



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**“Plan de Intervención para Pacientes con Trastorno  
Límite de Personalidad”**

**Autor/a:** Nuria García Garrido

**Tutor/a:** Ana Victoria Beloso Alcay

## **ÍNDICE**

Resumen.....	Pág.2
Introducción.....	Págs.3-7
Objetivos.....	Pág.7
Metodología.....	Págs.8-9
Desarrollo.....	Págs.9-15
Conclusiones.....	Pág.15
Bibliografía.....	Pág.16
Anexo.....	Pág.17

## **RESUMEN**

El Trastorno de Personalidad constituye un problema sanitario de creciente impacto en los dispositivos de salud, social y justicia.

La Asociación Americana de Psiquiatría en su Guía de Práctica Clínica explica que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es el trastorno de la personalidad más prevalente en el ámbito clínico. Afecta aproximadamente al 10% de los pacientes tratados de forma ambulatoria en centros de salud mental, el 15%–20% de los pacientes ingresados en unidades de psiquiatría y 30%–60% de la población clínica con un trastorno de la personalidad. Se estima que la prevalencia del TLP es de alrededor del 2% de la población general.

El Trastorno de Personalidad Límite o Borderline se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo, sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso.

Debido en parte, a la falta de conocimiento de la dinámica subyacente, el trabajo con pacientes con TLP resulta a menudo difícil para el personal de Enfermería.

Dada la importancia de este trastorno he considerado oportuno realizar un programa de intervención de la Unidad de Trastornos de Personalidad del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. En este programa se presentan las actividades diarias del equipo profesional y los pacientes así como el trabajo desempeñado principalmente por el área de Enfermería de la Unidad de Psiquiatría.

## INTRODUCCIÓN

La **personalidad** se presenta como un constructo multifactorial dinámico con un componente biológico y un componente ambiental interrelacionados. Es decir, la personalidad consta de una parte heredada o genética (el temperamento) y otra social y ambiental (el carácter). Posee características tan opuestas como ser individual (idiosincrásica a la persona) y social (aprende del entorno y el entorno de ella), estable durante la existencia del individuo pero a la vez facilitando la adaptación de éste al entorno.<sup>1</sup>

La personalidad es nuestra forma de ser, un conjunto de rasgos emocionales y conductuales característicos de cada individuo. Todo el mundo tiene su forma de ser, su personalidad, diferente en cada persona dependiendo de factores orgánicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Cuando la forma de ser y de comportarse de una persona le provoca un mal funcionamiento en la vida diaria, en su trabajo, estudios, con la familia, amistades, etc.; cuando pasa de ser peculiar o raro a ser molesto a los demás o a sufrir por todo esto, entonces podemos hablar de un posible **trastorno en su personalidad**. Estos trastornos son duraderos en el tiempo, es la conducta habitual del individuo. Suelen aparecer en la adolescencia e inicio de la edad adulta, no están causados directamente por drogas ni por enfermedades mentales.<sup>2</sup>

Los **Trastornos de Personalidad** (TP) en general y el **Trastorno Límite de Personalidad** (TLP) en particular, son de difícil abordaje ya que los trastornos de personalidad no están considerados una enfermedad mental como tal al tratarse de patología de eje II; se necesita un tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico ("abordaje integral") en muchas ocasiones de forma crónica, evidenciándose una falta de recursos y estudios sobre el mismo a largo plazo. También hay que señalar las dificultades en la práctica clínica de manejo del TLP, en particular por las propias características de éste (impulsividad, inestabilidad,...) que en

muchas ocasiones provocan fenómenos de contra transferencia difíciles de controlar por el profesional. <sup>1</sup>

Centrémonos ahora en el **Trastorno de Personalidad Límite**, también llamado borderline, fue definido ya en el siglo XIX, como el límite entre la psicosis y neurosis. Presenta tres componentes clínicos principales: un inestable sentido del yo, un alto nivel de impulsividad y una elevada inestabilidad afectiva. <sup>3</sup>

La prevalencia en la población general del TLP se sitúa entre un 1-2%, mientras que en los pacientes ambulatorios 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.

