



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

'i) EU d'Infermeria

Treball final de grau

GRAU D'INFERMERIA

Escola Universitària d'Infermeria
Universitat de Barcelona

**INTERVENCIONS INFERMERES EN PERSONES DIAGNOSTICADES DE
TRASTORN LÍMIT DE PERSONALITAT**

Ester Codina Lletjós

Tutor o tutora: Amparo del Pino
Àmbit docent: Salut Mental
Curs acadèmic 2015-16

Agraïments

A l'Amparo i als meus pares, moltes gràcies.

Resum

Introducció: La simptomatologia del Trastorn Límit de Personalitat (TLP) resulta restrictiva per a la persona en la seva vida diària, especialment en el rol social. Aquesta revisió té l'objectiu de analitzar quines són, segons l'evidència, les intervencions infermeres més efectives i les activitats que es duen a terme actualment al tenir cura.

Metodologia: La cerca s'ha dut a terme en les principals bases de dades (CUIDEN, CUIDATGE, PubMed, COCHRANE, SciELO, CINHALL) del novembre del 2015 al gener del 2016 a partir dels termes "*Borderline Personality Disorder*" AND *Nurs** o "Trastorno de la personalidad" AND "Enfermería".

Resultats: S'han seleccionat 25 articles, a partir dels quals s'ha provat que la Teràpia Dialèctica Comportamental (TDC) condueix a la reducció d'ansietat, d'auto-lesions, de depressió i d'ingressos hospitalaris. Altres teràpies han obtingut igualment resultats positius però amb menor evidència. S'ha observat que en funció de la complexitat del cas les intervencions variaran. Paral·lelament s'ha advertit per part dels usuaris falta d'empatia o de coneixements de l'equip infermer.

Conclusions: En funció dels resultats, es recomana l'ús de la TDC, sent aquesta específica per al TLP, rentable i la que més dades empíriques d'eficiència reuneix. És necessària molta investigació amb més validesa sobre aquesta i altres teràpies incorporant alhora la perspectiva infermera. D'altra banda, és imprescindible el treball en l'equip multidisciplinari. Infermeria ha d'augmentar els coneixements respecte el TLP i ha d'aportar una visió multidimensional, incloent-hi la família i el rol social de la persona. El Procés d'Atenció de Infermeria estimula aquesta atenció holística. Per últim, cal remarcar la necessitat d'involucrar a la persona en la seva pròpia cura.

Paraules clau: Trastorno Límite de Personalidad; Enfermería; Borderline Personality Disorder; Nursing.

Abstract

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) symptomatology is disabling in daily life, especially in social role, for the person who suffers it. This review aims to find out which are the activities carried out in care nowadays and which nursing interventions are most effective.

Methodology: The bibliographic search was made in the main databases (CUIDEN, CUIDATGE, PubMed, COCHRANE, SciELO, CINHALL) from November

2015 to January 2016 using the combination of terms “*Borderline Personality Disorder*” AND *Nurs** or “Trastorno de la personalidad” AND “Enfermería”.

Results: Twenty-five articles were selected. The Dialectical Behavior Therapy helps reduce anxiety, self-harm, suicidal thinking, depression and hospitalization. Other therapies have also positive results but have less evidence. Depending on the case complexity different interventions will be chosen. A lack of knowledge and empathy is often detected in nursing care.

Conclusion: The DBT is specific for BPD, it's economical and gathers more empirical evidence data than other therapies. Further research is essential to validate this and other therapies while focusing on the perspective of the nursing staff. Moreover it is required to work in a multidisciplinary team. Particularly nursing needs to increase knowledge about BPD and provide a multidimensional view, including the family and the social role of the person. The Nursing Care Plan encourages this holistic care. It is necessary to involve the person in their own care.

Key words: Trastorno Límite de Personalidad; Enfermería; Borderline Personality Disorder; Nursing.

Índex

1. Introducció	4
1.1 Contextualització històrica	4
1.2 Diagnòstic i simptomatologia	4
1.3 Etiologia	5
1.4 Epidemiologia	6
1.5 Tractament	6
1.6 La infermeria i el TLP	7
2. Objectius	7
3. Metodologia	7
3.1 Bases de dades	7
3.2 Estratègies de cerca	9
3.3 Gestió de la documentació	10
3.4 Informació extreta	10
4. Resultats	11
5. Discussió	25
5.1 Intervencions principals	25
5.2 Procés d'Atenció de Infermeria	30
5.3 Implicació per la pràctica	31
6. Conclusions	32
7. Pla de difusió	33
8. Bibliografia	34
9. Annexes	41
9.1 Annex 1	41
9.2 Annex 2	41
9.3 Annex 3	42

1. Introducció

1.1 Contextualització històrica

Al llarg de la història, els trastorns de la salut mental han estat estigmatitzats(1). Encara avui, és molt alt el percentatge de població que, degut al desconeixement d'aquest tipus de malalties, no sap com integrar amb normalitat a les persones que pateixen el trastorn dins de la societat(2). Com va dir Antonio Machado "tot el que s'ignora, es deprecia", d'aquí el meu interès en aprofundir en el saber ja que, per cuidar, és essencial ser empàtics i per ser empàtics és imprescindible conèixer.

1.2 Diagnòstic i simptomatologia

Els Trastorns de Personalitat es descriuen en el Manual de Diagnòstic i Estadística dels Trastorns Mentals (DSM-V) en el eix multiaxial II juntament amb el retràs mental, i en la Classificació Internacional de Malalties de la OMS(CIE-10). El primer els distribueix en quatre grans grups en funció de si les persones desenvolupen comportaments estranys i excèntrics (tipus A), dramàtics, emocionals i inestables (tipus B), ansiosos i temorosos (tipus C) i altres trastorns de personalitat. El Trastorn Límit de Personalitat (TLP) (301.83) forma part del grup B, segons la cinquena versió el DSM(3). Pel que fa el CIE-10 enumera els trastorns específics de personalitat (F60-F69) i el defineix com a Trastorn de la personalitat emocionalment inestable del subtipus limítrofe (F60.31)(4).

Les persones amb TLP es caracteritzen per complir amb tres pilars bàsics: una clara inestabilitat en les relacions interpersonals, inseguretats en l'autoimatge i els afectes i una gran dificultat per a controlar els impulsos (3–6).

El TLP combina característiques de trastorns de personalitat i psicòtics, el que ha dificultat la seva classificació al llarg de la història(1,7). És un trastorn heterogeni i evolutiu en el curs. No va ser fins el segle XIX que es va diagnosticar com a malaltia(8). En el context professional de salut, les persones amb aquests trastorns constituïen casos atípics, pel que se les incloïa en un grup anomenat *borderline* (Hughes, 1884). A finals del 1960, arrel de diverses investigacions, es va impulsar la classificació i descripció d'aquest trastorn (12).

