categoria que recull relats de malestar, relacionats amb símptomes TLP i que les participants també evocuen en les visites amb la infermera.

1.2.3 - **L'acceptació del trastorn** és el moment del procés psicoterapèutic que les usuàries poden afirmar que tenen un trastorn. Aquesta categoria emergeix de l'anàlisi de les entrevistes amb les participants que comprenen que, després d'un període de negació o desconeixement, accepten que el diagnòstic de TLP és el seu diagnòstic.

“tu vas buscant un diagnòstic i se't oblida que estàs buscant un diagnòstic, sinó que et dona solucions, et dona tranquil·litat i sobretot una comprensió, però no una comprensió paternal o maternal que no és el que vols, perquè tu de mare ja en tens, tu el que vols és un professional a davant que et digui —bueno, parem i ara començarem—. Poc a poc se'm va dir el meu diagnòstic d'una manera molt, molt tranquil·la, que em va anar molt bé perquè no vaig tenir ni necessitat de córrer a internet per buscar què era” [Anna/P2 - 2:7]

El procés psicoterapèutic amb la infermera el realitzen tant a les visites individuals com a les sessions de grup psicoterapèutic específic per a persones amb TLP. En les sessions grupals, l'efecte mirall permet que s'identifiquin amb les companyes i, això també les ajuda que vagin avançant cap a la comprensió i l'acceptació.

“yo muchas cosas no las hacía, y otras cosas si, o sea, cada una, no sé y de escucharlas pues yo decía —ostras! esto a mí también me pasa— pero, a lo mejor, no haciendo esto, haciendo otra cosa. Pero entonces empecé a entender cosas leyendo también viniendo aquí, al grupo y escuchando y explicando lo que pasaba, porque muchas veces no hablaba, yo escuchaba solo” [Viky/P1 1:13]

“les noies del grup, vull dir, totes teníem problemes i totes estàvem tallades una mica pel mateix patró, veies moltes coincidències” [Esther/P16 - 16:1]

De l'anàlisi de les anotacions de la infermera també s'identifica l'explicació dels canvis que van realitzant respecte a l'acceptació del seu trastorn.

“Adecuando más sus expectativas con respecto a su patología” [CI2-10012012]

“Se está evaluando en sus relaciones de pareja vs promiscuidad sexual (“me doy cuenta que cuando estoy mal en pareja, recurro a seducir para que me suban el autoestima”), es capaz de darse cuenta que cuando actuaba así estaba muy enferma y no lo sabía” [CI1-29082013]

És emergent de l’anàlisi de les dades de les participants, que assenyalen les dificultats per acceptar un diagnòstic de TLP.

“porque yo he sido la primera que he negado mi diagnóstico, no, yo no puede ser que tenga esto, yo esto me lo ventilo en un año. ¡Si hombre guapa! cuando aterrizas, empiezas a aceptar que tienes un diagnóstico, a que tienes que vivir con eso, que eso ¿de qué va? ¿qué es? ¿porqué viene?. Darle un sentido e integrarlo en mi vida, a mi me costaba horrores, o sea, lo ponía en la mochila, aquí en la espalda y ¡jala!, hago que no se vea. Y eso me ha pasado una factura del copón. Y eso lo hemos trabajado.” [Mónica/P4 - 4:75]

“yo sé que tengo TLP, pero como que no me lo acabo de creer mucho, entonces, eeehh, es decir que no me lo acabo de creer mucho” [Emma/P5 - 5:30]

4.2.3 - La disminució del malestar és la meta categoria emergent de l’anàlisi de les dades analitzades que mostren com les participants s’adonen del seu canvi, de l’evolució positiva i dels aspectes de la seva personalitat que han canviat i que les ha ajudat a disminuir el patiment i el malestar. El símptomes que han après a identificar i gestionar, la necessitat de voler canviar per a poder canviar i l’important reconeixement del seu entorn.

En el mapa de relacions de categories es planteja que aquest és un procés de retroalimentació en el que la disminució dels símptomes està associat amb la motivació pel canvi i a la vegada amb el reconeixement de l’entorn (vegeu figura 3). Quan la repercussió conductual disminueix i se’n adonen i els ho reconeixen, senten que hi ha una possibilitat real de canvi i això és motivador. Simultàniament elles mateixes es reconeixen, una millora, per petita que sigui i, que el procés psicoterapèutic té un sentit, i les ajuda a augmentar el seu autoconeixement. Això és decisiu perquè nodreix l’esforç per a seguir treballant i, avançar en la millora de la gestió del malestar.

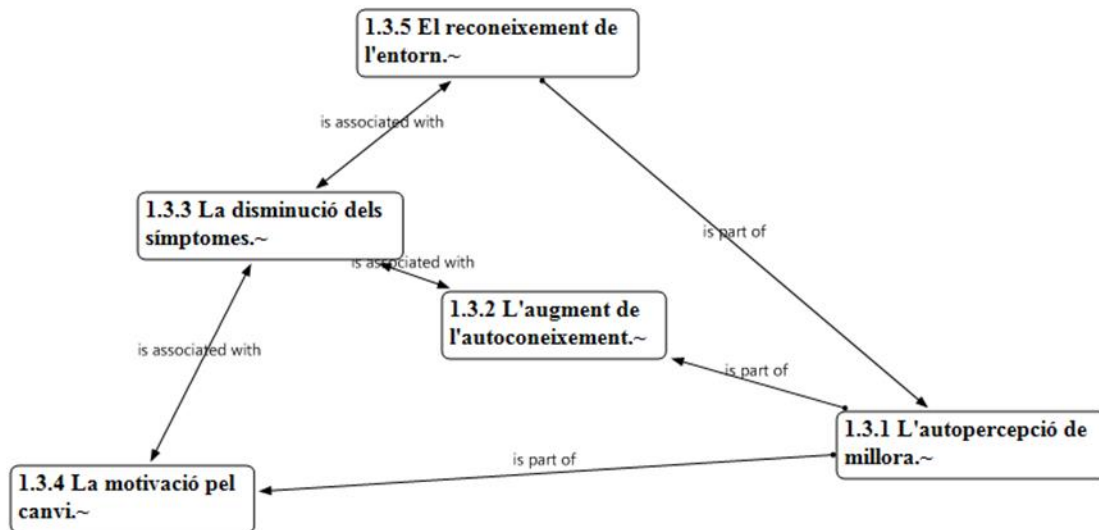


Figura 3. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria LA DISMINUCIÓ DEL MALESTAR

1.3.1 - *L'autopercepció de millora* és una categoria emergent de les dades de les entrevistes que explica com han estat conscients de la seva millora. Les participants s'adonen que es troben millor que abans, que el seu malestar, en algun aspecte, ha disminuït i és un motiu de satisfacció.

“pero me da igual, porque yo sé como soy, porque yo he pegado un cambio muy grande y me siento orgullosa de mi misma” [Viky/P1 - 1:26]

“bueno, es que yo, si me hubieras conocido hace 10 años, bueno, es que el modelo me ha salvado la vida, literalmente, y no es una metáfora, me la ha salvado, si.” [Mónica/P4 - 4:81]

Algunes participants aporten aspectes més concrets, expliquen què ha canviat en la seva vida.

“el fet de donar-me valor, de valorar-me, i, perquè em sentia fatal amb mi mateixa i, en canvi, a força de fer teràpia i tot, doncs m'ha servit per sortir del llit i enfrontar-me, i ha sigut així.” [Sara/P6 - 6:25]

“jo vaig arribar aquí perdudíssima i em trobo molt més bé de lo que vaig entrar, però molt més bé. Puc estar a casa i viure sola i no passa res, abans era estar a casa, viure sola i no poder estar a casa” [Maria/P7 - 7:13]

És coincident que en les descripcions dels professionals, es recull que a través del procés psicoterapèutic, poden assolir major seguretat en elles mateixes, major responsabilitat en les seves conductes, major control dels símptomes i formes d'afrontament més constructives.

“Ha estado un mes y medio con su pareja de vacaciones en la montaña sin autolesiones (tuvo 2 crisis que consiguió controlar). (...) Dice sentirse más ella y verse capaz de encarar los problemas.” [CI5-30092013]

“Comentó que controló un conflicto con sus compañeros del taller (“se metieron conmigo porque llevaba un escote y tuve que ponerles límites; estoy orgullosa con lo que hice y cómo lo dije sin perder el control”). No conductas impulsivas.” [CI3-10072013]

“Se nota más segura y menos “dramática y victimista” a la hora de aceptar y solucionar sus problemas” [CI3-16122014]

1.3.2 - El procés psicoterapèutic que afavoreix la introspecció pretén **L'augment de l'autoconeixement**. Aquesta explica categoria emergent de l'anàlisi de les entrevistes a les participants on expliquen que han aconseguit conèixer-se millor elles mateixes, que el nivell de l'autoconeixement ha crescut i que ho consideren positiu i necessari. Adonar-se de què els està passant, en el moment mateix que els està passant, els permet identificar el malestar i, també, els permet conèixer, el perquè, el com i el què fer. D'aquesta manera coneixen millor quines situacions, persones o coses les fan sentir malament, coneixen millor com es presenta el malestar i coneixen millor què fer quan es troben malament per reconduir la crisi.

“des de llavors em noto més ..., com ho diria?, que tinc la vida més ordenada, em noto més coherent amb el que jo necessito en cada moment, o sigui, he après a coneixem a mi mateixa i a conèixer la enfermetat i quan estic malament per alguna cosa sé, més o menys, començar a identificar què és el que m'està passant, i abans, abans no, no sabia què passava i em posava sols nerviosa i m'angoixava i sortia per peteneres i ara he millorat moltíssim” [Sara/P6 - 6:4]

Les participants expliquen com ara elles poden pensar i analitzar allò que els succeeix i ho comparen amb el passat, on reconeixen que no hi havia reflexió sobre la seva manera de pensar, sentir o actuar.

“Ahora me he conocido realmente, porque antes, antes no me conocía y vivía con pensamientos locos, tenía ..., si he cambiado bastante, la verdad” [Viky/P1 - 1:24]

Alba: “pero intento pues analizar el por qué, no siempre encuentro un por qué, porque hay días que, oye, que nos pasa a todos, que, oye, tengo mal día, punto. Y si que me he conocido.” [Alba/P17 -17:37]

Coincideix en l'anàlisi de les anotacions de les infermeres, observacions sobre aquest canvi.

“Se da cuenta que no tiene que estar con todo el tiempo ocupado para estar bien y no pensar (“ahora puedo estar conmigo a gusto y a solas”). No episodios de celos pues ella se siente mucho más segura.” [CI2-06102016]

“Se da cuenta de que en sus anteriores relaciones sus celos llenaban el vacío y le hacía sufrir en su día a día.” [CI1-21092015]

1.3.3 - Una referència important per a que les participants tinguin consciència de la seva millora són els símptomes. La categoria emergent, **La disminució dels símptomes**, relata els canvis que s'han produït a aquest nivell. Les participants, en l'actualitat reconeixen que hi ha símptomes que anteriorment eren més intensos i ara poden gestionar millor. En aquesta categoria es diferencia el següents símptomes: la buidor, l'agressivitat, l'ansietat, la impulsivitat, les conductes auto lítiques i conductes suïcides.

“a nivel de síntomas, se puede decir que todos los tengo a raya, de sintomatología de los indicadores ¿no?” [Mónica/P4 - 4:130]

Com s'ha comentat en la categoria La identificació del trastorn, l'ansietat és molt present en el relat de les participants. També és present la consciència de canvi i de disminució de l'ansietat.

“es como que no te acostumbras a estar bien, a estar preparada para la vida y entonces me cogen a veces unos rollos de ansiedad, de... pero bueno, eso es menor, nada, es una ansiedad que... mira, que tengo un rivotril 0,5 y, a veces, ni tiro de el en el bolso” [Mónica/P4 - 4:105]

“por una parte si, porque por ejemplo ahora cuando me vienen ataques de ansiedad ya sé, más o menos, controlarlo” [Ruth/P9 - 9:17]

Aquest, és un símptoma sovint reportat als cursos clínics d'infermeria. Les infermeres també evidencien que hi ha canvis positius en el relat de l'ansietat.

“ha tenido crisis que ha ido manejando con rescates y habilidades de tolerancia al malestar.” [CI5-16012018]

“Cogiendo transporte público sin ansiedad” [CI2-25042017]

Quant a la impulsivitat, les participants també expliquen que hi ha hagut canvis i que ara aconseguen controlar-la.

“la impulsividad que hablábamos antes, se puede decir que ahora me he ido un poco de la flapa, o sea, que tendría que ser un poco más impulsiva a veces, porque ¡jolín! ¿no?” [Mónica/P4 - 4:74]

“no sé, una cosa que feia molt que eren les compres compulsives, que també és típic dels telepés, el alivio fácil, pues ho he millorat” [Esther/P16 - 25]

En els cursos clínics de les infermeres també s'identifica sobre els canvis en les conductes impulsives d'algunes participants.

“Me informa que ha estado en dos chats de contactos por “aburrimiento”, ha conocido a un chico en persona y consiguió controlar su impulso sexual. Ha tenido relaciones sexuales fortuitas promiscuas, pero con protección y poniendo límites.” [CI3-17092015]

Emergeix en l'anàlisi la referència al control de l'agressivitat d'algunes participants que expliquen que aconseguen haver disminuït o parat aquest símptoma.

“han disminuït, si, per a conductes agressives les he parat” [Júlia/P3 - 3:61]

Aquesta referència és també present en les anotacions d'infermeria, on les infermeres registren les modificacions respecte a la gestió de l'agressivitat.

“Tuvo una crisis de ira el día de reyes que pudo manejar por ella misma” [CI2-10012012-3]

Quant el símptoma del sentiment de buit també hi ha canvis. Emergeix de l'anàlisi de dades d'entrevistes que les participants han aconseguit canvis, com trobar activitats i il·lusions que temps enrere no tenien.

“entonces eso, la sintomatología, el vacío... eso, el vacío que costó mucho, Jaime me decía —cuando encuentres una actividad que...—,claro, ser pensionista y tener todo el tiempo, me decía cuando encuentres algo que realmente te guste, el tema del vacío, —ya verás como baja-, total, hace dos años, cuando he encontrado el tema del teatro, de conjugar la pedagogía teatral que, como yo ya no puedo trabajar como pedadoga, pues, tal cual, digo —¡ay, coño! hace tiempo que no tengo vacío—“ [Mónica/P4 - 4:85]

També es recull en l’anàlisi de les històries clíniques que la infermera és observadora d’aquest canvi i ho explicita a la història clínica.

“Mantiene teatro y actividades con buen rendimiento” [CI2-07012016]

La disminució de les conductes automutilants perquè aconseguen recórrer a altres recursos més saludables per a reduir l’ansietat, és present en les dades.

“pues la verdad es que he conseguido muchas cosas, por ejemplo, el tema de las autolesiones lo he conseguido dejar, pero si que es cierto que alguna que otra recaída he tenido, pero, la verdad, que esto lo tengo más o menos superado” [Ruth/P9 - 9:15]

“si, si, si, sobretodo las autolesiones, hace años que no tengo una autolesión, que sí que tengo a lo mejor algún pensamiento, si, pero he sabido coger, tengo este pensamiento, lo tengo, lo intento sacar” [Alba/P17 - 17:14]

De la mateixa manera, és emergent en les anotacions de les infermeres que l’adquisició d’hàbits en tècniques de distracció que les participants han après per a l’evitació de conductes automutilants.

“No autolesiones desde hace 3 meses, que va controlando con sus técnicas de distracción.” [CI5-28022013]

“tiene ganas de autolesionarse, pero las controla con habilidades de estrés” [CI5-04022015]

És coincident en diferents participants l’important canvi en el seu impuls suïcida. Ha passat de ser una persona amb repetides temptatives suïcides greus a haver-ho deixat en el passat, assenyalant la importància que això ha tingut en la seva vida.

“he recuperado ganas de vivir, porque yo no tenía ganas de vivir, lo que te decía de los márgenes, yo, para mi, que ya no viva dándome márgenes, que quiera vivir hasta ... hasta que me toque morirme, ese, para mi, ha sido el antes y el después en el tratamiento incluso, no quiero sonar dramática ¿eh?, ni nada de eso, pero es que la realidad es un poco así. Hay un alto índice de suicidios consumados, y en mi caso...” [Mónica/P4 - 4:82]

1.3.4 - Una altra categoria emergent de les dades és **la motivació pel canvi**, que les participants consideren imprescindible per a poder canviar. En aquesta categoria, les participants expressen que l'esforç que han de realitzar per canviar és important i, això, requereix d'una força de voluntat i una intenció de millora.

“impresionante, la verdad, un cambio muy grande, pero porqué yo he querido cambiar, porqué si no quieres cambiar, no cambias” [Viky/P1 - 1:46]

“y sobretodo querer, querer, yo creo que es querer evolucionar, porque yo tenía mucha tendencia a decir —¡bah! estoy enferma, no puedo hacer nada— no, me limitaba yo sola” [Alba/P17 - 17:11]

En l'anàlisi de les dades de les històries clíniques d'infermeria també es detecta aquesta percepció per part de la infermera. És un aspecte important per a les infermeres recollir les ganes de voler canviar coses per a poder intervenir psicoterapèuticament.

“Aprovecha para aclarar deseos de hablar del TLP y concreta tener motivación y comprometerse para el cambio.” [CI4-30122013]

“Positiva y motivada para el cambio” [CI2-10012012-2]

No obstant, les participants, tenen consciència de les dificultats que cal superar per aconseguir estar motivada. Expliquen com elles recorden haver estat en la mateixa situació i com costa confiar en que s'esdevingui un canvi.

“yo creía que no se podía cambiar, pero me he dado cuenta de que si, pero bueno, si tu quieres, decir —es que yo soy así— ¡a ver!, no.” [Viky/P1 - 1:82]

“són les ganes de millorar i tinc clar que tardaran més o menys, però totes poden. Lo únic que han de trobar el moment o han de trobar algo que les despertí, no?, que diguin —ara és el moment!—“ [Laura/P10 - 10:30]

1.3.5 - *El reconeixement de l'entorn* és una categoria emergent de l'anàlisi que fa referència al reconeixement de millora dels familiars o amics. Elles reconeixen que, això, les retroalimenta per a seguir treballant en aquest sentit.

“tornar a començar de nou em feia molt de pal, dic, no volia, però ho vaig comentar a casa, dic —m'ho ha dit el Jaime—, i ja només dir el Jaime, ja tots -si, fes-li cas-, no?, perquè han vist la milloria també”. [Laura/P10 - 10:20]

Aquesta és una observació coincident amb les anotacions de les infermeres que reconeixen que és un estímul important per a les usuàries sentir que l'entorn els reconeix que estan fent un esforç per a canviar .

“Se ha enterado por su ex-suegra que él (ex novio) la ve mejor de su enfermedad” [CI5-21012015]

“Se siente muy bien porque dice que ahora nota que él está muy orgulloso de su evolución y cambios (“me dice que me ve más estable, menos intensa y con menos frecuencia”). [CI2-25112014]

El grup psicoterapèutic també és un espai on se'ls pot assenyalar canvis i, inclús les mateixes companyes de grup observen canvis i ho expliquen. L'efecte mirall al grup psicoterapèutic ajuda a observar, comparar i entendre que s'han produït canvis. Aquest és un fenomen grupal que té molt de poder per a animar a seguir en el procés psicoterapèutic.

“clar, entrar en un grup que quan veus gent que et diuen que han començat aquella mateixa teràpia com tu o pitjor, clar! dona ànims pels que entren i pels que surten. Veus gent com entra que dius —home, que malament que estava jo quan vaig entrar, que malament estava, no?— i no te'n adones dels progressos” [Anna/P2 - 2:34]

4.3 Dimensió II - Allò que és psicoterapèutic

Aquest domini emergeix de l'anàlisi de les dades, i relaciona les diferents categories sobre els elements que les participants consideren que han resultat psicoterapèutics en el seu procés de disminució del malestar.

Tal com s'ha explicat a l'anàlisi de les dades d'aquesta memòria, aquesta focalitza en la relació terapèutica i procés psicoterapèutic d'infermeria. No obstant, les participants fan

referència a d'altres professionals de l'equip de salut mental que, òbviament, participen en el tractament, ja que, en tots els casos, l'abordatge és interdisciplinari.

S'ha agrupat les unitats de significat i categories emergents sobre aquest nucli temàtic en tres meta categories: 2.1 L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut; 2.2 Construir un espai de confiança; 2.3 La validació que apodera.

4.3.1 - L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut és una meta categoria emergent de l'anàlisi de les dades que fa referència al procés d'aprenentatge sobre el trastorn i la salut i, que forma part del procés psicoterapèutic. L'aprenentatge està relacionat amb el propi trastorn i en la salut. Des d'infermeria es pretén que coneguin les característiques del TLP i com les afecta individualment, però també és un objectiu que aprenguin sobre recursos que condueixin a una vida saludable.

El procés d'aprenentatge es desglossa en tres categories que es corresponen amb tres nuclis d'aprenentatge. D'una banda hi ha l'aprenentatge que fan amb la infermera en les visites individuals. Per altra banda s'hi afegeix l'aprenentatge entre iguals, que realitzen amb la participació al grup psicoterapèutic i, per últim, l'aprenentatge de les famílies. Les famílies aprenen en les visites amb les infermeres en visites familiars i/o en les sessions de grup psicoeducatiu per als familiars de les usuàries (vegeu figura 4).

La relació entre els tres nuclis d'aprenentatge és un moviment de retroalimentació entre l'espai individual, l'espai grupal i l'espai familiar. L'aprenentatge a les visites es potencia si la família també participa en espais destinats a la psicoeducació sobre el TLP. El procés d'aprenentatge de família és molt necessari per a reforçar l'aprenentatge de la usuària perquè és en el dia a dia i amb les persones amb qui conviuen que les usuàries posen en pràctica allò que aprenen. Si la família també millora els seus coneixements sobre TLP, pot representar un reforç positiu d'alt valor terapèutic.

L'aprenentatge entre iguals, en l'espai del grup psicoterapèutic per a persones amb TLP, és també un recurs que complementa els aprenentatges en la visita individual. En el grup, les infermeres ensenyen habilitats bàsiques de consciència (entrenament en mindfulness); habilitats d'efectivitat interpersonal; habilitats de regulació de les emocions; i habilitats de tolerància al malestar. Amb les sessions grupals, d'una hora i mitja setmanal es pretén que les usuàries adquireixin aquestes habilitats. En l'espai grupal les usuàries també interactuen amb persones que tenen dificultats similars, i la validació que poden fer-se entre iguals i el suport del grup té un elevat valor terapèutic (Linehan, 2003, p. 39). D'altra banda és necessari que aquesta

formació grupal en habilitats tingui un reforç a nivell individual per tractar les dificultats personals.

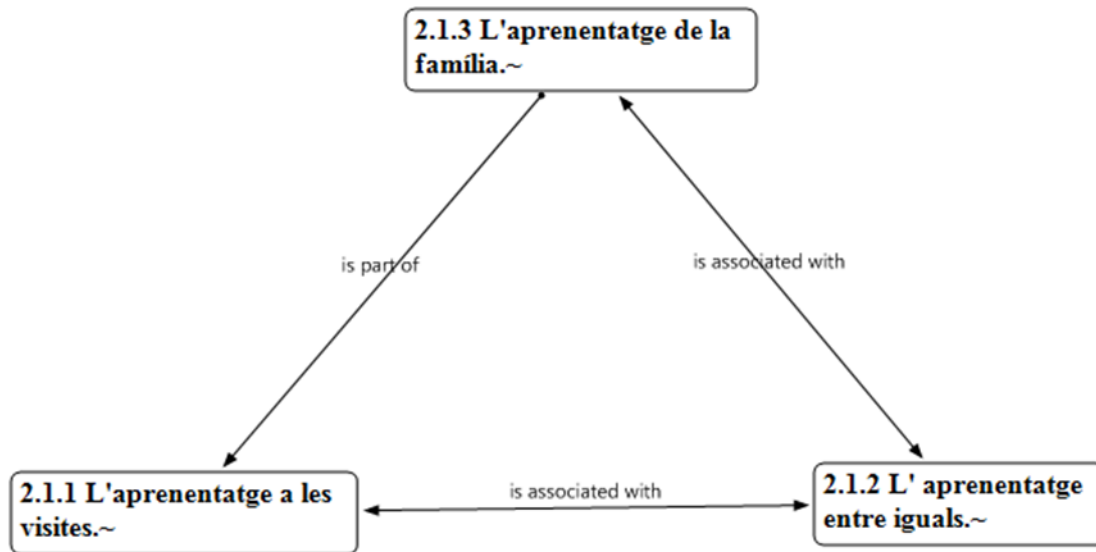


Figura 4. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria L'APRENTATGE SOBRE

EL TRASTORN I LA SALUT

2.1.1 - En l'anàlisi de les entrevistes de les participants emergeix la categoria de *l'aprenentatge a les visites*. Aquesta, fa referència als aprenentatges realitzats a les visites amb la infermera. Aquest espai de seguiment d'infermeria es destina a buscar alternatives i resoldre les dificultats sorgides a l'hora d'aplicar les tècniques i recursos que se'ls ensenya, normalment, en el grup psicoterapèutic. Aquestes tècniques i recursos van dirigits a aconseguir gestionar l'ansietat, la impulsivitat, les conductes auto lítiques, etc., i es pretén que siguin resolutius en un moment de crisi. Les dificultats que sorgeixen a l'hora d'aplicar-los: dubtes, dificultats i pors, són els temes que resolen a la visita amb la infermera.

Aquests resultats mostren com les participants han après com gestionar una crisi de manera més saludable allunyant el risc de realitzar conductes disruptives pròpies del seu trastorn. Han après a cuidar-se i utilitzar recursos personals no disruptius i més saludables.

Tot el seguiment individual és un espai que permet que les participants evoquin tot el seu malestar relacionat amb les crisis i les seves causes, les conductes disruptives, les seves dificultats per evitar-les utilitzant les alternatives que se'ls proposa.

“jo preguntava —aquest recurs que se'm va dir a la teràpia de grup, em pot servir en aquest aspecte o en l'altre?— o si no el mateix infermer m'ho

recordava i tiràvem del què havíem fet al grup, però no parlàvem mai d'aspectes d'altres companyes, ni de problemàtiques que havien sortit al grup, no. Això no, si que era molt més individualitzat, parlava molt més de mi, si.” [Anna/P2 - 2:26]

“o la ayuda con Jaime individual y, luego con el grupo, de cómo hacer ciertas técnicas que nos pueden ir bien y, luego, también probarlas, porque soy de probar mucho. A lo mejor había técnicas que me funcionaban a mí y a otra persona no y, al revés” [Alba/P17 - 17:6]

Algunes participants també destinen les visites a realitzar tot l'aprenentatge d'habilitats psicosocials en format individual, enlloc de format grupal. Això es deu a que la participant no va aconseguir adaptar-se a l'espai grupal. És un aspecte assenyalat per l'autora M. Linehan, que les persones amb TLP difícilment accepten participar en grups psicoterapèutics (Linehan, 2003, p. 37). En aquests casos s'ensenyen les mateixes habilitats en format individualitzat.

“intento poner en práctica todas las estrategias que se me han ido dando y, que me hacen sentir bien realmente, ¿no?. Pero bueno, quiero decir, llevo mucho trabajo a nivel interior” [Isabel/P8 - 8:7]

“me enseñó varias técnicas para el tema de las autolesiones y, la verdad, es que al principio no me funcionaba mucho, pero al final pues si que acabó funcionando y, la verdad, es que ya llevo bastante tiempo sin hacerme ...” [Ruth/P9 - 9:5]

En alguns fragments de les anotacions de les infermeres es pot veure la importància del procés d'educació, dins del procés psicoterapèutic, per aprendre a conviure amb el trastorn i assolir estratègies que permetin afrontar i tolerar millor el malestar. La importància del canvi terapèutic a través de la intervenció de les professionals infermeres, suposa una major consciència d'un mateix i la major consciència dels altres.

“Episodios aislados de crisis en los que aparecen ganas de autolesionarse, pero aplica estrategias de tolerancia al malestar” [CI6-08112011]

“Más consciente de las limitaciones de los demás, sin actuar o enfadarse de forma impulsiva o agresiva. Utilizando las estrategias de distracción en sus momentos de crisis sin consecuencias y bien manejadas (sin juzgar)” [CI2-25102012]

2.1.2 - *L'aprenentatge entre iguals*, emergent en l'anàlisi, és refereix el què han après en el període de participació al grup psicoterapèutic. Amb l'assistència al grup, es pretén que les participants aprenguin coneixements i habilitats, al llarg dels quatre mòduls que s'ha anomenat anteriorment. Les participants coincideixen en donar valor terapèutic a la participació en el grup psicoterapèutic per a persones amb TLP.