En contextos comunitarios se ha asociado a más 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.

El Trastorno Límite de la Personalidad lo podemos encontrar en DSM-IV F60.30 / CIE 10 301.83. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de patrones de inestabilidad y emocional e impulsividad. Hay una alteración existente de la identidad personal y de la autoimagen. Sus relaciones personales son inestables e intensas, llegando a veces a considerarse compulsivas, realizando sobreesfuerzos para evitar abandonos reales o imaginados, que a menudo les causan crisis emocionales. <sup>4</sup>

En el caso del TLP se está valorando su inclusión como patología de eje I en el DSM-V. <sup>1</sup>

El trastorno límite muestra alteración en las cuatro dimensiones propuestas en el modelo psicobiológico de la personalidad: <sup>5</sup>

1. La **dimensión de organización cognitivo-perceptual**, que se relaciona con la esquizofrenia: el paciente con TLP manifiesta alteraciones relacionadas con esta dimensión en forma de ideación

paranoide y con síntomas disociativos, pero únicamente al estar bajo un estrés importante.

2. La **dimensión de regulación afectiva**, que se asocia con los trastornos del estado de ánimo: cambios rápidos del estado afectivo. La inestabilidad afectiva es responsable de las relaciones tormentosas, fluctuaciones en la autoimagen y la autoestima, el mal genio y el enojo constantes, las peleas físicas y los sentimientos de vacío.

3. La **dimensión de impulsividad-agresividad**, que se relaciona con los trastornos del control de impulsos: falta de control en el uso de alcohol o drogas, atracones de comida, problemas en la forma de conducir y gastar, gestos o intentos suicidas, ira inapropiada y dificultad para controlarla y automutilación.

4. La **dimensión de ansiedad e inhibición**, que se vincula con los trastornos de ansiedad: intentos "frenéticos" de evitar el abandono real o imaginado.

Los comportamientos autolesivos se observan entre el 60 y 80% de los pacientes con TLP. <sup>6</sup> Además, son la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica, los riesgos suicidas constituyen con frecuencia la presentación del padecimiento.

Se asume que un 10% de los pacientes diagnosticados de TLP fallecen por suicidio. <sup>7</sup> La comorbilidad de la depresión mayor incrementa el número y la severidad de los intentos de suicidio, mientras que la desesperanza y la impulsividad agresiva incrementan la conducta suicida de riesgo. <sup>8</sup>

Para el Eje II, el diagnóstico más frecuente entre los suicidios y parasuicidios es el trastorno límite. Igualmente, el suicidio de algún familiar cercano y los eventos traumáticos como el abuso sexual se han asociado al TLP. El incesto se ha observado hasta en 25 % de pacientes con TLP y abuso sexual en la niñez, además de la separación de la pareja y los padres divorciados. <sup>9</sup>

La alta letalidad del intento de suicidio en pacientes con TLP se asocia más a personas de mayor edad, de bajo nivel socioeconómico y educativo, con algún trastorno depresivo agregado, o en comorbilidad con los trastornos del grupo B del DSM-IV. Mientras que la baja letalidad se asocia a la mujer menor de 45 años, casada, con empleo, con buenas relaciones interpersonales, ambiente familiar estable, buena salud, consume bebidas alcohólicas socialmente, padece de una depresión leve con ideación suicida escasa o moderada y transitoria, dentro de una personalidad normal, realiza su primer intento suicida de manera impulsiva, con medios poco letales, con gran expresión de rabia hacia los demás y no hacia ella misma; es optimista, con deseos de cambio y ha tenido buenos logros; su introspección es buena y la afectividad está adecuadamente controlada, con buenas relaciones, integración social e interés en su familia.<sup>8</sup>

También se señala una importante relación entre casos de Trastorno de la Personalidad, borderline en particular, y casos de bulimia nerviosa. En la línea de lo que señalan Medina y Moreno, podríamos decir que la asociación entre la bulimia nerviosa y los trastornos de personalidad cabe entenderla de varias formas:<sup>10</sup>

- El trastorno de personalidad, predispone a la bulimia nerviosa.
- El trastorno de la personalidad es una secuela residual de la bulimia nerviosa.
- Ambos cursan de modo independiente.