La complexitat simptomatològica provoca que, inclús avui en dia, aquests pacients hagin estat diagnosticats prèviament de diferents patologies, pel que

han recorregut iterativament el circuit dels serveis sanitaris sense trobar el diagnòstic acurat. Com a resultat, assoleixen una actitud de desconfiança en els professionals, sentiments d'exclusió i incertesa sobre sí mateixos (11,12).

Les persones es diagnostiquen amb TLP si compleixen al menys cinc o més dels criteris establerts en el DSM-V (3,9,13), els quals trobem desenvolupats en l'Annex 1.

La condició global d'aquestes persones suposa una limitació de la vida social i laboral a gran escala suscitat sobretot, per un estil comunicatiu dramatitzat (7).

És el trastorn amb més conductes de risc i intents de suïcidi. Segons l'Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn Límit de Personalitat (ACAI-TLP) el 70% dels casos diagnosticats han comés intents de suïcidi, repetint-se en el 50% d'ells, amb una mitjana de 3 intents, consumats en el 9%. El 90% porta a cap conductes de risc (5,15).

El gran ventall de símptomes provoquen amb freqüència que la persona amb TLP pateixi comorbiditat amb trastorns afectius, d'ansietat, consum de substàncies, trastorns d'estrès post-traumàtic o de conducta alimentària en d'altres. (5,13).

1.3 Etiologia

Actualment, aquest trastorn es considera d'etiologia multifactorial(19,20). Tot i desconèixer la seva etiologia concreta, ha estat demostrada la implicació de diversos elements biològics. Entre altres, s'ha estudiat la falta de serotonina, un neurotransmissor cerebral que regula les emocions derivades del estrès, com també s'ha estudiat l'existència de diferents factors hereditaris(13,15).

D'altre banda, entre els factors de risc psicològics en el TLP, s'ha evidenciat un nexa entre la por a l'abandonament, que condueix a una dificultat de relació amb l'entorn, i el sofriment de relacions traumàtiques infantils per falta d'afectivitat, maltractament o abús sexual(11).

Per altre part, diferents estudis han detectat una ambivalència emocional que acaba generant en la edat adulta rigidesa afectiva. És a dir, les persones amb diagnòstic de TLP relacionen cada persona amb una sola imatge emocional

positiva o negativa, que inclou les seves actituds i comportaments. En aquest sentit, diversos estudis han trobat que són incapaces de identificar més enllà de la dualitat bo-dolent en els demés. És per això que davant de l'alteració d'aquesta imatge, reaccionen de manera incontrolada amb la simptomatologia descrita anteriorment(19).

1.4 Epidemiologia

Un altre motiu que justifica la importància d'aquesta recerca és la incidència i la repercussió que té aquest trastorn en la societat, en especial en l'entorn pròxim de les persones afectades com la família, les quals requereixen un recolzament professional que sovint no reben(11,20).

Cal emfatitzar que entre el 30 i el 60% dels trastorns de personalitat són del tipus límit, el que representa una prevalença del 2% de la població general, predominant, a nivell de gènere, en les dones en una relació de 3:1 respecte els homes(21). La classe socioeconòmica mitjana-baixa és la més afectada i la franja d'edat amb més diagnòstics es situa entre els 19 i els 34 anys(21). El 10% de pacients que visiten centres ambulatoris presenten TLP així com el 20% dels ingressos en centres psiquiàtrics i el 25 i el 50 % de la població reclusa en centres penitenciaris(5,13,17).

1.5 Tractament

Pel que fa l'evolució terapèutica, amb el tractament combinat de farmacologia i psicoteràpia, la guia de pràctica clínica del TLP determina una tendència a la millora en els símptomes impulsius, cognitius i interpersonals, mentre que s'observa el manteniment de l'afecte disfòric(22). No obstant això, l'efectivitat del tractament és molt variable degut possiblement, al desconeixement d'una causa específica (13,20).

El tractament terapèutic està dirigit a prevenir l'establiment complet de la simptomatologia i a controlar el símptomes ja tangibles millorant la qualitat de vida de les persones. Tot i la incertesa quant a quin és el tractament més adequat, el que sí està corroborat és la necessitat d'un treball multi i interdisciplinari com a eix d'atenció(18,25).

Un estudi de Regalado i Gagliosi centrat en el tractament destaca una alta taxa d'abandonament terapèutic(22).

1.6 La infermeria i el TLP

La infermera, havent de vetllar per el cobriment de les necessitats bàsiques de la persona l'aborda com a ésser bio-psico-social(21). Les seves funcions són essencials per a pal·liar les dificultats associades al trastorn de manera individual i social. Farà de nexa entre l'entorn familiar i la persona i ajudarà a potenciar mecanismes del pacient límit (18).

Diversos estudis han detectat l'alta ocupació de temps que representa per al sistema sanitari que, sumat a la falta de coneixement del trastorn, provoca ansietat als treballadors(7,24,25). Aquests els perceben com a persones teatrals, manipuladores i demandants. (20,26,27). Els estudis que han analitzat aquesta atenció terapèutica destaquen la necessitat de preparar al personal sanitari, especialment a la infermeria(11,24) i la importància de les tasques específiques de les infermeres especialistes en salut mental (18).

Així doncs, el meu plantejament per a la recerca bibliogràfica és el següent: Quines són les intervencions infermeres amb més efectivitat en el tractament de persones amb TLP?

2. Objectius

Objectiu general: Aprofundir en el coneixement de les intervencions infermeres en la cura de la persona amb trastorn límit de personalitat.

Objectius específics: Determinar a partir de la recerca bibliogràfica existent les accions amb millors resultats en les intervencions per al tractament del TLP.

Distingir quines són les intervencions infermeres emprades actualment en el tractament de les persones amb TLP.

3. Metodologia

3.1 Bases de dades

Per a revisar la bibliografia actual, s'ha dut a terme una cerca en diferents bases de dades tant espanyoles com internacionals obtenint un total de 25 d'articles.

Tot seguit trobem descrites breument les bases de dades i fonts documentades utilitzades.

MEDLINE: Base de dades que conté el motor de cerca Pubmed d'accés lliure. És la més extensa internacionalment i pertany a la Biblioteca Nacional de Medicina dels Estats Units. Conté un propi thesaurus, el Mesh ¹. Permet trobar les referències bibliogràfiques d'articles publicats en revistes de caire mèdic. La cerca identifica el títol, autors, el nom de la revista i l'any de publicació.