A la vegada, en l'espai grupal poden escoltar altres problemes, altres opinions i entendre que altres realitats també poden ser certes, malgrat no les comparteixin. Igualment, les participants poden participar i explicar la seva vivència en relació a l'habilitat que s'està tractant en el mòdul. El grup és un espai protegit on poden parlar del seu malestar i les seves dificultats. Les participants fan referència a l'efecte mirall, perquè troben amb persones que tenen vivències similars i es produeix la identificació amb l'altra.

“de fet, lo del grup, és com una petita mostra de lo que et pots trobar al carrer, no tothom és amic, no sé, en la mateixa feina, no?, et pots trobar algo similar com al grup del TLP, no encaixes sempre amb tothom” [Laura/P10 - 10:27]

“al principi em costava, costa, costa bastant al començament, tant en un grup com en l'altre, però després, mica en mica, si, et vas trobant a gust, no? perquè veus que una comença a explicar i veus doncs, que de les vivències de una i de l'altra, a vegades et sents bastant identificada i pots treure coses, bones eh? també!” [Júlia/P3 - 3:23]

En el relat sobre els beneficis de la teràpia grupal d'algunes participants, es poden identificar elements relacionats amb el canvi psicoterapèutic que es produeix en la relació terapèutica amb la infermera dins de la dinàmica grupal. Experimenten un procés d'aprenentatge adquirit, com eines, “una crossa”, pel seu desenvolupament present i futur. També han adquirit la consciència de suport per afrontar situacions que afecten negativament el seu estat personal i aconseguir un estat personal més positiu.

“sortíem amb unes eines, molt millor, sortíem preparats per viure, és com sortir preparats per la vida, per caminar sol una mica, no?. Per enfrontar-te a la vida, perquè un cop saps el que tens i, un cop t'han facilitat eines, és com qui li dona una crossa al que va coix, és a dir, bueno, saps per on tens trencada la cama, saps quins moviments no pots fer i, a més a més, et donem unes crosses per poder caminar, que després ja te les aniràs traient però de moment et donem aquestes crosses. Clar!, quan tu entres al grup, entre que no saps ben bé quina part tens

trencada i entre que no saps ben bé quina part es podrà curar i entre que no saps ben bé si podràs caminar sol o podràs viure, podràs començar a caminar sol”
[Anna/P2 - 2:58]

En les anotacions de les infermeres, malgrat són anotacions sobre el treball en les visites individuals, també recullen al·lusions al procés d’aprenentatge realitzat en el context grupal, on s’explicita com les participants intenten aplicar les tècniques que se’ls ensenya.

“Se ha controlado las ganas de llamar a un exrollo con el que tenía un impulso de quedar y tener relaciones (“me lo tomé como un reto, pero apliqué todo lo que he aprendido en la terapia y pasé el mono”), aplicó Mindfulness y técnicas de distracción activa.” [CI1-11062013]

“Siente que en la terapia grupal se está trabajando lo que a ella le sucede en el presente” [CI5-13052015]

Com ja s’ha comentat, en l’aprenentatge a les visites, algunes participants manifesten que hi ha moments difícils durant el treball grupal. El procés d’identificació amb les companyes també els resulta una sobrecàrrega emocional que és molt difícil d’afrontar quan comencen la vinculació al grup psicoterapèutic.

“porque hubo una temporada que a mi me causaba mucha ansiedad, o sea, que los problemas de las chicas los hacía míos, entonces había veces que no podía venir al grupo, pero si que quería venir, pero no podía, ¡uf!” [Viky/P1 - 1:21]

2.1.3 - En les dades analitzades emergeix **L’aprenentatge de la família** que explica que les participants consideren que és terapèutic que les famílies aprenguin sobre el trastorn. Aquest nucli d’aprenentatge es realitza, bé en visites familiars amb una infermera, diferent de la referent de la participant o, bé en el grup psicoeducatiu per a familiars de persones amb TLP. Les participants refereixen que consideren terapèutic que la família entengui i aprengui sobre el TLP per a poder-les ajudar.

Quan les famílies aprenen a millorar la comunicació emocional i, poden entendre el perquè de les conductes disruptives, és més probable que puguin actuar de forma efectiva en la resolució de les crisis. Quan les famílies aprenen, poden ajudar a la recuperació:

“y me parece brutal, porque el que el entorno sepa cuidarnos, esté informado y formado hace que yo pueda, que la recuperación se dé, ¿no?. Cuidando el entorno, porque yo no soy yo sola, yo soy yo y mi pareja y mis padres, bueno mi padre porque pasa de todo, aunque también conseguí que viniera a una entrevista familiar y súper bien. Pero que mi madre pueda hablar desde otro punto de vista o que se posicione de otra manera, ¿no?, eso es gracias, porque vino a un seminario, bueno ya lleva años viniendo, porque además lo bueno es que se le da un seminario pero luego hay un seguimiento” [Mónica/P4 - 4:83]

“mis padres, antes no entendían ciertas actitudes que yo tenía y, desde que vienen al grupo pues saben muchas cosas, saben, por ejemplo, como tratarme en ciertas situaciones” [Ruth/P9 - 9:31]

Aquest relat de les participants que destaca el valor que té que les famílies hagin pogut aprendre maneres d'ajudar-les, és un relat present, també, en les anotacions de les infermeres que escolten la veu de les usuàries i, com aquestes, valoren positivament l'aprenentatge i la millora en l'habilitat per a resoldre situacions d'alta conflictivitat.

“Hace 12 días tuvo una crisis disociativa con autolesiones (arañarse la cara) que manejaron de forma efectiva sus padres” [CI5-19102015]

“Nota que su padre ha cambiado en la comunicación con ella, y se siente más libre de explicarles las cosas” [CI6-27012015]

De les dades de les històries clíniques d'infermeria emergeix també les intervencions familiars realitzades buscant incidir en l'estil de comunicació familiar. La infermera proposa tècniques de comunicació específiques: la validació, la comunicació assertiva, la crítica constructiva en el marc de les intervencions psicoterapèutiques amb les famílies.

“Se detecta problemas de comunicación y se le hacen saber a la madre y la hermana, lo reconocen. La madre tiende a invalidar y recordar acontecimientos del pasado. Dificultades para identificar emociones de su hija tras actos impulsivos. Se muestran atentas y con deseos de cambio. Abordamos temas de forma superficial como características de TLP, invalidación, manejo emocional y crítica constructiva.” [CI3: 04032016]

“Acude puntual acompañada del padre. Al entrar solicita que comunique a su padre que le asigne un dinero para poder realizar pequeñas compras de

forma autónoma. Hablamos de las emociones de sus padres que les ha llevado a tomar estas decisiones. Comprende y así manifiesta que en el pasado no ha tenido la paciencia para superar la abstinencia de consumo. Asegura vinculación al CAS y abstinencia de tóxicos. Entra el padre. Hablamos de formas de llegar a acuerdos planificando pequeñas metas. Se les insiste en el discurso conjunto de los padres.” [CI4-02112017]

Alguna de les participants també assenyala la desinformació de la família que no assisteix a les activitats psicoeducatives destinades a familiars.

“no saben realmente, porque como no han hecho el grupo de familias, no vienen aquí y no saben lo que, si pueden saber lo que me pasa, pero como se ponen a leer cosas de internet y cosas de estas, pues no es lo mismo” [Viky/P1 - 1:83]

Les infermeres també recullen la preocupació d’algunes participants que voldrien que la seva família s’impliqués en el tractament.

“Intentando desesperadamente que su madre y hermana se impliquen en sus problemas y entiendan su situación actual. Está haciendo las demandas sin alterarse, pero se siente abandonada y desplazada.” [CI3-06022014]

I, en un altre sentit, també anoten quan és la mateixa usuària que no accepta la possibilitat que la família s’integri en el tractament.

“Explica miedos a no ser capaz de tener autonomía de gestión en el futuro y la desesperación por no ver apoyo ni preocupación de sus padres. Niega interés de sus padres ante su trastorno. Se le propone este tema con la familia. Se niega en rotundo. Exige no se le informe a nadie de su situación en el CSMA. Se le tranquiliza diciendo que mantendremos el secreto profesional. Inabordable tema de visita familiar en estos momentos.” [CI4-13122013]

2.2 - Construir un espai de confiança és l’essència de la relació terapèutica i, és imprescindible per a intervenir psicoterapèuticament. En el relat de les participants emergeixen elements que es relacionen entre ells i que integren el pilar de la confiança. Les persones amb TLP són altament sensibles a l’actitud dels altres i el llenguatge no verbal. No és casual, doncs, que emergeixin com a categories d’aquesta meta categoria aspectes referits a l’actitud, que elles perceben, de la infermera, com: la percepció de l’interès de la infermera i la percepció de l’empatia de la infermera. També sorgeix de les dades que per elles és molt important sentir que

la infermera acull el seu relat. Perquè, això, significa que té interès. No és menys important, percebre que la infermera té la capacitat d'empathitzar. Quan perceben interès i empatia, detecten l'escolta activa i senten que la infermera està present. És quan tenen la seguretat que aquests tres factors estan actuant que poden explicar les vivències i exposar pensaments, emocions, sensacions obertament a la infermera (vegeu figura 5).

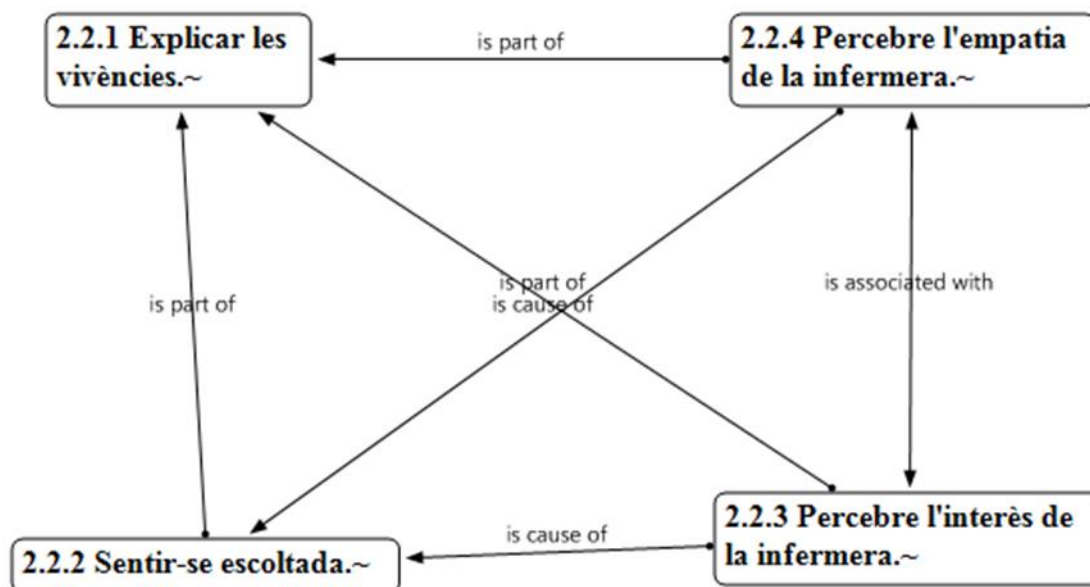


Figura 5. Mapa de relacions entre categories en la meta categoria CONSTRUIR UN ESPAI DE CONFIANÇA

2.2.1 - *Percebre l'interès de la infermera* és una categoria emergent que mostra de la sensibilitat que tenen per detectar l'actitud de l'altre. És emergent en les dades de les entrevistes amb les participants, el valor terapèutic que atribueixen a mostrar interès per la seva persona, la seva història i el seu malestar. Elles consideren que, percebre que un professional té interès, és imprescindible per a poder confiar en aquest professional.

Les participants detecten que la infermera té interès, mostra que té preocupació per la seva vivència, situació o conflicte.

“a ver, es un profesional, pero se nota que sí se implica con los pacientes, porque realmente notas que le importa lo que estás diciendo, le importa tu evolución. Que sí, que un profesional es un profesional, perfecto, hace su trabajo, perfecto, pero que se note esa..., a mi me hizo la salvación, como yo digo.” [Alba/P17 - 17:45]

“¿cómo punto fuerte?...como punto fuerte, bueno, sobretodo, el interés que poneis en las personas” [Isabel/P8 - 8:20]

Alguna participant aporta fets concrets com, poder recordar detalls mínims,

“le contaste algo de un exnovio hace tres meses y le dices —¿te acuerdas de esto?, y te dice —si—, y se acuerda realmente.” [Emma/P5 - 5:42]

Alguna participant afegeix que, en cap moment, li arriba cansament dels professionals.

“pero eso también lo señalaría como bueno ¿no?, el cansancio, nunca los veo, cuando me atienden, nunca los veo cansados” [Mónica/P4 - 4:99]

2.2.2 - **Percebre l'empatia de la infermera**, és la categoria emergent de l'anàlisi que recull com, les participants, són sensibles a la capacitat que té la infermera per mostrar-se empàtica. Perceben que la infermera les compren i les acull sense jutjar les seves conductes.

“y empatía, no ser juzgado, no sentirte, bueno a veces uno no lo hace conscientemente, pero nunca me he sentido juzgada, me he sentido súper comprendida, ya te digo, el tema de la empatía, fundamental” [Mónica/P4 - 4:25]

“els explico com em trobo, com em sento i enseguida capten què és el que m'està passant, o sigui, és com si poguessin posar-se dins meu i poguessin dir —ah! et passa això i això!—, o sigui, hi ha un bon nivell de... com ho diria? de comprensió, no?” [Sara/P6 - 6:19]

2.2.3 - **Sentir-se escoltada**, emergeix de l'anàlisi de les dades perquè li donen valor terapèutic. Sentir-se escoltada, és imprescindible per a que existeixi la confiança. Quan senten que la infermera té interès i pot empatitzar, està demostrant que escolta activament. Aquesta escolta activa és el que dona valor al seu relat i reforça que puguin obrir-se i confiar en la professional. Explicuen que sentir-se escoltades, per elles, és fonamental.

És aclaridor entendre La Teoria Biosocial de Marsha Linehan perquè centra part de la hipòtesi teòrica en la dificultat que han tingut i tenen per sentir-se escoltades.

Hi ha una elevada prevalença d'experiències invalidants en la història vital de les usuàries. Les persones amb TLP estan habituades a rebre missatges de desaprovació de la seva vivència emocional. És doncs, molt important, que els professionals donin respostes que validin les emocions proposant una comunicació constructiva. L'entorn invalidant és un entorn que no escolta el contingut emocional o minimitza l'expressió de l'emoció, buidant del valor comunicatiu que té per l'emissor. Per això, quan troben un professional que escolta tot el que elles expliquen amb interès, empatia i respecte, reben el missatge que poden confiar en que aquesta persona.

“sobretudo escuchada, o sea, no es un apoyo de —si, si, lo que tu digas—, no, me he sentido escuchada, me he sentido atendida, uno lo nota también, ¿no?, cuando le están diciendo, cuándo a uno le están dando la razón como a los locos, que digo yo (ríe).” [Isabel/P8 - 8:13]

“escuchada y al mismo tiempo, puedo hablar yo también de las cosas sin que me digan —anda, deja de decir tonterías— o otras cosas que me dicen en casa” [Emma/P5 - 5:10]

2.2.4 - **Explicar les vivències** és la categoria emergent de l'anàlisi de les dades, que mostra el valor terapèutic que les participants atribueixen al fet de poder parlar, poder explicar tot allò que els passa i volen explicar. Per a avançar en el tractament i disminuir el malestar necessiten explicar el que pensen, el que senten i percebre que les escolten amb interès i actitud empàtica.

“realmente, si no cuentas lo que te pasa y lo guardas todo, no puedes avanzar, entonces, pues eso, hablando con el” [Viky/P1 - 1:66]

Poder posar en paraules el seu malestar i organitzar un relat per explicar-ho, és un procés de reflexió i construcció d'un discurs que permet col·locar-se com observadora de la pròpia vivència i visualitzar-lo des d'una altra perspectiva.

“una vez lo verbalizas, las cosas pierden importancia, ¿no?. Primero se te hacen un mundo en la cabeza, pero luego cuando las verbalizas, pierden un poco de fuerza y, cuando pierden un poco de fuerza, te puedes enfrentar a ellas. Entonces, pues, junto con el enfermero, pues buscas... una solución o un camino para seguir y tal” [Emma/P5 - 5:15]

Algunes participants assenyalen també que tenir un espai on poder expressar-se és també millorar la seva capacitat d'autocura.

“jo estic molt contenta perquè a mi em va molt i a part em sento molt recolzada, no?. No sé, venir aquí i poder expressar lo que he viscut durant una setmana i mitja, dos setmanes, pues lo que he viscut i tal i poder-ho explicar i això, és una mica cuidar-me i, a part, aprenc coses noves” [Sara/P6 - 6:15]

2.3 - La meta categoria **La validació que apodera** és emergent en l'anàlisi i refereix les explicacions sobre com elles es senten valorades, es senten acompanyades i, com això les enforteix i fa sentir més responsables de la cura d'elles mateixes.

Quan la infermera les fa participar en les decisions i demana la seva opinió sobre la decisió d'un tractament, elles es senten validades. Les participants reben que la seva opinió té valor i és d'interès per a la infermera. Quan la infermera ofereix acompanyament mostrant disponibilitat i accessibilitat, està donant el missatge de presència, li transmet que quan necessiti ajuda, pot anar-la a buscar.

Tant donar participació en les decisions, com acompanyar són dos aspectes que faciliten que la usuària es senti reconeguda i validada. Aquests tres elements apoderen a la usuària perquè mostren com d'important és per a la infermera el que sent, el que pensa i les seves opinions. Transmetre aquest respecte per la persona i per la seva vivència és altament terapèutic (vegeu figura 6).

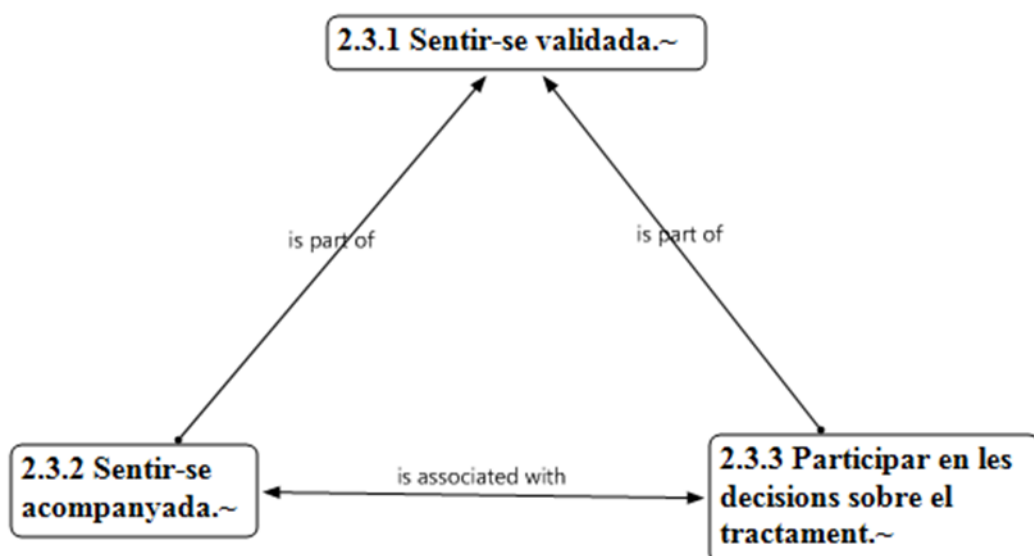


Figura 6. Mapa de relacions entre categories a la meta categoria LA VALIDACIÓ QUE APODERA

2.3.1 - *Sentir-se validada*, és la categoria emergent de l'anàlisi que es refereix a l'expressió de sentir-se reconegudes, respectades i valorades. Hi ha diferents formes de validació i, les que elles reconeixen són les següents.

La infermera valida emocions, pensaments i conductes, per tant dona valor a l'expressió lliure de la usuària. La validació és un concepte clau en la Teoria Biosocial en el mètode dialèctic que planteja M. Linehan. El mètode dialèctic és l'eina per aconseguir desenvolupar i millorar la capacitat d'autocura. La validació és el recurs dialèctic utilitzat per aconseguir comunicar a la usuària, de forma no ambigua, que la seva conducta té sentit. La validació té l'objectiu d'acollir l'expressió emocional de la usuària i, no encallar-se en la conducta disfuncional, d'aquesta manera s'enforteix la relació amb la usuària conduint-la cap a la relació terapèutica. (Linehan, 2003, p. 104)

Amb la tècnica de validació s'ajuda a flexibilitzar conviccions rígides de pensament que moltes vegades poden ser causades per les seves experiències traumàtiques anteriors o amb un entorn invalidant.

Les participants expressen la idea de que es senten valorades pels professionals.

“o sigui, que saps que estan darrera teu, i els importes i, això, per mi, és important” [Sara/P6 - 6:38]

“nunca se ha decidido nada sin consultármelo y “eso valida mucho, no?” [Mónica/P4 - 4:91]

En les anotacions de les infermeres, és emergent la validació. La validació és un terme utilitzat freqüentment, perquè és molt eficaç en la dialèctica de les visites psicoterapèutiques.

“Espontáneamente me explica que lo que realmente le preocupa es que no le acepten en el centro de día TLP, se emociona al contármelo. Hablamos de ello, se le validan emociones expresadas y realizamos plan de acción en caso de que no la acepten. Se relaja.” CI4-[31082015]

“Valido que haya acudido hoy a pedir ayuda de manera eficaz” [CI5-13102014]

En el relat de les participants assenyalen, negativament, que de vegades s'han trobat amb professionals que no els transmeten respecte, ni reconeixement com a persona, i, per tant, no validen, no donen valor.

“a urgències de l’hospital, si, unes quantes, però no té res a veure l’atenció quan vas a urgències. No et tracten com aquí, aquí et tracten com a persona” [Júlia/P3 - 3:40]

2.3.2 - ***Sentir-se acompanyada***, és emergent de les dades en un relat on reconeixen com la infermera té l’habilitat d’estar present per contenir, recollir l’expressió de la usuària i donar-li suport.

“em fan sentir que estic acompanyada, que no estic sola amb aquesta malaltia” [Sara/P6 - 6:23]

“es que hay decisiones en mi vida que se las comento a el. ¿Por qué?, porque el me conoce mucho, porque también es punto de que no es mi madre y no es familiar. Es directo ¿vale? y me conoce, y me va a dar un punto de realidad para bien, para mal o para todo” [Alba/P17 - 17:42]

2.3.3 - ***Participar en les decisions sobre el tractament*** mostra el reconeixement de que s’escolta l’opinió de la usuària i s’informa amb claredat i transparència respecte al seu tractament.

“en mis épocas más chungas, o sea, más sintomática a menos, siempre se ha tenido muy, muy, muy en cuenta mi opinión” [Mónica/P4 - 4:90]

“estava claríssim, una altra cosa positiva que vec, també la transparència. No et dona la sensació que aquest professional, que t’estan amagant coses, que és molt important! Que t’està amagant o quedant-se amb informació” [Anna/P2 - 2:80]

En aquesta categoria, també s’inclouen dades de les anotacions de les infermeres que registren a la història clínica l’opinió de la usuària respecte a les propostes terapèutiques que se’ls fa.

“No tiene clara la derivación al hospital de día” [CI5-11022015]

“Comenta que pensará en la posibilidad de aceptar centro de día, aún sabiendo que se estresará con el cambio.” CI4-[16012015]

Emergeix de l’anàlisi en aquesta categoria que, les participants indiquen que s’adonen que els professionals estan coordinats. Les participants coincideixen en que coordinar-se i

treballar amb objectius comuns en l'equip de salut mental o amb equips d'altres serveis és una mostra de respecte i interès pel cas que dona valor a la persona.

“he sido muy afortunada de haber dado con un equipo que ahora la Dra. Vila, que la tengo como psiquiatra, con el Jaime, aquí y hay una comunicación alucinante entre ellos, ¿no?. Bueno, es que esto es una cosa buena, ¿no?, la comunicación entre el equipo” [Mónica/P4 - 4:14]

Coincideix amb les anotacions de les infermeres que fan referència a la coordinació amb professionals d'altres serveis. Les coordinacions amb els professionals de l'equip es registren amb menys freqüència.

“Coordino caso con SRC-TLP (servicio de rehabilitación específico) para hablar de la futura alta de su servicio y su proyecto comunitario posterior” [CI5-02022017]

“Igualmente, para mantener la abstinencia solicitamos visita de soporte en CAS, que ella acepta motivada. Coordino el caso y marcamos objetivos conjuntos.” [CI3-08022012]

4.4 Dimensió III - El *saber fer* de les infermeres de salut mental

El *saber fer* o *know how* es descriu com l'habilitat d'una persona o organització per a desenvolupar les seves funcions (Cambridge Dictionary, 2018). Forma part del coneixement a partir de l'experiència i respon a criteris de qualitat.

En aquesta recerca, centrada en la perspectiva de les persones afectades de TLP, les dades analitzades mostren que les accions i actituds de la infermera són pràctiques que les participants consideren terapèutiques perquè les participants n'han tingut bons resultats. Les participants atribueixen a la infermera habilitats i coneixements que els han afavorit la disminució del malestar, durant el procés psicoterapèutic.

En el cas de les persones amb TLP, les participants d'aquesta recerca han aportat claredat sobre quins són els recursos d'infermeria de salut mental que elles reconeixen que tenen valor psicoterapèutic. Els recursos identificats integren les dues meta categories d'aquesta dimensió: les atribucions a l'actitud de la infermera i els coneixements especialitzats

4.4.1 - Les atribucions a l'actitud de la infermera és la meta categoria emergent de l'anàlisi que recull l'actitud de la infermera, que les participants consideren psicoterapèutica. Elles assenyalen trets diferencials en el tracte per part de les infermeres i ho anomenen qualitats humanes. Es refereixen a: saber donar confiança, no jutjar, utilitzar el sentit de l'humor i facilitar l'accessibilitat.

Les categories no jutjar, la utilització del sentit de l'humor i facilitar l'accessibilitat, són facilitadores de la categoria saber donar confiança i confiar. I conjuntament són les atribucions a l'actitud terapèutica de la infermera (vegeu figura 7).

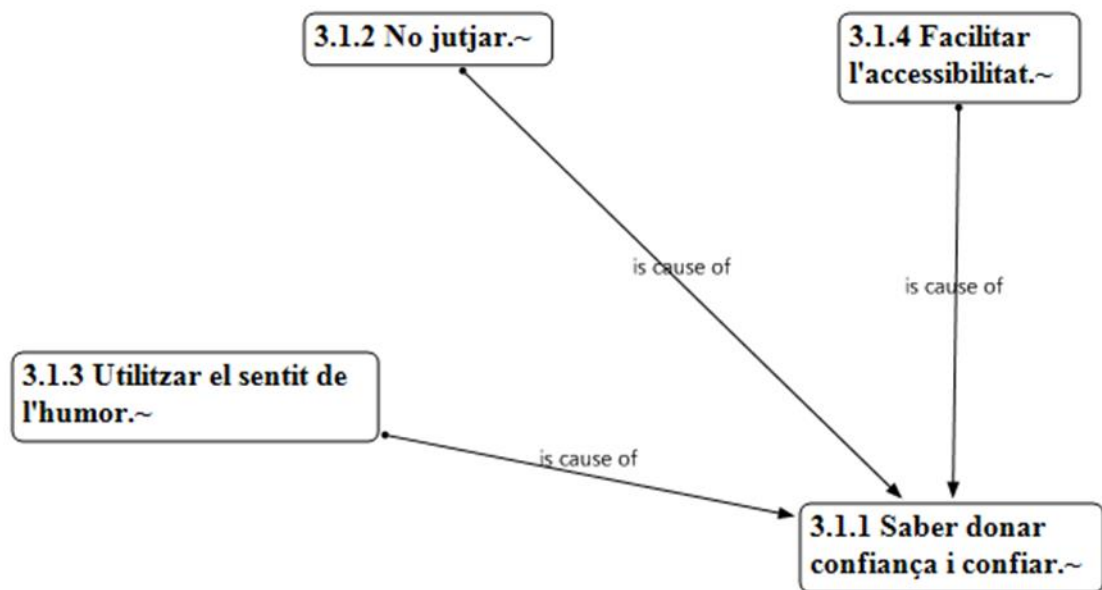


Figura 7. Mapa de relacions entre categories a la meta categoria LES ATRIBUCIONS A L'ACTITUD DE LA INFERMERA

3.1.1 - **Saber donar confiança i confiar** emergeix de l'anàlisi com una actitud que la infermera mostra a les participants. La infermera aconsegueix donar confiança i, a la vegada, mostrar que té confiança en les possibilitats de millora de les usuàries. Les participants valoren positivament poder dipositar confiança en algú. Coincideixen en necessitar que les escoltin per explicar les seves experiències íntimes. D'aquesta manera la infermera pot conèixer què els passa i pot ajudar-les. Queda clar que si la infermera no aconsegueix que la participant confiï, no podrà ajudar-la o intervenir psicoterapèuticament. Afirmen que sense confiança no és possible un procés psicoterapèutic.