Sea como sea, la asociación complica el pronóstico. Sigue teniendo un enorme interés la descripción de diferentes tipos de personalidad en pacientes con bulimia. Hay cierto consenso en señalar que los pacientes bulímicos son más impulsivos y con un bajo autocontrol.

El propio Wonderlich refiere que el trastorno límite de personalidad presenta una tasa de asociación con la bulimia que oscilaría entre el 2% y el 47%, otros autores como Bulik refieren estar asociados en un 60% y Dolan establece entre un 24-44%.

El sexo también tiene su relación, pues se ha comprobado que la impulsividad del trastorno límite encuentra más expresión en el abuso de

alcohol y drogas en el caso de hombres y de alteraciones alimentarias en el caso de mujeres. <sup>10</sup>

La terapia dialéctica cognitivo-conductual y la terapia de conducta clásica cuentan con avales empíricos suficientes como para ser consideradas como tratamientos psicológicos probablemente eficaces del trastorno límite de personalidad. <sup>11</sup>

En los últimos años han comenzado a formarse unidades de ingreso específicas para los TP con diferentes reacciones por parte de los profesionales de salud mental, como es la del Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza: aspectos controvertidos, como su consideración de enfermos mentales con el riesgo de desresponsabilización que ello comporta o incluso la propia eficacia de los mismos son aspectos que aún están siendo debatidos por la comunidad científica. <sup>1</sup>

## **OBJETIVO**

### OBJETIVO PRINCIPAL

**Describir un plan de intervención de atención hospitalaria para pacientes con trastorno límite de personalidad.**

### OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Establecer un marco y alianza terapéuticos
- Que el paciente acepte y se adhiera a las terapias
- Realizar un correcto diagnóstico
- Que el paciente adquiera conciencia de enfermedad
- Que el paciente se forme en el trastorno y sus tratamientos
- Controlar síntomas y lograr su estabilización clínica
- Tratar conductas autodestructivas

## **METODOLOGÍA**

A continuación voy desarrollar el **Plan de Intervención de atención hospitalaria para pacientes con Trastorno Límite de Personalidad** en el que hablaremos de la actividad enfermera y su implicación en las tareas diarias, terapias, talleres, que se llevan a cabo con el paciente y para ello voy a apoyarme en el programa de la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Provincial de Zaragoza (Nuestra Señora de Gracia).

También he seleccionado varios artículos sacados de las bases de datos Dialnet y SciELO. Para ello he utilizado una serie de palabras clave que me han ayudado a encontrar y seleccionar los artículos más adecuados. De todos los artículos buscados he acotado la búsqueda a partir del año 2005, excepto en dos de ellos que me daban algún dato de interés, y limitando documentos publicados en castellano e inglés. De 91 artículos encontrados se seleccionaron aquellos que estudiaban una relación entre las siguientes palabras clave.

**Palabras Clave:** Trastorno límite de personalidad, borderline, programa de intervención, enfermería.

La Unidad de Trastornos de la Personalidad de atención hospitalaria cuenta con un conjunto de recursos:

### **Recursos humanos**

- Psiquiatra.....(1)
- Psicóloga.....(1)
- Trabajadora Social.....(1/2)
- Enfermeras.....(4)

## Recursos materiales

La Unidad cuenta con seis camas distribuidas en tres habitaciones dobles más dos plazas de hospitalización parcial. Se trata de una unidad cerrada con cámaras con un consultorio ambulatorio anexo.

Casi todas las actividades se realizan en una sala que dispone de una mesa central, con sillas y butacas donde realizan las comidas del día, talleres, siestas y alguna terapia; también hay televisión y un equipo de video para realizar la sesión de cine. Para la realización de los talleres (que varían cada semana) también disponen de un material adecuado para cada una de las manualidades.