CINAHL: Acrònim de *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* és un índex que inclou publicacions en anglès i altres llengües sobre infermeria i altres matèries de salut.

Biblioteca COCHRANE: Pertany a la Col·laboració Cochrane i reuneix les revisions sistemàtiques i meta-anàlisis de diferents bases de dades. És un referent per a la ciència basada en l'evidència.

CUIDEN: Base de dades bibliogràfica de la Fundació Índex que reuneix material relacionat amb la salut en el context iber-america. També inclou material no publicat però revisat i avaluat per experts.

CUIDATGE: Base de dades relativa al CRAI Campus Catalunya de la Universitat Rovira i Virgili que reuneix evidència en l'àmbit de infermeria. Conté publicacions en català i castellà. Les dades que ofereix s'ordenen mitjançant el títol, autor publicació, any, descriptors i un resum.

EBSCO: base de dades sobre medicina entre altres camps, accessible des de la Web que inclou resums d'articles de revistes científiques entre altres tipus de publicacions de diferents disciplines.

SciELO: Biblioteca d'accés virtual que conté revistes científiques espanyoles. Neix de l'acord entre l'Institut de Salut Carles III i la OMS. Està desenvolupat per la Biblioteca Nacional de Ciències de la Salut. Segueix un sistema comú per a l'emmagatzemat, difusió i avaluació de les publicacions científiques,

¹ Medical Subject Headings. Vocabulari terminològic utilitzat en les publicacions científiques, descriu els termes, enllaça amb altres termes relacionats i estableix sinònims.

3.2 Estratègies de cerca

La recerca ha estat limitada sota uns criteris d'inclusió i d'exclusió. A continuació, a la taula 1 es detallen els criteris establerts.

Taula 1: Criteris d'inclusió i exclusió de la recerca

Criteris d'inclusió
<ul style="list-style-type: none">-Publicacions en castellà, català o anglès-Articles científics-Publicacions en la franja dels darrers cinc anys (2010-2015)-D'accés gratuït o a través a les revistes electròniques que la universitat té llicència d'ús-Abstracte disponible-Rang d'edat 19-64 anys
Criteris d'exclusió
<ul style="list-style-type: none">-Resums de congressos-Projectes de investigació-Investigacions sobre l'afectació en la franja perinatal (maternoinfantil) i en l'adolescència-Investigacions amb subjectes adolescents

Per establir els termes correctes s'han utilitzat els Descriptors en Ciències de la Salut (DeCS)².

La cerca en el Medline s'ha efectuat de dues maneres. Primer inserint al MeSH³ "Borderline Personality Disorder" amb el calificador nursing, "*Borderline Personality Disorder/nursing*"[Mesh]. Aplicant els límits corresponents i seguint els criteris d'inclusió i exclusió explicats anteriorment, s'han obtingut 10 resultats. Després s'ha refet la cerca sense aplicar el MeSH amb la combinació "*Borderline Personality Disorder*" AND Nurs*. Després d'aplicar els límits i els criteris s'han

² Descriptors en Ciències de la Salut. Estructura el vocabulari en tres idiomes. Fou creat amb la finalitat d'establir una terminologia comuna per a la indexació de material científic en diferents fonts d'informació disponibles, facilitant la cerca.

trobat 29 resultats. A partir de la lectura, s'han seleccionat aquells rellevants per a respondre a la meua pregunta d'investigació, reduint-se a 15.

A la biblioteca Cochrane s'ha cercat d'igual manera que al Pubmed: "*Borderline Personality Disorder*" AND Nurs* i amb el Mesh "*Borderline Personality Disorder/nursing*"[Mesh], però no s'han obtingut resultats. S'ha optat per ampliar els criteris de manera que amb les paraules clau "*Borderline Personality Disorder*" s'han obtingut 4 revisions Cochrane, de les quals s'ha inclòs 1, i 11 revisions diferents, de les quals s'han seleccionat 3.

Pel que fa en les bases de dades espanyoles, com Cuiden, la cerca s'ha basat en els termes "*Trastorno límite de personalidad*" OR *Borderline* AND *enfermería* obtenint un total de 34 articles. Han estat inclosos 3 articles.

A la base de dades CUIDATGE, s'ha inserit "*Trastorno límite de personalidad*" i s'ha localitzat 1 resultat.

Pel que respecte al CINAHL s'ha cerca les paraules clau "*Borderline Personality Disorder*" AND Nurs*. S'han establert els límits i s'han trobat 5 resultats. S'han seleccionat per les seves característiques 3.

A SciELO cercant "*Tratorno Límite de Personalidad*" y aplicant els criteris s'han trobat 7 investigacions i s'han seleccionat 4.

3.3 Gestió de la documentació

El gestor bibliogràfic utilitzat ha estat Mendeley.

3.4 Informació extreta

A la taula 2 trobem de forma esquematitzada un resum dels resultats obtinguts.

Taula 2. Resultats seleccionats sota criteris d'inclusió i exclusió

Base de dades			Tipus article		Articles
	Paraules clau	Nº Art			
CUIDEN	"Trastorno límite de personalidad" OR Borderline AND enfermería	3	AO ⁴ - RS ⁵		(23,28)
			FC ⁶		(10)
CUIDATGE	"Trastorno límite de personalidad"	1	FC		(10)
PubMed	"Borderline Personality Disorder" AND Nurs*.	15	AO	Quantitatiu- Descriptiu	(29)
				Quantitatiu- Experimental	(30)
				Qualitatiu - Fen ⁷	(14,31-37)
				Qualitatiu - IAP ⁸	(38,39)
			RB ⁹		(40-42)
COCHRANE	"Borderline Personality Disorder"	4	AO	RS	(43-45)
				MET ¹⁰	(46)
SciELO	"Tratorno Límite de Personalidad"	4	Cas clínic		(47)
			AO-RS		(23)
			RB		(48-50)
CINHAL	"Tratorno Límite de Personalidad"	3	AO- Qualitatiu-Fen		(37)
			RB		(48-50)

