



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017 - 2018

Trabajo Fin de Grado

**Actualización del abordaje enfermero en el Trastorno Límite de la
Personalidad**
(Update of the nurse approach to borderline personality disorder)

Alumno/a: Sandra Hernando Muñoz

Tutor/a: D./D^a. Fermina Alonso Del Teso

(Junio), 2018

Índice.

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
2.1 Historia.....	5
2.2 Concepto.....	5
2.3 Epidemiología.....	7
2.4 Etiología.....	7
2.5 Clínica.....	8
2.6 Diagnóstico.....	9
2.7 Comorbilidad.....	10
2.8 Pronóstico.....	11
2.9 Justificación.....	11
2.10 Objetivos.....	12
3. Material y métodos.....	13
4. Resultados.....	15
5. Discusión.....	25
6. Conclusiones.....	27
7. Bibliografía.....	28

1. Resumen

Introducción: Los Trastornos de Personalidad y más concretamente el Trastorno Límite, son de difícil abordaje, se necesita un tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, siendo en muchas ocasiones de forma crónica, evidenciándose una falta de recursos y estudios sobre el mismo. También cabe señalar su cada vez mayor prevalencia en la población general y en centros de institucionalización, así como las dificultades para su manejo en la práctica clínica, en particular por las propias características de éste (impulsividad, inestabilidad,...) lo que provoca que sea difícil de controlar por parte de los profesionales sanitarios.

Objetivos: Dar a conocer al personal de enfermería lo que es el Trastorno Límite, así como el tratamiento y cuidados más adecuados.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en varias bases de datos: Google, Google académico, Scileo y Pubmed, seleccionando aquellos artículos adecuados para este trabajo.

Resultados y Discusión: Después de realizar una búsqueda bibliográfica, se ha observado que enfermería puede participar de dos formas: en forma de terapias (individuales o grupales) o de programas, ambos pueden ir acompañados de psicofármacos para ayudar en el tratamiento. Como principal diferencia entre Terapias y Programas, sería que los programas favorecen el dominio del paciente en su enfermedad.

Conclusiones: El trastorno límite es el trastorno de la personalidad más prevalente, con una gran variedad de síntomas para lo que es necesario un abordaje interdisciplinar y personalizado, principalmente en forma de terapias, donde destaca el papel de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, Trastorno Límite de la Personalidad, Terapias, Programas, Psicofármacos.

1. Abstract.

Introduction: The Personality Disorders and more specifically the Borderline Disorder, are difficult to approach, a psychopharmacological and psychotherapeutic treatment is needed, being in many cases chronically, evidencing a lack of resources and studies on it. It is also worth mentioning its increasing prevalence in the general population and institutionalization centers, as well as the difficulties for its management in clinical practice, particularly due to its own characteristics (impulsivity, instability, ...) which causes difficulties to control by health professionals.

Objetives: To introduce the Borderline Personality Disorder to the nurses, as well as the treatment and the most appropriate care.

Material and methods: A bibliographic review was made in several databases: Google, Google academic, Scileo and Pubmed, selecting those articles suitable for this work.

Results and Discussion: After performing a bibliographic search, it has been observed that nursing can participate in two ways: therapies (individual or in group) or programs, both can be accompanied by drugs to help in the treatment. The most important difference between therapies and programs would be the programs favor the patient's control of their disease.

Conclusions: The Borderline Disorder is the Personality Disorder with more prevalence, with a great variety of symptoms which need an interdisciplinary and personalized approach, mainly therapies, where the role of nursing stands out.

Keywords: Nursing, Borderline Personality Disorder, Therapies, Programs, Pharmacological treatment.

2. Introducción.

2.1 Historia.

Las primeras contribuciones sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP) datan del siglo XIX.

Durante este siglo y parte del siguiente, se coincide en señalar que existen muchos factores de tipo biológico, psicosocial y de aprendizaje que interactúan en el trastorno. La diversidad de la población límite ha dado pie a varias teorías que explican su origen.

- El modelo biológico considera que el trastorno representa un conjunto de síndromes clínicos, cada uno con origen, curso y pronóstico propios. Esta teoría propone tres subtipos de borderline: el relacionado con la esquizofrenia, el relacionado con los trastornos afectivos y el relacionado con los trastornos cerebrales orgánicos.
- El modelo ecléctico-descriptivo, (1984), seguido por el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Este modelo se basa en la descripción de síntomas que se dan conjuntamente en un sujeto.
- El modelo cognitivo, (1990), considera el trastorno como el resultado de esquemas y patrones cognitivos disfuncionales. (12)

2.2 Concepto.

Hay que saber diferenciar entre un rasgo de la personalidad, personalidad y los trastornos de personalidad:

- Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. (13)
- Se define la personalidad como “el conjunto de rasgos y mecanismos psicológicos internos al individuo, organizados y relativamente duraderos, que

influyen en las interacciones y la adaptación de la persona con su entorno intrapsíquico, físico y social”. (14)

- Los trastornos de personalidad (TP) están formados por ciertas afecciones mentales donde una persona tiene un patrón de comportamientos, emociones y pensamientos completamente diferentes a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren a la hora de que la persona se relacione de manera adecuada con sus iguales, en su trabajo, pareja u en otros contextos. Estos trastornos son considerados como graves debido a que no solo afectan a la persona que los padece, sino que también afectan al entorno. (10)

En el DSM-V se enumeran diez trastornos de la personalidad que se reparten en tres grandes grupos:

1. Grupo A: Se les conoce como “raros e introvertidos”. En este grupo se encuentran los siguientes tipos de TP.
 - Trastorno esquizoide de la personalidad.
 - Trastorno paranoide de la personalidad.
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad.
2. Grupo B: Se les conoce como “dramáticos emocionales”. En este grupo se encuentran los siguientes tipos de TP.
 - Trastorno antisocial de la personalidad.
 - El trastorno límite de la personalidad.
 - Trastorno histriónico de la personalidad.
 - Trastorno narcisista de la personalidad.
3. Grupo C: Se les conoce como “ansiosos y temerosos”. En este grupo se encuentran los siguientes tipos de TP.
 - Trastorno de la personalidad por evitación.
 - Trastorno dependiente de la personalidad.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. (15)

En cuanto al Trastorno límite de la personalidad, se encuentra en el grupo B, este trastorno incluye a aquellas personas que tratan de buscar sensaciones placenteras que les aporten felicidad sin contabilizar los riesgos que corren.