## DESARROLLO

Lo que intenta conseguir esta unidad es el **abordaje específico y global de la patología de la personalidad** y no solamente del Trastorno Límite de Personalidad sino de otros tipos de trastornos como son: el obsesivo, el dependiente, el histriónico, el narcisista y el esquizoide que en fase grave pueden beneficiarse de la ruptura de la dinámica ambiental que les rodea. Hay que decir que la unidad no solo atiende al paciente ingresado sino que también trabaja con el núcleo familiar donde convive el paciente, padres, pareja, etc.

El programa para los pacientes ingresados se desarrolla durante aproximadamente dos meses en función de la evolución del paciente y se requiere para ello unos criterios de inclusión:

1. Pacientes diagnosticados de TP según criterios DSM IV o CIE-10, excepto aquellos con diagnóstico principal de Trastorno Disocial o Antisocial de la Personalidad.
2. Los ingresos serán programados, con informe de derivación por parte del recurso asistencial de salud mental de referencia, Unidad de Agudos, Centro de Salud Mental, Unidad de Rehabilitación, etc.
3. Los ingresos urgentes (tentativas autolíticas, episodios de auto o heteroagresividad) serán derivados inicialmente a nuestra Unidad de

Agudos, valorándose posteriormente la conveniencia de su paso a la UTP.

La especificidad en el tratamiento obliga a que la Unidad mantenga una filosofía diferente a otros recursos psiquiátricos que pretenden potenciar la vinculación al tratamiento, el estudio exhaustivo del paciente y del medio de convivencia, no sólo con el fin de mejorar y tener la mayor información del paciente y su medio sino, además, obtener un banco de datos imprescindible para realizar investigaciones sobre esta patología.

El esquema que se sigue en la Unidad de Trastornos de la Personalidad es el siguiente: (ver anexo1)

**1. Preingreso:** El informe derivación del caso remitido por su Unidad de Salud Mental es estudiado por la Comisión ingresos de la UTP y es ordenado en la lista de espera. Unos días antes del posible ingreso se procede a realizar la entrevista de valoración filmada con paciente y familia para confirmar la existencia de criterios de ingreso, realizar el consentimiento informado y firmar el contrato terapéutico (en el que se incluye cláusula comprometiéndose a no solicitar el alta voluntaria hasta finalizar la fase de diagnóstico). Los criterios de ingreso clínicos son los siguientes:

Diagnóstico TP	Situación orgánica estable
Ausencia Trastorno Antisocial	Voluntariedad
Ausencia Retraso Mental	Ausencia de causas judiciales pendientes
Ausencia Patología Primaria en eje I (Psicosis, Trastorno mental orgánico, Trastorno de consumo de tóxicos)	Red socio-familiar mínima (criterios de ingreso formales)
Mayoría de edad	Residentes en la Comunidad

**2. Ingreso:** el periodo de hospitalización consta de **fase de diagnóstico** (2-3 semanas), durante esta primera parte las prioridades son: el enganche terapéutico, la creación de una conciencia de trastorno operativa y común entre el paciente, familia y equipo, y el manejo de la contratrasferencia del equipo y el grupo hacia el recién llegado y **fase de continuación de ingreso** (2-3 meses), se aplica tratamiento intensivo de paciente y familia con monitorización de permisos.

**3. Programa ambulatorio:** que se llevará a cabo durante dos años contando desde el ingreso del paciente a la unidad de hospitalización.

#### **4. Alta y derivación a su centro de procedencia**

#### **¿Qué es lo que se hace con el paciente?**

**Contrato Terapéutico.** El paciente ingresa de forma voluntaria y se compromete a no solicitar el alta voluntaria, no recibir ni llamadas ni visitas, tener la medicación camuflada y comprometerse a seguir su proceso de rehabilitación posterior, la interrupción unilateral del tratamiento supone la imposibilidad de admisión en la UTP durante un año.

**Pruebas complementarias.** Al ingreso y al alta se realizan una serie de pruebas complementarias de carácter biológico como analítica de sangre sistemática añadiendo estudios serológicos de VIH, hepatitis B y C, pues, estudio hormonal, analítica de orina con determinación de tóxicos, electroencefalograma y TAC cerebral.