“Si no hay confianza, tú no puedes explicar las cosas con claridad y el profesional tampoco es adivino para poder saber lo que a ti te pasa.

Entonces, si creo, que es fundamental la confianza entre profesional y paciente” [Ruth/P9 - 9:12]

Les participants també necessiten percebre que la infermera confia en les seves possibilitats de recuperació.

“Y, yo creo, que era una confianza que nos hemos tenido que ganar los dos mutuamente” [Alba/P17 - 17:51]

“Yo siempre digo que ellos han tenido mucha fe en mi, esto te retroalimenta para seguir porque, a veces, tu no tienes ni fe en ti misma. Pues sí, tener fe, en el sentido de tener confianza. Igual que yo digo que, para mi, ha sido fundamental encontrar confianza, pues, que ellos también tenían como confianza. Al revés, que tenían confianza en mi.” [Mónica/P4 - 4:68]

Les infermeres que confien en el tractament, transmeten la idea de que val la pena seguir treballant, de que l'esforç no és en va.

“la actitud de eso, de no, no, no cansarse. Entonces, es eso lo que te digo, si a mi me están transmitiendo todo eso de bueno... es querer seguir luchando, ¿no?” [Mónica/P4 - 4:100]

3.1.2 - En el relat de les participants és emergent la categoria **No jutjar**. Les participants relaten com han pogut explicar les seves vivències sense sentir-se jutjades. Elles tenen consciència d'explicar situacions difícils d'entendre per l'oient, que en moments són relats que poden tenir una càrrega molt negativa o, inclús, reprovables socialment, però donen valor terapèutic a que la infermera escolti sense jutjar.

No jutjar, requereix que la infermera tingui consciència de la contratransferència. Com s'ha introduït en el capítol 1, la contratransferència és un concepte psicoanalític, aportat per Freud, que utilitza per denominar les reaccions, actituds, pensaments i idees que, de manera inconscient, afloren en el terapeuta com a resposta a la transferència. La transferència és el concepte que explica que els afectes orientats originalment als pares, germans, persones significatives en la infantesa, es mantenen en la vida adulta i es transfereixen a escenaris actuals. La forma de relacionar-se amb els pares en la infantesa es una forma de relacionar-se que es reproduïx en la vida adulta i, per tant, s'exposa en la relació terapèutica. La contratransferència és la resposta del terapeuta a la transferència (Stuart, 2006, p. 51). El terapeuta ha de tenir

consciència d'aquest fenomen de transferència per a poder respondre terapèuticament apartant-se de la resposta de contratransferència.

En l'escenari de les infermeres i les persones amb TLP, requereix que les infermeres tinguin coneixements d'aquesta dinàmica relacional i no actuïn contratransferencialment, quan la usuària exposa situacions que són difícils de comprendre i acceptar. La resposta de contratransferència seria la reactiva a l'estímul que produeix la transferència de la usuària.

La resposta terapèutica consisteix en reflexionar, sense jutjar i anar a explorar l'emoció que desencadena la conducta. La resposta consisteix en no respondre a l'estímul que pot resultar provocador i, buscar la resposta que validi l'emoció que ha generat aquesta conducta.

“puedes decirle absolutamente todo, todo, la burrada más grande que te haya pasado, que hayas hecho, que te haya pasado, que hayas pensado, que hayas dicho, que...cualquier cosa. La burrada más grande se la puedes decir y no te juzga, sencillamente te escucha” [Emma/P5 - 5:14]

“Però la tranquil·litat aquesta que em dona el Jaime, quan vinc aquí, de dir-li tot, lo que ni tan sols a la meva parella li puc dir, doncs em dona tot, em dona la vida, perquè no em jutja, perquè tot és humà. Les coses que fem els humans, per definició, ens equivoquem i jo m'arrepenteixo, jo tinc prou clarividència per veure les coses que he fet bé i les coses que he fet malament. I llavors, jo m'arrepenteixo i em fustigo molt i ell em diu —deixa de fustigar-te perquè no treus res d'això— i, això, em dona molta tranquil·litat.” [Esther/P16 - 16:33]

3.1.3 - **Utilitzar el sentit de l'humor** es una categoria que emergeix de les dades de les entrevistes com a element facilitador de la relació terapèutica. El primer element distintiu que apareix en el discurs de les participants és l'humor relacionat amb sentiments de protecció i acceptació. L'humor ajuda a crear un espai terapèutic on poden sentir-se tranquil·les, expressar les seves emocions amb autenticitat i poden experimentar l'apropament, la confiança i la tranquil·litat amb la infermera.

Les participants coincideixen en que l'humor ha estat present en les visites i ha sigut clau per poder establir una relació terapèutica. L'apropament i la mostra d'autenticitat de la infermera amb la utilització de l'humor és, el que convenç a la participant que s'ha creat un vincle.

“bueno, a ver, el momento era el mismo cuando llegué aquí, era heavy, era un momento heavy, pero no pude, no pude conectar con ..., allí también me llevaba una psicóloga, llevaban a mi madre también en el seminario de familias, pero yo no hice allí el clic. No hice el enganche, porque tiene que haber un enganche si o si, que es lo que hizo Jaime. A mi me engancho Jaime, vas a flipar, por el sentido del humor” [Mónica/P4 - 4:37]

Les participants expliquen que riure i somriure té un efecte relaxant en les visites. Riure i somriure les ajuda a sentir-se alleugerides i a tranquil·litzar-se. Poder riure, durant la visita amb la infermera disminueix la tensió emocional.

“una vez le regalé un libro del humor en el ámbito asistencial, o algo así, porque claro, no con todos, no con todas las personas del trastorno mental puedes utilizar el humor, cero. Ahí estuvo rapidísimo y súper hábil, porque en aquella sesión, porque como que yo venía con perspectiva cero, a cumplimentar un trámite. Y ya está, me engancho, yo no me acuerdo que le dije porque sé que venía con una soberbia muy bestia y muy frustrada, porque detrás de esto había mucho dolor, mucha tristeza y cuando te sientes incomprendida, te sientes más loca también. Entonces, cuando no sé que me dijo que hizo sonreír o soltar una carcajada, era como —uffff—, me tranquilicé” [Mónica/P4 - 4:38]

Les participants relaten que utilitzar l’humor és positiu per a la reflexió. Utilitzar l’humor i riure permet allunyar-se de l’emoció negativa inicial i això ajuda a obrir-se a una altra perspectiva. L’humor ajuda a descontextualitzar una situació i tenir una altra comprensió del problema.

“moltes vegades ens posem a riure i em ric jo també, perquè penso —mira, li acabo d’explicar això i se’n està enfotent i, jo també hauria de riure perquè és per riure. Jo no m’estava rient en aquell moment perquè per mi no tenia gràcia i, però el veig a ell descollonant-se i penso —no, si és clar, si és que és per riure—” [Maria/P7 - 7:31]

La utilització de l’humor és un element revelador de l’autenticitat de la infermera, permet a la participant veure-la propera i sentir que té interès en la seva persona. El sentit de l’humor ha sigut un element conductor de la continuïtat del tractament gràcies a la confiança dipositada en la infermera.

“yo tenía la confianza muy rota, muy tocada, empecé a confiar también en los profesionales, yo creo que esa sesión fue total, de decir —¡venga, va!—, es lo que me hizo repetir, yo hablo del sentido del humor.” [Mónica/P4 - 4:135]

El sentit de l'humor i poder riure a les visites amb la infermera, ajuda a la usuària a tenir confiança i sentir que la infermera és capaç d'empatitzar. Afegir diversió durant l'entrevista ajuda a la usuària a percebre que la infermera és una persona en la qui pot confiar.

“pues sobretodo, el hecho de poder tener esa confianza con el y, la empatía que tiene también y, no sé, lo veo más como ...no sabría como explicarlo...tiene un punto así divertido, que, la verdad, que también ayuda, no sé (sonríe)” [Ruth/P9 - 9:20]

3.1.4 - **Facilitar l'accessibilitat** és la categoria emergent de l'anàlisi, que explica com les participants reconeixen la seguretat de saber que seran ateses i això els proporciona tranquil·litat. A més a més de les visites regulars amb els professionals referents de l'equip de salut mental, s'ofereix a les usuàries la possibilitat de trucar per telèfon o anar al CSMA dins l'horari d'atenció i sol·licitar visita d'urgència en cas de crisi. Quan utilitzen aquest recurs generalment sol·liciten l'atenció del professional amb qui tenen millor vinculació i es senten més referenciades.

“o si tengo ansiedad, tener la posibilidad de venir aquí, yo creo que te crea un poco menos de ansiedad. Porque saber que decir —bah! pues estoy muy nerviosa, pues me voy—, ya simplemente con saber que puedo venir, yo creo que el nivel, un poco, de la ansiedad, baja. A veces, he llamado y he venido y, otras veces, no, pero, bueno, saber que tengo, a mi me ayuda” [Alba/P17 - 17:59]

“en las visitas me lo dice, cuando ya estamos terminando, que si necesito cualquier cosa, que me pase o que le llame y, eso, pues también ayuda bastante” [Ruth/P9 - 9:23]

Aquesta categoria també recull la idea que l'elevada freqüència de les visites és un factor positiu per a la seva bona evolució. Les participants expliquen com la freqüència de visites varia en funció de la seva estabilitat, quan estan més inestables, necessiten visites més freqüentment, i després es van espaïant a mesura que l'evolució és favorable.

“la frecuencia, a mi, ha habido años, o épocas, porque consideran que dependiendo de la época que tengas, pues más atención o más frecuencia de visitas” [Mónica/P4 - 4:16]

“depenent en funció de com estava, al començament eren molt sovint, després eren més espaciabls i, bueno, si tenia alguna urgència venia o trucava i, sempre m’atenia molt bé. I, sempre, si tenia algun problema, m’ajudava i, si ell no hi era, m’atenia qualsevol altre” [Júlia/P3 - 3:37]

Les infermeres també recullen aquestes informacions a la història clínica. Moltes vegades és la infermera qui atén la urgència, avança la visita o atén la trucada telefònica.

“Llama de urgencia su referente de servicio de rehabilitación por crisis de autoagresividad en contexto grupal de actividades. Adelanto hora para esta semana.” [CI5-08012013]

“Se le recuerda la posibilidad de acudir de urgencia. Cito en 3 semanas”
[CI4-16012015]

3.2 - Els coneixements especialitzats és la meta categoria emergent de l’anàlisi que inclou les referències al valor de la infermera de salut mental de tenir formació especialitzada en el TLP. D’una banda consideren que aquest és un valor afegit respecte d’altres serveis on no hi ha una formació especialitzada, perquè destaquen que això permet que les compreguin millor. D’altra banda, però, també afegeixen que la formació no ho és tot, ni tan sols la disciplina. Les participants consideren que ser un bon professional i tenir sensibilitat està relacionat amb l’actitud personal del professional, més que en la formació acadèmica (vegeu figura 8).



Figura 8. Mapa de relacions entre categories a la meta categoria ELS CONEIXEMENTS ESPECIALITZATS

3.2.1 - La formació especialitzada en TLP amplia els coneixements dels professionals sobre aquest trastorn. Aquesta categoria, sorgida en l’anàlisi, explica que les participants valoren

que el professional especialitzat i, en concret la infermera, coneix millor els mecanismes de defensa psicològics més freqüents amb persones amb TLP, i això juga a favor a l'hora de realitzar una intervenció psicoterapèutica. La creença que aquestes persones són “pacients difícils” va en detriment de poder escollir intervencions que ajudin. Quan la transferència és “pacient difícil”, s'activa l'actuació de contratransferència si no hi ha coneixements sobre TLP. En alguns casos, les infermeres poden sentir por, ansietat i sentir-se manipulades. En canvi, si coneixen que la conducta TLP té una explicació profunda que cal abordar per connectar amb l'emoció causant, facilitarà a la infermera, buscar una alternativa i no actuar la contratransferència que produeixi la usuària (Dickens et al., 2016a).

Les participants s'adonen que el tracte amb professionals especialitzats és diferent i l'actitud és respectuosa cap a la usuària.

“en aquest sentit, els professionals que tracten amb mi, els veig persones molt ben formades” [Sara/P6 - 6:17]

“yo veo fantástico que los últimos años se hayan tenido espacios para hacer una terapia para TLP. Realmente hace diez años yo ya estaba diagnosticada, bueno, medio diagnosticada, y no había eso. Se agradece muchísimo que no vayamos tan perdidos, ni vosotros como terapeutas, ni nosotros como enfermos” [Alba/P17 - 17:73]

Algunes participants presenten situacions en les que s'han trobat amb infermeres que no són sensibles al seu patiment, que és l'explicació que fan elles de l'actuació de la contratransferència de la infermera.

“perquè de fet, com infermer, si, ens podem fer autolesions, podem vomitar, podem fer mil coses, però te'n pots anar al CAP, pots anar d'urgències, no? i, hi ha tants infermers estúpids que no et donen empatia...” [Laura/P10 - 10:40]

3.2.2 - Les intervencions psicoterapèutiques de la infermera de salut mental és un tema complex que també emergeix de les entrevistes amb les participants. Elles expliquen que sovint anomenen o han anomenat a la infermera, psicòleg. Plantegen que els costa veure la diferència entre la infermera i el psicòleg perquè no tenen ben definit quines activitats són pròpies de la infermera, de la infermera de salut mental o del psicòleg.

Algunes participants verbalitzen idees vagues i poc ajustades sobre quines són les competències d'una infermera.

“yo pensaba —¿el enfermero que hace?—, cuando te pones mal, ¿yo que sé! (rie), te hace el “boca a boca” o, no sé. Pero lo que hace él abarca muchas más cosas” [Viky/P1 - 1:52]

També expressen que identifiquen en la infermera utilitza recursos de comunicació per intervenir amb les usuàries i les famílies.

“el enfermero, pues puedes hablar con él, que también es otra forma de ayudar. La terapia de grupo de los padres, eso creo que es lo que más ayuda, el hecho de que les hagan entender ciertas cosas a los padres y que luego en casa sepan tratar ciertas situaciones” [Ruth/P9 - 9:26]

La infermera especialista en salut mental utilitza tècniques comunicatives per intervenir amb activitats psicoterapèutiques i te coneixements especialitzats en TLP. Aquest és un tema difícil d'entendre per les participants perquè desconeixen les diferents especialitats de la infermeria i, les tècniques comunicatives les relacionen, més aviat, amb la psicologia. La infermera és qui intenta explicar i descriure quines són les competències de les infermeres de salut mental.

“porqué con Jaime tengo un vínculo brutal, o sea, brutal. Ha sido la persona que más que cualquier otro psicólogo, la figura, yo siempre digo psicólogo y me dice —no me digas psicólogo que no lo soy— y, es verdad y me costaba entenderlo y ahora entiendo” [Mónica/P4 - 4:12]

També mencionen que no consideren important quina és la disciplina del professional que les atén, la necessitat de tractament del seu malestar busca l'escolta, però no busca un professional concret.

“a mi m'era igual que fós un enfermer, que fós un psicòleg, que fós un psiquiatre, com si volia ser un pallaso del circ, m'era igual...” [Anna/P2 - 2:44]

Consideren que les habilitats que té el professional per a ser considerat “bon professional” no depenen de la titulació acadèmica o disciplina professional, si no de qualitats personals.

“porque eso, me habían derivado aquí y era...pfff, venía muy quemada. Porque yo creo que cuando se me fue esta chica de Martorell, esta psicóloga, yo hice también una recerca ¿no?, y tuve malas experiencias, con esta psicoanalítica, malísima experiencia, mmmmm. Pero da igual, no lo digo por el tema corrientes, por la persona, a veces, es mucho más la persona” [Mónica/P4 - 4:35]

“què no m’encaixa?, és que, a ver, si no fos infermer.... és que crec que no té res a veure, perquè crec que té més a veure amb la persona en si, no?” [Laura/P10 - 10:39]

D’aquesta manera, es confirma que les intervencions d’infermeria han estat psicoterapèutiques. La vessant psicoterapèutica de les intervencions de les infermeres de salut mental són evidents, malgrat el no reconeixement disciplinar.

5.1 Introducció

Aquest capítol, té per objectiu donar sentit als resultats obtinguts i exposats en el capítol anterior. D'una banda, es relaciona els resultats amb la literatura empírica existent sobre intervencions de les infermeres especialistes en salut mental amb persones amb TLP. De l'altra, s'estudiarà la relació entre els resultats i la literatura teòrica, a la llum dels models teòrics descrits en el capítol 2. L'explicació d'aquest capítol seguirà l'estructura desenvolupada en el capítol 4. Descripció dels resultats.

De forma general, els resultats confirmen que les infermeres interaccionen amb les persones amb TLP a través de la relació terapèutica per a realitzar intervencions que resultin psicoterapèutiques. Les teòriques d'infermeria que conceptualitzen sobre la relació terapèutica, relació d'ajuda, aliança terapèutica, relació de treball, entre d'altres, parteixen de la idea bàsica i principal que, per dur a terme el propòsit infermer, cal establir una relació interpersonal entre la infermera i l'usuari (Werner & Rouslin, 1996, p. 457). Aquesta relació té característiques de terapèutica tal com assenyalen Zugai et al. (2015), perquè pretén solucionar o disminuir el malestar de salut de l'usuari a partir del respecte entre iguals i el treball amb objectius de salut comuns (Peplau, 1990, p.8).

Les dificultats de la relació terapèutica amb persones amb TLP, és un tema revisat que presenta conclusions relacionades amb la dificultat de les infermeres de salut mental per establir una relació terapèutica. Però hi ha autors que conclouen que cal conèixer les necessitats de les persones afectades per planificar intervencions d'acord amb aquestes i, que els prejudicis poden disminuir quan es desenvolupa la comprensió cap a les actuacions d'automutilació i donant espai al diàleg (Avery, i Bradshaw, 2015; Bland et al., 2007; Bodner et al., 2011; Dickens et al., 2016a; Dickens et al., 2016b; Forsyth, 2007; Giannouli et al., 2009; Hauck et al., 2013; Holm i Severinsson, 2011a; James i Cowman, 2007; Jones, 2012; Langley i Klopper, 2005; Ma et al., 2009; Mack i McKenzie Nesbitt, 2016; McNee et al., 2014; O'Connell i Dowling, 2014; Pack et al., 2013; Warrender, 2015; Weight, i Kendal, 2013).

Els resultats d'aquesta recerca assenyalen diferències importants respecte a la bibliografia revisada. Aquests assenyalen que s'ha establert una relació terapèutica consistent i s'ha desenvolupat un procés psicoterapèutic que ha possibilitat la disminució del malestar de les persones amb TLP. Tot seguit es presenta la discussió d'aquests resultats.

El procés s'inicia amb el desconeixement sobre què és el que els està passant, i finalitza amb la disminució del malestar que relacionen amb el TLP. Aquest relat descriu tot el procés psicoterapèutic, tal i com l'experimenten les persones amb TLP.

L'elevada presència de malestar i patiment caracteritza l'inici del procés psicoterapèutic. Posteriorment, l'explicació de les participants es centra en com han anat coneixent, identificant i acceptant el seu TLP. Les participants donen a conèixer els moments viscuts i experiències que les ha anat ajudant a ser conscients que s'ha produït un canvi respecte a l'inici. Les tres meta categories de la dimensió són: *El desconeixement del malestar*, *El reconeixement del trastorn* i *La disminució del malestar*. Sobre aquests resultats s'intentarà fer una revisió de l'actualitat sobre la relació terapèutica i el procés psicoterapèutic en la pràctica de les infermeres de salut mental i es presentarà les connexions amb les teories de la infermeria descrites en el marc teòric.

En tot aquest procés psicoterapèutic, les participants han reconegut *Allò que és psicoterapèutic*. En la dimensió II aporten molta informació respecte al que ha estat principal per a poder realitzar canvis d'actitud i conductuals. De les dades emergeixen tres grans nuclis o meta categories: *L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut*, *Construir un espai de confiança* i *La validació que apodera*, com elements claus que han forjat el canvi en el procés psicoterapèutic. D'una banda, es presentarà l'actualitat de la revisió pràctica. D'altra banda, s'il·lustrarà el resultat de l'anàlisi a la llum de les teories i models d'infermeria.

La tercera dimensió emergent de les dades tracta *El "saber fer" de les infermeres de salut mental*. Les participants assenyalen l'actitud i els coneixements de les infermeres que identifiquen com facilitadors del procés de disminució del malestar. Els coneixements sobre TLP, els consideren que són un valor afegit als coneixements propis de les especialistes de salut mental. L'actitud de les infermeres de salut mental, és un altre valor afegit que consideren clau per a la consecució dels objectius de disminució del malestar. Les aportacions de la recerca actual sobre l'actitud de les infermeres permetrà contrastar diferents visions i resultats. La teoria infermera aporta claredat sobre la importància de l'actitud per desenvolupar una relació terapèutica efectiva i resolutiva.

5.2 Discussió i interpretació dels resultats

5.2.1 Dimensió I - El canvi o el procés psicoterapèutic

Els resultats obtinguts de l'anàlisi mostren que l'experiència de canvi ha consistit en arribar a la comprensió del trastorn, desenvolupar recursos personals per gestionar-lo i, aconseguir la disminució del malestar assolit per les participants. Aquest és el procés psicoterapèutic conduït per la infermera, a través de la relació terapèutica, que han relatat les participants.

Conèixer com s'ha produït aquest procés respon al primer objectiu específic de recerca. L'interès de l'objectiu es centra en poder descriure el camí que les participants han realitzat amb la infermera en la relació terapèutica, per definir com s'ha produït el canvi i donar valor als coneixements, habilitats i actitud de la infermera que han intervingut en el procés psicoterapèutic.

És pertinent, recórrer a la Teoria de les Relacions Interpersonals en Infermeria de H. Peplau per entendre, des del coneixement teòric, la relació terapèutica entre les usuàries amb TLP i les infermeres de salut mental. Els resultats informen de tres diferents fases del procés de canvi: el desconeixement del malestar, el reconeixement del trastorn i la disminució de malestar. La teoria de Peplau descriu que el procés d'infermeria és un procés d'aprenentatge i, terapèutic, que procura la satisfacció de les necessitats no satisfetes en el passat perquè fa possible un creixement continuat i l'adaptació de la personalitat (1990, p. 8). En la present recerca es produeix el procés d'aprenentatge i terapèutic sobre el trastorn TLP perquè queda descrit el recorregut des d'un inici de desconeixement fins a un final on s'assoleix la maduració i l'adaptació de la personalitat. El canvi s'ha produït a nivell de conductes i actituds, aconseguint resultats constructius i positius respecte a la gestió del TLP (Rogers, 1981, p. 31).

La relació terapèutica és un procés terapèutic que es diferencia en quatre fases, segons Peplau: orientació, identificació, explotació i resolució. La fase d'orientació, és la fase inicial on la persona que té un trastorn de salut té una necessitat sentida, però que no pot comprendre i que constitueix, sovint, el primer pas per sol·licitar assistència o ajuda. (Peplau, 1990, p. 17). Aquesta fase es correspon amb la fase de desconeixement del malestar, on la usuària sent un malestar que no entén i no pot posar en paraules, però és el motiu de la demanda d'ajuda.

En la fase d'identificació, l'usuari comença a aclarir què li pot oferir la situació i respon, selectivament, a les persones que poden donar-li l'ajuda que necessita (Peplau, 1990, p. 25). Quan la infermera permet l'expressió de l'usuari i li ofereix l'ajuda que necessita, aquest pot

reorientar els sentiments i reforçar els elements positius de la seva personalitat. Les infermeres també han de tenir en compte que, les experiències traumàtiques en les relacions interpersonals del passat de l'usuari, poden afegir dificultat per a poder desenvolupar una relació que sigui terapèutica (Peplau, 1990, p. 26). El reconeixement del trastorn, descrit en els resultats, és coincident amb aquesta fase. És aquí on es produeix la identificació dels símptomes, perquè troben una explicació en el diagnòstic de TLP i, poden relacionar-los amb les vivències de malestar. Aquesta connexió entre la vivència personal i els criteris diagnòstics descrits en la taxonomia, els ajuda a entendre i a acceptar el trastorn, en l'aprenentatge que realitzen amb la infermera. Aquesta associació es produeix perquè la infermera permet l'expressió lliure de sentiments, que valida, sense jutjar i, els compara amb el que està referenciat a la taxonomia. D'altra banda, és també coincident amb la definició de Peplau, que les participants han respost, selectivament, a la infermera.

En la fase d'explotació, s'ha produït la identificació amb la infermera que pot reconèixer i comprendre les relacions interpersonals de la situació i, l'usuari fa ple ús dels serveis que se li ofereixen (Peplau, 1990, p. 32). Aquesta fase és coincident amb la disminució del malestar descrita als resultats. És en aquest període quan les usuàries s'adonen que estan millor, que es coneixen millor, que els símptomes cedeixen i que ha estat necessària la motivació per voler canviar i el reconeixement del seu entorn en el treball que estan realitzant, per aconseguir que disminueixi el malestar. És en aquesta fase que s'adonen del rendiment obtingut per l'esforç realitzat.

La fase de resolució, que descriu Peplau, és l'alliberament gradual de l'usuari de la identificació amb les persones que li han proporcionat ajuda i, la creació i la fortalesa de la capacitat per actuar de forma autònoma (Peplau, 1990, p. 33). El període de disminució del malestar és el previ a la fase de resolució, és una condició *sine qua non* per arribar a una fase de resolució. No obstant, en els resultats no s'han obtingut dades que es puguin relacionar directament amb la fase de resolució, tal com la defineix Peplau. Si que en la recerca es fa referència al procés de disminució de la freqüència de visites i l'alta del grup psicoterapèutic com elements de millora. És important entendre que les persones amb aquest diagnòstic, malgrat es sentin més estables, és convenient que mantinguin la vinculació terapèutica continuada amb la infermera i l'equip de salut mental. És a dir que es manté la vinculació terapèutica, encara que es disminueix la intensitat de l'atenció. No es produeix una finalització de la relació terapèutica en el sentit que defineix Peplau.

De les dades emergents de recerca es descriu el procés psicoterapèutic que ha estat efectiu per a disminuir el malestar de les participants que pateixen TLP. I, en aquesta dimensió, tres meta categories que inclouen tretze categories, descriuen com s'ha desenvolupat tot el procés. L'intent d'argumentar el procés psicoterapèutic en les teories i models d'infermeria, és coincident amb la proposta de Correia Sampaio et al. (2018) de treballar amb l'orientació de desenvolupar un model d'intervenció psicoterapèutica de les infermeres de salut basat en teories i models infermers (p. 140).

El model que s'adequa millor als resultats perquè permet fonamentar el procés psicoterapèutic d'infermeria per a persones amb trastorn mental és la Teoria de les Relacions Interpersonals de Peplau. Tot seguit es presenta les meta categories i categories d'aquesta dimensió i, s'explica la connexió amb la perspectiva filosòfica de Barker. Diferents autors integren el llibre editat per Barker: *The craft of caring*, que aporta coneixements d'infermeria de salut mental des de la perspectiva de Phil Barker (Barker, 2009).

El desconeixement del malestar és la fase inicial, on les participants recorden les seves vivències de patiment i la falta de comprensió sobre el que els succeïa. En aquesta fase tenen vivències de malestar intenses, reaccions, conductes i sentiments desajustats respecte a les d'altres persones. S'adonen que la seva capacitat d'autocontrol és mínima i, per tant, tenen conductes que, en molts casos, són socialment reprovables. Per això, elles mateixes, fan l'atribució de "tenir mal caràcter".

En les dades s'identifica que totes les participants tenen en comú ***L'experiència de malestar prèvia al diagnòstic TLP***. És la veu emergent de l'angoixa que senten de no saber què els passa. Si aquest és un període llarg, com en alguns casos, la incertesa creix perquè s'allarga en el temps. També és un període d'acumulació de vivències a les quals no troben explicació. És coincident amb la fase d'orientació de Peplau (1990, p. 17) i la fase orientativa descrita per Reynolds (2009, p. 313). Destaca però, que amb les persones amb TLP té un matís negatiu quan el període previ al diagnòstic és llarg, perquè això causa l'augment i acumulació de malestar. És preocupant, que les persones amb TLP demanin ajuda professional i tinguin una resposta desencertada. La necessitat d'ajuda insatisfeta ocasiona més desconcert i, empitjorament del malestar. Buscar estratègies de vinculació que donin respostes a la demanda d'ajuda d'aquestes persones, pot alleugerir patiment i, al mateix temps, disminuir cost-efectivitat dels serveis de salut (Clarke, Jinks, Huband & McMurrin, 2014, p. 27). El contacte amb la infermera, en aquesta recerca, ha afavorit una vinculació amb l'equip de salut mental, que ha estat decisiva i resolutiva de la demanda de la usuària.