4. Resultats

Els resultats estan exposats en la Taula 3 a continuació

⁴ Article Original

⁵ Revisió Sistemàtica

⁶ Formació Continua

⁷ Fenomenologia

⁸ Investigació Acció Participant

⁹ Revisió Bibliogràfica

¹⁰ Metanàlisi

Taula 3: Resultats de la cerca bibliogràfica

Autors, país, any (Ref bib)	Subjectes/àmbit	Variables. Intervenció	Resultats	Conclusions. Implicació per la pràctica. Investigació.
Jiménez JA, Espanya, 2010 (23)	Cerca i recopilació de 17 articles: Per rellevància d'infermeria es seleccionen 1 Assaig Clínic Aleatoritzat (ACA), 2 estudis descriptius i 2 estudis qualitius.	Revisió bibliogràfica en la biblioteca Cochrane, Tripsatabase, Medline, Lilacs, CINAHL i CUIDEN amb els descriptors Mesh “Borderline Personality Disorder” AND “Therapy”; “Borderline Personality Disorder” AND “nursing cares” Paràmetres: 10 anys	La validesa de la <u>farmacoteràpia</u> no està corroborada actualment. El tractament <u>psicoterapèutic</u> constitueix la base. Divergeix en l'orientació psicoanalítica que inclou la Teràpia Basada en la Mentalització (TBM) i la Psicoteràpia Basada en la Transferència (PBT), ambdues amb resultats positius i les teràpies d'orientació cognitiu-conductual, la Teràpia Cognitiu-Conductual (TCC) i la Teràpia Dialèctica Comportamental (TDC). Totes dues semblen eficaces, però la TDC és més específica. Els <u>diagnòstics infermers</u> identificats són: -Risc de violència autodirigida, -Baixa autoestima estacional, -Deteriorament de la interacció social -Coneixements deficients de la malaltia.	La base del tractament del TLP és la combinació de psicoteràpies amb la psicofarmacologia. És necessari un abordatge multidisciplinar i que abasteixi totes les dimensions personals. Les més resultants són la PBT i la TDC. A partir de la TDC, l'equip investigador desenvolupa un model d'actuació infermera, a partir del qual es fonamenta la relació infermera-pacient. Recomana la valoració pels patrons funcionals de Gordon, condueix a establir aquests diagnòstics NANDA amb els NOC i NIC corresponents. Hi ha poca evidència sobre infermeria i el TLP.
Carrasco S, España 2013(28)	Cerca de 17 articles amb tria posterior d'1 ACA, 2 estudis descriptius i 2 estudis	Cerca bibliogràfica a les principals bases de dades.	La farmacoteràpia per sí sola no resulta efectiva però si com a coadjuvant en les <u>teràpies psicodinàmiques</u> . Les més efectives són la PBT i la TDC. Descriu els <u>diagnòstics</u> més rellevants: -Risc de violència autodirigida	Promou la filosofia dialèctica centrada en el vincle infermer-pacient. Concretament, dirigeix les intervencions en el control de la impulsivitat. El seguiment del pla de cures i el sistema NANDA-NIC-NOC és essencial. Promou a figura d'un gestor de casos i de la infermera

	<p>qualitatius.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Baixa autoestima estacional -Deteriorament de la interacció social -Incompliment del tractament -Ansietat -Risc de cansament del rol del cuidador -Trastorns de la identitat personal -Trastorn dels processos de pensament -Risc de soledat -Risc de violència dirigida cap als altres 	<p>especialista en salut mental.</p> <p>Destaca la importància de educar a la família per al maneig de les persones amb TLP.</p>
<p>Bermúdez P, Espanya 2015(10)</p>	<p>RB. Cerca bibliogràfica històrica dels criteris diagnòstics, teories, etogènia i clínica del TLP. Paraules clau: <i>Trastorno Límite de Personalidad, Trastorno fronterizo de la personalidad, Personalidad limítrofe, Borderline, Diagnósticos Enfermeros i NANDA-I.</i></p>	<p>Resumeix els principals <u>diagnòstics</u> NANDA amb els corresponents NIC i NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tr de la Identitat Personal -Baixa Autoestima Crònica -Negació Inefectiva -Ansietat -Afrontament Defensiu -Control dels impulsos ineficaç -Deteriorament de la interacció social -Risc de relació ineficaç -Risc de soledat -Risc de lesió -Cansament del rol del cuidador -Tendència a conductes de risc -Risc d'automutilació -Risc de violència dirigida als altres -Risc de suïcidi 	<p>El tractament farmacològic és efectiu durant les crisis, però a la llarga cal cercar altres mètodes més psicosocials, sent més efectius els resultats sorgits de l'ús de la TDC. Cal emprendre un mètode multidisciplinar. Fa èmfasi en el paper de infermeria en el cuidar i subratlla la necessitat d' augmentar els coneixements respecte el trastorn. És essencial el Procés d'Atenció de Infermera en base al sistema NANDA-NIC-NOC. Infermeria ha de intervenir com a mediador amb la família.</p>

Montero C, Espanya 2013(47)	Dona de 32 anys amb TLP que li limita extensament les relacions interpersonal i la vida diària. Consum de BDZ i quadre depressiu	Seguiment d'un cas clínic en el Sistema de Sanitat espanyol. És atesa a la unitat de patologia dual (UPD) 2 mesos i hospital de dia (HD) 1 mes i mig. Posteriorment es remet a l'equip de salut mental (ESM) on durà a terme un seguiment de 9 mesos. S'aplica la TDC juntament amb tractament farmacològic.	Ingressa dos mesos a la UPD. El pre-tractament té lloc amb les entrevistes individuals i familiars i amb educació sanitària sobre el TLP (UPD i ESM). Es pauta el ttm farmacològic i s'aplica la TDC a diferents unitats de salut mental. El tractament es realitza a través del mindfulness (HD) i l'entrenament de les habilitats de tolerància al malestar (HD i UPD) incloent-hi les habilitats de l'acceptació del patiment, de la regulació emocional, d'eficàcia interpersonal, de l'assertivitat i de solució de problemes. S'evidencia un augment de l'estabilitat, millora en la concentració, en l'ansietat en l'activació, en la instauració d'horaris i l'auto-responsabilització. Aconsegueix una ocupació laboral, millores en les relacions familiars i socials i desintoxicació de BDZ	Aquest cas clínic exemplifica l'aplicabilitat de la TDC en l'àmbit de salut pública amb recursos limitats. La falta d'unitats especialitzades en el TLP actualment, obliga a una major investigació de l'aplicabilitat d'aquestes intervencions en el sistema públic espanyol de salut. Falten estudis que validin l'eficàcia del tractament integral psicofarmacològic i psicoterapèutic.
--	--	--	---	---