Son personas con relaciones sociales muy inestables, que presentan una alteración de la identidad, con una alta impulsividad que les lleva a tener intentos autolíticos o a realizar amenazas. Pueden abusar de las drogas, tener conductas sexuales desconcertantes, agredir a otras personas si piensan que se incumplen sus valores y provocarse daño físico a ellos mismos como forma de reducir el malestar. (10)

2.3 Epidemiología.

El trastorno límite es el trastorno de la personalidad más frecuente, con una prevalencia en la población general entre un 1-2%, mientras que en los pacientes ambulatorios de Centros de Salud Mental y en los hospitalizados se sitúa entre el 11-20% y el 18-32% respectivamente. El TLP es tres veces más frecuente en mujeres, con una mayor prevalencia cuando se asocian un entorno urbano y un bajo nivel socioeconómico. La edad de diagnóstico del TLP se sitúa entre los 19-32 años, siendo menos frecuente su diagnóstico a mayor edad pero en estos casos, normalmente, implica mayor gravedad del trastorno. Se ha asociado con experiencias traumáticas, a la existencia de abusos físicos y/o sexuales infantiles, a mayor frecuencia de relaciones homosexuales y dudas sobre la identidad sexual, a antecedentes personales y/o familiares de ingresos psiquiátricos (sin haber encontrado una mayor asociación con la esquizofrenia que en la población general). En los últimos años existe un incremento de atención especializada para los trastornos de la personalidad, especialmente en el caso de los TLP, que ha provocado un aumento de los recursos destinados a la atención de este trastorno. (5)

2.4 Etiología.

Las causas del TLP son complejas e indefinidas, y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar toda la evidencia disponible. La Guía de Práctica Clínica del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) describe distintos factores que pueden estar implicados en su etiología: vulnerabilidad genética (padres con el mismo trastorno de personalidad u otros problemas psiquiátricos graves); alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés; factores psicosociales; y

vivencias de apego o vínculo inadecuado en la relación padres-hijo, que haya tenido lugar desde temprana edad. (7)

También puede deberse a experiencias traumáticas (principalmente abusos sexuales). (6)

Además de los mencionados factores de riesgo, puede haber también factores protectores, así, si un individuo posee vulnerabilidad biológica pero su entorno familiar es adecuado y no presenta experiencias traumáticas psicológicas puede no llegar a presentar un TLP. (5)

2.5 Clínica.

Los síntomas característicos del TLP son la inestabilidad en las relaciones interpersonales, en los afectos y en la imagen de sí mismo, así como una tendencia a las conductas impulsivas. Típicamente, estos rasgos están presentes desde la juventud y van marcando la vida de los pacientes con intensas vivencias de abandono y rechazo. La persistencia de estos rasgos ocasiona un gran sufrimiento al paciente y un considerable deterioro en su calidad de vida.

El temor al abandono precipita muchas veces en ataques de ira y conductas autodestructivas (automutilaciones) así como comportamientos suicidas (amenazas o intentos de suicidio reiterados) que, normalmente, buscan generar culpa o temor en el otro para lograr una respuesta protectora. Estas conductas suicidas no deben ser subestimadas, ya que entre el 8 y el 10% de los pacientes limítrofes finalmente se suicidan. (11)

2.6 Diagnóstico.

El sistema diagnóstico DSM-V es el más utilizado, el paciente debe cumplir un mínimo de cinco criterios entre nueve posibles. Dichos criterios son:

1. Patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables, caracterizadas por la alternancia entre la idealización y la devaluación.
2. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, real o imaginario.
3. Sentimientos crónicos de vacío.
4. Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad del humor (p. ej. Disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad), normalmente de pocas horas de duración y solo raramente superior a pocos días.
5. Ira intensa, inadecuada o dificultad para controlarla (p. ej. Frecuentes demostraciones de genio, ira constante, peleas físicas recurrentes)
6. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente lesivas para uno mismo (p. ej. Gastar, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones alimentarios).
7. Conductas suicidas recurrentes, gestos, tentativas o auto-mutilaciones.
8. Autoimagen o sentido del self marcada y persistentemente inestable.
9. Episodios disociativos graves con ideación paranoide episódica y relacionada con el estrés.

Aunque no se ha establecido que ningún criterio es estrictamente necesario para establecer el diagnóstico, algunos autores, si consideran necesarios algunos de los síntomas para poder realizar el diagnóstico, como las tendencias suicidas, las autolesiones, el miedo al rechazo y el abandono. (8)

2.7 Comorbilidad.

Como consecuencia de la variada sintomatología que presenta, muchos trastornos pueden darse conjuntamente con el Trastorno Límite de Personalidad. Si a ello se le suma la inestabilidad afectiva y la disminución de control, característicos de dicho trastorno, puede provocarse la aparición periódica o permanente de diferentes trastornos.

- Trastornos afectivos:93%
 - ↪ Depresión mayor:38%
 - ↪ Distimia:9%
 - ↪ Bipolares II: 9%
- Trastornos de ansiedad: 88%
 - ↪ Trastorno de estrés postraumático: 59% (61% mujeres y 35% hombres).
 - ↪ Trastorno de pánico: 48%
 - ↪ Fobia social: 46%
 - ↪ Fobia simple: 32%
 - ↪ Trastorno obsesivo-compulsivo: 16%
 - ↪ Trastorno por ansiedad generalizada: 13%
 - ↪ Agorafobia (temor obsesivo ante los espacios abiertos): 12%
- Trastorno por uso de sustancias: 64% (65% hombres y 41% mujeres)
 - ↪ Abuso de alcohol: 52%
 - ↪ Abuso de otras sustancias: 46%
- Trastornos del comportamiento alimentario: 53%
 - ↪ Bulimia: 26% (30% mujeres y 10% hombres)
 - ↪ Anorexia: 21% (25% mujeres y 7% hombres)

Hay pocos sujetos límite que no tengan además el diagnóstico de otro trastorno de la personalidad, para los trastornos histriónico, dependiente, antisocial y esquizotípico, y en menor medida para el narcisista, el evitativo, y el paranoide. (9)