**Entrevista de valoración general.** Es una entrevista diseñada por nuestro Servicio en el que se recoge información respecto a áreas de la vida que son sensibles de verse afectadas durante la psicobiografía de un trastorno de la personalidad, así se estudia, el área laboral, social y académica, los

antecedentes personales y familiares, la valoración clínica, los tratamientos, la dinámica existencial, la sexual y relacional, la dinámica autolítica y de impulsividad, los consumos de tóxicos, etc.

**Pruebas psicométricas.** Se hace un amplísimo estudio para valorar toda la sintomatología asociada, comorbida o latente que el paciente pueda presentar. IPDE en sus dos versiones para estudiar y diagnosticar que TP tiene y si es comorbido con otros trastornos de la personalidad, El cuestionario BARRAT de impulsividad, el MADRS de depresión, el HAM-A de ansiedad, el YOUNG de manía, el PANSS para la valoración de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, el cuestionario de ACONTECIMIENTOS VITALES de Holmes y Rahe y la escala autoaplicada de adaptación social.

**Nuestro trabajo como enfermeras** no es otro sino el de estar en continuo contacto y convivencia con los pacientes siendo de gran utilidad su observación y valoración de su conducta. Enfermería se ocupa de las actividades, grupos terapéuticos y de convivencia y del manejo de habilidades sociales de la Unidad de Trastornos de la Personalidad.

También se encarga del ámbito familiar, se valoran aspectos psicopatológicos que puedan aparecer en la dinámica del núcleo de convivencia y se trasladan las observaciones de hospitalización a las observaciones de los grupos de psicoeducación que se realizan semanalmente con los miembros del grupo de convivencia, intentando componer una síntesis que repercuta positivamente en la dinámica posterior al alta del paciente.

Diariamente se lleva a cabo una reunión de equipo en la que se trata lo siguiente:

1. Supervisión de casos
2. Coordinación de intervenciones
3. Cambio de terapeuta principal
4. Desahogo de contratransferencias
5. Roces con el personal
6. Lectura del diario de pacientes y de la escala visual analógica

7. Sentido del humor y cordialidad del equipo
8. Resiliencia (capacidad para afrontar la adversidad y lograr la adaptación ante tragedias) del equipo

Para lograr los objetivos descritos anteriormente se realizan una serie de intervenciones específicas:

- 1. Tratamiento psicofarmacológico** (si precisa): Va en función de la sintomatología del paciente que es muy diversa, se prescribirán los fármacos oportunos facilitando que el paciente cumpla perfectamente con su tratamiento psicofarmacológico. El paciente recibe la medicación con una presentación camuflada así evitamos que el paciente sepa lo que toma y podemos valorar mejor sus efectos secundarios y su eficacia.
- 2. Psicoterapia individual y grupal:** Se realiza tanto de orientación dinámica como de orientación cognitivista, con intervenciones individuales y grupales, técnicas de afrontamiento, psicodrama, habilidades sociales, relajación, etc.
- 3. Grupos psicoeducativos:** Con los familiares o núcleo de convivencia de los pacientes se establece un programa de psicoeducación con cuatro sesiones al mes (una por semana) y cuyos objetivos son que los familiares de los pacientes con Trastornos de Personalidad aumenten sus conocimientos sobre la enfermedad, sus síntomas y tratamientos, que conozcan y aprendan a utilizar los recursos asistenciales y de apoyo a familiares, que expresen sus problemas más habituales con el paciente y adquieran pautas que mejoren la convivencia, que sepan discriminar señales de alarma que puedan suponer una recaída o agudización en la evolución clínica del paciente.
- 4. Intervención familiar:** Es muy importante el abordaje del medio familiar, ya que constituye el verdadero soporte del paciente en la comunidad. Por esto debe estar preparada en cuanto a conocimientos

sobre la enfermedad y al manejo de situaciones problemáticas que surgen en la convivencia. Es bueno que busquen apoyo en profesionales que le atienden, en asociaciones familiares o en grupos de autoayuda.