Els resultats inclouen la categoria *La incomprensió del malestar* que presenta el relat del malestar. Una qüestió destacable és la confusió que expressen, relativa a l'origen de les seves pròpies dificultats. Les participants senten un malestar que sovint va associat a conductes disruptives autolesives, però també poden ser conductes hetero agressives i socialment reprovables, coincidint amb González, Igoumenou, Kallis i Coid (2016). En aquest cas, el malestar és activador de la demanda d'ajuda perquè en desconeixen la causa i l'inici del procés psicoterapèutic. Les participants també refereixen que no saben que l'agressivitat podia ser deguda a un problema de salut i, l'atribueixen a tenir "mal caràcter". Coincideix amb l'afirmació de Peplau, que amb el primer pas d'una experiència dinàmica d'aprenentatge pot seguir, un pas constructiu de creixement personal i social (Peplau, 1990, pg. 17). El malestar és, activador de la demanda d'ajuda i, l'inici del procés psicoterapèutic. Corroborava l'afirmació de Rogers de que l'orientació psicoterapèutica només pot tenir èxit quan existeix un conflicte entre els desitjos i les necessitats de l'individu que el porten a demanar ajuda (Rogers, 1981, p. 57).

Peplau defineix el malestar com la lluita interna produïda entre les necessitats insatisfetes degut a obstacles que interfereixen poder-les satisfer. Aquests obstacles poden ser externs o interns. Els interns poden causar-los conflictes psíquics (1990, p. 123). En el cas de les participants, el TLP és un obstacle intern que dificulta i frustra seguir la seva vida: estudis, treball, relacions interpersonals, etc. Quan els conflictes i frustracions són freqüents i intensos, augmenta la tensió interna proporcionant energia. Aquesta energia pot generar conductes que intentin disminuir la tensió, però poden ser conductes que per altres persones siguin inapropiades.

En alguns casos, el malestar no és evident i es manifesta a través de problemes somàtics que són el motiu de consulta. El Trastorn de somatització és la manifestació d'impulsos, angoixes o conflictes psíquics inconscients per mitjà de símptomes orgànics o funcionals. La negació del component psicològic de la malaltia pot portar a buscar una resposta de causa orgànica, presentant trastorns orgànics que emmascaren trastorns psiquiàtrics o psicològics de fons (Stuart, 2006, p. 286). És freqüent, en persones amb TLP, la presentació de símptomes o trastorns físics que milloren en tractar-los també amb suport psicològic.

En altres casos el malestar ocasiona nombroses visites a serveis d'urgències, que solucionen puntualment la crisi. Les dades mostren que les participants i les seves famílies passen per diferents serveis abans d'arribar al servei especialitzat adequat.

El contacte amb la xarxa de salut mental i entendre que el malestar respon a un trastorn psiquiàtric com el TLP és difícil per les participants i les seves famílies. El coneixement sobre què implica el diagnòstic TLP és mínim. En aquesta categoria, s'exposa aquest problema i reafirma que la detecció precoç del TLP, contribuiria a evitar consultes per altres motius.

L'estigma social cap a les persones amb trastorns de salut mental és un valor afegit negatiu al diagnòstic psiquiàtric. El concepte d'*estigma*, segons Goffman (1963) es refereix a l'atribució i/o identificació d'unes característiques distintives que fa que la persona o grup portador sigui considerat, en un context històric, socialment inferior. Les persones socialment estigmatitzades redueixen significativament les possibilitats de desenvolupar el potencial de les seves capacitats i perspectives vitals (Bates i Stickley, 2013, p. 570). És doncs, una barrera terapèutica per a la cura de qualsevol persona que té un trastorn mental (Carmel, Torres, Chalker & Comtois, 2018, p. 38).

Els resultats mostren la connotació negativa que té un diagnòstic psiquiàtric per a les persones amb TLP, coincidint amb diferents estudis (Bowen, 2016; Henderson et al., 2014; Sheehan, Nieweglowski i Corrigan, 2016). Aquesta recerca afegeix que les persones amb TLP pateixen un doble estigma. Elles mateixes es senten estigmatitzades dins del col·lectiu de persones amb trastorns mentals. A la vegada, elles mateixes, també es consideren persones desagradables i no mereixedores de respecte social (Franch, 2017). Es veuen afectades per l'auto estigma (Lawn & McMahon, 2015, p. 518).

En canvi, els resultats mostren que les participants en l'estudi troben suport i comprensió en l'equip de salut. Aquesta és una diferència notable respecte el que es recull àmpliament en la bibliografia. Segons Bates i Stickley (2013), són freqüents les queixes d'actituds intolerants cap a persones diagnosticades de trastorns de la personalitat. El diagnòstic psiquiàtric de TLP arrossega un estigma generalitzat tant socialment com des dels serveis de salut (Bowen, 2016; Clarke, Taylor, Lancaster i Remington, 2015; Fanaian et al., 2013; Jones, 2012; Lawn i McMahon, 2015; Rogers i Acton, 2012; Stroud i Parsons, 2013; Veysey, 2014). L'actitud estigmatitzant també es presenta entre les infermeres de salut mental, en canvi, en els resultats, les participants coincideixen en percebre l'interès i l'empatia de la infermera, troben una actitud acollidora i d'acompanyament, que és notablement diferent de l'actitud estigmatitzant recollida a la bibliografia.

La visió negativa d'elles mateixes està lligada al sentiment de por i el sentiment de vergonya. El *sentiment de por* es refereix a la por dels seus propis sentiments, la por de ser

jutjades i, la por de la bogeria. Segons la interpretació psicoanalítica de la por, en la cultura occidental antiga s'associava la por a la bogeria amb la por al mal o al dimoni, que després de la Revolució Francesa es qualificava de vestigi obscurantista de l'Antic Règim. Actualment, la por de la bogeria s'ha traduït per l'angoixa individual (Moreau, 1988, p. 9).

En el cas de les persones amb TLP la por, tal com refereix la bibliografia, està relacionada amb la por a l'abandonament, el rebuig i la des protecció (Bateman i Fonagy, 2015; Osborne i McComish, 2006; National Institut for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009; Rogers i Dunne, 2013; Stringer et al., 2015b). Aquesta, és la por que s'identifica com a criteri diagnòstic per aquest trastorn (DSMV). La por que assenyalen les participants és l'angoixa de no saber sobre l'abast del seu malestar i la por de perdre el seu propi control.

La infermera pot intervenir psicoterapèuticament contextualitzant socioculturalment la por i l'angoixa de manera que ajudi a identificar creences i valors imposats que ajuden a perpetuar-la (Crowe & Carlyle, 2009, p. 248). En aquesta recerca s'identifica la por que apareix en el procés psicoterapèutic i que és objecte d'intervenció d'infermeria.

El *sentiment de vergonya* afegeix, a la por i l'estigma identificats en els resultats, que les participants senten vergonya de ser com són. La vergonya de tenir un trastorn mental està estretament lligada (Gonzales, Davidoff, Nadal & Yanos, 2015, p. 238) a l'estigma, l'auto estigma i, és un factor que actua negativament per a que les persones s'acostin als serveis de salut mental i consultin sobre el seu malestar (Hsiao, Lu, & Tsai, 2015, p. 272). Les participants, en aquest cas, han arribat a consultar amb els serveis de salut mental, però manifesten la vergonya d'explicar experiències íntimes i pensaments que les fa sentir diferents dels altres, corroborant a Holm, Berg i Severinsson (2009, p. 562). Coincideix amb Weight i Kendal, que conclouen que els professionals de la salut han d'esperar que, de part dels usuaris, hi hagi resistències per explicar pensaments i sentiments sincers (2013, p.37). Reynolds, al llibre de Barker, afirma que si la infermera aconsegueix establir una comunicació i una relació no defensiva, la vergonya i l'ansietat de la persona incontinent disminueix (2009, p. 314).

El reconeixement del trastorn és l'etapa on les participants mostren que comencen a identificar símptomes propis del TLP. Poder conèixer quins són els símptomes del TLP i reconèixer-los en elles mateixes, és un pas més que avança cap el coneixement sobre el TLP, identificant aquelles conductes, vivències i conflictes lligades al trastorn. Segons Peplau, l'activitat de proporcionar coneixements i procediments per cuidar i millorar la salut de l'usuari la desenvolupa la infermera en el rol de persona-recurs. L'usuari pregunta i investiga sobre el

trastorn amb la infermera. Ella, pot donar informació clara i directa si considera que l'usuari està preparat per escoltar-la, però també pot recórrer als principis de l'assessorament quan valora que, emocionalment, l'usuari necessita també suport per rebre aquesta informació (1990, p. 40). Els resultats mostren també que, en aquesta etapa, la infermera pregunta i investiga sobre l'experiència de l'usuari, és a partir de la identificació dels símptomes en l'usuari, que la infermera l'ajuda a relacionar-ho amb el diagnòstic. D'aquesta manera la infermera ensenya com identificar els símptomes propis del TLP i planteja plans que puguin ajudar a reconduir el malestar. Aquesta activitat corrobora el rol d'ensenyament descrit per Peplau (1990, p. 41).

Quan les usuàries comencen a identificar símptomes i, s'adonen que el que els passa a elles encaixa amb el TLP, poden relacionar el seu malestar amb aquest trastorn descrit, definit i classificat. **La identificació del trastorn** suposa que cadascuna d'elles ha pogut posar nom al seu malestar i, en alguns casos, això ha suposat un alleujament de símptomes. Peplau assenyala que en la fase d'identificació els usuaris poden començar a entendre i resoldre dubtes sobre salut i, és llavors quan es poden començar a sentir més forts i menys impotents respecte a la malaltia (1990, p. 25). Per tant, els resultats coincideixen amb aquesta fase, el que algunes de les participants relaten, és que, saber el què els passa alleuja el patiment perquè els obre la possibilitat del tractament i, això, és esperançador.

Els símptomes identificats en els resultats són ansietat, impulsivitat, agressivitat, buidor, abandonament, conductes auto lesives i conductes suïcides. L'ansietat és un símptoma altament prevalent en les persones amb TLP i, desencadena crisis molt intenses que poden portar a les conductes auto lesives que tenen objectiu ansiolític (Nehls, 1999). Encara que la conducta auto lesiva sigui una resposta des adaptativa, resulta resolutive del conflicte. Segons Linehan (2003) per les persones amb TLP, les conductes auto lesives són estratègies d'alliberament d'estats afectius negatius i estats d'ansietat intensa (p.25). La impulsivitat, l'agressivitat, les conductes auto-lesives i suïcides són causades per l'ansietat intensa.

Les infermeres dirigeixen l'ensenyament a la gestió de l'ansietat. Com en la propra dimensió s'explicarà, l'aprenentatge es centra en que incorporin recursos de reconducció de l'ansietat que limiti les crisis i evitin el pas a les conductes de major risc. El tractament de l'ansietat és coincident amb la teoria de Peplau que afirma que l'aprenentatge és la única resposta saludable per disminuir l'ansietat.

Els símptomes del trastorn, van acompanyats de **vivències de malestar** que s'escapen dels criteris diagnòstics del TLP, però que elles relaten com a experiències de gran malestar,

coincidint amb Nehls (1999). Els records de soledat, el cansament de sentir que no poden tirar endavant, el plor sempre present, la desorganització vital, l'agressivitat que ni elles comprenen, són vivències, emergents en les dades, que acompanyen els símptomes i el dia a dia d'aquestes persones.

Aquestes vivències formen part del relat de les participants que, segons Barker, és la veu de l'experiència i l'eix fonamental per a la recuperació. El relat del malestar és el que evoca la usuària que el pateix. És el relat de l'experiència en primera persona i la clau per a la recuperació (Brookes, 2015, p. 614). Segons aquest autor, el principal objectiu en salut mental és cuidar de l'usuari per ajudar-lo que pugui tornar a fer la seva vida, aconseguir que torni al seu "oceà d'experiències" amb força per seguir avançant. Això vol dir que aquestes vivències de malestar carregades de negativitat que les participants expliquen, necessiten també ser escoltades, considerades i contingudes. El malestar, en el cas de les participants són també vivències de la seva història personal. El Model de la Marea fa èmfasi en el relat de l'usuari perquè és la veu de l'experiència i, és aquí, on es troba la clau de la solució al malestar. El model busca que els usuaris puguin construir un relat propi (Brookes, 2015, p. 614). Els resultats assenyalen el valor terapèutic que les participants donen al fet de poder explicar i ser escoltades, reconeixen el valor de parlar del seu patiment, no només centrar-se en els símptomes, sinó també poder explicar les vivències que es troben en el seu dia a dia.

L'acceptació del trastorn és una categoria dels resultats que informa d'una ambivalència. D'una banda, l'alleujament d'haver pogut identificar la causa del malestar però, de l'altra, també la resistència i, en algun cas, la negació de tenir TLP.

Procurar que les usuàries entenguin i acceptin el seu trastorn és un objectiu de l'equip de salut mental, així com de les infermeres. Quan l'embolic del desconcert inicial comença a poder-se descabdellar i comprendre's com una dificultat pròpia, les usuàries observen el trastorn com part de la seva realitat. El repte de l'acceptació és un camí llarg en molts casos, i és una part del procés psicoterapèutic de reconversió de la persona i l'acceptació de les diferències. Els professionals sanitaris busquen les teràpies i estratègies que condueixin l'usuari cap a la millora de l'autoconsciència i l'autoacceptació (Lamont, Brunero & Sutton, 2009, p. 164). La infermera també dirigeix aquestes persones cap al reconeixement i l'acceptació de la seva identitat (Crowe i Carlyle, 2009, p. 248). L'acceptació és el moment clau en que el procés amb la infermera comença a visualitzar-se com terapèutic. Les intervencions psicoterapèutiques, tant a les visites com al grup psicoterapèutic amb infermeria comencen a tenir un sentit.

El recorregut fins a l'acceptació pot passar per diferents fases, tal com mostren les participants no és un camí fàcil. Durant el trajecte, apareixen resistències i negacions de la realitat que dificulten acceptar que el diagnòstic TLP és una part de la identitat i la vida. Entendre que la pròpia identitat, inclou l'acceptació del trastorn, forma part de l'experiència de recuperació (Chugani et al., 2017, p. 3020). Aquesta idea és coincident amb la idea del rol substitutiu descrit per Peplau, que descriu que el repte per les infermeres és desenvolupar experiències d'aprenentatge que ajudin a l'usuari a desenvolupar la seva personalitat i utilitzar les seves capacitats de forma més madura que abans de conèixer el trastorn de salut. Per aconseguir-ho cal que la infermera reconegui que l'usuari pot, inconscientment, utilitzar mecanisme de defensa com la negació i atribuir-li rols que no són pertinents (1990, p. 50).

Aquesta recerca confirma que la infermera de salut mental, és coneixedora i utilitza intervencions psicoterapèutiques pròpies de l'especialitat de salut mental, que molt abans ja havien estat descrites en el mètode psicoterapèutic de Peplau (Werner i Rouslin, 1996, p. 410).

La disminució del patiment i dels símptomes és l'evidència del canvi per a les participants. **La disminució del malestar** forma part d'una evolució positiva. Quan les participants s'adonen que hi ha símptomes que han cedit o disminuït en intensitat, que poden gestionar-los millor i s'adonen que es coneixen millor, poden afirmar que hi ha hagut una millora. El sentiment d'estar millor es relaciona amb la voluntat personal de canvi i el suport del reconeixement de l'entorn.

Les característiques d'aquest període del procés psicoterapèutic es correspon amb la fase d'explotació, descrita a la Teoria de les Relacions Interpersonals a Infermeria. Quan l'usuari pot relacionar la seva millora amb els recursos que li proporciona la infermera, compren que la relació terapèutica amb la infermera li permet avançar en el procés psicoterapèutic cap a la disminució del malestar (Peplau, 1990, p. 31). Aquesta autora també assenyalava que els usuaris amb trets caracterials de personalitat augmenten la complexitat de la situació interpersonal en la fase d'explotació (Peplau, 1990, p. 32). Els resultats d'aquesta recerca mostren que les participants associen la disminució del malestar amb la relació terapèutica amb la infermera i el procés psicoterapèutic. Tot i les dificultats per establir relacions interpersonals, aconsegueixen mantenir tot el procés fins aconseguir-ne resultats positius.

Des de la perspectiva de Barker i, segons defineix Bill Reynolds, aquesta seria la fase operativa. En aquesta fase, l'usuari identifica quins són els problemes que pot treballar en la

relació terapèutica amb la infermera i, utilitza aquests recursos per treballar-los (Reynolds, 2009, p. 316).

El procés psicoterapèutic en salut mental forma part de les cures pròpies de la infermera de salut mental. Jean Watson afirma que les cures d'infermeria, com és en aquest cas el procés psicoterapèutic, complementen el coneixement biomèdic perquè, genera i promou o recupera la salut (Urta et al., 2011, p. 14). Corroborant Watson, la disminució del malestar és l'èxit de la participant que treballa amb l'equip de salut mental. El procés psicoterapèutic de la relació terapèutica amb la infermera, complementa l'abordatge biomèdic del tractament.

L'*autopercepció de millora* és el propi relat sobre el canvi. És quan les participants miren el passat, que es fa conscient la millora. Aquesta categoria està d'acord amb la fase de resolució, quan l'usuari s'adona que ha satisfet necessitats del passat i pot proposar-se nous objectius (Peplau, 1990, p. 33).

Un aspecte important d'aquesta categoria és la subjectivitat de la participant, perquè és a partir de l'autobservació que pot identificar el canvi i veure que el seu estat ha millorat. La infermera l'ajuda a ser conscient del canvi. Aquí també entra en joc l'autopercepció que tingui la infermera, perquè és el que li permet aprofundir en la percepció de l'altre. Watson afirma que la introspecció hauria de formar part de les pràctiques diàries de la infermera perquè ha de tenir consciència de les seves pròpies necessitats biofísiques, psicofísiques, psicosocials i intrapersonals, per entendre les de l'usuari (Urta et al., 2011, p. 18). La teoria proposa que les infermeres vagin més enllà del que són estrictament les tasques i procediments per cuidar i posar les condicions per que l'usuari pugui restaurar la salut (Urta et al., 2011, p. 12). Anar més enllà és donar importància a la millora subjectiva, que és difícilment objectivable, però que té valor terapèutic per l'usuari. Aquest és un aspecte més proper a la perspectiva humanista de les infermeres que el model biomèdic que necessita resultats objectius per confirmar la millora.

Barker també assenyala que un dels principals objectius de la infermera és ajudar l'usuari a desenvolupar consciència dels petits canvis que tindran gran efecte en les seves vides (2015, p.616). Aquest és un treball fonamental en el procés psicoterapèutic de les persones amb TLP.

Totes les participants coincideixen en que *l'augment de l'autoconeixement* és un canvi important. La consciència de tenir molt poca informació i coneixement d'elles mateixes en el passat i, haver pogut fer un treball introspectiu que les ajuda a conèixer-se millor, és un canvi notable. Facilitar la reflexió és una intervenció que ja proposava Peplau (1990). Aquest resultat

confirma la idea de que a la infermera li correspon ajudar l'usuari a tenir major consciència dels seus sentiments, pensaments i sensacions, mitjançant la reflexió, per tal que pugui descobrir facetes d'ell mateix que desconeixia (p. 57).

L'autoconeixement és, en si mateix, un objectiu terapèutic. Segons Carl Rogers, el terapeuta ha d'ajudar l'usuari a millorar l'autoconeixement i assolir l'autorealització (Morrison, 1999, p. 71). Aquest autor diu que la relació terapèutica és, en si mateixa, una experiència madurativa que permet que l'usuari aprengui a comprendre's a ell mateix (Rogers, 1981, p. 39). Rogers entén que quan l'usuari pot acceptar els seus sentiments i les experiències que els provoquen, el mateix procés el condueix cap a l'automprensió (p. 125).

La disminució del malestar es produeix, també, gràcies a *la disminució de símptomes* del TLP. Els resultats descriuen com han disminuït els diferents símptomes que anteriorment, envaïen la seva vida i, que, actualment els tenen "a ratlla". Les participants confirmen que és possible el canvi, que l'esforç de mantenir-se treballant amb la infermera, té un resultat positiu també a nivell de controlar millor els símptomes. Aquest és un resultat consistent amb la revisió Cochrane de Binks, Fenton, McCarthy, Lee & Adams (2018) que conclou que l'esforç que fa l'usuari per mantenir i complir amb l'atenció donada, és recompensat amb la disminució de l'ansietat, la depressió, les autolesions, els ingressos hospitalaris i la medicació. Aquesta revisió també afirma que les teràpies conversacionals poden tenir considerables efectes positius.

Algunes intervencions psicoterapèutiques de les infermeres que s'utilitzen per a la disminució de símptomes, es basen principalment en la Teràpia Dialèctica-Conductual (TDC) de Marsha Linehan (Linehan, 2003). L'evidència científica respecte a l'efectivitat de la TDC es recull en nombrosos articles, inclús amb autoria d'infermeria de salut mental (Avery & Bradshaw, 2015; Carrasco, 2013, p. 64). Malgrat que a l'Estat Espanyol, no està reconeguda cap competència psicoterapèutica a les infermeres de salut mental, hi ha professionals que han realitzat formació en TDC ja que Marsha Linehan considera aptes per la formació en habilitats psicosocials també a les infermeres (Linehan, 2003, p. 37).

En les dues últimes dècades s'han desenvolupat diferents propostes psicoterapèutiques especialitzades en el tractament de persones amb TLP. Choi-Kain et al. (2017), revisen les principals psicoteràpies que s'han estructurat i especialitzat en el tractament del TLP: Dialectical Behavior al Therapy (DBT), Mentalization Based Treatment (MBT), Schema Focused Therapy (SFT), Transference Focused Psychotherapy (TFP) i Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS). La revisió conclou que la DBT (TDC) evidencia,

en l'actualitat, que les intervencions de més baixa intensitat són quasi tan efectives com els paquets especialitzats de tractament proposats inicialment per Linehan. Aquesta conclusió és, a la vegada consistent amb Gimeno et al. (2018), Correia Sampaio et al. (2018) i D'Antonio et al. (2014), que consideren que els factors comuns de la relació terapèutica són els més predictius de l'eficàcia del tractament. Aquest és un resultat que és consistent amb aquesta hipòtesi, ja que la relació terapèutica i el procés psicoterapèutic en estudi, tenen intervencions basades en la TDC, sense ser utilitzada com a psicoteràpia estructurada, sinó que és un marc teòric de suport per comprendre les dificultats de les persones amb TLP. Si és, en canvi, una relació terapèutica consistent que aconsegueix resultats positius.

Els resultats afirmen que, per tal que hi hagi un canvi, ha d'haver-hi la intenció de voler canviar. Sense *la motivació pel canvi*, no és possible avançar cap a la disminució del malestar. Els resultats descriuen que en la fase inicial del tractament les participants tenien dificultats per confiar en l'ajuda que se'ls oferia. Els usuaris han passat per relacions interpersonals traumàtiques, tenen més dificultats per poder establir relacions positives i saludables. La infermera ensenya a fer us de la relació terapèutica amb l'objectiu de resoldre problemes de salut. Quan l'usuari descobreix que pot establir una relació amb la infermera on el respecte permet l'expressió lliure de sentiments i pensaments i, d'això n'obté resultats positius per a la seva salut, pot sentir-se motivat a seguir avançant per disminuir el malestar (Peplau, 1990, p. 30). Aquest resultat corrobora aquesta afirmació perquè les participants refereixen aquest increment de la motivació per voler canviar a partir de la relació terapèutica amb la infermera.

La motivació està relacionada amb la confiança en el canvi i, aquesta es forja moment a moment. La infermera i l'usuari treballen en el present, amb el relat que aporta l'usuari. El primer pas cap al canvi és "ara" i va dirigit cap a l'objectiu de la recuperació (Brookes, 2015, p. 615). En els resultats que s'obtenen moment a moment es forja la confiança i la motivació pel canvi.

La disminució del malestar també s'alimenta del *reconeixement de l'entorn*. Aquest reconeixement de les famílies i amics que evidencia la seva millora, és un fet també motivador per seguir endavant. La motivació contribueix, d'una banda, perquè és un reconeixement a l'esforç realitzat i, de l'altra, és el reconeixement d'un entorn.

Per un costat, les infermeres, han de tenir en compte la influència que l'entorn té en la salut i la malaltia dels individus (Urra et al., 2011, p. 18). Es tracta, però, de l'entorn familiar que, en alguns casos i, segons la Teoria Biosocial de Linehan, ha format part de l'ambient

invalidant (Linehan, 2003, p. 22). O, segons Fonagy et al., l'entorn social ha ensenyat a donar respostes avaluatives negatives permanents com a aprenentatge social, impedit l'aprenentatge de respostes adaptatives (2017). Aquest reconeixement, doncs, té dues vessants. D'una banda, per a que la família pugui arribar a reconèixer una millora de la salut de la participant, ha d'haver fet un treball psicoeducatiu respecte al TLP i a l'estil de comunicació familiar. A la vegada, justifica la necessitat del tractament familiar per a les persones amb TLP. En aquest cas, els resultats afegixen que les persones amb TLP necessiten el treball familiar que han realitzat amb les infermeres, per tal que també repercuteixi en la disminució del malestar.

5.2.2 Dimensió II - Allò que és psicoterapèutic

Allò que és psicoterapèutic per a les participants es descriu en aquesta dimensió que agrupa les categories, emergents de les dades, que expliquen els elements que les ha ajudat a disminuir el malestar. Aquesta dimensió integra el que elles consideren que els ha resultat psicoterapèutic.

Peplau afirma que és terapèutica la funció desenvolupada per la infermera que ajuda a la persona a adquirir habilitats per a la solució de problemes (Peplau, 1990, p. 7). Aquesta autora, cita a Symonds, que designa com terapèutica, la relació que proporciona satisfacció de necessitats no cobertes en el passat. La relació terapèutica fa possible satisfer les necessitats no cobertes i fa possible el creixement continuat (a Peplau, 1990, p.7).

Per a les participants, és terapèutic, allò que les ha ajudat a disminuir el malestar produït per la insatisfacció de necessitats del passat. Dit d'una altra manera, és terapèutic, el conjunt d'habilitats i coneixements que els permet la solució de problemes relacionats amb el TLP a través de la relació amb la infermera de salut mental. Aquest resultat coincideix amb la definició de Peplau perquè fa evident que les participants senten el malestar de les necessitats no cobertes en el passat i com s'ha produït el canvi que, a partir de la relació terapèutica amb la infermera de salut mental, han pogut realitzar.

En la descripció de la dimensió s'ha diferenciat tres meta categories: L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut, Construir un espai de confiança i La validació que apodera.

L'aprenentatge és necessari per aconseguir realitzar qualsevol acció que, prèviament, era desconeguda. La funció educativa des de la perspectiva de les infermeres i l'aprenentatge des de la perspectiva dels usuaris, és un tema àmpliament tractat en diferents models teòrics

d'infermeria. En l'àmbit de la salut mental és una funció fonamental que, com assenyala Peplau, és molt propera a la teràpia (1990, p.7).

L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut és una necessitat per a les persones que pateixen TLP. Aquestes, han d'aprendre a gestionar símptomes i vivències del seu dia a dia, per a poder disminuir el malestar. Ensenyar a les persones com cuidar de la seva salut és, en general, una funció de les infermeres de totes les especialitats i en tots els àmbits. La transmissió de coneixements sobre salut és una funció reconeguda de la infermeria.

Els diferents autors teòrics consultats parlen extensament d'aquest tema i aporten diferents conclusions que ajuden a entendre el procés psicoterapèutic en estudi.

En la Teoria de les Relacions Interpersonals en Infermeria, com s'ha explicat anteriorment, en la fase d'orientació, es produeix una demanda d'assistència que és el primer pas d'una experiència d'aprenentatge (1990, p. 17). És coincident amb aquests resultats, que relacionen *El desconeixement sobre el trastorn* i el motiu del primer contacte amb la infermera, perquè és el primer contacte amb l'aprenentatge sobre el TLP.