2.8 Pronóstico.

En relación al pronóstico, podemos distinguir tres etapas en la evolución del TLP con sus manifestaciones sintomatológicas diferenciales. Una primera, que se da en la adolescencia, en la cual se está consolidando la personalidad y son frecuentes las disfunciones conductuales y emocionales. Se identifican algunos indicadores que ayudan a detectar a la población en riesgo de sufrir un TLP: mala adaptación social y escolar; comportamientos antinormativos; déficits en la regulación de los afectos; elevada impulsividad; tentativas de suicidios repetidas; depresiones graves. Al final de la adolescencia e inicio de la edad adulta estaríamos en presencia de la segunda etapa, en la que predomina una sintomatología disruptiva conductual y se suceden las autolesiones y los intentos suicidas. En este momento también son frecuentes las crisis emocionales intensas, el consumo de tóxicos, los cuestionamientos de la autonomía personal, y aparecen conflictos con el entorno en general. Ya hacia la mitad de la vida adulta se observan dos líneas evolutivas del TLP: mejoría con persistencia de cierto desajuste psicosocial. El deterioro se estanca, la persona se estabiliza y esto le permite alcanzar suficiente autonomía personal y social, aunque persisten anomalías del pensamiento y la propensión a presentar trastornos distímicos (trastornos del estado de ánimo) (39). La otra vía evolutiva del TLP es la persistencia de la sintomatología, con mantenimiento de la clínica y acentuación del desajuste. (29)

2.9 Justificación.

Hoy en día sigue persistiendo una discriminación hacia las personas que padecen una enfermedad mental, debido a prejuicios y falsas creencias como por ejemplo que la propia persona es responsable de su enfermedad o la errónea relación entre enfermedad mental y peligrosidad. Estas falsas creencias generan en estas personas exclusión social y laboral. Por lo que se ha considerado de gran interés trabajar con el trastorno límite de la personalidad, ya que en la actualidad se presenta como uno de los trastornos más complejos, y con frecuencia uno de los más graves, significando esto, una dificultad para su abordaje. Además ha habido un incremento de su prevalencia, tanto en la población general como en los centros de institucionalización.

Este trastorno provoca muchas limitaciones a las personas que lo presentan, como unas relaciones interpersonales caóticas, inestabilidad laboral etc, por ello se ha elaborado este trabajo, para poder realizar una visión más amplia de lo que es el TLP y como se ha de enfrentar, en esta caso, el personal de enfermería ante estos enfermos, en las que muchas veces se ve desbordado por la falta de conocimiento.

2.10 Objetivos.

➤ General.

- Dar a conocer al personal de enfermería el Trastorno Límite de la Personalidad.

➤ Específicos.

- Dar a conocer al sector sanitario perteneciente a la Enfermería los tipos de tratamientos existentes en el trastorno límite de la personalidad.
- Explicar al personal de Enfermería qué actividades y cuidados deben brindar al enfermo.

3 Material y Métodos.

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica que incluye investigaciones previas sobre este trastorno. Para ello se realizó una búsqueda en diversas bases de datos recopilando la información necesaria para este trabajo.

Todos los datos recogidos han sido obtenidos por vía internet, mediante las siguientes bases de datos:

- Google académico.
- SCIELO (Scientific electronic library online).
- Google.
- PubMed.

Todos han sido combinados con operadores booleanos AND.

La pregunta PICO que se ha utilizado ha sido la siguiente:

P: Paciente o problema: Personas con trastorno límite de la personalidad.

I: Intervención: Cuidados enfermeros.

C: Comparador: en este caso no hay comparador.

O: Outcomes: Resultados: ¿Cómo se llevan a cabo?

Se escogieron las palabras clave con ayuda del buscador DeCs.

Las palabras clave que se seleccionaron fueron:

“Terapia (therapy), “Trastorno Límite de la Personalidad” (Borderline Personality Disorder), “Cuidados de enfermería” (nursing cares), “Tratamiento farmacológico” (drug therapy y pharmacological treatment).

Cabe mencionar que hay muy pocos artículos que reflejen el trabajo de enfermería en pacientes con TLP.

En el buscador Scielo se utilizaron las siguientes palabras clave:

- “Therapy” AND “Borderline Personality Disorder” → Se encuentran 21 artículos, añadiendo los factores de inclusión y de exclusión consiguiendo 18 artículos y de estos cogemos 6.
- “Borderline Personality Disorder” AND “Nursing Cares” → Se encuentra 1 artículo con los factores de inclusión y de exclusión y se coge dicho artículo.

En el buscador Pubmed se utilizaron las siguientes palabras clave:

- “Borderline Personality Disorder” AND “Nursing Cares”→ Se encuentran 181 artículos, añadiendo los factores de inclusión y de exclusión se consiguen reducir a 7 y se selecciona 1 artículo.
- “Borderline Personality Disorder” AND “Drug Therapy”→ se encuentran 772 artículos, añadiendo los factores de inclusión y de exclusión se consiguen reducir a 67 y se seleccionan 2 artículos.
- “Pharmacological treatment” AND “Borderline Personality Disorder”→ se encuentran 825 artículos, añadiendo los factores de inclusión y exclusión se consiguen reducir a 79 y se seleccionan 6 artículos.

Factores de inclusión: artículos en inglés y en español, que su año de publicación sea menor o igual a 10 años y que sean “free full text”.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre las actuaciones que existen por parte de los profesionales de enfermería para los pacientes con TLP, así como posibles tratamientos.

Factores de exclusión: los artículos que no cumplieran los objetivos del trabajo.

Con todo esto, se consiguen 16 artículos para realizar los resultados.

4 Resultados

- **Tratamiento Farmacológico.**

El tratamiento del paciente con TLP puede abordarse de diversas maneras. Los pacientes con sintomatología poco intensa y/o un adecuado nivel funcional pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio centrado en psicoterapia individual, precisando o no tratamiento psicofarmacológico. Mientras que los pacientes con intensa sintomatología y/o un pobre nivel funcional precisan de un tratamiento multidisciplinar más intensivo centrado en psicoterapia individual, familiar y grupal junto con tratamiento psicofarmacológico coadyuvante que se administra en unidades más especializadas (Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización). En ocasiones, dadas las dificultades de contención y la inestabilidad del paciente es preciso su ingreso.