**5. Análisis observacional:** Mediante filmaciones en video y visionado posterior se analizarán conductas y reacciones que los pacientes tengan en las diferentes sesiones de psicoterapia que se realicen. Además de esto diariamente se les pide que realicen un diario personal para valorar su rendimiento rutinario y su estado de ánimo.

**6. Intervención de servicios sociales** (sólo si es necesario)

**7. Terapia ocupacional**

**8. Finalmente durante todo el proceso se trabaja la responsabilización del paciente en el proceso terapéutico.**

A lo largo de la semana se sigue un **planning diario** en el que constan las siguientes actividades:

Talleres psicoeducativos	Grupo de orientación Psicodinámica	Grupo de Psicodrama y Expresión
Talleres ocupacionales	Videoforum	Grupo Habilidades Sociales
Visualización del Psicodrama	Grupo Tai-Chi/Gimnasia	Asamblea

A esto hay que añadir que semanalmente se les ofrece un día de salida grupal programado, siendo generalmente los miércoles. El principal objetivo es valorar la independencia como grupo y la capacidad para tomar decisiones por sí mismos.

El período de hospitalización se completa con un programa ambulatorio de dos años desde la entrada del paciente a la Unidad. De esta

forma se valora la evolución del paciente y de la familia tras su salida, teniendo también una cierta vigilancia por posibles recaídas

## **CONCLUSIONES**

El programa de intervención para el paciente con Trastorno Límite resulta imprescindible para que se cumplan como en la mayoría de los casos ocurre una serie de requisitos o criterios fundamentales, que son los siguientes:

1. El paciente está valorado por los profesionales del equipo terapéutico.
2. Correcta realización de pruebas y analíticas físicas.
3. Queda establecido el diagnóstico clínico.
4. Se ha valorado la idoneidad de continuar en el Programa.
5. Se ha fijado el tratamiento farmacológico más adecuado.
6. El paciente muestra actitud positiva y colaboradora hacia el plan terapéutico.
7. El paciente aumenta sus conocimientos sobre síntomas, tratamientos, situaciones de crisis y otros aspectos de su patología.
8. El paciente se encuentra estable clínicamente.

Además, permite que aumente su comunicación con el núcleo de convivencia, mejora su sintomatología, mejora en el afrontamiento de la crisis, adquiere mayor autonomía personal, mejora su adaptación social y laboral y cumple con las pautas terapéuticas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. García López MA, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento Integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2010; 30 (106): 263-278.
2. Programa de Atención Hospitalaria y Ambulatoria a los Pacientes con Trastorno de la Personalidad y sus Familiares. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. 2005 Abr.
3. Jiménez Barbero JA, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García M, Sánchez Muñoz M, et al. El Trastorno Límite de Personalidad: La Filosofía Dialéctica como Base de la Interacción Enfermero Paciente. Enfermería Global. 2010; (20): 1-16
4. Aguilar Martínez C, Alcántara Porcuna V, Moruno Miralles P. Trastorno Límite de personalidad. TOG. 2008 Feb; 5 (1): 1-14
5. Chávez-León E, NG B, Ontiveros-Uribe MP. Tratamiento Farmacológico del Trastorno Límite de Personalidad. Salud Ment. 2006 Sep-Oct; 29 (5): 16-24
6. Mendieta DC. La conducta autolesiva en el trastorno límite de la personalidad. Instituto Nacional Psiquiatría. Inf Clin 1997;8(5):28-29
7. Paumard C, Rubio V, Granada JM. Programas Especializados de Trastornos de Personalidad. NORTE Salud Mental. 2007; (27): 65-72
8. Espinosa JJ, Blum Grynberg B, Romero Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. Salud Ment. 2009 Jul-Ago; 32 (4): 317-325
9. Chávez-León E, Bernardo N, Ontiveros M. Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad. Salud Ment. 2006; 29 (5): 16-34
10. Jáuregui Lobera I. Bulimia Nerviosa y Trastorno Límite de la Personalidad. Cuestiones Médico-Legales. Hospital Infanta Luisa. 2006; (3): 228-244
11. Quiroga Romero E, Errasti Pérez JM. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. Psicothema. 2001; 13 (3): 393-406

# ANEXOS

## Anexo 1