El TLP, afecta directament a la personalitat i la funcionalitat de l'individu. Els objectius d'aprenentatge amb l'usuari, van dirigits a l'adquisició de recursos i habilitats que permetin una millor adaptació i funcionalitat. El procés psicoterapèutic és un procés d'aprenentatge sobre la personalitat, en si mateixa, perquè busca ajudar a aquestes persones a madurar per disminuir la repercussió funcional del TLP.

L'aprenentatge parteix de les necessitats individuals de cada persona, i estan modelades per l'experiència viscuda prèviament, els coneixements actuals, els coneixements de l'entorn i la motivació personal. La demanda que l'usuari fa a la infermera és diferent en cada cas i, aquesta, pot proposar estratègies diferents en funció dels factors citats. En tots els casos, però, l'aprenentatge anirà lligat a l'experiència i la possibilitat d'experimentar nous recursos. Aquests resultats atorguen consistència al rol ensenyament de les infermeres (Peplau, 1990, p. 41).

Com s'ha explicat al Capítol 4. Resultats, l'aprenentatge de l'usuari en el procés psicoterapèutic de les persones amb TLP té tres modalitats d'aprenentatge: a les visites, entre iguals i familiar, i estan estretament relacionats.

L'aprenentatge a les visites amb infermeria es centra en la revisió de les experiències d'aplicació de les habilitats apreses i els recursos aplicats a l'experiència. L'aprenentatge té un eix central que és la gestió de l'ansietat, ja que és el símptoma desencadenant de les conductes

disruptives. Coincidint amb Peplau, aprendre a utilitzar els recursos per la gestió de l'ansietat és l'únic patró de resposta que és saludable, per contra de patrons que desencadenen conductes com la ira, el retraïment o la somatització (Werner i Rouslin, 1996, p. 453). La infermera proporciona informació específica i ensenya sobre el trastorn a partir de l'experiència de l'usuari. Això exigeix que la infermera i l'usuari desenvolupin plans i estratègies que facilitin l'adaptació (Peplau, 1990, p. 41). Els resultats informen de l'aprenentatge que les participants realitzen en les visites amb la infermera a partir de dubtes, dificultats i experiències de l'aplicació d'estratègies i tècniques.

En la definició del rol assessor de les infermeres, Peplau afirma que consisteix en la promoció d'experiències que condueixen a la salut a partir de processos d'autorenovació, autoreparació i autoconsciència que sorgeixen d'elles mateixes. La gestió de l'ansietat, en cas del TLP requereix de l'aprenentatge emocional i l'autoconsciència i autoreparació de la desregulació emocional que pateixen. En aquest cas, la infermera, passa a desenvolupar el rol d'assessorament. La infermera de salut mental té coneixements sobre la dinàmica relacional i de transferència per ensenyar a la gestió de les emocions (1990, p. 51).

Des de la perspectiva teòrica de Watson, aprendre a reconèixer i adaptar-se a una crisi per minimitzar o evitar les conseqüències lesives és l'objectiu de la cura. També des d'aquest enfoc teòric és congruent, perquè fomentar l'autocura en funció de les necessitats individuals és el treball realitzat a les visites individuals, coincidint amb el Factor de Cura descrit per Watson: Promoció de l'ensenyament i aprenentatge transpersonal (Olivé i Isla, 2015, p.46).

En aquest sentit, també Barker, proposa que l'aprenentatge permet explorar esquemes d'interacció alternatius que permetin gestionar l'angoixa. Aquest autor afegeix que és la infermera qui ha d'oferir la possibilitat d'explorar les opcions que puguin ajudar a l'usuari a seguir la seva vida (Reynolds, 2009, p. 316).

Els resultats d'aquesta recerca emfatitzen la importància que té per a les persones amb TLP aprendre sobre l'origen de la seva ansietat i les estratègies per a la gestió i control, perquè en això radica les possibilitats de millora. Es pot afirmar que a mesura que creix l'aprenentatge, creix la capacitat de gestionar l'ansietat. Aquests resultats donen valor a la importància d'aquesta funció de la infermera basada en la perspectiva humanista.

El grup psicoterapèutic, conduït per infermeria, és un altre nucli d'aprenentatge per a les persones amb TLP. Aquest aprenentatge es basa en coneixements sobre la formació en habilitats psicosocials desenvolupat per Linehan que té quatre mòduls: habilitats bàsiques de

consciència o Mindfulness, habilitats d'efectivitat interpersonal, habilitats de regulació de les emocions i habilitats de tolerància al malestar (Linehan, 2003, p. 39). És curiós assenyalar que la pràctica meditativa Mindfulness va ser exportada a occident per Thich Nhat Hanh. El Mindfulness és la pràctica meditativa que proposa Linehan per a que les persones amb TLP adquireixin habilitats bàsiques de consciència. La filosofia oriental divulgada per Thich Nhat Hanh va ser també influent en el treball teòric de Watson (Jesse & Alligood, 2015, p. 80).

Amb la participació al grup es pretén que aprenguin habilitats que les capaci per produir conductes competents que desplacin les conductes disruptives del TLP. En aquest procés es produeix l'efecte de *l'aprenentatge entre iguals* perquè els usuaris poden interactuar uns amb altres i que es produeixi la identificació. Amb aquest efecte d'identificació adquireixen consciència de trastorn perquè veuen en els iguals vivències i experiències similars a les personals. Compartir vivències, que poden tenir característiques similars, ajuda a adquirir consciència de l'altre. Les diferències respecte a la forma de resolució de problemes pot donar idees i possibilitats de resolució més sanes. La informació compartida entre iguals i les propostes de resolució de conflictes realitzades per iguals, tenen un efecte altament terapèutic (Carter, Sired & Gordon, 2015, p. 31; Linehan, 2003, p. 37).

Segons els resultats actuals, el contacte amb iguals, quan assisteixen per primera vegada al grup psicoterapèutic, els representa una sobrecàrrega emocional degut a la identificació amb el malestar dels altres. Si superen aquesta dificultat inicial i es vinculen al grup, poden experimentar l'aprenentatge com un procés d'adquisició de recursos i suport per aconseguir disminuir el seu malestar. Linehan afirma que les persones amb TLP tenen dificultats per vincular-se a un grup psicoterapèutic (Linehan, 2003, p. 38).

Hi ha antecedents de conducció de grups psicoterapèutics per a persones amb TLP des d'infermeria que es basen en la TDC i, conclouen que donar informació sobre el trastorn està relacionat amb resultats positius (Nehls, 1992). No obstant, la recerca sobre els grups psicoterapèutics per a persones amb TLP és més freqüent en les disciplines de la psiquiatria i psicologia. Estudis recents en grups psicoterapèutics afirmen que l'aprenentatge sobre el trastorn és una intervenció amb resultats positius en relació a la satisfacció de l'usuari (Carter et al., 2015, p. 31). Cal destacar que, tant les intervencions individuals, grupals i familiars tenen, sempre un caràcter des estigmatitzant i, segons Long, Fulton i Dolley (2015, p. 24), això es relaciona amb la millora de l'esperança de recuperació i en la satisfacció de l'atenció.

Els resultats destaquen que la formació en habilitats en el grup psicoterapèutic te potencial terapèutic segons les participants, perquè, a més a més dels coneixements que adquireixen sobre gestió emocional i de l'ansietat, poden realitzar un procés d'identificació amb persones que han aconseguit disminuir el malestar i millorar la seva salut.

L'aprenentatge familiar és la intervenció que complementa l'aprenentatge individual, segons les dades emergents del relat de les participants.

El treball amb la família es contempla com una necessitat estretament relacionada a l'usuari, perquè és l'entorn més proper i els cuidadors informals que tenen la necessitat de saber sobre el trastorn i, en molts casos, també tenen la necessitat d'aprendre a gestionar les crisis. Les situacions de crisi en el dia a dia, es donen sovint amb la família. És per això, que la família també necessita adquirir recursos i habilitats per proporcionar ajuda efectiva i protegir l'usuari. L'estudi recent de Pearce et al. (2017, p. 7), conclou que la intervenció psicoeducativa amb famílies, donar informació sobre TLP per entendre les conductes, té beneficis subjectius, segons les famílies. L'aprenentatge familiar va dirigit a proporcionar un entorn segur a l'usuari. Aquest aspecte coincideix amb Watson que teoritza que les infermeres han de proveir d'un entorn protector i segur a l'usuari (Jesse & Alligood, 2015, p. 83). En les situacions de crisi, la família ha d'aprendre a poder garantir la seguretat intervenint de forma efectiva per solucionar la crisi. Segons els presents resultats, les participants consideren terapèutic que les famílies rebin l'atenció i la formació necessària per entendre i intervenir quan es necessari.

L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut és un eix principal en el procés psicoterapèutic. Els resultats mostren que les participants aprenen sobre el trastorn TLP, l'afectació del trastorn en la pròpia salut, sobre el desenvolupament de les capacitats pròpies més saludables per adaptar-se i, sobre la dinàmica relacional pròpia i amb la família o amics. Aquests resultats aporten evidència del valor psicoterapèutic que te l'aprenentatge per a les persones amb TLP.

La confiança és la clau de volta de la relació terapèutica (Rogers, 1981, p. 137). Els resultats corroboren que les participants necessiten tenir confiança en la infermera per a poder parlar de les seves dificultats. **Construir un espai de confiança** és imprescindible per a que funcioni l'engranatge de la relació terapèutica. Sense confiança, no és possible establir una relació que tingui objectius psicoterapèutics (Rogers, 1981, p. 137).

La construcció d'una relació terapèutica és un objectiu de la fase orientativa definida per Reynolds (2009). És en aquesta fase que cal definir bé els objectius de la relació i exposar

clarament els límits per a que l'usuari pugui ajustar les expectatives. La coherència entre allò que la infermera proposa i les accions que faci és el que obrirà el pas per dipositar confiança en la infermera. Si l'avaluació de la coherència és negativa apareixeran barreres que dificultaran la creació d'un espai de confiança (p. 316). La transparència en les accions de la infermera permet que l'usuari percebi amb claredat les intencions i accions de la infermera. És, doncs, necessari que la transparència sigui sempre present en la relació terapèutica per tal que l'usuari entengui què és el que està fent la infermera i el perquè (p. 313).

Les persones amb TLP són altament sensibles a l'actitud dels altres i el llenguatge no verbal. Un gest o una paraula que sigui poc respectuosa, pot posar en dubte la confiança en la infermera i avortar la possibilitat d'establir una relació terapèutica (Nehls, 1999, p. 292). És coherent, doncs, que en aquesta meta categoria s'incloguin categories com la percepció de l'interès i la percepció de l'empatia de la infermera. Les usuàries valoren positivament que la infermera escolti el seu relat amb interès i empatia. Quan perceben l'escolta activa, amb interès i amb empatia, poden explicar les seves vivències íntimes lliurement. Coincidint amb Watson, l'expressió lliure de la usuària es produeix quan s'ha establert una relació de confiança (Jesse & Aligood, 2015, p. 82).

Quant a *percebre l'interès de la infermera*, els resultats mostren que les participants coincideixen en que és imprescindible per a poder-hi confiar. Segons Peplau, en el rol d'estrany, la infermera ha de demostrar interès positiu i respecte per aconseguir que la persona desconeguda pugui establir una relació terapèutica (Peplau, 1990, p. 38). Watson, en el factor de cura: Desenvolupament d'una relació d'ajuda-confiança, diu que la infermera ha de cultivar la sensibilitat cap a ella mateixa i els altres. A mesura que les infermeres reconeixen la seva sensibilitat i sentiments, es tornen més genuïnes i autèntiques, d'aquesta manera és mostra interès (Jesse i Alligood, 2015, p. 95). Barker afegeix que no només pot ser interès per signes i símptomes d'un trastorn, sinó que ha de ser l'interès pel relat i la història personal de l'usuari (Brookes, 2015, p. 615). En concret, amb les persones amb trastorn de la personalitat, Barker afegeix que la infermera ha de realitzar un acostament discursiu. L'interès s'ha de centrar en l'angoixa, explorar sentiments, relacions interpersonals i, en especial, explorar la causa de l'angoixa (Crowe i Carlyle, 2009, p. 248). Per a poder establir una relació terapèutica, les persones que pateixen TLP necessiten percebre que la infermera té interès en la seva història.

D'altra banda, les participants consideren que, la comprensió sense jutjar les conductes, és una mostra de l'empatia de la infermera. *Percebre l'empatia de la infermera* és un altre valor necessari i imprescindible per a poder-hi confiar, segons els resultats obtinguts. Mostrar empatia,

segons Watson, significa que la infermera va més enllà del pur control terapèutic (Olivé i Isla, 2015). Les usuàries valoren que la infermera compregui el seu patiment, el seu malestar i no estigui únicament centrada en els símptomes del trastorn. L'empatia és la capacitat per comprendre les percepcions i sensacions de l'altra persona i, és necessària per a la creació d'una relació d'ajuda-confiança (Urta et al., 2011, p.16).

Rogers afirma que la capacitat empàtica és saber "llegir emocionalment l'usuari" (Rogers, 1972, p. 40). És justament aquesta comprensió emocional el que elles valoren, ja que, sovint, senten que professionals i família jutgen les seves conductes, sense arribar a comprendre l'emoció que hi ha darrera. L'empatia, és un element descrit per Henderson i Travelbee, com a fonamental per tal de poder establir una relació terapèutica amb l'usuari (Alligood, 2015, p. 39).

En aquesta recerca, amb persones amb TLP, els resultats informen que la capacitat empàtica de la infermera és psicoterapèutica i necessària per establir un vincle de confiança.

La infermera pot mostrar interès i empatia si escolta activament i, per tant, la usuària pot *sentir-se escoltada*. Afirmen que sense sentir-se escoltades no pot existir la confiança, perquè l'escolta activa és el que dona valor al seu relat i reforça que puguin obrir-se i confiar en la infermera. Per elles, sentir-se escoltades és fonamental.

Ja s'ha explicat que la Teoria Biosocial (Linehan, 2003, p. 21), afirma que l'escolta té un interès especial en el cas de les persones amb TLP. Els resultats d'aquesta recerca són consistents amb aquesta teoria perquè corroboren que sentir-se escoltades dona valor al seu relat i vivència i, això les ajuda a poder observar i autovalorar-se.

L'escolta terapèutica ajuda a que les participants s'escoltin i reflexionin sobre el seu discurs. Peplau reconeixia que l'escolta terapèutica, permet a l'usuari tenir consciència dels seus sentiments (1990, p. 57). Coincidint també amb Rogers que afirma que acceptar l'expressió de l'usuari sense emetre cap judici de valor, permet a l'usuari assolir la *captació intuïtiva*, o descobrir les experiències que provoquen les emocions i, aquesta experiència, condueix gradualment a l'auto comprensió (1981, p.125).

Barker proposa una actitud d'aprenent per escoltar la història de l'usuari, interessar-se com aprenent, perquè l'usuari és l'expert mundial en la història de la seva vida (Brookes, 2015, p. 615).

Els resultats confirmen que l'escolta activa de la infermera, té valor terapèutic per a les persones amb TLP. Aquesta afirmació coincideix amb Nehls, qui conclou que l'escolta activa és

terapèutica perquè forma part del diàleg i la conversa dialèctica que, per naturalesa, és terapèutica (1999).

Les participants donen valor terapèutic a poder parlar, poder explicar les seves vides i sentir-se escoltades. Elles consideren que per canviar i avançar en la disminució del malestar necessiten *explicar les vivències* i sentir-se escoltades amb interès i empatia. Segons Peplau, l'expressió lliure de l'usuari pot ajudar-lo a entendre la malaltia com una experiència que estimula els elements positius adaptatius de la personalitat (1990, p. 25).

Els resultats afirmen que per existir la relació terapèutica cal construir un espai de confiança que permeti l'expressió lliure de sentiments i pensaments, amb una escolta terapèutica que no emet judicis i mostra empatia i interès. És coincident amb l'afirmació de Rogers, que la relació terapèutica ajuda a la llibertat d'expressió, la descàrrega emocional i la alliberació de sentiments (1981, p. 113).

Per Barker, la vivència de l'usuari i la seva història explicada per ell mateix, l'ajuda a desenvolupar el propi relat. Considera que la construcció del propi relat, inclou l'esperança de resolució (Brookes, 2015, p. 614).

Els resultats mostren que donar l'espai a la lliure expressió de sentiments i pensaments és terapèutic per a les participants. Li donen molt valor a poder explicar tot el que necessiten exterioritzar, amb interès, empatia i escolta activa per part de la infermera.

Les estratègies de validació de sentiments, pensaments i accions, impliquen una actitud terapèutica que pugui validar emocionalment les respostes de l'usuari, tractant de funcionar com el pol oposat a l'ambient invalidant que han experimentat habitualment els subjectes amb TLP (Linehan, 2003, p. 104). La validació implica tenir un coneixement empàtic de la sensació de desesperació de l'usuari i promoure la construcció i manteniment d'una relació de col·laboració, interpersonal i positiva entre l'usuari i el terapeuta. Una característica de la relació terapèutica és que el terapeuta és el consultor del client i, està de la part de l'usuari. (Linehan, 2003, p. 27)

La validació apodera a les usuàries, es senten valorades, reconegudes i, això, estimula la responsabilitat de l'autocura. L'apoderament o capacitació per a prendre decisions sobre la pròpia salut i la pròpia vida, és un repte compartit entre els professionals i els usuaris. La idea de promoure les capacitats que permetin a l'usuari prendre decisions es troba també en la teoria de Watson. Aquesta autora afirma que l'entorn de cura és el que promou el desenvolupament del potencial que permet a l'individu escollir la millor opció (Urta et al., 2011, p. 14).

La validació és una tècnica dialèctica que reforça l'expressió emocional i pretén que els usuaris puguin reflexionar i reconèixer les pròpies emocions. D'altra banda, contribueix a avançar cap a la incorporació de conductes alternatives a les conductes disfuncionals. La validació ajuda a desenvolupar les capacitats personals i el potencial de canvi per aconseguir la disminució del malestar. El procés dialèctic de la validació és una tècnica del procés psicoterapèutic, molt efectiva en l'aprenentatge del reconeixement emocional i de la identitat. La validació promou l'autonomia personal i la capacitació per l'autocura.

La Teoria Biosocial proposa l'estratègia de validació com recurs dialèctic utilitzat per aconseguir comunicar a la usuària, de forma no ambigua, que la seva conducta té sentit. D'aquesta manera la usuària pot *sentir-se validada*. La infermera valida les emocions, pensaments i accions que tenen sentit en el context de situació que narra la usuària, més enllà de la conducta disfuncional. No bloquejar-se en la conducta disfuncional i explorar l'emoció que hi ha darrera per validar-la és altament terapèutic i reforça la relació terapèutica (Linehan, 2003, p. 27). En les dades emergents corroboren l'eficàcia de la validació, afirmen que es senten valorades i recolzades per les infermeres.

Per a que l'usuari aconseguixi reconèixer les pròpies emocions, valorar-les i acceptar-les, cal que pugui realitzar la descàrrega emocional en un espai d'acceptació i protecció. Això li permet començar a explicar i descriure què és el que els ha provocat (Rogers, 1981, p. 125). La conducta del pacient és una manera de lluitar per comunicar sentiments i desitjos que no pot verbalitzar. Cal respondre, ensenyant a demanar ajuda, perquè si no es permet el pacient a rebre cures quan es sent desemparat, s'està estimulant el mecanisme de defensa dissociatiu (Peplau, 1990, p.145). El mecanisme de la dissociació, allunya de la consciència el dolor emocional per adaptar-se i tolerar la causa, impeding la possibilitat de realitzar un procés psicoterapèutic.

Validar és una manera de donar poder o capacitar la usuària i, delegar el poder a l'usuari és el centre del procés de cuidar. Validar les emocions i conductes a l'usuari, és una manera mostrar-los que tenen el seu propi poder, que és vàlid i poden utilitzar-lo constructivament (Brookes, 2015, p. 618).

Un altre mode de validar de la infermera és estar present, acompanyar, aconseguir que la usuària pugui *sentir-se acompanyada*. Els resultats mostren que les participants senten la infermera a prop, present, que hi poden comptar quan la necessiten. Coincidint amb Watson que afirma que l'acompanyar sensible, responsable i basat en el coneixement, és la pràctica d'una actitud terapèutica (Olivé i Isla, 2015).

Les participants valoren tenir una infermera que els dona suport en moments difícils quan els falta la força o, quan els dona suport en la presa de decisions. Aquests resultats corroboren l'afirmació que les persones amb TLP, no busquen sempre tenir una resposta al seu malestar, en canvi, si busquen sentir-se acompanyades (Nehls, 1999). Watson diu que s'ha d'acompanyar a l'usuari en la presa de decisions perquè d'aquesta manera pot anar descobrint com després d'una decisió sobre una situació concreta, pot anar avançant a decisions de més importància (Olivé i Isla, 2015).

Sentir-se validada i sentir-se acompanyada són factors que faciliten el camí cap a la presa de decisions i, finalment, la millora en l'autonomia personal i la capacitat d'autocura que permetrà a l'usuari poder *participar en les decisions sobre el tractament*. Aquest és un camí d'apoderament que avança a mesura que el procés psicoterapèutic es consolida. És consistent amb Rogers, que afirma que la relació terapèutica és una experiència madurativa que permet aprendre a prendre decisions de forma independent (Rogers, 1981, p. 39). Les participants valoren que la infermera actuï amb transparència i respecte, perquè consideren que fer-les participar de les possibilitats de tractament diferents i acompanyar-les en la presa de decisions és respectar la seva opinió i el seu procés. Segons Watson, la infermera ha d'acompanyar activament en el procés de presa de decisions, i no limitar-se només a rebre informació (Olivé i Isla, 2015).

En aquest sentit la infermera actua amb lideratge i, els usuaris li atorguen la capacitat de que els proporcioni orientació per les seves dificultats. En el lideratge democràtic és el que el líder implica l'usuari com a membre actiu en l'elaboració dels plans de cures (Peplau, 1990, p. 43).

Les persones amb TLP consideren que respectar la seva visió, moment personal i tenir suport és terapèutic. És coincident amb la perspectiva de Barker, que cal informar a l'usuari del procés de canvi i de les alternatives a tenir en compte, per ajudar-lo que pugui prendre decisions sobre la seva recuperació (Brookes, 2015, p. 615). Coincideix amb Watson, que en el factor de cura: permetre la manifestació de les forces existencials-fenomenològiques, afirma que s'ha de mostrar petits canvis als pacient per fomentar la salut, oferint suport ensenyant mètodes de resolució de problemes i reconeixent les capacitats de superació i adaptació (Jesse i Alligood, 2015, p. 81).

La valoració que les participants reconeixen és, a més a més de la validació dialèctica, la validació a través d'accions. Les participants valoren positivament que els professionals

tinguin contacte entre ells, així com espais de reflexió i coordinació sobre el casos, perquè consideren que demostra interès i implicació del professional en el seu tractament. Aquest és també un mode de validar. D'aquesta manera, s'emfatitza la importància de la continuïtat de les cures infermeres com estratègia terapèutica que apodera a les persones amb TLP.

5.2.3. Dimensió III - El *saber fer* de les infermeres de salut mental

La relació terapèutica entre les persones amb TLP i les infermeres de salut mental és un camp d'estudi ampli i complexe, que disposa de poca recerca experimental al nostre país. Aquesta recerca inicia un treball d'exploració i interpretació del que les persones amb TLP consideren que els resulta terapèutic de la seva relació amb les infermeres.

El coneixement de les infermeres de salut mental sobre el TLP i les persones que el pateixen, és fruit de la formació específica i especialitzada sobre aquest trastorn, l'aprenentatge a partir de l'experiència i del coneixement transversal compartit en l'equip de salut mental a través de les sessions clíniques, les supervisions clíniques i el seguiment interdisciplinari amb professionals de la psiquiatria, psicologia i treball social.

Les infermeres de salut mental realitzen el seguiment durant el tractament de persones amb problemes de salut mental greus i d'elevada complexitat psicosocial. Els coneixements especialitzats en salut mental estan reconeguts a nivell acadèmic tant per psiquiatres, psicòlegs, com les infermeres de salut mental, malgrat que aquestes, no sempre tenen suficient reconeixement d'altres professionals i a nivell social, atès que és un terreny adjudicat tradicionalment a psiquiatres i psicòlegs. Poc a poc, les infermeres, van integrant la seva tasca professional, habilitats psicoterapèutiques i coneixements avançats en el cos de coneixements professionals. No obstant, és interessant la visió de Lakeman (2014), que afirma que l'adopció de la posició del "no saber", allunyada de l'expertesa, pot permetre una comprensió més profunda i més autèntica de l'experiència personal. Nehls (1999) afegeix que el "not knowing" inclou també l'actitud d'interès genuí. L'actitud del "no saber" permet un acostament inexpert i genuí, que mostra a l'usuari l'interès personal de la infermera, més que professional. Partint del no saber o actitud d'ignorància inicial amb interès autèntic, s'ha construït un coneixement i una experiència sòlida, que, en l'actualitat té el reconeixement de les participants en l'estudi. Els anys d'experiència de les infermeres en el tracte amb persones afectades de TLP, conjuntament amb el saber compartit i transversal de l'equip de salut mental, ha esdevingut un coneixement

l·ligat a l'experiència que, és el **saber fer de les infermeres de salut mental**, que les persones amb TLP consideren, en aquesta recerca, terapèutic.

La capacitat i habilitat per establir una relació que sigui terapèutica és pròpia de la infermeria i d'altres disciplines que treballen des de models relacionals. Per les infermeres de salut mental és, l'essència de la seva pràctica. Les dificultats per explicar el contingut de la relació terapèutica en infermeria de salut mental és una realitat que resta pendent de resoldre, però a les infermeres especialistes en salut mental els és imprescindible produir saber sobre la seva pràctica (Browne et al., 2012). Com conclou Delgado-Hito, la producció de saber en la pràctica d'infermeria és transformador de valors, sentiments, pràctiques i contextos, a la vegada que és creador d'identitat professional (2010, p. 262). Explicar quina és la feina de les infermeres de salut mental, per tant, contribuirà a crear identitat professional.

Aquesta recerca busca identificar aquells elements psicoterapèutics, reconeguts per les participants i, que són específics per a persones amb TLP, per donar a conèixer i posar en valor el procés psicoterapèutic des d'infermeria. És important poder diferenciar el coneixement propi d'infermeria dels coneixements que les infermeres adopten d'altres disciplines perquè impedeixen veure les dimensions fonamentals de la pràctica de la infermeria (Castrillón, 1992, p. 27). I, a més a més, és un procés alliberador per les infermeres, perquè permet ser crítiques amb la rutina de la tradició imposada pel context professional (Delgado-Hito, 2010, p. 262).

El *saber fer* de les infermeres de salut mental inclou dues meta categories, les atribucions a l'actitud de les infermeres de salut mental i, els coneixements especialitzats. Aquests dos aspectes estan lligats, els coneixements especialitzats van acompanyats de l'actitud amb que la infermera transmet el seu saber (Tort, 2015, p. 286). L'actitud i emocions de la infermera són claus per aconseguir que la persona amb TLP confiï en els coneixements de la infermera.

Els resultats mostren **les atribucions a l'actitud de la infermera** que són habilitats ben valorades actitudinalment perquè afavoreixen la relació terapèutica i el procés psicoterapèutic. Saber donar confiança a la usuària i confiar en el seu potencial de millora és un tema clau per a la relació terapèutica, presentat als resultats. **Donar confiança i confiar** fa èmfasi en el caràcter retro alimentador, entre infermera i usuari. És a dir, la infermera té l'habilitat de generar confiança i, a la vegada, mostra la seva confiança en l'èxit del procés psicoterapèutic. Aquest és un element que les participants consideren motivador, refereixen que rebre la confiança de la infermera en el seu procés, les anima per poder continuar treballant, tot i la duresa del procés. És

consistent amb Nehls (1999) que afirma que confiar en els usuaris proporciona una base de major potencial terapèutic per als tractaments de salut mental. Coincidint també amb la conclusió de Chugani et al. (2017), que la confiança del terapeuta està relacionada amb la recuperació de la persona amb TLP.

Watson afirma que per desenvolupar una relació basada en la confiança cal fomentar l'expressió de sentiments tant positius com negatius de l'usuari (Olivé i Isla, 2015). Confiar en el relat de l'usuari i donar valor al potencial de recuperació, és l'estratègia clau, segons Barker. Per a descobrir el potencial de l'usuari, cal que la infermera sigui capaç d'ajudar a desvelar la complexitat de l'experiència de l'usuari i confiar en la saviesa de l'usuari que guiarà el viatge cap a la recuperació (Brookes, 2015, p. 615). Segons Barker, és necessari que ambdós, infermera i usuari, baixin les defenses de la seva personalitat i, es mostrin transparents per poder modelar la confiança (Brookes, 2015, p. 616).