No existe ningún estudio que haya demostrado ninguna especificidad o eficacia por ningún tratamiento farmacológico concreto para el TLP. (5)

El tratamiento farmacológico se basa principalmente en el control de los síntomas como ansiedad, depresión, agresividad y síntomas psicóticos. Además sirve para que el paciente se encuentre “bien” y “preparado”, pero no llega a abordar la raíz de los estados negativos de ánimo. (33)

Tipos de tratamientos farmacológicos:

- Antidepresivos (sertralina y fluoxetina): Recientes estudios demuestran que los antidepresivos tienen un papel cada vez más limitado, utilizándose solamente para tratar los síntomas de ansiedad y trastornos del estado de ánimo cómorbidos. (38)
- Antipsicóticos (Quetiapina, Clozapina, Olanzapina, Risperidona, Haloperidol, Loxapina):
 - o Clozapina: es beneficiosa en caso de distorsión cognitivo-perceptiva; no obstante, el medicamento debe considerarse de segunda elección debido al riesgo de agranulocitosis y otros efectos adversos de su administración, motivo por el cual requiere controles sanguíneos regulares. (28)
 - o Olanzapina: presenta mejoría de los síntomas psicóticos y depresivos, a su vez también reduce significativamente los síntomas cognitivos y

- de las relaciones interpersonales, demostrado por un estudio realizado en mujeres con TLP. (25)
- Risperidona: reduce los síntomas esquizotípicos en el TLP. (36) Es además beneficiosa en el tratamiento para este trastorno a largo plazo, debido a que provoca mejoría en las relaciones interpersonales y el funcionamiento social, pero en estos pacientes debe tenerse en cuenta la posible aparición de efectos secundarios, tales como apatía, abulia (pasividad, desinterés (32)) o aplanamiento afectivo. (31)
 - Haloperidol: debe ser administrado a dosis bajas debido a sus posibles efectos secundarios como el embotamiento afectivo, trastornos del movimiento, obesidad e hiperprolactinemia.(30)
 - Loxapina: es un antipsicótico de primera generación, se ha reformulado a una dosis más baja, produciendo un polvo que se inhala y se puede utilizar para tratar la agitación asociada a este trastorno. En un estudio en 2015 llevado a cabo por Krüger et al, en pacientes agitados con trastorno límite de la personalidad, en el que se quería evaluar la efectividad de la Loxapina a una dosis de 10 mg, se obtuvo como resultado su seguridad y buena tolerancia, produciendo un rápido mejoramiento de los síntomas por parte de los pacientes que participaron en el estudio. (34)
- Anticonvulsivantes (Carbamazepina, Valproato, Lamotrigina y Topiramato): Los medicamentos anticonvulsivantes ofrecen efectos beneficiosos sobre la impulsividad, la inestabilidad afectiva y el funcionamiento general, con una respuesta potencialmente mayor que la obtenida con un tratamiento antipsicótico.
- A pesar de la documentación inicial del beneficio clínico de la Carbamazepina, su eficacia en los ensayos fue inconsistente y posiblemente se asoció con un empeoramiento de los síntomas depresivos.
 - Topiramato, los ensayos con este fármaco sugieren un amplio espectro de beneficio terapéutico, particularmente en ira y funcionamiento interpersonal. Sin embargo, las alteraciones cognitivas tras la administración de Topiramato pueden interferir con la psicoterapia en

algunos pacientes con TLP, y además la posible pérdida de peso puede ser preocupante para los pacientes con trastornos alimentarios comórbidos.

- Lamotrigina, el tratamiento con este fármaco mejora la impulsividad, los síntomas afectivos, y la agresión, pero requiere una administración prolongada para evitar la erupción y la toxicidad potencialmente mortales. (38)
- Valproato, parece ser particularmente eficaz en pacientes TLP con impulsividad, en lugar de inestabilidad afectiva. (38) Es necesario que las concentraciones del Valproato en sangre permanezcan dentro de unos márgenes específicos para que el medicamento sea eficaz. (26) Uno de sus efectos secundarios más importantes es que puede provocar trombocitopenia (27).
- Ácidos grasos omega-3: han recibido un interés creciente debido a sus efectos en la estabilización de las membranas plasmáticas y en la regulación de la señalización celular. Se ha estudiado la eficacia de los ácidos grasos omega-3 en los trastornos psiquiátricos, en particular en el trastorno límite de la personalidad y los trastornos del ánimo. Se concluyó, que el omega-3 es un agente nuevo y muy poco probado, razón por la cual se administró conjuntamente con el ácido valproico y se ha podido demostrar su eficacia en síntomas depresivos, irritabilidad, impulsividad, agresión y es recomendado por las pautas de tratamiento del American Psychiatric Association. (37).

- ***Terapias para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.***

Para el tratamiento del TLP lo más común son las terapias, las más utilizadas son: *La Terapia Conductual Dialéctica (TCD)*, pertenece a la Segunda Generación de Terapias Conductuales, ha sido aprobada para el tratamiento del TLP. Creada por Marsha Linehan a finales de los años 70, la TCD es una terapia sistematizada que combina estrategias de orientación conductual, cognitiva y de apoyo, así como elementos de la práctica zen y la filosofía dialéctica (arte de persuadir, debatir y razonar ideas diferentes) (24) a través de sesiones terapéuticas individuales y grupales semanales, durante un año. (17)

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC), es una terapia psicológica de tercera generación, desarrollada por Marsha Linehan para tratar específicamente los síntomas característicos del TLP como son: inestabilidad afectiva, trastorno de identidad, impulsividad y dificultades en la relaciones sociales.(19)

La terapia está orientada a:

- a) Al abordaje de conductas que puedan suponer una situación de riesgo vital para el paciente (conductas autolíticas o intentos de suicidio).
- b) A enseñar y entrenar al paciente a poner en práctica conductas más adaptativas, reduciendo al mismo tiempo otras conductas que interfieren en el éxito de la terapia (no asistencia a las citas, abandono etc) para conseguir como objetivo final la validación de las propias experiencias personales. (22)

El programa de la TDC consta de cinco modalidades de tratamiento:

- Terapia individual.
- Entrenamiento en habilidades.(18)
 - ↳ Habilidades básicas de conciencia.
 - ↳ Habilidades de eficiencia interpersonal.
 - ↳ Habilidades de regulación de las emociones.
 - ↳ Habilidades de tolerancia al malestar.(19)
- Coaching telefónico.
- Terapia de familiares y allegados.
- Terapia de los terapeutas.(18)

En cuanto al papel de enfermería en estas terapias, enfermero y paciente deben trabajar, según este modelo, para establecer un equilibrio entre el cambio y la aceptación, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias: *aceptación* y *cambio* se convierten así en los conceptos claves que deben sustentar la actuación enfermera con los pacientes TLP: el enfermero deberá intentar guiar al paciente para que se acepte a sí mismo, a los demás y al mundo tal cual es. El abordaje dialéctico-conductual de los pacientes con TLP desde Enfermería, tiene una sólida base teórica en el Modelo del Sistema Conductual propuesto por Dorothy Johnson, que define Enfermería como "una fuerza externa que actúa para preservar la organización conductual del paciente mientras éste se encuentra sometido a estrés, forzando sus mecanismos reguladores o bien proporcionándole recursos para ello".