García MT, 2010(48)	Revisió bibliogràfica sobre l'atenció als hospitals de dia (HD) de les persones amb TLP.	La majoria de publicacions que avaluen l'atenció comunitària fan referència al Sistema d'entrenament per a la predictibilitat emocional i la solució de problemes (STEPPS) ¹¹ , que treballa la resposta emocional i solvatació de problemes. Els casos amb més dificultat són derivats al HD on es segueix un tractament integral. Actualment en CSM es desenvolupen programes especials amb bons resultats.	Els casos més lleus es poden tractar de forma individual amb psicoteràpia ambulatoria. Els casos més complexos requereixen una atenció multidisciplinària que inclogui atenció individualitzada, grupal i familiar més tractament psicofarmacològic. Existeix molt poca evidència sobre intervencions ambulatories havent-hi de profunditzar.
Helleman M, Holanda, 2013(41)	Revisió sistemàtica de l'evidència existent sobre els ingressos de curta estada i dels seus components en el tractament del TLP. Selecció de 10 estudis: 2 qualitatiu, 1 cas clínic, 6 quantitativ i 1 amb metodologia mixta (quantitatiu i qualitatiu)	Sobre els ingressos de curta estada identifica una <u>baixa evidència</u> , sense cap ACA. Els <u>components</u> són: l'establiment d'objectius conjuntament, l'organització de l'ingrés, el procés d'admissió, les descripció de les intervencions realitzades, les quals difereixen molt segons l'estudi (des de converses amb la infermera fins a teràpies grupals o individuals i medicació entre altres) i les condicions d'incompliment dels acords en que es donarà l'alta precoç.	Els ingressos de curta estada no tenen una base sòlida d'evidència científica pel que s'ha de fomentar la investigació en aquest camp. No obstant això, aquest mètode d'intervenció pacta amb el pacient de manera que se'l autoresponsabilitza, atorgant-li autonomia i confiança. Sembla ser que té efectes positius en la disminució de dany a sí mateix i suïcidi a través del treball de tècniques i habilitats. La infermera ha de promoure la implicació de la persona
Helleman M, Països Baixos, 2014(37)	16 dones i 1 home diagnosticats de TLP. Anàlisi de les experiències dels ingressos de curta estada (de 2 a 5 nits)	Destaquen: -La formulació del <u>pla terapèutic conjuntament</u> amb la infermera (freqüència, duració, responsabilitats i objectius).	L'ingrés de curta estada, permet a les persones amb TLP reestructurar-se en un moment de crisi per poder seguir en la rutina diària. És important el rol infermer i el treball

¹¹. Programa per treballar la resposta emocional i la capacitat de solucionar problemes.

				<p>-La <u>infermera</u> com a component més multidisciplinar, conèixer en profunditat el important. El poder establir converses amb la trastorn, les possibles reaccions de infermera al ingrés per a la clarificació dels transferència amb el persona i el tractament problemes les quals estructuraren i ajudant a individualitzat considerant i implicant a la clarificar el discurs. persona en la presa de decisions.</p> <p>- El <u>descans</u> de la rutina diària per disminuir la tensió i reestructurar-se.</p> <p>-Sensació de <u>seguretat</u> i augment de l'autoestima al mantenir el control.</p> <p>-Sensacions de soledat i invisibilitat.</p>	
Pack S, UK 2013 (42)	RB sobre el TLP que inclou la explicació de la <i>Guided formulation</i> (formulació assistida) com a intervenció, la qual ha estat ideada i establerta a algun servei de Somerset a Inglaterra.			La <u>formulació assistida</u> és un procés que orienta a la reflexió i a la identificació de situacions de risc i a la identificació de fortaleces. Ha de ser de acord mutu entre el professional, prèviament entrenat, i el pacient. La duració varia de 6 a 8 setmanes. Constitueix la base del pla de cures. S'inicia a partir d'un escrit reflexiu del pacient que al ser guiat per l'especialista, permet un diàleg entre les dues parts. D'aquesta manera, té lloc una retrospecció dels sentiments, comportaments experimentats en les diferents situacions viscudes i de les relacions personals establertes. Fomenta l' <u>autoconeixement</u> i l' <u>empatia</u> pacient-professional. L'escrit és modificable, el duu el pacient i pot utilitzar-lo en qualsevol altre servei d'assistència.	
Lise A, Noruega 2011(32)	13 dones amb comportaments auto-lesius i temptatives de suïcidi amb antecedents d'abusos.	Entrevistes en profunditat sobre les experiències de recuperació i anàlisi temàtic.		Els resultats identifiquen la <u>motivació del canvi</u> en la necessitat de prendre responsabilitats, de ser acceptat tal i com un és, de sentir-se segures i cregudes. Així com acceptar les limitacions, descobrir les oportunitats i seguir endavant autònomament.	Es conclou que el canvi de conducta ha de ser impulsat per un entorn on es sentin valorades, confiades i on se les doni credibilitat. La infermera ha de mantenir un clima de confiança i esperança, ha de permetre que la persona prengui les seves pròpies decisions i saber escoltar.
Pasieczny N, Australia	84 dones i 6 homes amb TLP	Assistència al servei de salut mental		La <u>TDC</u> disminueix les auto-agressions, la taxa de suïcidi, les visites a urgències i el	La TDC és eficaç i efectiva en els serveis habituals, és aplicable modificant mínimament

2011(30)	diagnosticat segons el DSM-IV.	públic. Aplicació a 43 pacients la TDC ambulatoria durant 6 mesos i 43 el tractament habitual.	nombre i la duració dels ingressos. Millora la depressió, l'ansietat i els símptomes generals en comparació amb el tractament habitual en el termini de 6 mesos. Amb l' <u>extensió</u> de la durada del tractament es mantenen els beneficis i augmenta la ocupació laboral. En el grup amb terapeutes amb un <u>entrenament</u> més intents disminueixen encara més els comportaments lesius. L'adherència al tractament resulta igual als dos grups.	l'entorn clínic tot i no ser impartit per especialistes àmpliament formats. Millora la taxa de suïcidi, de lesions auto-infligides i la intensitat de la simptomatologia general..
Warrender, UK, 2015(14)	9 infermeres entrenades en els darrers 6 mesos per a impartir la TBM.	Entrenament d'habilitats basades en la TBM als professionals.. Seguiment en dos grups focals.	Els resultats demostren una major <u>empatia</u> i resposta davant de les autolesions així com el canvi en la <u>percepció</u> de les persones amb TLP com a pacients difícils. No s'ha demostrat en l'atenció urgent.	La MBT ha estat categoritzada com a beneficiosa per a les persones amb TLP. Aquest estudi promou el taller de dos dies de duració d'habilitats de MBT per als professionals. En conjunt disminueix la iatrogènia en la pràctica.
O' Conell, 2014 (40)	RB. Cerca sobre l'evidència de la TDC en pacients amb TLP. Inclou dues revisions Cochrane. Paraules clau: " <i>Borderline Personality Disorder</i> "; " <i>Psychotherapeutic</i> "; " <i>dialectical behavioural therapy</i> "	Cerca sobre l'evidència de la TDC en pacients amb TLP. Inclou dues revisions Cochrane. Paraules clau: " <i>Borderline Personality Disorder</i> "; " <i>Psychotherapeutic</i> "; " <i>dialectical behavioural therapy</i> "	S'identifiquen resultats positius en el maneig del TLP amb la <u>TDC</u> , donant-se reducció en l'ansietat, depressió, auto-lesions, ingressos hospitalaris i prescripcions farmacològiques. L'evidència es basa en mostres petites i no del tot fiables.	Resulta beneficiós per a les persones amb TLP i per el personal sanitari ja que fomenta una actitud optimista. És necessari una investigació més profunda sobre la TDC. També cal cercar evidència en les altres intervencions, doncs és poca l'actual.
Bowen M, UK, 2012(35)	Inclou 9 professionals: 4 infermeres, 3 treballadors	Es duen a terme 9 entrevistes guiades sobre l'experiència d'una bona pràctica,	Les bases per d'una <u>bona pràctica</u> són: -La presa de decisions de forma conjunta, entre els professionals i els pacients. -La promoció del rol social, relacions	Remarca la necessitat de ser optimistes i realistes davant la recuperació a través de la comunicació, la inclusió de la persona en la presa de decisió i la atenció multidimensional