La confiança és la base de la relació terapèutica i, l'usuari pot començar a confiar quan percebi que pot expressar impulsos i actituds que són socialment inacceptables i, el terapeuta es manté en l'escolta sense jutjar (Rogers, 1981, 137).

Els resultats mostren el valor positiu de poder explicar les seves vivències, malgrat siguin vivències carregades de negativitat, desconsol o inclús agressivitat, i no sentir-se jutjades. *No jutjar* és l'actitud de la infermera que, conscientment, respon terapèuticament evitant actuar la contratransferència.

Rogers afirma que respondre a l'usuari sense emetre cap judici de valor i acceptant qualsevol expressió, ajuda a l'usuari a la captació intuïtiva. L'experiència de catarsi pot portar a la captació intuïtiva perquè l'usuari sent que és acceptada la seva expressió i, és llavors quan està capacitat per a descobrir les experiències que provoquen les emocions i, d'aquesta manera, pot anar-se acostant, gradualment, a l'auto comprensió (1981, p. 125). Els resultats afirmen que la infermera que no jutja i escolta terapèuticament, per tant, condueix a l'usuari cap a l'auto comprensió del seu malestar.

Tal com ja s'ha explicat, no actuar la contratransferència, significa acceptar l'expressió de l'usuari sense jutjar i entendre la dinàmica emocional de fons. Segons Peplau, aquesta tècnica de l'escolta terapèutica, amb actitud no valorativa, ni punitiva, ajuda l'usuari a tenir consciència dels seus sentiments i descobrir facetes, d'ell mateix, que desconeixia i, això, resulta aclaridor i terapèutic (1990, p. 57). Aquests resultats són coincidents amb el rol substitutiu descrit per Peplau (1990, p. 45).

Acceptar l'expressió de sentiments positius i negatius, coincideix amb Watson que afirma que és important per ajudar a reconèixer la comprensió intel·lectual i emocional d'una situació, de forma diferent. El Model de la Marea de Barker fa èmfasi en la construcció del relat de l'usuari, respectant la seva expressió emocional (Brookes, 2015, p. 614).

Els aspectes actitudinals de la infermera descrits, tant el saber donar confiança i confiar, com el no jutjar, són aspectes que els autors teòrics estudiats han treballat en profunditat i sobre els que hi ha consens respecte al seu valor terapèutic. Aquests resultats afegeixen que les persones amb TLP també reconeixen que és terapèutic.

D'altra banda, els resultats presenten que *utilitzar el sentit de l'humor*, té un component terapèutic. Aquest, és un tema poc tractat però que si ha estat estudiat per psicòlegs i, algunes publicacions infermeres.

Diferents autors afirmen que riure és una manera d'alliberar ansietat i permet relaxar, coincidint amb el que les participants refereixen respecte a la utilització de l'humor per part de la infermera. Existeix evidència coincident, sobre l'efecte relaxant del riure. L'activació fisiològica de riure proporciona un efecte relaxant també en persones que pateixen un trastorn mental. (Buxman, 1991; Astedt-Kurki & Arja Liukkonen, 1994; Astedt-Kurki, Isola, Tammentie, i Kervinen, 2001; Moore, 2008) I, per les persones amb TLP també té aquest efecte alliberador d'ansietat.

Per a les participants, el sentit de l'humor funciona com a revelador d'autenticitat per part de la infermera. Aquest resultat és coincident amb autors que conclouen que l'humor promou la reciprocitat en la relació terapèutica (Crepeau i Garren, 2011) i, facilita una connexió més humana i íntima perquè ofereix autenticitat (Tremayne, 2014).

Segons Linehan, en l'aprenentatge basat en l'experiència de l'usuari es pot utilitzar l'humor irreverent amb bastanta llibertat. Amb la irreverència es reacciona a la conducta problemàtica com si fos normal. Davant de comportaments o idees disfuncionals es pot reaccionar amb humor per conduir a l'usuari a veure les coses des d'una altra perspectiva (2003, p. 116).

La utilització de l'humor en la relació terapèutica també pot tenir un efecte reflexiu, perquè ajuda a descontextualitzar una situació i examinar-la des d'una altra perspectiva (Buxman, 1991). Permet als usuaris poder pensar en allò que acaben d'explicar i buscar una

comprensió diferent. També els permet mostrar l'emoció i fer front a una situació incòmoda preservant la seva dignitat (Asted-Kurki et al., 2001).

El terapeuta té la responsabilitat de buscar un acostament per generar confiança (Crepeau i Garren, 2011). Les participants coincideixen en que el sentit de l'humor de la infermera l'ajuda a sentir que és capaç d'empatitzar i l'ajuda a tenir confiança. Per tant, corrobora l'afirmació que introduir el sentit de l'humor, mostra autenticitat que genera confiança en l'usuari (Moore, 2008; Tremayne, 2014), perquè busca el diàleg i és una eina que permet mostrar la vessant més amigable (Scanlon, 2006). Segons Rogers, que el terapeuta pugui mostrar-se tal qual és, és la realitat que inspira confiança en els altres (1972, p. 40). També amb les persones que pateixen TLP, les infermeres poden utilitzar l'humor per aconseguir establir una relació terapèutica.

Segons els resultats, les persones amb TLP valoren molt la seguretat de saber-se ateses quan ho necessiten. Elles coneixen que tenen accés a parlar per telèfon o visitar-se sense cita prèvia sempre que ho necessitin, fora de les visites concertades i dins dels horaris del centre. Consideren que això reforça la vinculació al tractament perquè poden consultar quan ho necessiten.

Un altre afirmació dels resultats és que saber que poden acudir d'urgència i ser visitades pel professional referent, ajuda a contenir la crisi. D'altra banda, l'elevada freqüència de visites amb la infermera ajuda que es sentint ben ateses i contingudes. **Facilitar l'accessibilitat** els dona tranquil·litat i seguretat. Peplau teoritza que la conducta expressa les demandes de les necessitats i, que respondre a aquestes demandes i satisfer-les, permet avançar cap a demandes més madures (1990, p. 69). Tenir la seguretat de saber-se ateses quan ho necessitin, permetrà a les usuàries a dirigir l'atenció cap a objectius més complexos i progressar cap a la maduració de la personalitat (1990, p. 70).

L'objectiu de l'accessibilitat és que la usuària aprengui a demanar ajuda quan es trobi en una situació de malestar intens o de risc d'auto o hetera agressivitat. D'aquesta manera s'afavoreix la cerca d'ajuda com la conducta saludable que substitueix la conducta disruptiva. Aquest aspecte es troba explicat en la Teoria de la cura transpersonal. Watson afirma que la relació de la usuària amb la infermera és eficaç quan permet desenvolupar interrelacions que promouen el benestar i ajuden a l'usuari a desenvolupar conductes que busquen salut (Urta et al., 2011).

En aquest sentit, Rogers afirma que el terapeuta ha de tenir una actitud oberta i acollidora que ajudi a fer possible una relació profunda i afectiva amb els límits ben definits. (1981, p. 80) De forma general, el missatge de fons de facilitar l'accessibilitat és que la infermera està disposada a estar present quan la usuària ho necessita, és a dir que confirma la proposta de Rogers.

El *saber fer* està també relacionat amb **els coneixements especialitzats**. És emergent en les dades que les participants saben que les infermeres tenen coneixements especialitzats en TLP i, afegeixen que valoren aquesta formació com un element clau per comprendre el seu patiment. Aquesta meta categoria la integren dues categories, la formació especialitzada i les intervencions psicoterapèutiques de les infermeres de salut mental.

La formació especialitzada en TLP per disminuir l'actitud estigmatitzant de les infermeres, és un tema evidenciat en la revisió sobre les dificultats d'infermeria de salut mental respecte a persones amb aquest trastorn. D'altra banda, l'expertesa de les infermeres de salut mental sobre el TLP és un element que porta a la confusió pel que fa a la identitat professional.

Tal com s'ha exposat al Capítol 1. Introducció, la formació especialitzada sobre el TLP pot contribuir a canviar l'actitud estigmatitzant de les infermeres vers una altra de més positiva. És possible canviar les reaccions emocionals i actituds negatives, prevenir el *burn out* i el dilema ètic de les infermeres amb formació especialitzada i suport de supervisió (Kool, Van Meijel, Koekkoek, Van Der Bijl & Kerkhof, 2014; O'Connell & Dowling, 2014; Dickens et al., 2016a). Les infermeres necessiten entendre el trauma i reconèixer que, en ocasions, el poder s'utilitza negativament en els serveis de salut mental i amb les interaccions individuals amb aquests usuaris (Holm et al., 2009). D'altra banda, la revisió sistemàtica de Dickens et al. sobre intervencions per millorar l'actitud i els coneixements de les infermeres relacionats amb les persones amb TLP conclou que falta evidència sobre quines són les intervencions més efectives dels programes de formació que aconseguixin el canvi en l'actitud dels professionals (2016a).

En aquesta recerca destaca que les participants reconeixen la formació de les infermeres com un element que contribueix a poder establir una relació de confiança i terapèutica. Elles expliquen que troben diferències importants respecte al tracte entre altres serveis i les infermeres de salut mental d'aquest CSMA. A les infermeres de salut mental, conèixer la vivència de les persones amb aquest trastorn i entendre la seva psicopatologia, els permet desenvolupar recursos terapèutics que afavoreixen el procés psicoterapèutic.

És també emergent en les entrevistes el desconeixement sobre quina és la funció de la infermera de salut mental. El desconeixement social sobre la identitat professional de les infermeres i, en aquest cas, de les infermeres de salut mental, és notable. Això condueix a atribuir a *les intervencions psicoterapèutiques de la infermera de salut mental* qualificacions de professional de la psicologia.

La relació terapèutica és un procés interpersonal. La relació terapèutica entre la infermera de salut mental i les persones amb trastorns mentals, és una relació psicoterapèutica. Són psicoterapèutiques les intervencions orientades a promoure un canvi en el funcionament cognitiu, emocional i conductual d'una persona (Rigol et al., 2014, p. 75). En la taxonomia NIC d'intervencions d'infermeria es recullen i defineixen nombroses intervencions infermeres que tenen per objectiu incidir en la conducta (Bulechek, Butcher, Dochterman i Wagner, 2014). Aquestes intervencions que procuren un millor funcionament psicosocial i pretenen canvis d'estil de vida, són algunes de les intervencions psicoterapèutiques de les infermeres. El que caracteritza les intervencions psicoterapèutiques de les infermeres de salut mental és que han de tenir coneixements sobre la psicopatologia i les característiques cognitives, emocionals i actitudinals de les persones que pateixen aquests trastorns. Les intervencions psicoterapèutiques de les infermeres de salut mental estan lligades als coneixements propis de les infermeres especialistes en salut mental.

Realitzar intervencions basades en la dialèctica i en el model relacional planteja dubtes a les participants sobre la disciplina del professional. Tot i que les infermeres expliquen quina és la seva professió, els costa entendre el límit de cada disciplina i l'atribució de competències. Reynolds (2009) defineix que és en la fase d'orientació on la infermera ha de exposar amb claredat els límits del rol de la infermera perquè sovint, els usuaris no el tenen clar.

Segons Ramió, les infermeres, la infermeria en general, com a grup, no tenen un reconeixement social proporcional al servei essencial i únic que presten. Aquesta autora conclou que hi ha diferents factors que intervenen i, un d'ells és la paradoxa de que, en general, les infermeres són persones que es qüestionen i reflexionen sobre la seva professió, però, en canvi, es mantenen passives respecte a propostes de canvi que puguin tenir repercussió social. Les infermeres tenen una identitat social encara dèbil. Ramió afirma que afavorir estratègies que ajudin a valorar i validar els efectes que tenen l'aplicació de les cures en les persones, són accions que cal potenciar per guanyar en auto reconeixement i, a la vegada, reconeixement de la societat (Ramió, 2005, p. 286).

Quant a les infermeres de salut mental, no hi ha una única definició i, varia en funció del rol que se'ls atribueix. Segons Hill-Smith, Taverner, Greensmith i Parsons (2011), actualment les infermeres realitzen intervencions psicoterapèutiques com Teràpia Dialèctica Conductual, Teràpia Familiar, etc. que no són intervencions exclusives d'infermeria, però algunes estan reconegudes com intervencions pròpies d'infermeria per la taxonomia NIC, com per exemple la Teràpia Familiar. Els coneixements sobre psiquiatria i medicina també són elements de valor del rol de les infermeres. En general, consideren que el rol de les infermeres forma part d'un sistema d'atenció ampli i, el treball de les infermeres es centra en la comunicació, el cuidatge i la coordinació en els equips de salut mental. Aquests autors, afirmen que la comprensió holística i la relació propera amb els usuaris, és característic de les infermeres. També assenyalen que, en molts serveis, són el primer contacte amb l'usuari.

Aquesta presentació de la infermera de salut mental que pot “fer una mica de tot”, però no té intervencions exclusives i pròpies és un parany que ajuda convertir a les infermeres en professionals flexibles que s'adapten i acomoden per fer el que se'ls assigna en l'equip, però dilueix les aportacions d'infermeria. Segons Hurley (2009), les polítiques governamentals del Regne Unit tenen interès en donar valor a aquesta condició de flexibilitat professional que aporten les infermeres de salut mental. La qüestió és si aquesta característica de flexibilitat és un element que també contribueix a la indefinició i a mantenir la debilitat identitària (Crawford, Brown, i Majomi, 2007).

En les dades emergents cal assenyalar que les usuàries donen més valor a la qualitat humana de les infermeres, a l'actitud descrita en aquests resultats com el *saber fer* de les infermeres de salut mental, que no pas a la disciplina professional de la persona que l'atén.

5.3 Dificultats i limitacions

Les limitacions de la recerca estan vinculades a la metodologia i la mostra intencionada opinàtica. Per a la realització d'una recerca centrada en la perspectiva de l'usuari sobre la pròpia experiència terapèutica, va ser necessari buscar una mostra intencionada. Calia buscar persones amb TLP que estiguessin vinculades amb les infermeres de l'equip de salut mental, que haguessin experimentat un procés psicoterapèutic, tenir-ne consciència i voler-ho explicar.

La mostra que es va aconseguir incloure són tot dones. Tot i que, també es va proposar participar a homes, no ha estat possible incloure cap home en la mostra. Tal i com ha quedat

explicat en el punt 3.6 *Participants* el nombre de persones amb TLP que consulta amb la xarxa de salut mental són, majoritàriament, dones. Aquesta limitació de la representació de veus masculines, dificulta conèixer si hi ha diferències en la percepció entre homes i dones, sobre el que els ha resultat terapèutic.

Una altra de les limitacions és no tenir participants amb veus discordants, que podrien afegir riquesa a les dades amb categories dissonants o matisos diferencials (Ruiz Olabuénaga, 2007, p. 66). Les persones amb TLP que no es vinculen amb les infermeres o amb l'equip de salut mental, abandonen els tractaments i deixen d'assistir a les visites. La realitat de l'assistència, és que no és possible seguir a qui no li va bé el tractament i decideix no continuar.

Aquest és un fet que limita l'estudi perquè no permet identificar quins són els elements que han dificultat crear una relació terapèutica. En l'inici de la recerca es va considerar que amb la diversitat de les experiències de les participants seria prou enriquidora per a la descripció del que els resulta terapèutic o no. Ara, es considera que la inclusió d'experiències negatives hauria permès aprofundir en la interpretació del què és terapèutic i què no.

Quan a la mostra, hi ha una altra limitació centrada en la representativitat. Aquesta mostra es limita a un centre de salut mental de Barcelona, que ofereix l'atenció d'infermeria a les persones que pateixen TLP. És un centre de la xarxa comunitària de salut mental de Catalunya. Com s'ha explicat anteriorment, les infermeres de salut mental dels centres de salut mental de Catalunya, ni Espanya, no inclouen en la cartera de serveis, l'atenció d'infermeria específica per a persones amb TLP. Per tant, no ha estat possible incloure en la recerca participants d'altres centres de la xarxa comunitària amb d'altres infermeres de salut mental. Incloure experiències d'altres centres, hauria permès comparar resultats i donar-li major transferibilitat (Berenguera et al., 2014, p. 213).

El fet que es tracta d'una recerca de metodologia qualitativa, realitzada en un context molt concret i determinat, els resultats no poden extrapolar-se a d'altres contextos (Guba i Lincoln, 1994).

5.4 Reflexions, recomanacions per a la pràctica professional i altres recerques

En primer lloc, una característica diferencial d'aquesta recerca respecte a d'altres recerques sobre resultats de l'atenció d'infermeria, és la inclusió de l'opinió dels usuaris. L'avaluació d'eines o recursos psicoterapèutics de les infermeres de salut mental és poc freqüent, les recerques es centren en qüestions biològiques, l'aplicació de programes i estratègies o en les percepcions sobre constructes com la salut, l'estigma, la relació terapèutica, etc. Aquesta recerca assenyala la importància de posar en valor la relació terapèutica i les intervencions psicoterapèutiques de les infermeres i els resultats que això té per a les persones amb TLP. També apunta la importància que té per les infermeres de salut mental rebre retroalimentació de les persones amb trastorn mental. La informació que elles aporten, és fonamental per validar les intervencions d'infermeria a la comunitat científica i a la societat, explicant quins són els resultats obtinguts i, així, contribuir a enfortir la identitat professional i la visibilitat social.

En segon lloc, aporta elements i coneixements concrets i especialitzats que són competència de les infermeres de salut mental. Diversos elements i coneixements identificats en la recerca, són compartits amb d'altres disciplines, però cal que les infermeres els considerin també propis de la seva especialitat.

En tercer lloc, proposa intervencions psicoterapèutiques específiques que han tingut un resultat positiu segons la veu de les persones afectades. La proposta de les diferents intervencions com els coneixements especialitzats en TLP, les habilitats i l'actitud com el *saber fer*, obre la possibilitat de definir estratègies d'infermeria concretes per a diferents trastorns. En aquest sentit, però, caldria ampliar la recerca a diferents grups de persones amb TLP, així com a diferents infermeres de salut mental, per enriquir més els coneixements i la pràctica professional.

Altrament, es considera que la metodologia utilitzada és l'elecció més encertada per obtenir informació del resultat del treball de les infermeres de salut mental. D'aquesta manera es suggereix la fenomenologia hermenèutica com metodologia traslladable a persones que pateixen altres trastorns mentals. Es contempla la possibilitat d'ampliar aquesta línia de recerca i, aplicar aquesta metodologia a persones amb altres trastorns mentals. El rigor metodològic atorga evidència als resultats obtinguts del relat de l'usuari. És doncs una metodologia versàtil i vàlida

per investigar sobre molts temes respecte a la pràctica de les infermeres de salut mental, que no tenen més medidor o indicador que la veu l'experiència de l'usuari.

Una proposta a tenir en compte és incloure, en noves recerques, la vessant quantitativa. La metodologia mixta pot afegir resultats quantitius de l'atenció d'infermeria especialitzada en TLP, que facin possible l'avaluació de criteris de sostenibilitat i eficiència. En aquest sentit, podria ser interessant mesurar el grau d'implicació de cadascuna de les categories emergents obtingudes en aquesta tesi.

És, sens dubte, molt recomanable estudiar propostes de formació en psicoteràpia per a infermeres de pràctica avançada (IPA). És una necessitat actual ampliar coneixements teòrics que fonamenten el rol autònom de les infermeres de salut mental i, cal avançar cap a proveir a les infermeres de pràctica avançada de la possibilitat d'accedir a formació especialitzada en psicoteràpia. (Goodman, Morales Asensio, i de la Torre-Aboki, 2013).

Quant a la implicació per a la pràctica, aquests resultats indiquen que les infermeres de salut mental tenen coneixements, habilitats i actituds professionals per desenvolupar noves competències que enriqueixen els resultats terapèutics de les persones amb TLP. Les infermeres de salut mental que tenen formació i poden dur a terme una pràctica conscient i sensible basada en els coneixements sobre la dinàmica de la relació terapèutica, les intervencions psicoterapèutiques d'infermeria i les característiques psicopatològiques del TLP, estan capacitades per a conduir el tractament de les persones amb TLP.

Aquest tema obre la possibilitat d'incloure les competències d'infermeria en la cartera de serveis destinada a donar resposta a les necessitats de les persones amb TLP a la xarxa de salut mental. La qualitat de l'assistència està relacionada també amb el rati de professionals. Tal com s'esmentava al primer capítol d'aquesta tesi, el rati d'infermeres de salut mental a l'Estat espanyol és molt per sota de països com Anglaterra, que doten el servei nacional de salut amb gran nombre d'infermeres de salut mental. Una reflexió important i pendent, es centra sobre la decisió de dotar el sistema de salut amb infermeres especialitzades en salut mental i amb competències de pràctica avançada que permetin enfortir el rol autònom i donar resposta a les necessitats de salut mental de la població.

En aquest capítol es sintetitza i s'articula els resultats per donar una resposta directament relacionada amb els objectius plantejats i, finalment, respondre a l'objectiu principal. En primer lloc es presenten les reflexions finals en relació als objectius de recerca plantejats i, seguidament, les conclusions d'aquesta tesi.

A títol de record, l'objectiu principal d'aquest estudi basat en la perspectiva metodològica de la fenomenologia hermenèutica és explorar allò que és psicoterapèutic en la relació terapèutica que s'estableix entre la infermera de salut i les persones amb Trastorn Límit de la Personalitat i, que aquestes, relacionen amb la disminució del seu malestar.

1. L'exploració de l'experiència de disminució de malestar de l'usuari, queda descrita i interpretada en la dimensió I. Les reflexions són les següents:

- L'experiència parteix d'un període de desconcert amb un malestar sentit, que no s'identifica. El temps invertit entre la demanda sentida i, trobar una resposta clara i encertada, està relacionat amb l'augment de la percepció subjectiva de malestar. A major temps, el desconcert i l'acumulació de malestar creix. Per tant, en aquest període, el risc auto lític i de suïcidi augmenta. Aquest fet repercuteix també deteriorant la relació amb la família i l'entorn.
- Les etiquetes que atribueixen les dificultats a problemes de voluntat, augmenten el malestar de la persona i la incomprensió de la família. La culpabilitat sentida, en forma de por o vergonya, per no respondre els canons socials, incrementen, també, el risc de conductes auto lítiques i, reforcen l'actitud auto estigmatitzant.
- La relació terapèutica amb la infermera de salut mental ha estat resolutive, i ha contribuït a disminuir el malestar. La intervenció d'infermeria en el tractament disminueix el malestar, el risc auto lític i de suïcidi.
- La infermera de salut mental amb coneixements especialitzats en TLP i habilitats actitudinals està capacitada per establir una relació que sigui terapèutica i allunyar-se de l'actitud estigmatitzant que recull la bibliografia.
- La relació terapèutica possibilita realitzar intervencions psicoterapèutiques per trobar alternatives saludables que ajudin a disminuir els símptomes i les vivències de malestar.

- Les intervencions psicoterapèutiques de la infermera de salut mental es fonamenten en models teòrics d'infermeria d'H. Peplau, J. Watson i P. Barker.
- La relació terapèutica que estableix infermeria té fonaments en la perspectiva humanista i complementa l'abordatge biomèdic del tractament del TLP.
- Des de la relació terapèutica amb infermeria les persones amb TLP reconeixen que:
 - Per avançar cap a la disminució del malestar cal poder expressar-se lliurement en un espai protegit on es sentin escoltades amb interès i empatia.
 - Donar importància a la percepció subjectiva de millora ajuda a identificar els petits canvis que condueixen a la millora.
 - La reflexió, introspecció i consciència de la seva realitat és una experiència madurativa.
 - La qualitat de la relació terapèutica té un important potencial de canvi.
 - Malgrat tenir importants dificultats per establir relacions interpersonals saludables, les persones amb TLP han aconseguit establir una relació de confiança que aporta resultats psicoterapèutics i, això, retro alimenta la motivació pel canvi.
- La consciència de millora és l'evidència que l'esforç ha tingut resultats. Conèixer-se millor i adonar-se que els símptomes han cedit, reforcen la percepció subjectiva de millora. També relacionen aquest fet amb la seva motivació per voler canviar les conductes disruptives.
- El treball de la família que participa activament del tractament, és una ajuda que elles valoren com terapèutica. Malgrat la història personal, familiar i la relació amb la família, poden aconseguir canvis que reforcen la disminució del malestar.
- Les fases descrites en el procés psicoterapèutic de les persones amb TLP: desconeixement del malestar, reconeixement del trastorn i disminució del malestar, tenen fonaments teòrics descrits en la Teoria de les Relacions Interpersonals de Peplau i, la relació *one-to-one* de Reynolds segons la perspectiva de Barker.

2. Els elements psicoterapèutics que les participants consideren que han contribuït a la disminució del malestar estan descrits a les dimensions II i III. Són els següents:

Hi ha dos grans blocs d'elements psicoterapèutics. Un està relacionat amb les accions o intervencions de les infermeres destinades a disminuir el patiment. L'altre, són els elements actitudinals de la infermera de salut mental i que, necessàriament, estan lligats a les intervencions.

1. El procés d'aprenentatge dels usuaris o l'educació per un estil de vida saludable forma part del procés psicoterapèutic. Aprendre sobre el TLP, alternatives saludables a les conductes disruptives, disminueix el malestar individual i, s'aconsegueix quan es dona una atenció integral que inclou també a la família.

A. Les tècniques, habilitats i estratègies de gestió de l'ansietat que tenen per objectiu proposar conductes alternatives saludables en substitució de les conductes disruptives, contribueixen positivament en la disminució del malestar.

a. El grup psicoterapèutic basat en els mòduls de la TDC:

- Permet adquirir coneixements pràctics de gestió del malestar, gestió emocional, i solució de problemes.
- Contribueix al procés d'identificació entre iguals que intervé en la identificació amb el trastorn i l'acceptació del diagnòstic.

b. Les visites amb infermeria:

- Afegeixen consistència a l'aprenentatge, perquè permeten resoldre dubtes, conflictes i experiències de l'aplicabilitat de les tècniques apreses.
- Permeten adaptar els coneixements a les necessitats individuals de cada persona i proposar estratègies individualitzades.
- Ajuden a aprofundir en l'origen de l'ansietat i l'auto comprensió.

c. La inclusió de la família al tractament, sempre que sigui possible:

- És un factor facilitador de disminució de malestar.

- Disminueix el risc auto lític i conductes disruptives perquè la família aprèn a gestionar les crisis de forma saludable.

B. Les persones amb TLP parteixen de la premissa de tenir grans dificultats per a mantenir relacions interpersonals. No obstant, aquesta recerca conclou que poden mantenir una relació terapèutica quan es nodreix d'interès, empatia i es senten escoltades, això els permet explicar les vivències i sentir-se acceptades.

C. La validació és una estratègia dialèctica que facilita a les usuàries sentir-se valorades, respectades i les ajuda a capacitar-se. Aquesta recerca afegeix que la validació es mostra també amb l'acompanyament i el suport de la infermera i a través de les activitats de coordinació amb l'equip de salut mental i altres serveis de la xarxa.

2. L'actitud de la infermera és un element decisiu per a establir una relació que sigui terapèutica amb una persona amb TLP perquè són altament sensibles a l'actitud de l'altra.

A. L'actitud de la infermera ha de mostrar:

- Interès sincer per l'explicació i la persona.
- Comprensió empàtica de les emocions.
- Escolta activa de l'expressió lliure de les vivències, conductes, emocions o pensaments, encara que siguin socialment reprovables.
- Validació les emocions, pensaments i conductes saludables.
- Acompanyament i estar present en les decisions.
- Apoderar per reforçar l'autonomia personal.
- Confiar en el potencial de millora, evitar qualsevol judici sobre les conductes, emocions o pensaments.
- Utilitzar l'humor com estratègia per mostrar autenticitat.
- Ser accessible i sensible a la demanda d'ajuda.

B. El coneixement especialitzat sobre el TLP, millora l'actitud de la infermera perquè és més sensible al malestar característic del trastorn.

C. Les usuàries atorguen més valor a l'actitud de la infermera que els coneixements. Elles refereixen que busquen una resposta més comprensiva que erudita.

3. Les intervencions psicoterapèutiques que es porten a terme en el marc de la relació terapèutica, tenen fonaments teòrics d'infermeria en la Teoria de les Relacions Interpersonals de H. Peplau, La Teoria de la Cura Transpersonal de J. Watson i el Model de la Marea de Ph. Barker:

De forma general, el procés psicoterapèutic definit a partir dels resultats obtinguts, descriu un procés que corrobora argumentacions teòriques del procés d'infermeria descrit per H. Peplau, de la relació de cura transpersonal de J. Watson i de l'artesanía de la cura de la infermera en el viatge metafòric cap a la recuperació del Model de la Marea de Ph. Barker.