Asimismo, la TDC resulta de fácil implementación para Enfermería, favorece la gestión de los síntomas, y es rentable, en el sentido de que supone una más eficiente gestión del tiempo y de los recursos. En la típica configuración de la atención de salud mental, las enfermeras pueden aplicar eficazmente las intervenciones utilizando la filosofía dialéctica, ya sea en grupos o individualmente para ayudar a los pacientes con TLP a lograr el bienestar óptimo.

El Cuidado de Enfermería irá enfocado, desde la filosofía dialéctica, a ayudar a los pacientes con TLP a construir estrategias de afrontamiento eficaces y aumentar su habilidad para generar respuestas conductuales adecuadas, elementos clave para mejorar su calidad de vida. (21).

En cuanto a la eficacia de la Terapia conductual dialéctica, hay diversos estudios que la demuestran:

Se realizaron dos estudios controlados y financiados con fondos del Instituto de Salud Mental y el Instituto Nacional de Abuso de Drogas donde se mostró que la TCD es más efectiva que el tratamiento usual TAU (tratamiento farmacológico) en el tratamiento del TLP y sus diagnósticos comórbidos de abuso de sustancias. Quienes recibieron TCD al compararlo con TAU, presentaron una menor probabilidad de dejar la terapia, reportaron menos comportamientos parasuicidas y si los presentaron, fue menos probable que necesitaran una hospitalización, estuvieron menos días en el hospital y tuvieron mayores puntuaciones en las escalas de ajuste global y social.

Por otra parte, Linehan presentó un estudio aleatorizado, controlado, de dos años de duración (un año de tratamiento y otro de seguimiento de los pacientes), comparando la TCD con el tratamiento dado por expertos en suicida y TLP, encontrando que la TCD estuvo asociada a mejores resultados en la mayoría de las áreas medidas (comportamientos suicidas, utilización de servicios de emergencia y funcionamiento psicológico general). Las conclusiones de este estudio señalan que la efectividad de la TCD no puede ser atribuida al hecho de que la terapia sea administrada por expertos. La TCD parece ser más efectiva en la disminución de intentos de suicidio.

Además de la investigación llevada a cabo por Linehan, se realizaron varios estudios controlados y aleatorizados sobre la TCD fuera de esta Unidad de Investigación, en la universidad de Washington, llevados a cabo por: Koons y colls, quienes

asignaron al azar a veinte mujeres diagnosticadas con TLP a TCD o TAU. A diferencia de los estudios originales de Linehan, los sujetos no debían tener una historia reciente de parasuicidio. Los sujetos que recibieron TCD mostraron una reducción estadísticamente significativa en la ideación suicida, depresión, desesperanza y rabia, al compararlos con los sujetos que recibieron TAU.

Además, Verheul et al., llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado en Noruega, comparando TCD y TAU. Sus resultados son consistentes con los obtenidos en los estudios reportados anteriormente. Los sujetos en la condición de TCD reportaron una mayor adherencia al tratamiento, reducción de comportamientos suicidas, reducción de episodios de autodaño y automutilación. (23)

- ***Programas de Atención Colaborativa para el tratamiento de pacientes con TLP.***

Se han desarrollado unos programas de intervención, proporcionados por enfermeras de salud mental, en Holanda. Para estos programas de intervención se han aceptado principios de Atención colaborativa. Los programas de Atención colaborativa se originaron para aumentar la toma de decisiones compartidas y mejorar las habilidades de autogestión de pacientes crónicos. Las relaciones de colaboración surgen cuando los pacientes, sus cuidadores informales y enfermeras comparten objetivos y una comprensión mutua de los roles, las expectativas y las responsabilidades.

Los pacientes informan de que su calidad de vida mejora, porque sienten que pueden afrontar mejor sus problemas derivados de su trastorno.

Las enfermeras tienen un importante papel en los Programas de Atención Colaborativa, ya que actúan como gerentes de atención, lo que significa que son responsables de la continuidad óptima y de la coordinación de la atención. Para que esto se consiga se necesita un trabajo intensivo de colaboración dentro de un equipo de atención colaborativa, el cual está formado por: el paciente, su cuidador informal, la enfermera y el psiquiatra y/o psicólogo. Este equipo presta el apoyo al paciente y es donde se tomarán las decisiones adecuadas, de acuerdo a su tratamiento.

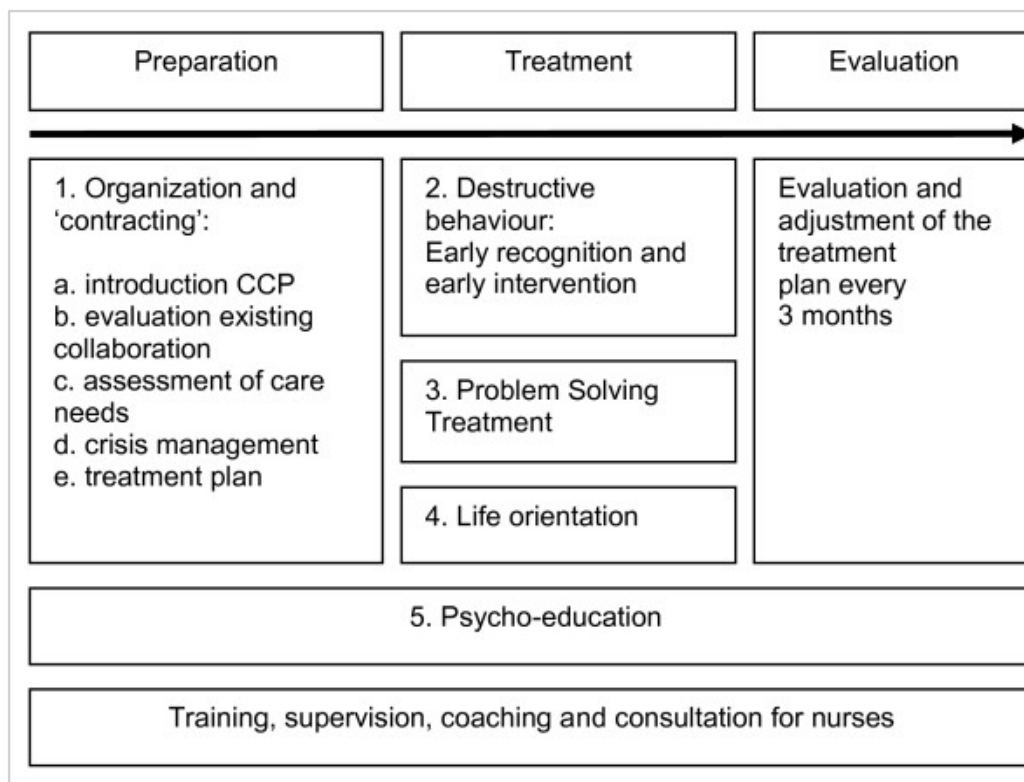
Este Programa de Atención Colaborativa se desarrolló para mejorar la calidad de la atención de los pacientes con trastornos graves de la personalidad dentro de un entorno de atención de salud mental comunitaria.