	socials,1 psiquiatre i 1 terapeuta.	l'aprenentatge i les estructures facilitadores.	interpersonals i l'ocupació. -El suport a pars entre els usuaris. -Comunicació oberta durant tot el procés.	per part de infermeria.
Baker A, UK 2013(36)	5 dones amb historial d'auto- lesions.	Entrevistes semi- estructurades sobre les experiències en la redirecció dels comportaments auto- lesius.	Les persones entrevistades compartien característiques com un passat traumatitzat, interrupcions del procés maduratiu i realització del dany de manera amagada. En conseqüència pateixen una falta de recursos <u>d'afrontament</u> dels problemes que limita l'esperança i l'optimisme quant la seva recuperació. Expliquen que en durant el capteniment, no veuen una altre solució.	Indica la necessitat de reflexió i aproximament entre les persones amb TLP i els professionals. Promou que aquest últims prenguin consciència de la dificultat de canviar aquestes conductes. Conjuntament, han de cercar els aspectes positius i negatius de les accions per a desenvolupar alternatives d'acció, el que suposa un gran repte.
Ekdahl S, Suècia, 2011(31)	El conformen 19 familiars de persones amb TLP (17 pares i un marit).	Enquesta mitjançant un qüestionari i entrevistes grupals amb 11 dels subjectes sobre les experiències i percepcions dels familiars i cuidadors de les persones diagnosticades amb TLP, sobre l'atenció professional.	Destaquen que mentre els professionals insisteixen en la implicació familiar en la cura, durant les hospitalitzacions, aquests són <u>ignorats</u> . Consideren limitadora la barrera legal de la confidencialitat en els adults sense tenir present si tenen capacitat de prendre decisions de manera raonable ja que a l'habitatge sí que els pares són considerats els responsables. Troben a faltar una <u>visió holística</u> de les persones, integrant la vida, el context i la família del pacient, i no només la simptomatologia. A més, refereixen <u>manca de coneixements</u> des de infermeria.	És imprescindible integrar la família en el pla de cures. Les situacions descrites poden ser donades per una falta de temps i recursos per a una major educació sanitària o per una falta d'actitud dels professionals. Cal una major formació per part de infermeria i una investigació sobre les opinions més exhaustiva que inclogui més cuidadors.

Ekdahl S, Suècia, 2014(29)	70 persones, 28 homes, 42 dones. Rang d'edat de 42 a 75 anys.	Entrenament de les habilitats familiars (FTS) a través de la TDC. Grups de 6 a 8 persones en sessions setmanals de 10 a 12 setmanes. Escala d'Ansietat i Depressió Hospitalària (HAD), qüestionaris i entrevistes grupals.	Els <u>familiars</u> que prèviament cursaven amb depressió i ansietat mostren una millora de la simptomatologia, major en les dones que en els homes. Els subjectes afirmen haver augmentat l'esperança, desenvolupat estratègies i habilitats que els ajuden en el dia a dia, després d'acudir a les sessions.	Conclou que l'entrenament d'habilitats familiars mitjançant la TDC és eficaç. Són necessaris més estudis que responguin si el nivell d'ansietat està relacionat amb el nivell de cures o quins són els factors eficaços en les intervencions educacionals.
Larivière N, Canada, 2015 (34)	Dones amb TLP entre 18 i 65 anys. Diagnosticades 5 anys enrere.	Realització de dos anys consecutius de teràpia especialitzada per un equip multidisciplinari. Estudi de la recuperació a través d'entrevistes, trucades telefòniques i revisió del material mèdic. Anàlisi de la informació seguint el model de Persona-	Descriuen com a <u>dimensions de recuperació</u> : una millora en el maneig de les emocions i en l'assertivitat, capacitat per a definir el propi jo, deixar el passat enrere, augment de l'esperança, tenir relacions interpersonals saludables, cuidar d'un mateix, involucrar-se en activitats i rols significatius, mantenir un treball i adquirir responsabilitats. Consideren que són <u>elements facilitadors</u> del canvi: el temps per a l'autoreflexió, el coneixement del trastorn, l'ajuda dels serveis sanitaris, el suport de l'entorn i estar involucrat en activitats i planificar rutines diàries. Finalment destaquen com a <u>obstacles</u> : el manteniment	Els subjectes de l'estudi discrepen en el terme "recuperació" com a resultat per a definir el seu estat, ja que han de seguir lluitant amb el trastorn, però sí identifiquen un procés de millora. Coincideixen en una major adaptació en el servei assistencial a partir de ser diagnosticats. Les teràpies més conegudes, com la TBM i la TDC es centren en l'esfera de la persona i gairebé no interfereixen en l'esfera ocupacional, sent aquesta una de les més afectades en les persones límit. Els futurs estudis haurien de contemplar l'efectivitat de les intervencions en l'entorn i