Les intervencions psicoterapèutiques resultants de la recerca tenen fonaments en amb els tres models teòrics, tal i com es sintetiza a la taula de relació entre les intervencions psicoterapèutiques per persones amb TLP i models teòrics d'infermeria (vegeu annex 10).

És important destacar que la intervenció utilitzar l'humor com estratègia per mostrar autenticitat no s'ha pogut identificar en les teories infermeres estudiades. És doncs una troballa important que la utilització del sentit de l'humor té un potencial terapèutic important per a persones amb TLP.

4. Interpretació del desenvolupament de la relació terapèutica amb les persones amb TLP i, de quines intervencions psicoterapèutiques han contribuït a la disminució del seu malestar.

La relació terapèutica que s'estableix amb les persones amb TLP dirigeix la disminució del malestar. Les característiques psicopatològiques del TLP afegixen dificultat per establir una relació que sigui terapèutica. Per la infermera significa iniciar un contacte interpersonal amb una persona que és altament sensible a l'actitud de la infermera i, per tant mesurarà amb precisió la comunicació verbal i la no verbal. S'ha de tenir en compte aquesta condició i, ser conscient de la dinàmica de transferència i contratransferència per orientar la relació cap a un objectiu terapèutic. Aconseguir establir una relació terapèutica de qualitat està estretament lligat a la

percepció que tingui la usuària sobre l'interès de la infermera, l'empatia, la capacitat d'escolta i que pugui parlar lliurement del malestar sense sentir-se jutjada.

Les intervencions psicoterapèutiques són totes les accions, actitudinals i operatives, que activa la infermera de salut mental per tal de canviar pensaments, emocions i conductes que produeixen malestar. La persona amb TLP requereix d'intervencions psicoterapèutiques concretes que només seran possibles si la relació terapèutica s'ha consolidat.

Quan les persones amb TLP són derivades a infermeria, sovint no saben en què les pot ajudar la infermera de salut mental. Elles necessiten ajuda, però el trastorn no els permet veure quines són les seves necessitats en concret, ni quin tipus de resposta busquen. El desconcert, la desconfiança, el desconeixement i el dolor emocional envaeix de confusió qualsevol demanda d'ajuda. La híper sensibilitat al contacte amb les persones condiciona que siguin receptives a una actitud acollidora, que escolti, mostri interès i capacitat de comprendre el seu patiment, que no jutgi, sigui flexible a la demanda, i utilitzi el sentit de l'humor.

La relació terapèutica s'estableix quan la infermera utilitza els recursos actitudinals identificats com psicoterapèutics per construir un espai de confiança i apoderar a la usuària per acordar la gestió dels recursos disponibles en l'equip de salut mental, de manera que ella li trobi un sentit. Quan la usuària entén que la infermera proposa un acord amb objectius compartits per a que ella aprengui a gestionar el TLP per millorar la seva salut i disminuir el seu malestar, troba sentit al tractament.

La vinculació a les diferents propostes assistencials o estratègies psicoterapèutiques: les visites amb la infermera i el grup psicoterapèutic, és possible quan poden desenvolupar confiança en la infermera i percebre que aquesta confia en el seu potencial de canvi. La usuària mesura la confiança percebent l'escolta amb interès i empatia, si és positiva, pot parlar i explicar tot el que pensa i sent.

L'aprenentatge sobre el TLP és el procés d'aprenentatge psicoterapèutic que es realitza a partir del grup psicoterapèutic, realitzant la formació en habilitats psicosocials basades en la TDC, si la usuària vol participar i aconseguir mantenir la vinculació. A les visites amb la infermera aporta les seves experiències en l'aplicació de les tècniques apreses i, consulta, discuteix, pregunta i reflexiona sobre alternatives i propostes que puguin millorar l'experiència individual. L'opció d'integrar a la família en el tractament, és possible quan la usuària i la família ho accepten. Si algun dels dos no ho accepta, es descarta. El rendiment en l'aprenentatge és notablement superior quan participen activament els tres nuclis.

Tot el procés psicoterapèutic es condueix mantenint una relació terapèutica iniciada en la fase de desconeixement del trastorn.

Inicialment, l'actitud de la infermera té un protagonisme important, perquè serà decisiva per fer possible la relació terapèutica en la fase de desconeixement del trastorn. Entra en joc el *saber fer* de la infermera. El *no saber* atribuït a la infermera forma part de l'estratègia d'acostament a la usuària. La necessitat, d'aquesta, de trobar una persona que mostri autenticitat i que respongui actitudinalment més que professionalment, ajuda a construir una relació terapèutica. En aquest cas, no conèixer la funció social de les infermeres de salut mental no és favorable per les infermeres perquè han de clarificar i explicar quin és el propòsit de la seva pràctica, però per a les persones amb TLP és menys rellevant i actua favorablement.

Posteriorment, els coneixements especialitzats adquireixen importància. Quan les usuàries confien en la persona, i es senten validades i apoderades, i reconeixen que aquesta persona les ajuda a disminuir el malestar, poden entendre que els coneixements en TLP de la infermera han contribuït a la seva millora.

En la disminució del malestar, s'aconsegueixen els objectius d'aprenentatge i la relació terapèutica, lentament dona pas a una davallada de la freqüència de les visites perquè disminueix la demanda d'ajuda. L'apoderament creix i elles poden millorar l'autonomia i prendre decisions per elles mateixes. El malestar disminueix quan les usuàries saben utilitzar els recursos que els ha proporcionat el conjunt de les intervencions psicoterapèutiques utilitzades.

Les persones amb TLP reconeixen el valor psicoterapèutic de les intervencions, habilitats i de l'actitud de les infermeres de salut mental que les ha ajudat a disminuir el malestar i augmentar la capacitat de decisió per gestionar la seva vida. La relació terapèutica amb la infermera és un element de qualitat, decisiu dins del tractament de l'equip interdisciplinari perquè ha possibilitat el canvi cap a la millora de la salut mental. Aquesta recerca amplia el coneixement sobre les necessitats terapèutiques de les persones amb TLP que les infermeres de salut mental poden tractar. És, doncs, necessari que les infermeres tinguin accés a ampliar els coneixements específics sobre TLP, intervencions psicoterapèutiques i la dinàmica de la relació terapèutica des de models d'infermeria relacionals per capacitar-se per donar resposta assistencial a les necessitats de les persones amb aquest trastorn.

- Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut Generalitat de Catalunya. (2011). *Guía de Práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Aguilar, L. A., Hans, O. S., & Gadamer, G. (2004). La hermenéutica filosófica de Gadamer. *Revista Electrónica Sinéctica*, 24(febrero-julio), pp. 61–64. Recuperat de <http://www.redalyc.org/pdf/998/99815918009.pdf>
- Alligood, M.R. (2015). La estructura del conocimiento de enfermería especializado. A Alligood, M.R. (ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 38-41) (8a. ed.). Barcelona: Elsevier.
- Asociación de Salud Mental (2018). Història. Recuperat de <http://www.asmhg.es/index.php/qui-som-asmhg/historia-asmhg>
- Asociación de Salud Mental (2018). Memòries d'activitat. Recuperat de <http://www.asmhg.es/index.php/qui-som-asmhg/transparencia-asmhg/memories-activitat-asmhg>.
- Alvarez-Gayou Jurgenson, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- American Psychiatric Association (APA). (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Astedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T., & Kervinen, U. (2001). Importance of humour to client--nurse relationships and clients' well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 7(2), 119–125. doi: 10.1046/j.1440-172X.2001.00287.x
- Astedt-Kurki, P., & Liukkonen, A. (1994). Humour in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), 183–188. doi: 10.1046/j.1365-2648.1994.20010183.x
- Avery, M., & Bradshaw, T. (2015). Improving care for people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 18(6), 33-37. doi: 10.7748/mhp.18.6.33.e914
- Barker, P. (2009). The nature of nursing. A Barker, P. (ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. (pp. 3-10) (8a. ed.). Barcelona: Elsevier.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2015). Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: Mentalizing as a Framework for Integrated Treatment. *Journal of Clinical Psychology, 71*(8), 792-804. doi: 10.1002/jclp.22206
- Bates, L., & Stickley, T. (2013). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 20*(7), 569-575. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01957.x
- Berenguera, A., Fernandez de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodriguez, D. & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Bermúdez García, P. (2015). El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Integral*, núm. especial, 47-55 Recuperat de <http://www.enfervalencia.org/ei/108/ENF-INTEG-108.pdf>
- Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T. & Adams, C.E. (2018). Terapias psicológicas para personas con Trastorno de la Personalidad Borderline. *La Biblioteca Cochrane Plus, 5*(3). Recuperat de <http://www.biblioteca-cochrane.com>
- Biskin, R. S. (2015). The lifetime course of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 60*(7). doi: 10.1177/070674371506000702
- Bland, A. R., Tudor, G., & McNeil Whitehouse, D. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care, 43*(4), 204–212. doi: 10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x
- Bodner, E., Cohen-Fridela, S., & Iancuc, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 548–555. doi:10.1016/j.comppsy.2010.10.004
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R., & Moran, P. (2012). Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews, 6*, Art. No.: CD009353. doi: 10.1002/14651858.CD009353.pub2
- Bowen, M. L. (2016). Stigma: Content analysis of the representation of people with personality disorder in the UK popular press, 2001-2012. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(6), 598–605. doi: 10.1111/inm.12213

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brimblecombe, N. i Nolan, P. (2014). *Els serveis de salut mental a Europa. Provisió i pràctica*. Barcelona: Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental (ASCISAM).
- Brookes, N. (2015). El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. A Alligood, M.R. (ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 610-639) (8a. ed.). Barcelona: Elsevier.
- Browne, G., Cashin, A., & Graham, I. (2012) The therapeutic relationship and Mental Health Nursing: it is time to articulate what we do!. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(9), 839-843. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01944.x
- Bulechek, G.M, Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*(6a. ed). Barcelona: Elsevier, S.L.
- Buxman, K. (1991). Humor in Therapy for the Mentally Ill. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 29(12),15–18. doi: 10.3928/0279-3695-19911201-06
- Cahill, J., Paley, G. & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(9), 782-791. doi: 10.1111/jpm.12015
- Cailhol, L., & Ragonnet, C. (2013). Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. *Annales Médico-Psychologiques*, 171(2), 100–103. doi: 10.1016/j.amp.2012.06.025
- Carmel, A., Torres, N. I., Chalker, S., & Comtois, K. A. (2018). Interpersonal barriers to recovery from borderline personality disorder: A qualitative analysis of patient perspectives. *Personality and Mental Health*, 12(1), 38-48. doi: 10.1002/pmh.1397
- Carrasco Muñoz, S. (2013). Enfermería en el Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista Científica Hygia de Enfermería*, (82), 59-65. Recuperat de <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia82.pdf>
- Carter, C., Sired, T., & Gordon, C. (2015). Evaluation of borderline personality disorder awareness workshops for service users and carers. *Mental Health Practice*, 19(2), 26-31. doi: 10.7748/mhp.19.2.26.s19

- Castillo, E., & Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34, 164-167.
- Castrillón Agudelo, M.C. (1992). La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Investigación y Educación en Enfermería*, 10(2), pp. 15-28. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331885>
- CatSalut. Servei Català de la Salut. (2017). Presentació del model sanitari català. Recuperat de <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/>
- CatSalut. Servei Català de la Salut. (2017). Atenció a la salut mental i addiccions. Recuperat de <http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
- Chapman, J., & Fleisher, C. (2018). Personality Disorder, Borderline. StatPearls. StatPearls Publishing. Recuperat de <https://www.statpearls.com>
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., Drahorad, C., & Harrison-Hall, A. (2002). Health Service Use Costs by Personality Disorder Following Specialist and Nonspecialist Treatment: A Comparative Study. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 160-173. doi: 10.1521/pedi.16.2.160.22552.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21–30. doi: 10.1007/s40473-017-0103-z
- Chugani, C.D., Seiler, A.R., & Goldstein, T.R. (2017). Recovery from Borderline Personality Disorder through Dialectical Behavior Therapy. *The Qualitative Report*, 22(11), 3014-3024. Recuperat de <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol22/iss11/13>
- Clarke, M., Jinks, M., Huband, N. & McMurrin M. (2014). Strategies for engaging people with personality disorder in treatment. *Mental Health Practice*, 17(8), 23-27. doi: 10.1108/13619321211287229
- Clarke, S., Taylor, G., Lancaster, J. & Remington, B. (2015). Acceptance and commitment therapy-based self-management versus psychoeducation training for staff caring for clients with a personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of personality disorders*, 29(2), pp. 163-176. doi: 10.1521/pedi_2014_28_149

- Cohen, M.Z., & Omery, A. (2005). Escuelas de fenomenología: implicaciones para la investigación. A Morse, J.M. (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 185 - 207). San Vicente del Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Coombs, T., Curtis, J. & Crookes, P. (2012). What is the process of a comprehensive mental health nursing assessment? Results from a qualitative study. *International Nursing Review*, 60, 96–102. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01036.x
- Correia Sampaio, F.M., da Cruz Sequeira, C.A., & Lluch Canut, M.T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2096-105. doi: 10.1111/jocn.12808
- Correia Sampaio, F. M., da Cruz Sequeira, C. A., & Lluch Canut, M. T. (2018). Contributes for the development of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A focus group study in Portugal and Spain. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 134–141. doi: 10.1111/ppc.12211
- Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2007). Professional identity in community mental health nursing: a thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1055–1063. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.05.005
- Crepeau, E. B., & Garren, K. R. (2011). I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), 872–881. doi: 10.3109/09638288.2010.511419
- Crowe, M. & Carlyle, D., (2009) The person with a diagnosis of personality disorder. A: Barker, P. (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring.*(2a. ed., pp. 244-251). Londres, Gran Bretanya: Hodder Arnold.
- Cuesta-Benjumea, C. (2008). ¿Por dónde empezar?: La pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18 (4), 205-210. doi:10.1016/S1130-8621(08)72197-1
- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G., & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), 311–317. doi: 10.1111/nin.12056

- Delgado-Hito, P. (2010). *Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité*. (Tesi Doctoral. Université de Montréal. Canadà). Recuperat de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4179>
- De Prado Medina, J. A. (2013). Trastorno de personalidad límite en atención primaria. *Revista ROL de Enfermería*, 36(7–8), 480–486. Recuperat de http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2013/07/08_Trastorno.pdf
- Dickens, G. L., Hallett, N., & Lamont, E. (2016a). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 114–127. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019
- Dickens, G. L., Lamont, E., & Gray, S. (2016b). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13–14), 1848–1875. doi: 10.1111/jocn.13202
- Domínguez Bermejo, A. (2011). Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad. *NURE Investigación*, 8(53), 1-9. Recuperat de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/543>.
- Erroteta, J. M. (2009). Transferencia y Contratransferencia en los Pacientes Psicóticos. *Norte de Salud Mental*, 33, pp. 67–72. Recuperat de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11385/transferencia_contratransferencia.pdf
- Estigma. (n.d.) *A Gran Enciclopèdia Catalana*. Recuperat de <https://www.enciclopedia.cat/search/obrae/GEC/estigma>
- Fanaian, M., Lewis, K. & Grenyer, B. (2013). Improving services for people with personality disorders: Views of experienced clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 465-471. doi: 10.1111/inm.12009
- Flaherty, J., McBride, M., Marzouk, S., Miller, D.K., Chien, N., Hanchett, M., Leander, S., Kaiser, F.E., & Morley, J.E. (1998). Decreasing hospitalization rates for older home care patients with symptoms of depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(1), 31-38. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb01010.x

- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 11. doi: 10.1186/s40479-017-0061-9
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 33–40. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x
- Franch, J. (2017). La ignorancia y el miedo aumentan el estigma y el autoestigma. Recuperat de <http://www.activament.org/es/?s=autoestigma#sthash.GWj92IwR.dpbs>
- García Laborda, A. (n.d.). *Especialidad de enfermería en Salud Mental. Antecedentes*. AEN. Recuperat de <http://aen.es/web/docs/EspEnfSM.pdf>
- Gastaldo, D. (2015). Elementos de un capítulo de metodología cualitativa de una tesis doctoral. Recuperat de <http://www.ccqhr.utoronto.ca/teaching/teaching-resources>
- Geneyro Saldombide, C. i Tirado Serrano, F. (2016). Biopsiquiatría vs Postpsiquiatría: Debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica. *Índex de Enfermería*, 25(1-2), 98-102. Recuperat de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v25n1-2/251217r.php>
- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 481–487. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01406.x
- Gimeno Peón, A., Barrio Nespereira, A., & Álvarez Casariego, M. T. (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 131–144. doi: 10.4321/S0211-57352018000100007
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gonzales, L., Davidoff, K. C., Nadal, K. L. & Yanos, P. T. (2015). Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 234-241. doi: 10.1037/prj0000096

- González, R., Igoumenou, A., Kallis, C. & Coid, J.W. (2016). Borderline Personality Disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional treat assessment. *BMC Psychiatry*, *16*(180), 1–10. doi:10.1186/s12888-016-0885-7
- Goodman, C., Morales Asensio, J.M., & de la Torre-Aboki, J. (2013). La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas de Enfermería*, *9*(16), 20–25. Recuperat de <http://www.enfermeria21.com>
- Guba, E. G. & Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. A Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. *Por los rincones. Antología de los métodos cualitativos en la investigación social*, 113-145.
- Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, *38*(2), 99–106. doi:10.1080/01612840.2016.1246631
- Hauck, J.L., Harrison, B.E. & Montecalvo, A.L. (2013). Psychiatric nurses' attitudes toward patients with borderline personality disorder experiencing deliberate self-harm. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *51*(1), 20–29. doi: 10.3928/02793695-20121204-02
- Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A., & Achterberg, T. (2014a). Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, *50*(1), 65–75. doi: 10.1111/ppc.12023
- Helleman, M., Goossens, P., Kaasenbrood, A. & Achterberg, T. (2014b). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: a phenomenological study. *International journal of mental health nursing*, *23*(5), 442-450. doi: 10.1111/inm.12074
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and

mental health-care settings. *THE LANCET Psychiatry*, 1(6), 467–482. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6

Hill-Smith, A., Taverner, R., Greensmith, H., & Parsons, D. (2011). Staff relationships in multidisciplinary teams. *Mental Health Practice*, 15(8), 14–19. doi: 702.2012.04140.x

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1), 27–35. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00508.x

Holm, a L., Bégat, I., & Severinsson, E. (2009). Emotional pain: surviving mental health problems related to childhood experiences. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), pp. 636–645. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01426.x

Holm, A. L., Berg, A., & Severinsson, E. (2009). Longing for reconciliation: a challenge for women with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(9), 560–568. doi: 10.1080/01612840902838579

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), pp. 52–57. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011a). Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), pp. 165–173. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00713.x

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011b). A hermeneutic approach to the characteristics of mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), pp. 843–50. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01736.x

Horatio: European Psychiatric Nurses. (2012). *Psychiatric/Mental Health Nursing and Psychotherapy: The position of Horatio: European Psychiatric Nurses*. Recuperat de http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf

Hsiao, C.Y., Lu, H.L., & Tsai, Y.F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272–280. doi: 10.1111/inm.12129

- Hurley, J. (2009). Mental health nurse identity: building upon Crawford et al. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 291–293. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.011
- Hurley, J. (2012). The lifeworld characteristics of mental health nurses engaging in talk-based therapies: a qualitative study from Scotland and England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 303–309. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01788.x.
- Hutchinson, S. & Wilson, H. (2005). La investigación y las entrevistas psicoterapéuticas: una perspectiva postestructuralista. A Morse, J. (ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. San Vicente del Raspeig: Publicaciones Universidad de Alicante.
- James, P.D. & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), pp. 670–678. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x
- Jesse, D.E. & Alligood, M.R. (2015). Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. A Alligood, M.R. (ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (78-96, 8a. ed.). Barcelona: Elsevier.
- Jiménez Barbero, J.A., Pérez García, M., Rivera Rocamora, C., Medina Garrido, L., Munuera García, V., & Sánchez Muñoz, M. (2010). El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enfermería Global*, (20), pp. 1–15. Recuperat de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- Jones, K. (2012). Developing the Therapeutic Use of Self in the Health Care Professional Through Autoethnography: Working With the Borderline Personality Disorder Population. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(5), 573-584. doi: 10.1177/160940691201100504
- Kérouac, S., Pepin, F., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (2005). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A.
- Koekkoek, B., van der Snoek, R., Oosterwijk, K., & van Meijel, B. (2010). Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: a pilot study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(2), 127–134. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00248.x
- Koekkoek, B., van Meijel, B. & Hutschemaekers G. (2010). Community mental healthcare for people with severe personality disorder: narrative review. *The Psychiatrist*, 34(1), 24–30. doi: 10.1192/pb.bp.108.022426.

- Koekkoek, B., van Meijel, B., Tiemens, B., Schene, A. & Hutschemaekers G. (2011). What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as “difficult”: patient, professional, treatment and social variables. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1045–1053. doi: 10.1007/s00127-010-0264-5.
- Know-how. (n.d.). A Cambridge Dictionary. (2018). Recuperat de <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/know-how>
- Kool, N., Van Meijel, B., Koekkoek, B., Van Der Bijl, J., & Kerkhof, A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pre-test/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry*, 14(64). doi: 10.1186/1471-244X-14-64
- Lakeman, R. (2014). Unknowing: A potential common factor in successful engagement and psychotherapy with people who have complex psychosocial needs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 383–388. doi: 10.1111/inm.12067
- Lamont, S., Brunero, S., & Sutton, D. (2009). Art psychotherapy in a consumer diagnosed with borderline personality disorder: A case study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(3), 164-172. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00594.x
- Langley, G. & Klopper, D. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 23–32. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00774.x
- LaPlanche, J., & Pontalis, J.B. (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Lawn, S. & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 510-521. doi: 10.1111/jpm.12226
- Ley 44/2003 de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias. Recuperat de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A..

- Long, C., Fulton, B. & Dolley, O. (2015). Using psychoeducation to motivate engagement for women with personality disorders in secure settings. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(1), pp. 18-26. doi:10.1017/S1742646413000344
- Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N., & Hayter, M. (2009). 'Caring Across Thorns'-- different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 440–450. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02557.x
- Mack, M., & McKenzie Nesbitt, H. (2016). Staff attitudes towards people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 19(8), 31-35. doi: 10.7748/mhp.19.8.31.s20
- McNee, L., Donoghue, C. & Coppola, A. (2014). A team approach to borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(10), 33-35. doi: 10.7748/mhp.17.10.33.e887
- Mieles Barrera, M.D., Tonon, G., & Alvarado Salgado, S.V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74(74), 195–225. Recuperat de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/3648>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (14 de Abril, 2005). *La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social*. Recuperat de https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
- Mirhaghi, A., Sharafí, S., Bazzi, A., & Hasanzadeh, F. (2017). Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing? *Nursing Reports*, 7(1), 4-9. doi: 10.4081/nursrep.2017.6129
- Moore, K. (2008). Is laughter the best medicine? Research into the therapeutic use of humour. *Whitireia Nursing Journal*, (15), 33–38. Recuperat de <http://www.whitireia.ac.nz/>
- Moreau, D. (1988, Juin-Juillet). Peur et folie. *Soins Psychiatrie*, 92-93, 9-14.
- Moreno-Poyato, A. (2016) *Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia: una investigación-acción participativa en unidades de agudos de psiquiatría*. (Tesi Doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, Catalunya.). Recuperat de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/398650/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morrison, M. (1999). *Fundamentos de enfermería de salud mental*. Madrid: Harcourt Brace.

- National Institut for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: Recognition and Management. Recuperat de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- Nehls, N. (1992). Group therapy for people with borderline personality disorder: interventions associated with positive outcomes. *Issues in mental health nursing*, 13(3), 255-269. doi: 10.3109/01612849209078777
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in nursing & health*, 22(4), 285-293. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199908)22:4<285::AID-NUR3>3.0.CO;2-R
- Nehls, N. (2000). Recovering A Process of Empowerment. *Advances in Nursing Science*, 22(4), pp. 62–70. Recuperat de <https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/>
- Ntshingila, N., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H., & Temane, A. (2016). Experiences of women living with borderline personality disorder. *Health SA Gesondheid*, 21(1), 110–119. doi: 10.1016/j.hsag.2016.01.001
- O'Connell, B. & Dowling, M. (2014). Community psychiatric nurses' experiences of caring for clients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(4), 27-33. Recuperat de <http://www.nursing-standard.co.uk/>
- Olivé Ferrer, M.C. & Isla Pera, M.P. (2015). El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Revista ROL de Enfermería*, 38(2), 123-128. Recuperat de <http://hdl.handle.net/2445/65766>
- Orden ministerial 15395 de 24 de junio de 1998, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero especialista. Recuperat de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-15395>
- Orden ministerial 9081 SPI/1356/2011 de 11 de mayo de 2011 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Recuperat de <http://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaSaludMentalProgramaNuevo.pdf>
- Osborne, L. & McComish, J. (2006). Working with people with Borderline Personality Disorder. Nursing interventions using Dialectical Behavioral Therapy. *Journal of Psychosocial*

- Nursing and Mental Health Services, 44(6), 41-47. Recuperat de <https://www.healio.com/psychiatry/>
- Pack, S., Wakeham, S., Beeby, R., Fawkes, L., Yeandle, J. & Gordon, C. (2013). Management of Borderline Personality Disorder. *Nursing Times*, 109(15), 21-23. Recuperat de <https://europepmc.org/>
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., Mckechnie, B., Mccutcheon, L., Betts, J., & Chanen, A. M. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(5), 1-7. doi: 10.1186/s40479-017-0056-6
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat Editores SA.
- Pokorny, M.E. (2015). Teorías en enfermería de importancia histórica. A Alligood, M.R. (ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 43-58) (8a. ed.). Barcelona: Elsevier.
- Ramió Jofre, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. (Tesi Doctoral. Universitat de Barcelona, Catalunya). Recuperat de <http://hdl.handle.net/2445/43007>
- Reynolds, B. (2009). Developing one-to-one relationships. A: Barker, P. (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing. The craft of caring*. (2a. ed., p. 313-319). Londres, Gran Bretanya: Hodder Arnold.
- Rigol Cuadra, M.A. (2001). Historia de las ideas en psiquiatría. A Rigol, M.A. y Ugalde, M. (ed.), *Enfermería de salud mental y psiquiátrica* (1-10). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Rigol Cuadra, M.A., Lopez Matheu, C. & Isla Pera, P. (2014). Impacto sanitario y social de los trastornos mentales. Cuidados de Enfermería. A Isla Pera, A. (ed.), *Enfermería Clínica Avanzada* (pp. 67-80) (1a. ed.). Barcelona: Elsevier, S.L.
- Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Rogers, C. (1981). *Orientación psicológica y psicoterapia. Fundamentos de un enfoque centrado en la persona*. Madrid: Narcea SA de Ediciones.