La expectativa es que el Programa:

1. Mejore la calidad de vida.
2. Reduzca el comportamiento destructivo (suicida, autolesión, comportamiento agresivo o adictivo) y otras manifestaciones del TLP.
3. Mejore el dominio del paciente.
4. Aumente la satisfacción de la atención tanto por parte de los pacientes como de los cuidadores.

El cuidado colaborativo para pacientes con TLP consta de cinco componentes integrados. (Tabla 1). Los diferentes componentes de la etapa de ejecución se pueden aplicar en un orden flexible, dependiendo de las prioridades en las necesidades no satisfechas y las preferencias del paciente. Y será la enfermera quién ajustará la estructura. (20)

Tabla 1.



the five integrated components of the Collaborative Care program.

1. *Organización y contratación*

Se formará un equipo de atención colaborativa para la coordinación adecuada de la atención, con la colaboración óptima entre los principales socios del equipo (nombrados anteriormente). Debido a que la discontinuidad de la atención aumenta el riesgo de abandono y un curso negativo de la enfermedad psiquiátrica (con un posible suicidio como resultado extremo negativo), el cuidado colaborativo demanda una colaboración proactiva entre todos los socios para minimizar esta discontinuidad de la atención. La enfermera es responsable de informar e involucrar a todos los socios, siempre que sea necesario. La etapa de ejecución del programa colaborativo no debe comenzar antes de que se establezca un plan de tratamiento al que se comprometen todos los socios colaboradores. Debido a la búsqueda de atención ambivalente de la mayoría de los pacientes, esta etapa es por lo tanto crucial y requiere una preparación cuidadosa. Esta etapa de preparación consta de varias actividades.

Dentro de la Atención Colaborativa se percibe al paciente como el que da forma a su propia vida y, por lo tanto, a su propio tratamiento. Se requiere la participación activa del paciente para alcanzar los objetivos de mejores habilidades de autogestión y toma de decisiones compartidas. Para aprender de experiencias anteriores, se hace un inventario de eventos de la vida del paciente y de tratamientos anteriores, basados en el registro médico. Este inventario se discutirá con el paciente y con los otros miembros del equipo de atención colaborativa para identificar estrategias efectivas de afrontamiento con eventos de la vida, elementos efectivos en el tratamiento y las relaciones. Se invita a los pacientes a expresar sus expectativas sobre los proveedores de atención y el tratamiento y a hablar en voz alta acerca de experiencias decepcionantes (a veces incluso traumáticas), que aún pueden obstaculizar las relaciones con los proveedores de atención. Se invita a los cuidadores informales a compartir su opinión sobre los acontecimientos y expectativas de vidas pasadas con respecto a la colaboración y el tratamiento. Las expectativas y responsabilidades mutuas se hacen explícitas entre pacientes, cuidadores informales y proveedores de atención, a fin de promover una

relación sólida. Los acuerdos sobre la colaboración se registran en el plan de tratamiento.

Las necesidades de atención médica se evaluarán con la Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN). Con base en los resultados de CAN, las prioridades en los objetivos de tratamiento se establecerán en el Equipo de atención colaborativa. Las necesidades no satisfechas, los objetivos y las actividades relacionadas se registran en el plan de tratamiento. En previsión de posibles crisis, se creará una tarjeta de crisis. El uso de una tarjeta de crisis se ajusta a la filosofía del cuidado colaborativo porque comunica que los pacientes son (al menos en parte) capaces de enfrentar la crisis ellos mismos. Si no, una copia de seguridad de la atención profesional siempre está disponible (24 horas al día los 7 días de la semana). El contenido de la tarjeta de crisis se comunica con los servicios de crisis y los cuidadores informales. Además, se utilizará la contratación, basada en la toma de decisiones compartidas sobre la colaboración, el proceso de tratamiento y el plan de tratamiento. El último paso en la etapa de preparación es confirmar los objetivos, las actividades y los acuerdos sobre la colaboración en los planes de tratamiento, que se evalúan cada tres meses.

2. *Comportamiento destructivo*

Para reducir los comportamientos destructivos, se impartirá un método de reconocimiento temprano e intervención temprana. Estos comportamientos destructivos pueden tener diferentes formas: conductas suicidas, autolesión, adictivas o agresivas. El objetivo central de la estrategia de intervención es el reconocimiento de los signos de alerta temprana (pensamientos, sentimientos y / o comportamientos) del comportamiento destructivo del paciente. El objetivo es ayudar al paciente a obtener una mejor visión en el proceso de comportamiento destructivo y mejorar el enfrentamiento con este comportamiento. Se redactará un plan de prevención de recaídas en el que se describan los primeros signos, así como las medidas para responder al aumento del estrés, la desesperación y la crisis inminente.

3. *Tratamiento de resolución de problemas*

Para reducir los problemas de la vida diaria, se aplicará el Tratamiento de resolución de problemas. La cantidad de problemas de la vida diaria a

menudo es abrumadora en este tipo de pacientes, a través del cual pueden perder su sentido de control. Aprender y aplicar las habilidades de resolución de problemas con respecto a los problemas diarios mejora el dominio y puede dar como resultado una mejor calidad de vida. El dominio refleja la medida en que las personas se perciben a sí mismas en el control de las fuerzas que tienen un impacto significativo en sus vidas. El Tratamiento de resolución de problemas ha demostrado ser efectivo en diferentes estudios y es parte de diferentes tratamientos para los trastornos de la personalidad. Es un elemento esencial de los Programas de Cuidado Colaborativo.

4. *Orientación de la vida*

Como contrapeso a la atención prominente a los problemas y al comportamiento destructivo, el enfoque del Programa de Atención Colaborativa también apunta a una orientación más positiva en la vida de una persona. Por lo tanto, los elementos del tratamiento enfocado en la solución se utilizarán para encontrar y expandir experiencias positivas que se espera que sean estimulantes para una orientación vital renovada y más positiva.

5. *Psicoeducación*

Mediante la educación psicopedagógica, el paciente (y su cuidador) recibe información sobre su estado psicológico, las causas y consecuencias de esa condición, las formas de afrontarla y las posibilidades de tratamiento, incluidos los efectos esperados de la misma. Los pacientes y sus cuidadores también estarán preparados para el tiempo de duración de la enfermedad y las recaídas esperadas. La educación psicológica es un elemento integral de la atención colaborativa. (20).