	Entorn-Ocupació (PEO)	de relacions nocives, el consum de l'ocupació de les persones. substàncies, els prejudicis referents al TLP i la demora en el diagnòstic.	
Rodriguez L, Espanya, 2013(49)	RB sobre la Psicoteràpia Cognitiva Analítica i la seva aplicació en els trastorns de personalitat. Paraules clau: "Psicoterapia Cognitiva Analítica"; "Trastorno Límite de Personalidad"; "Modelo de Múltiples Estados del Self"	La Psicoteràpia Cognitiva Analítica (PCA) busca que la persona integri aspectes desconeguts de forma conscient (vessant analítica) i a través del professional reflexionar-hi, per adquirir un major control (vessant cognitiva). L'objectiu és que el pacient a parir de la reflexió pugui comprendre els <u>patrons distorsionats del pensament</u> i tingui <u>estratègies</u> pròpies per a modificar-los. Ryle, autor de la PCA, descriu 11 estats mentals i 3 patrons de pensament i conducta a partir del qual desenvolupa les intervencions, diferenciades en 4 fases. La primera consisteix en analitzar el problema i la motivació al canvi. Tot seguit la persona ha de contestar uns qüestionaris amb exemples dels patrons de pensament distorsionats, estat anímics i simptomatologia i identificar diferents estats mentals. La tercera fase contempla una reformulació per part del terapeuta de la situació que el pacient ha exposat, juntament amb uns diagrames de flux i es treballen les respostes. Finalment s'intercanvien una carta, amb un resum dels objectius complets i per treballar per part del terapeuta, i una reflexió per part del pacient. És imprescindible establir un <u>vincle</u> professional-pacient. Hi ha controvèrsia sobre l'efectivitat de la PCA en els TP.	
Navarro-Leis M, Espanya 2013(50)	RB. Cerca teòrica i empírica dels tres tractaments principals per al TLP: la TDC. La Teràpia d'Acceptació i Compromís (TAC) i la Psicoteràpia Analítico Funcional (PAF).	Les teràpies conductives es fonamenten en funció de la finalitat del comportament en la interacció de la persona amb l'entorn. La <u>TDC</u> pretén el canvi a partir de la validació i acceptació de les experiències viscudes. S'imparteix en <u>teràpies grupals</u> , on s'entrenen les habilitats de consciència, d'efectivitat interpersonal, de regulació d'emocions i de tolerància al malestar, i en <u>individuals</u> on s'apliquen a la vida diària, també inclou <u>trucades</u> telefòniques en moments de crisis.	Tot i existir poca evidència d'intervencions concretes per al TLP, s'ha demostrat l'eficàcia de la TDC i la PAF de forma independent en casos clínics. La TDC ha resultat més efectiva que el tractament habitual en estudis controlats pel que fa a les conductes de risc i la simptomatologia general. A més, sembla ser el més integral doncs combina les teràpies grupals, individuals i la

			<p>La <u>TAC</u> explica el TLP seguin el model del Tr d'evitació d'experiències, pel qual el subjecte evita a tota mena de successos adversos. La TAC treballa l'acceptació psicològica de les adversitats a través de <u>metàfores i exemples</u>.</p> <p>La <u>PAF</u> es recolza en les conductes rellevants (CCR) diferenciant-les en <u>conductes interpersonals</u> que es donen amb el terapeuta de manera equivalent el la vida diària (CCR1), les que indiquen una <u>millora</u> (CCR2) i les pròpies <u>interpretacions</u> del pacient sobre aquestes (CCR3). El professional ha de detectar i saber evocar les CCR1 per treballar-les, reforçar les CR2 i generar CCR3 adequades.</p>	<p>possibilitat de les trucades telefòniques.</p> <p>En un dels ACA, es va trobar una major eficàcia en la combinació de TDC i TAC respecta a la TAC sola. D'altre banda, també s'ha demostrat millora simptomatològica (autolesions, inestabilitat emocional, evitació d'experiències, ansietat i depressió) amb l'aplicació de la TAC juntament al tractament habitual.</p> <p>És inqüestionable el requisit d'establir una bona relació terapèutica.</p> <p>Les teràpies conductuals són combinables.</p>
<p>Kliem S, Alemanya, 2010(46)</p>	<p>Kliem et al seleccionen 16 estudis, 8 controlats de forma aleatòria i 8 no controlats de forma aleatòria.</p>	<p>RS de les bases de dades: PsycINFO, PubMed, Medline, PsychSpider. Anàlisis dels resultats des d'un model jerarquitzat per a mostrar l'efectivitat de la TDC i en concret sobre la disminució dels danys auto-infligits i el suïcidi.</p>	<p>Els estudis seleccionats estan qualificats com a fiables. Demostren una <u>efectivitat moderada</u>. Quinze estudis informen de una disminució de les autolesions i de les temptatives de suïcidi. Només 5 estudis avaluen l'eficàcia a <u>llarg termini</u> la qual sembla ser menor.</p>	<p>Les conclusions afirmen la existència d'una efectivitat moderada post-intervenció amb l'ús de la TDC, que decreix en el seguiment a llarg plaç. D'igual manera, reconeix un efecte també moderat en la reducció de conductes suïcides i d'autolesió. És necessari seguir investigant per a millorar el tractament, en especial en el seguiment post-intervenció o a llarg termini (>3 anys). És important la investigació en profunditat de altres intervencions i atencions psiquiàtriques.</p>

Borschmann R(44)	Anàlisi de les intervencions durant les crisis en pacients amb TLP en 15 estudis dels quals 13 són descartats i els 2 restants estan en curs.	Exclusió per procediments no aleatoris, anàlisi retrospectiu i intervencions de duració major a un mes.	Conclou que hi ha falta d'evidència d'assaigs clínics aleatoritzats per al tractament durant les crisis i impulsa la investigació.
Myerow MA, UK, 2012(45)	Inclou 11 estudis en pacients amb simptomatologia relacionada amb el TLP prèvia i posterior al tractament.	Efectivitat de la TDC en persones hospitalitzades. Paraules clau: "BPD"; "inpatient", "hospitalization", "short-term treatment"; "DBT"	Generalment té lloc una <u>reducció simptomatològica</u> del comportament auto-agressiu, de l'ansietat, la ideació suïcida, i la simptomàtica depressiva. No obstant, la violència i els sentiments d'enuig tenen resultats variables. Els resultats es mantenen de 1 a 21 mesos.
Stringer B, Països Baixos, 2015(38)	Un total de 26 pacients, entre 18 i 65 anys, diagnosticats de TLP o TP no específic, que han rebut tractament en els darrers dos anys sense finalitzar. 15 infermeres i 16 cuidadors informals.	En el grup experimental s'aplica el Programa de Col·laboració en el Cuidar (CCP). El conformen pacients (n= 16), cuidadors informals (n=9) i infermeres (n=10), entrenades en la seva execució. El grup control inclou 10 pacients, 7 cuidadors informals i 5 infermeres.	Es van trobar una reducció en la simptomatologia en el grup experimental. Com a trets importants en l'execució del PCC es va trobar una millor <u>orientació</u> dels objectius del tractament, establerts de manera conjunta, una major <u>interès</u> per part dels pacients en el desenvolupament d'habilitats consegüentment amb una major i autonomia i un avenç en la instauració i el manteniment d'una <u>relació terapèutica</u> entre la infermera i la persona amb TLP.
			Promou la presa de decisions compartides i l'entrenament d'habilitats. Els resultats evidencien una disminució en la simptomatologia, tants els pacients com les infermeres van considerar el CCP com a útil. Es necessita un estudi aleatoritzat i més complexa per a garantir la validesa dels resultats.