- Rogers, B. & Acton, T. (2012). 'I think we're all guinea pigs really': a qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(4), 341-347. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01800.x
- Rogers, B. & Dunne, E. (2013). A Qualitative Study on the Use of the Care Programme Approach with Individuals with Borderline Personality Disorder: A Service User Perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(10), 38-45. doi:10.3928/02793695-20130628-03
- Romero Moreno, A.F. (2004). *Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica*. (Tesi Doctoral. Universidad de Sevilla. España). Recuperat de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/58011>
- Romeu Labayen, M., Ramal Márquez, A.P., & Blancou Gaztañaga, U. (2017). La automutilación en personas con trastorno límite de la personalidad: abordaje de enfermería en una unidad de agudos. *Revista de enfermería y salud mental*, 6(enero-abril). pp. 26-29. Recuperat de <http://www.enfermeriaysaludmental.com>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2007). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto Ed.
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319–329. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(11). doi: 10.1007/s11920-015-0654-1
- Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, F., Solano, C., García, E. & Gabaldón, E. (2001). De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería de salud mental. *Cultura de los Cuidados*, V(9), 27-33. Recuperat de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5050/1/CC_09_06.pdf
- Stringer, B., van Meijel, B., Karman, P., Koekkoek, B., Hoogendoorn, A., Kerkhof, A. & Beekman, A. (2015a). Collaborative Care for Patients With Severe Personality Disorders: Preliminary Results and Active Ingredients From a Pilot Study (Part I). *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(3), 180-189. doi: 10.1111/ppc.12079

- Stringer, B., van Meijel, B., Karman, P., Koekkoek, B., Kerkhof, A. & Beekman, A. (2015b). Collaborative Care for Patients With Severe Personality Disorders: Analyzing the Execution Process in a Pilot Study (Part II). *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(3). 220-227. doi: 10.1111/ppc.12087
- Stroud, J. & Parsons, R. (2013). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 242-253. doi: 10.1002/pmh.1214
- Stuart, G.W. (2006). Modelos conceptuales de tratamiento psiquiátrico. A Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (ed.), *Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica* (50-59). Madrid: Elsevier
- Tejero, L.M.S. (2012). The mediating role of the nurse-patient dyad bonding in bringing about patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 994–1002. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05795.x
- Tierney, K. R., & Kane, C. F. (2011). Promoting wellness and recovery for persons with serious mental illness: a program evaluation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), pp. 77–89. doi: 10.1016/j.apnu.2010.07.006
- Tort Nasarre, G. (2015). *El coneixement didàctic del contingut del professor universitari d'infermeria*. (Tesi Doctoral, Universitat de Barcelona, Catalunya). Recuperat de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/66205>
- Tremayne, P. (2014). Using humour to enhance the nurse-patient relationship. *Nursing Standard*, 28(30), 37–40. doi: 10.7748/ns2014.03.28.30.37.e8412
- Ugalde, M. & Lluch, M.T. (2001). Salud mental. Conceptos básicos. A Rigol, M.A. i Ugalde, M. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica* (pp. 21-30). Barcelona: Elsevier Doyma, S.L.
- Urra, E.M., Jana, A., & García M.V. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de los cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22. doi: 10.4067/S0717-95532011000300002
- Utrera Caballero, E. i Rosado García, M. (2013). Efectividad de los autorregistros de crisis en mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad. Paraninfo Digital. Monográficos de Investigación en Salud, 19. Recuperat de <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/065d.pdf>

- Veysey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 9(1), 20–35. doi: 10.1080/1177083X.2013.871303
- 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), pp. 623–33. doi: 10.1111/jpm.12248
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia, Estats Units: The Taber's Publisher. F.A. Davis Company-Philadelphia
- Weight, J.E., & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(3), 34–38. doi: 10.7748/mhp2013.11.17.3.34.e827
- Werner O'Toole & Rouslin Welt. (1996). *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson S.A.
- Winship, G., Bray, J., Repper, J. & Hinshelwood, RD. (2009). Collective biography and the legacy of Hildegard Peplau, Annie Altschul and Eileen Skellern; the origins of mental health nursing and its relevance to the current crisis in psychiatry. *Journal of Research in Nursing*, 14(6), 505-517. doi:10.1177/1744987109347039
- Wright, K. & Jones, F. (2012). Therapeutic alliances in people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 16(2), 31-35. Recuperat de <https://search-proquest-com.sire.ub.edu/>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11101550
- Zugai, J.S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 249–257. doi: 10.3109/01612840.2014.969795

Annex 1 : Guia temàtica de preguntes de les entrevistes en profunditat

Guió de preguntes per a les entrevistes (Gener 2016):

- Quan vas començar a visitar-te al CSMA Guinardó i quins tractaments anteriors has fet?
- Com ha sigut la teva evolució des l'inici del tractament fins l'actualitat?
- Dels diferents professionals que han intervingut en el tractament, en quins aspectes específics del teu malestar/problema creus que t'han ajudat?
- En concret, quins canvis positius atribueixes al procés terapèutic de l'espai infermer?
- Com creus que t'ha ajudat? O En quins aspectes de la teva vida t'ha ajudat?
- Què creus que és important en el teu tractament i perquè?
- Què et sembla que t'ha ajudat en el teu procés?
- Què hi has trobat a faltar?
- Què recomanaries a una infermera que vol tractar a persones amb tlp?

Actualment (desembre 2017) a les 2 entrevistes pendents afegiré:

- Podries descriure quins eren els símptomes de malestar que tenies a l'inici?
- Podries explicar si es mantenen, han disminuït o han desaparegut?
- Què consideres que és el t'ha ajudat en la teva evolució cap a la milloria? Podries explicar-ho?
- Quins aspectes de la teva vida han canviat? Perquè?
- Participes en les decisions sobre el teu tractament? Psicoterapèutic, farmacològic,...
- Com valores els coneixements de la infermera? i l'equip de salut mental?
- Quines estratègies d'afrontament dels teus problemes has après?

Annex 2: Document informatiu sobre el projecte de recerca

Document informatiu

Full informatiu sobre l'estudi: **Descripció del rol de la infermera de salut mental en el programa per a persones amb trastorn límit de la personalitat a partir de la percepció de l'usuari**

Objectiu de l'estudi: Explorar les atribucions que els receptors de les cures fan a la infermera de salut mental pot contribuir a definir i descriure el rol d'infermeria amb les persones que pateixen Trastorn Límit de la Personalitat. L'experiència del procés psicoterapèutic explicat per l'usuari pot donar retroalimentació sobre les intervencions que realitzen les infermeres i contribuir a donar visibilitat a competències professionals de les infermeres de salut mental.

Metodologia: recerca qualitativa de disseny fenomenològic descriptiu basada en el model teòric de la Teoria de les Relacions Interpersonals de H. Peplau. Se seleccionarà una mostra intencionada d'usuaris del programa per realitzar entrevistes individuals en profunditat que s'enregistraran per després ser transcrites i analitzades. Es proposarà l'observació participant de sessions de grup psicoterapèutic del programa que també seran enregistrades, transcrites i analitzades. Se sol·licitarà als participants la posterior lectura i validació del material transcrit. S'eliminarà qualsevol informació que pugui facilitar la identificació de qualsevol dels participants en l'estudi.

El material obtingut de la recerca serà posteriorment encriptat per garantir la confidencialitat i seguretat de les dades.

Riscos: no existeix cap risc afegit, ja que no es modifiquen els procediments habituals.

Beneficis: el pacient no rebrà cap compensació econòmica ni de cap altre tipus pel fet de participar en aquest estudi.

Confidencialitat: les dades que es registraran per a l'estudi seran anònimes, l'únic document en què apareixerà el nom i núm. de DNI serà el consentiment informat. S'inclou la possibilitat d'abandonar l'estudi en qualsevol moment de manera voluntària signant un document de retirada. Gràcies per la vostra col·laboració,

Maria Romeu Labayen

Investigadora Principal
maria.romeu1@gmail.com

Barcelona, _____ 2016

Annex 3: Document de consentiment informat

CONSENTIMENT INFORMAT DE L'ESTUDI:

DESCRIPCIÓ DEL ROL DE LA INFERMERA DE SALUT MENTAL EN EL PROGRAMA PER A PERSONES AMB TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT A PARTIR DE LA PERCEPCIÓ DE L'USUARI

El voluntari ha de llegir i contestar a les preguntes següents amb atenció: (encercli la resposta que consideri correcta)

Ha llegit tota la informació que li ha estat facilitada sobre aquest projecte? SI/NO

Ha tingut l'oportunitat de preguntar i comentar qüestions sobre el projecte? SI/NO

Ha rebut suficient informació sobre aquest projecte? SI/NO

Quin investigador li ha parlat d'aquest projecte? (nom i cognoms)

Ha comprès que vostè és lliure d'abandonar aquest projecte sense que aquesta decisió

li pugui ocasionar cap perjudici? SI/NO

En qualsevol moment? SI/NO

Sense donar cap raó? SI/NO

Ha comprès els possibles riscos associats a la seva participació? SI/NO

Està d'acord a participar-hi? SI/NO

Rebrà algun tipus de compensació per participar-hi? SI/NO

Signatura: Data:

Nom i cognoms del voluntari:

En cas que més endavant vostè vulgui fer alguna pregunta o comentari sobre aquest projecte, o bé si vol revocar la seva participació, si us plau contacti amb:

Maria Romeu Labayen

maria.romeu1@gmail.com

Signatura de l'investigador:

Barcelona,2016

EXEMPLAR PER AL PARTICIPANT / INVESTIGADOR

Annex 4: Autorització de la gravació de veu

AUTORITZACIÓ PER A LA PRESA D'IMATGES / GRAVACIÓ

El dret a la pròpia imatge és un dret reconegut a l'art. 18.1 de la Constitució i regulat a la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar, i a la pròpia imatge, així com en l'aplicació de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, de 13 de desembre.

Per la present, us demanem el consentiment per tal que la infermera investigadora principal realitzi les gravacions de veu de les sessions de grup i de les entrevistes individuals realitzades en el context del treball de recerca titulat: DESCRIPCIÓ DEL ROL DE LA INFERMERA DE SALUT MENTAL DEL PROGRAMA PER A PERSONES AMB TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT A PARTIR DE LA PERCEPCIÓ DE L'USUARI. El material obtingut de les gravacions podrà ser utilitzat per la investigadora amb l'exclusiva finalitat d'obtenir resultats de l'esmentada recerca. El material obtingut serà posteriorment encriptat per garantir la confidencialitat i la seguretat de les dades.

En la utilització de les gravacions, es respectarà en tot moment el meu anonim.

Aquest consentiment informat és signat en presència de la investigadora MARIA ROMEU LABAYEN, qui revisarà el material definitiu amb l'objectiu d'assegurar-se que la finalitat de recerca es compleix i que el contingut és respectuós amb la meua persona.

És per tot això, que en/na _____, major d'edat i amb DNI _____, mitjançant la signatura del present document consent expressament i autoritza a MARIA ROMEU LABAYEN amb DNI 37742757 X enregistrar la veu amb la única finalitat abans citada.

En tot cas, vostè podrà exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació de les seves dades en l'àmbit reconegut per la Llei Orgànica 15/99 de 13 de desembre, davant de Maria Romeu Labayen en el correu electrònic: maria.romeu1@gmail.com.

Signatura de l'interessat

Signatura de la investigadora

Barcelona, _____ 2016.

Annex 5: Informe favorable de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona



Oficina de Gestió de la Recerca
Pavelló Rosa (recinte Maternitat) primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona

COMISSIÓ DE BIOÈTICA


En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per la Sra. **Maria Romeu Labayen**, doctoranda en el Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil de l'Escola d'Infermeria, i referent a la Tesi intitulada "Descripció del rol de la Infermera de salut mental del programa per a persones amb transtorn límit de la personalitat a partir de la percepció de l'usuari", dirigida per les Dres. **M. Assumpta Rigol i Cuadra** i **Gloria Tort Nasarre**, aquesta Comissió, per acord de data 17 de novembre de 2015, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 17 de novembre de 2015.


Universitat de Barcelona
Comissió de Bioètica


Vist i Plau
El president de la Comissió de Bioètica de la
Universitat de Barcelona.
Jordi Alberch Vié.

Institutional Review Board (IRB00003099)

Annex 6: Permís de la institució Asociación de Salud Mental Horta Guinardó



A l'Atenció de la Sra. Maria Romeu Labayen

Benvolguda Maria,

Després de revisar la petició de recerca realitzada a través de la sol·licitut escrita del 21de
noviembre de 2015 i de establir i revisar les mesures de seguretat i confidencialitat requerides,

APROVEM I AUTORITZEM EI PROJECTE DE RECERCA PER A LA a TESI DOCTORAL sobre
*"Descripció del rol de la Infermera de Salut Mental del Programa per a Persones amb
Trastorn Límit de la Personalitat a partir de la percepció de l'usuari"* al Csma Guinardó de
Barcelona.

Barcelona, a disset de desembre de dos mil quinze

Dra. Alicia Roig Salas

Directora dels Csma de Salut Mental Adults Horta i Guinardó

Presidenta de l'ASM Horta Guinardó



Annex 7: Taula de diccionari de categories

Taula: Diccionari de categories	
CATEGORIES	DEFINICIONS
1.1.1 L'experiència de malestar prèvia al diagnòstic de TLP.	Explicació de les experiències viscudes prèvies a tenir el diagnòstic de TLP. Experiències de desconcert que, en alguns casos, els augmenta el malestar. El fet de tenir altres diagnòstics, va causar l'endarreriment del tractament correcte.
1.1.2 La incomprensió del malestar.	Descripció de la incomprensió sobre el què els està passant, incomprensió de la pròpia vivència. Aquelles dificultats i conflictes de la vida diària que no saben a què atribuir-los. En alguns casos ho atribueixen a una dificultat personal.
1.1.3 L'estigma.	Referència a l'estigma que pateixen les persones pel fet de tenir un diagnòstic d'un trastorn mental. Algunes participants expressen l'auto estigma.
1.1.4 El sentiment de por.	Verbalització de la por que senten cap a elles mateixes, por dels seus propis pensaments, i de sentir-se diferents als altres. També l'angoixa de no trobar una resposta al seu patiment.
1.1.5 El sentiment de vergonya.	Explicació de la vergonya que senten d'elles mateixes, de les pròpies experiències i del pensament que les fa sentir diferents de les persones del seu voltant.
1.2.1 La identificació del trastorn.	Identificació dels símptomes que formen part del TLP. Apareixen símptomes diferents, alguns més prevalents en tot el grup, d'altres menys. El que és important és que cadascuna identifica els símptomes propis que són deguts al TLP.
1.2.2 Les vivències de malestar.	Manifestacions de malestar que estan estretament relacionades amb els símptomes. Aquestes vivències estan carregades de negativitat i pertorben la tranquil·litat i el confort.
1.2.3 L'acceptació del trastorn.	Acceptació del diagnòstic de TLP. Això succeeix després d'haver tingut d'altres diagnòstics amb els que no s'identificaven o després d'una prèvia negació d'aquest diagnòstic.
1.3.1 L'autopercepció de millora.	Percepció de la seva millora, s'adonen que es troben millor que abans, que el seu malestar ha disminuït.
1.3.2 L'augment de l'autoconeixement.	Valoració dels canvis en el nivell de l'autoconeixement. Coincideixen en que ha crescut i ho consideren positiu i necessari.
1.3.3 La disminució dels símptomes.	Explicació del canvi respecte el passat de la intensitat dels símptomes. En aquesta categoria es diferencia diferents símptomes: la buidor, l'agressivitat, l'ansietat, la impulsivitat, l'abandonament, les conductes auto lítiques i les conductes suïcides.
1.3.4 La motivació pel canvi.	Opinió sobre la motivació per a que es produeixi un canvi. Per a poder millorar la salut es necessita voluntat per canviar.

1.3.5 El reconeixement de l'entorn.	Identificació de que l'entorn, familiar o amics, reconeixen la seva millora. També han rebut aquest reconeixement directe o indirectament a partir de la participació en el grup psicoterapèutic.
2.1.1 L'aprenentatge a les visites.	L'aprenentatge a les visites els ha servit per a gestionar millor el seu trastorn. L'aplicació de les tècniques en la seva vida real, els causa dubtes que resolen a la visita amb la infermera. Aprenen a cuidar-se i utilitzar recursos personals sans. També és un espai que permet que parlin de les dificultats i el malestar, buscant alternatives per gestionar-ho.
2.1.2 L'aprenentatge entre iguals.	Consideracions del què han après en el període de participació al grup psicoterapèutic. Hi ha l'aprenentatge sobre tècniques i estratègies de maneig de l'ansietat i emocional. D'altra banda expliquen l'efecte mirall de trobar-se amb persones que tenen vivències similars. Això facilita que sigui un espai protegit on poden parlar del seu malestar i sentir-se contingudes.
2.1.3 L'aprenentatge de la família.	Descripció de l'aprenentatge de les famílies sobre el trastorn, tant en les visites familiars com en el grup psicoeducatiu per a familiars de persones amb TLP. Es recull també la idea de la importància que la família entengui el TLP per a poder-les ajudar.
2.2.1 Explicar les vivències.	Manifestacions de la necessitat d'explicar els seus pensaments i sentiments i, del resultat positiu que té en la seva vivència.
2.2.2 Sentir-se escoltada.	Explicació sobre el resultat terapèutic que té parlar i sentir-se escoltada perquè troben el suport de la infermera i es senten ben ateses.
2.2.3 Percebre l'interès de la infermera.	Percepció que la infermera té interès pel que li passa a la usuària, recorda detalls, té preocupació i, en cap moment li arriba cansament.
2.2.4 Percebre l'empatia de la infermera.	Explicació sobre la comprensió emocional de la infermera.
2.3.1 Sentir-se validada.	Reflexió de com la persona sent que té valor, com es sent reconeguda i participant activa en el seu tractament.
2.3.2 Sentir-se acompanyada.	La infermera té l'habilitat de contenir, recollir l'expressió de l'usuària i donar suport.
2.3.3 Participar en les decisions sobre el tractament.	Reconeixement de que s'escolta l'opinió de la usuària respecte al seu tractament. Reconeixement de la continuïtat de les cures com a favorable per el tractament. Està relacionat amb l'interès de les infermeres cap els pacients.
3.1.1 Saber donar confiança i confiar.	Opinió sobre que la infermera sap crear un espai de confiança amb la usuària.
3.1.2 No jutjar.	Actitud de no jutjar, no posar etiquetes qualificadores als usuaris, les situacions que expliquen, els pensaments, emocions, conductes.
3.1.3 Utilitzar el sentit de l'humor.	Identificació de la utilització de l'humor en la relació amb la infermera.

3.1.4 Facilitar l'accessibilitat.	Reconeixement de la disponibilitat que tenen les participants de ser ateses en visita no programada o per telèfon en cas de crisi. La seguretat de saber que seran ateses els proporciona tranquil·litat. En aquesta categoria també es recull l'elevada freqüència de les visites com a factor positiu per a la seva bona evolució.
3.2.1 La formació especialitzada en TLP.	Identificació de que la infermera té coneixements especialitzats sobre TLP i això es nota perquè té recursos i dona eines que són molt específiques i resolutives.
3.2.2 Les intervencions psicoterapèutiques de la infermera de salut mental.	Explicació sobre la dificultat d'identificar la tècnica comunicativa amb les funcions d'infermeria. També exposa la relació entre la capacitat psicoterapèutica i les característiques personals.
<i>Nota:</i> La columna de l'esquerre conté el nom de cada categoria. La columna següent conté la definició de cada categoria.	

Annex 9: Diccionari de meta categories

Taula: Diccionari de meta categories	
META CATEGORIES	DEFINICIONS
1.1 El desconeixement del malestar	Inclou categories que narren vivències de patiment, en moments desconcertants per causa del desconeixement sobre el que els estava succeint.
1.2 El reconeixement del trastorn	Explica com les participants van començar a identificar els símptomes del trastorn i, això les ajudava a entendre què els passava. Relaten també, vivències, problemes i conflictes viscuts que estan relacionats amb el diagnòstic. Accepten que el seu diagnòstic és TLP.
1.3 La disminució del malestar	Les usuàries s'adonen del seu canvi, de l'evolució positiva i dels aspectes de la seva personalitat que han canviat i les ha ajudat a disminuir el patiment i el malestar. El símptomes que han après a identificar i gestionar, la necessitat de voler canviar per a poder canviar i l'important reconeixement del seu entorn.
2.1 L'aprenentatge sobre el trastorn i la salut	L'aprenentatge relacionat amb el trastorn i la salut es realitza a través de tres vies: l'aprenentatge individual que han fet amb la infermera en les seves visites individuals; l'aprenentatge entre iguals, que realitzen amb la participació al grup psicoterapèutic; i l'aprenentatge de les famílies en les visites amb les infermeres i/o en les sessions de grup psicoterapèutic per als familiars de les usuàries.
2.2 Construir un espai de confiança	Consideracions respecte a la creació de la confiança amb la infermera. Veuen necessari sentir-se escoltades quan expliquen les seves vivències. En la comunicació entre la infermera i l'usuari han de percebre que la infermera té interès en el seu relat i que pot sentir empatia amb les seves vivències.
2.3 La validació que apodera	Els sentiments de valoració personal i d'acompanyament les fa sentir més fortes i més responsables de la cura d'elles mateixes. Aquest apoderament creix a partir de transmetre a la usuària com d'important és per a la infermera el que sent, el que pensa i les opinions de la usuària.
3.1 Les atribucions a l'actitud de la infermera	Engloba els aspectes relacionats amb la visió de les participants sobre la infermera i les característiques que han contribuït a la seva milloria.
3.2 Els coneixements especialitzats	Explicacions respecte al valor que donen a que la infermera tingui una formació especialitzada en el TLP. D'una banda consideren que aquest és un valor afegit respecte d'altres serveis on no hi ha una formació especialitzada, però també afegeixen que la formació no ho és tot, ni tan sols la disciplina. Consideren que ser un bon professional i tenir sensibilitat està relacionat amb l'actitud personal del professional, més que en la formació acadèmica.
<p><i>Nota:</i> La columna de l'esquerra correspon als noms de les 8 meta categories i a la columna de la dreta s'explica la definició de cada meta categoria.</p>	

Annex 10: Taula de relació entre les intervencions psicoterapèutiques per persones amb TLP i models teòrics d'infermeria

Taula: Relació entre les intervencions psicoterapèutiques per persones amb TLP i models teòrics d'infermeria.

Les intervencions que les persones amb TLP consideren psicoterapèutiques	Teoria de les Relacions Interpersonals en Infermeria Hildegard E. Peplau	Teoria de la Cura Transpersonal Jean Watson	Model de la Marea Phil Barker
<p>Aprenentatge (ensenyament):</p> <ul style="list-style-type: none"> • a les visites • al grup d'iguals • de les famílies 	<p>La funció educativa i la funció terapèutica del procés d'infermeria són molt properes perquè tenen l'objectiu d'ajudar a la maduració de la personalitat per adaptar-se als condicionants de la salut. Les persones amb TLP aprenen sobre el seu trastorn i estil de vida saludable que els permet disminuir el malestar i adquirir autonomia personal.</p> <p>La fase d'orientació, es produeix el primer pas de l'experiència d'aprenentatge. En la relació terapèutica amb persones amb TLP és la fase de desconeixement del malestar.</p> <p>L'aprenentatge es produeix a partir del rol persona-recurs proporcionant respostes específiques a les respostes relacionades amb un trastorn de salut. El rol d'ensenyant sobre l'experiència, que és el tipus d'aprenentatge que exigeix desenvolupar nous plans o estratègies. En persones amb TLP, l'aprenentatge es centra en els coneixements sobre l'ansietat, les conductes saludables per</p>	<p>La promoció de l'aprenentatge - aprenentatge interpersonal és un dels factors de cura d'aquesta teoria. En les persones amb TLP és l'aprenentatge sobre el trastorn i l'ansietat que permet millorar l'autocura.</p> <p>La provisió d'un entorn de suport, protecció i correctiu mental, físic, sociocultural i espiritual, que es concreta en l'aprenentatge de la família per a poder proveir d'un entorn de suport, protecció i seguretat.</p>	<p>L'aprenentatge busca trobar alternatives saludables per gestionar l'angoixa. Es concreta en el suport individual a l'experiència de l'aplicació de les tècniques apreses sobre gestió de l'ansietat.</p>

	<p>millorar la seva gestió i el suport a l'experiència aplicada. Segons aquesta autora, l'aprenentatge és la única resposta saludable al malestar produït per l'ansietat.</p> <p>El rol assessor consisteix en la promoció d'experiències que condueixen a la salut a partir de processos d'auto renovació, autoreparació i autoconsciència que sorgeixen d'elles mateixes.</p>		
Interès sincer per l'explicació i la persona	<p>Rol estrany. Tractar l'usuari com un estrany, emocionalment apte i acceptar-lo com és.</p> <p>Quan es desenvolupa plans de tractament en col·laboració és més fàcil demostrar interès.</p>	<p>Cultiu de la sensibilitat cap a un mateix i cap els altres. A mesura que les infermeres reconeixen la seva sensibilitat i sentiments, es tornen més genuïns i autèntics.</p>	<p>Desenvolupar una curiositat genuïna. Mostrar interès per la història personal, el relat, la veu de l'usuari.</p>
Comprensió empàtica del malestar	<p>Rol assessorament, l'usuari desitja descobrir els problemes i revelar les seves dificultats enlloc de suprimir-les. L'assessorament té a veure en com les infermeres responen a les demandes, és a dir l'actitud.</p>	<p>Desenvolupament d'una relació d'ajuda-confiança. Anar més enllà del control terapèutic. Comprendre les percepcions i sensacions de l'altra persona.</p>	<p>Desenvolupar una curiositat genuïna. Mostrar interès per la història personal, el relat, la veu de l'usuari.</p>
Escolta activa de les vivències malgrat siguin reprovables socialment	<p>L'escolta no directiva de l'expressió d'opinions diferents, estimula els elements més adaptatius. En la fase d'identificació.</p>	<p>Desenvolupament d'una relació d'ajuda-confiança. L'acollida no possessiva i la comunicació eficaç.</p>	<p>Ser aprenent: l'escolta de la infermera amb actitud d'aprenent.</p> <p>El procés psicoterapèutic no es limita únicament a símptomes, si no que escolta i acull la vivència.</p>
Permetre la lliure expressió de les vivències, conductes, emocions o pensaments, encara que siguin socialment reprovables	<p>Fase d'identificació. La infermera que permet l'expressió lliure pot ajudar a entendre la malaltia, adaptar-se a la nova situació i reforçar els elements positius de la personalitat.</p>	<p>Promoció i acceptació de l'expressió de sentiments positius i negatius. La infermera ha d'estar preparada per compartir expressions positives i negatives.</p>	<p>Respectar el llenguatge: L'expressió lliure permet desenvolupar i construir el relat propi.</p>

<p>Validar les emocions, pensaments i conductes saludables</p>	<p>Fase d'identificació. Facilitar la reflexió, la infermera ajuda a millorar la consciència dels propis sentiments. Fase d'exploració. La conducta del pacient és una manera de lluitar per comunicar sentiments impossibles de manifestar verbalment.</p>	<p>Permetre les forces existencials-fenomenològiques. Oferir una experiència que estimuli el pensament a una millor comprensió d'un mateix i dels altres. Validar les capacitats personals per ajudar a escollir la millor opció.</p>	<p>Utilitzar l'equip d'eines disponible: mostrar el propi poder, per utilitzar-lo constructivament.</p>
<p>Acompanyar i estar present en les decisions</p>	<p>Rol assessorament, l'usuari desitja descobrir els problemes i revelar les seves dificultats enlloc de suprimir-les. L'assessorament té a veure en com les infermeres responen a les demandes, és a dir l'actitud.</p>	<p>Inculcació de la fe-esperança. Acompanyar sensible i responsable, basat en el coneixement.</p>	<p>Revelar la saviesa personal. Valorar la saviesa personal per donar suport en la recuperació.</p>
<p>Apoderar per reforçar l'autonomia personal</p>	<p>Tot el procés d'infermeria és una força madurativa que aspira a fomentar el progrés de la personalitat en la direcció d'una vida creativa, constructiva, productiva, personal i comunitària. Fase de resolució que implica l'alliberament gradual per actuar per un mateix. El rol de lideratge permet al pacient participar activament en l'elaboració de plans de cures.</p>	<p>Permetre les forces existencials-fenomenològiques: s'aconsegueix mostrant petits canvis als pacients per fomentar la salut, oferint suport, ensenyant mètodes de resolució de problemes i reconeixent les capacitats de superació i adaptació.</p>	<p>Saber que el canvi és constant: Ajudar a desenvolupar consciència dels petits canvis per ajudar fomentar prendre decisions.</p>
<p>Donar confiança i confiar en el potencial de millora</p>	<p>Rol assessorament, l'usuari desitja descobrir els problemes i revelar les seves dificultats enlloc de suprimir-les. L'assessorament té a veure en com les infermeres responen a les demandes, és a dir l'actitud.</p>	<p>La confiança es fomenta permetent l'expressió de sentiments tant positius com negatius.</p>	<p>Ser transparent: La confiança es modela quan la infermera mostra transparència i coherència en les seves accions.</p>

<p>Evitar qualsevol judici sobre les conductes, emocions o pensaments</p>	<p>Rol substitutiu desenvolupa habilitats per adaptar-se a les relacions interpersonals sense actuar la contratransferència. Fase d'identificació, és important escoltar a l'usuari expressant opinions diferents perquè d'aquesta manera s'estimula els elements positius adaptatius de la seva personalitat.</p>	<p>Promoció i acceptació de l'expressió de sentiments positius i negatius: reconèixer la comprensió intel·lectual i emocional d'una situació diferent.</p>	<p>Respectar el llenguatge: El professional transmet el respecte més simple, però més potent per la persona.</p>
<p>Utilitzar l'humor com estratègia per mostrar autenticitat</p>			
<p>Ser accessible a la demanda d'ajuda</p>	<p>La infermeria actua com una força social que ajuda a les persones a identificar què desitgen. La paulatina identificació de les necessitats només és possible infermera i usuari es comuniquen de forma eficaç.</p>		
<p><i>Nota:</i> La primera columna de l'esquerra, relaciona les intervencions psicoterapèutiques descrites per les persones amb TLP. Les tres columnes següents es destinen una a cada model infermer estudiat i, mostren les afirmacions teòriques que corroboren cadascuna de les intervencions resultants de la recerca.</p>			