6. Discusión.

El Trastorno Límite de la Personalidad, es una enfermedad que cuesta ser comprendida por parte de los profesionales de enfermería, lo que ha provocado la poca variedad de intervenciones para su tratamiento.

Después de realizar una búsqueda bibliográfica sobre cómo actúa enfermería en pacientes con TLP, se ha observado que puede participar de dos formas: en forma de terapias o de programas.

Tanto en las terapias como en los programas su misión principal reside en evitar las acciones autolíticas que presentan este tipo de pacientes, mejorando así su calidad de vida.

En cuanto a las terapias cabe destacar que hay una gran variedad de terapias para el tratamiento de este trastorno, pero sólo se han encontrado datos de que enfermería participe en la Terapia Dialéctico Comportamental.

La Terapia Dialéctico Comportamental, es de fácil aplicación por parte de enfermería, además de ser una terapia rentable y de darnos la opción de poder hacerla de manera individual con el paciente o en grupo. En esta terapia, enfermería trabaja con la aceptación y el posible cambio que puede darse después de que se haya producido la aceptación. Además el cuidado enfermero irá enfocado a realizar afrontamientos eficaces y hacia la habilidad de generar respuestas.

A diferencia con las terapias, en los Programas de Atención Colaborativa se incluyen además de psiquiatra y/o psicólogo, enfermería y paciente, a los “cuidadores informales”, que son aquellos quienes cuidan en casa diariamente al paciente, y por tanto quienes más lo conocen.

Otra diferencia que cabe destacar, es que las Terapias únicamente están orientadas a evitar daños autolíticos por parte del paciente y a saber adaptarse a situaciones, mientras que los programas están orientados a mejorar la calidad de vida del paciente, a evitar daños autolíticos, mejorar el dominio del paciente y mejorar la satisfacción de la atención. Además de que el tratamiento no se guía por parte del profesional como ocurre en las terapias, sino que es el paciente quién marca el tratamiento, adecuándose así mejor a sus necesidades.

A su vez, en estos programas se creó la tarjeta de crisis, cuya finalidad es que los pacientes sean capaces de afrontar la crisis por sí mismos.

Por otra parte, enfermería en los Programas tiene un papel muy importante ya que es el gerente de gestión, lo que significa que coordinan la atención que va a recibir el paciente.

Como inconveniente de los Programas de Atención Colaborativa es que es un trabajo que se lleva a cabo en Holanda y no hay estudios que demuestren que esto se realice en España, por lo que sería interesante enseñárselo a los profesionales que se encargan del tratamiento de pacientes con TLP para poder incluirlo.

En cuanto al tratamiento farmacológico, es un tipo de tratamiento poco eficaz para el tratamiento de estos pacientes, ya que no existe un fármaco específico para la enfermedad, sino que existe una gran diversidad de fármacos que tratan los síntomas asociados. Además la falta de adherencia al tratamiento que presentan estos pacientes hace que sea más difícil que el tratamiento farmacológico sea el escogido. A su vez, hay diversos estudios que demuestran que es más eficaz el tratamiento con terapias como la Terapia Comportamental Dialéctica que el tratamiento con psicofármacos.

7. Conclusiones.

- El trastorno límite, es el trastorno de la personalidad más prevalente en la actualidad y afecta gravemente tanto a la vida personal del paciente como a la de los familiares, por ello requiere un buen abordaje del mismo.
- El trastorno límite de la personalidad, presenta una gran variabilidad de síntomas y comorbilidad, por ello es necesario tener en cuenta los diversos factores que se interrelacionan para su aparición y conocer la coexistencia con otras patologías y sus características diferenciales, favoreciendo de esta manera la prevención, detección y tratamiento.
- Para que el tratamiento de esta patología resulte eficaz éste debe de ser interdisciplinar y personalizado a cada paciente.
- El tratamiento del trastorno límite de la personalidad se basa en psicofármacos, programas y sobretodo psicoterapias, donde cabe destacar la actuación de enfermería, principalmente en la Terapia Dialéctico Comportamental y la Terapia Comportamental Dialéctica de Linehan.

8. Bibliografía.

1. Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V [Internet]. Psi.uba.ar. 2011 [Acceso el 3 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/esbec.pdf
2. Anderson N, Rubio Larrosa. El Trastorno Límite de la Personalidad [Internet]. Portal sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). 2016 [Acceso el 3 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.trastornolimito.com/tlp/trastorno-limite-personalidad>
3. National Institute of Mental Health. Trastorno Límite de la Personalidad / Borderline Personality Disorder [Internet]. Trastorno Límite de la Personalidad. [Acceso el 3 de febrero del 2018]. Disponible en: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/limite_personalidad.pdf
4. El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. Enfermera Integral. 2015;(Especial):82. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/108/ENF-INTEG-108.pdf>
5. García López M, Martín Pérez M, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad [Internet]. Scielo.isciii.es. 2010 [Acceso el 3 de febrero del 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
6. Jareño Gómez A. Borderline o Trastorno Límite de Personalidad: causas, síntomas y cómo tratarlo [Internet]. europapress.es. 2017 [Acceso el 3 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://www.europapress.es/sociedad/noticia-borderline-trastorno-limite-personalidad-causas-sintomas-tratarlo-20151014182501.html>
7. Álvarez Tomás I, Andión Pérez Ó, Barral Picado C, Calvo Piñero N, Casadella Ventura M, Casañas Sánchez R et al. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Internet]. Guiasalud.es. 2011 [Acceso el 4 de febrero del 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf

8. Ferrer Vinardell M. Trastorno límite de la personalidad [Internet]. Tesisenred.net. 2013 [Acceso el 4 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/133274/mfv1de1.pdf?sequence=1>
9. Carpena Moril B. Estudio del Trastorno Límite de la Personalidad [Internet]. Riull.ull.es. 2017 [Acceso el 5 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5266/ESTUDIO%20DEL%20TRASTORNO%20LIMITE%20DE%20LA%20PERSONALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Belerda N. Trastornos de personalidad: Tipos, causas, diagnóstico, consejos y ejemplos [Internet]. Blog CogniFit. 2016 [Acceso el 21 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/trastornos-personalidad/>
11. Mazaira S. Vertex. Revista Argentina de psiquiatría [Internet]. Polemos.com.ar. 2005 [Acceso el 21 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf#page=56>
12. Corchero M, Balés C, Oliva C, Sola C. Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad [Internet]. Dialnet.unirioja.es. 2012 [Acceso el 26 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393286>
13. Valle J. Diferencias entre los rasgos y trastornos de personalidad [Internet]. Terapiainfantilyjuvenil.blogspot.com.es. 2015 [Acceso el 2 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://terapiainfantilyjuvenil.blogspot.com.es/2015/01/diferencias-entre-los-rasgos-y.html>
14. Personalidad y trastornos de personalidad | PSISE [Internet]. PSISE. [Acceso el 2 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://psisemadrid.org/personalidad-y-trastornos-de-personalidad/>
15. CESMERR. Trastornos de Personalidad [Internet]. Salud Mental. 2015 [Acceso 3 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www.salud-mental.cl/trastornos-personalidad/>
16. Chávez-León E, Ng B, Ontiveros-Uribe M. Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad [Internet]. Trastornolimites.com. 2006 [Acceso el 3 de marzo del 2018]. Disponible en:

<https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/tratamiento-farmacologico-tp.pdf>

17. Ponce de León C, Brahm C, Bustamante F, Sabat S, Labra J, Florenzano R. Efectividad de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe en Santiago de Chile [Internet]. Scielo. 2017 [Acceso el 4 de marzo del 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400231&lang=pt
18. Vásquez-Dextre E. Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio [Internet]. Scielo.org.pe. 2016 [Acceso el 4 de marzo del 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200005&lang=pt
19. De la Vega-Rodríguez I, Sánchez-Quintero S. Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder] [Internet]. Scielo.isciii. 2013 [Acceso el 6 de marzo del 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100005&lang=pt
20. Stringer B, van Meijel B, Koekkoek B, Kerkhof A, Beekman A. Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes [Internet]. BMC Psychiatry. 2011 [Acceso el 7 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135521/>
21. Jiménez Barbero J, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García V, Sánchez Muñoz M. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente [Internet]. Scielo.isciii.es. 2010 [Acceso el 15 de marzo del 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300024
22. Navarro-Leis M, López Hernández-Ardieta M. Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad [Cognitive behavioral therapies for the treatment of personality disorders] [Internet]. Scielo. 2013

- [Acceso el 20 de marzo del 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100004&lang=pt
23. Gempeler J. Dialectical Behavioral Therapy [Internet]. Scielo.org.co. 2008 [Acceso el 22 de marzo del 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500011&lang=pt
24. "Dialéctica". [Internet] Significados.com. 2018 [Acceso el 24 de marzo del 2018] Disponible en: <https://www.significados.com/dialectica/>
25. M. Gómez F. La impulsividad en el trastorno límite de la personalidad: su tratamiento farmacológico [Internet]. Trastornolimites.com. 2018 [Acceso el 7 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.trastornolimites.com/images/stories/pdf/tratamiento-impulsividad-tlp.pdf>
26. Durani Y. Análisis de sangre: ácido valproico [Internet]. Kidshealth.org. 2014 [Acceso el 17 de abril del 2018]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/test-valproic-esp.html>
27. Divalproato de Sodio [Internet]. Eutimia.com. [Acceso el 17 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/anticiclicos/divalproato.htm#.WvnVaPmFPIU>
28. Díaz Marsá D, González Bardanca S, Carrasco J. Especificidad del tratamiento farmacológico según la dimensión sindromática en el trastorno límite de la personalidad - Artículos - IntraMed [Internet]. Intramed.net. 2008 [Acceso el 17 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66104>
29. Federico Arévalo. trastorno límite de la Personalidad, clínica y pronóstico [Internet]. Saludmental.info.2008 [Acceso el 17 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/trastorno-limite-personalidad-oct08.htm>
30. Fortes Álvarez J, Sánchez Cabezudo A, Antequera Iglesias J. Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. | Revista fml [Internet]. Revistafml.es. 2009 [Acceso el 1 de mayo

- del 2018]. Disponible en: <http://www.revistafml.es/articulo/283/trastorno-limite-de-la-personalidad-sabemos-de-que-estamos-hablando-como-reconocerlo/>
31. Evalúan el Uso de Risperidona Intramuscular en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad Resistente al Tratamiento [Internet]. Bago.com. 2002 [Acceso 1 de mayo del 2018]. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb591.htm>
32. RAE. Real Academia Española [Internet]. Dle.rae.es. 2018 [Acceso el 1 de mayo del 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=0DYwS2u>
33. Divac Jovanovic M, Dragan Svrakic D. INTEGRATIVE TREATMENT OF PERSONALITY DISORDER. PART I: PSYCHOTHERAPY [Internet]. Croacia; 2017 [Acceso el 1 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.hdbp.org/psiquiatria_danubina/pdf/dnb_vol29_no1/dnb_vol29_no1_2.pdf
34. Domenico de Berardis D, Fornaro M, Orsolini L. et al. The Role of Inhaled Loxapine in the Treatment of Acute Agitation in Patients with Psychiatric Disorders: A Clinical Review [Internet]. 2017 [Acceso el 1 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343884>
35. Brianna J Turner M, Sara B Austin, B, Alexander L Chapman P. Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions [Internet]. 2014 [Acceso el 1 de mayo del 2018]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371405901103>
36. Brown D, Larkin F, Sengupta S. et al, Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital [Internet]. 2014 [Acceso el 1 de mayo del 2018]. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4DCC5A305207E28AC432599C379D3E35/S1092852914000157a.pdf/clozapine_an_effective_treatment_for_seriously_violent_and_psychopathic_men_with_antisocial_personality_disorder_in_a_uk_highsecurity_hospital.pdf
37. Bellino S, BOZZATELLO P, BOGETTO F, Rocca G. Efficacy of omega-3 fatty acids in the treatment of borderline personality disorder: a study of the association with valproic acid. [Internet]. Iris.unito.it. 2014 [Acceso el 1 de

mayo del 2018]. Disponible en:
https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/141922/285176/Bellino%20S%2c%20Bazzatello%20P.%20Omega%203%20fatty%20acids%20and%20valproate%20in%20BPD.%20J%20Psychopharmacol%2c%202014.%20Open%20access_4aperto.pdf

- 38.H. Ripoll L. DialoguesClinNeurosci-15-213 - Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2018 [Acceso el 1 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://www.dialogues-cns.org/contents-15-2/dialoguesclinneurosci-15-213/>
39. Romeu D. Distimia o trastorno distímico | Definición - Tratamiento | Dr.Romeu [Internet]. DrRomeu. 2018 [Acceso el 3 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://www.drromeu.net/distimia-o-trastorno-distimico/>