Stringer B, Països Baixos 2015(39)	16 pacients i 9 infermeres del grup experimental del estudi previ (38).	Anàlisi del grau d'execució del PCC a través d'entrevistes en profunditat amb els subjectes; l'examen de documents omplerts per infermeres seguidament al contacte amb els pacients; i l'estudi les dades informatitzades, incloent-hi els plans d'intervenció utilitzats, els documents de resposta en crisis o els plans de prevenció.	Per a detectar el grau de compliment es van analitzar el seguiment dels components. L'execució del CPP segons el model establert només va ser executada en 4 casos (25%), en 5 casos (31%) es va desenvolupar de forma moderada. Finalment en 7 casos (44%) el seguiment dels components es va considerar pobre. Es van identificar tres <u>factores conflictius</u> : -Respecte el <u>context</u> : la diferència de temps entre l'entrenament de infermeria i l'aplicació del PCC, la falta d'assistència i la falta de suport i de treball multidisciplinari. -Per part dels <u>pacients</u> : la limitació de l'autonomia, problemes cognitius, poca motivació per al canvi i desmoralització. -Per part de <u>infermeria</u> : la incertesa sobre la intervenció, problemes en la individualització del protocol, risc de desmoralització, la falta de temps i la reticència a afrontar alguns problemes, com els comportaments suïcides.	Indica els tres factors que dificulten l'execució del CPP: el context, el pacient i l'aplicació per part de la infermera. La majoria d'infermeres van aplicar el PCC, resultant útil com a estructura per al tractament de pacients complexes amb poca adherència a altres intervencions. Destaca la necessitat de compenetrar les diferents disciplines i de desenvolupar estudis aleatoritzats per a garantir la validesa dels resultats. Infermeria fretura entrenament en la mediació de comportaments difícils d'abordar psicològicament.
---	---	--	---	--

<p>Davidson K, UK, 2014(43)</p>	<p>Enclou 6 estudis sobre teràpies psicològiques en la reducció de comportaments suïcides i depressió en persones amb TLP.</p>	<p>Analitza l'impacte de la intensitat de les teràpies. Teràpies menys intensives (de menys de 100 hores o un màxim de 12 mesos): Teràpia Cognitiva-Comportamental aplicada al TLP (TCC) en 30 sessions d'una hora durant un any; TDC durant 6 mesos i durant 12 mesos. Teràpies més intensives (durada major a 12 mesos o 100 hores): TBM durant 18 mesos i dos estudis de TDC de 182 hores.</p>	<p>La disminució d'<u>actes suïcides</u> en les teràpies menys intensives es va analitzar trobant els següents resultats. La utilització de TCC+ Tractament habitual (TH) respecte el TH, mostrava una disminució d'actes suïcides en el primer grup. En la TDC respecte el TH, no es van trobar diferències, però sí respecte la teràpia centrada en el client. Pel que fa les teràpies més intensives, es van incloure estudis comparatius entre la TBM i el tractament clínic estructurat, la TDC i tractament psiquiàtric general i la TDC i tractament comunitari per experts. Sent en aquest últim l'únic amb resultats significatius quant a disminució d'aquests comportaments. Tot i així, en tots el tractaments, els pacients van mostrar una disminució dels actes. Respecte la <u>depressió</u>, totes les intervencions suggerien una disminució de la simptomatologia, sense diferències respecte els grups control.</p>	<p>Tots dos mètodes mostren una reducció significativa dels comportaments autolesius i intents d'autòlisi, així com una disminució dels nivells de depressió. Els autors afirmen que l'efectivitat és igual en teràpies més intensives i de menys intensitat, pel que recomanen la realització de les teràpies menys intensives. Defensen una millor eficiència, gestió del temps i cost econòmic.</p>
--	--	---	---	--

5. Discussió

5.1 Intervencions principals

Considerant que són unes de les principals característiques simptomatològiques del TLP i per la seva importància vital, molts estudis es centren en els comportaments auto-lesius i la temptativa suïcida.

La teràpia amb més evidència és la Teràpia Dialèctica-Comportamental. Dues revisions sistemàtiques espanyoles de resultats molt similars, de Carrasco S. i Jiménez J et al. (23,28), justifiquen la seva utilització per a pal·liar les afeccions que produeix el TLP als individus que el pateixen. Els mateixos autors afirmen la validesa de la Teràpia Basada en la Transferència (TBT) per a la reflexió, però no s'ha captat més referències d'altres autors. Tan O'Connell i Dowling (40) a través d'una revisió bibliogràfica que inclou dues revisions Cochrane com Myerow(45) et al, amb una revisió sistemàtica a nivell hospitalària, reconeixen la tangibilitat de la TDC en la reducció de l'ansietat, de les auto-lesions, la depressió i els ingressos hospitalaris. Myerow indica també una estabilitat de 1 a 21 mesos, mentre que Kliem et al(46), a través d'una revisió sistemàtica, verifica una efectivitat moderada en els danys auto-infligits i el suïcidi, però amb una disminució en el temps post-intervenció. En conseqüència, reclama la necessitat de més investigació per a la millora dels resultats a llarg termini. Per últim, un cas clínic dirigit per Montero C. valida la seva utilització en el sistema sanitari públic, àmbit amb recursos i espais limitats(47).

Per altre part, Pasieczny i Connor a través d'un estudi controlat sense aleatorització verifiquen l'efectivitat de la TDC en la disminució del suïcidi i de lesions auto-infligides, la depressió, l'ansietat, el nombre de visites a urgències i la simptomatologia general respecte el tractament habitual (TH). Aquest darrer, consisteix en assessorament, planificació, vinculació al servei sanitari, recolzament, teràpia individual, entrenament d'habilitats, psico-educació i gestió de crisis, sempre sota un equip multidisciplinari(30).

La TDC fou ideada per Linehan al 1993 específicament per aquest trastorn(23,40,46). Es basa en la reacció incontrolada d'aquestes persones davant d'un estímul. Les intervencions van dirigides a conferir habilitats

d'acceptació de les experiències viscudes, de sí mateix i dels demés, i del canvi en les conductes amenaçadores per augmentar la qualitat de vida. Tot i que l'aplicació pot divergir lleugerament (45), bàsicament consisteix en sessions de psicoteràpia individual, entrenament d'habilitats en grup, accés a orientació telefònica entre les sessions i reunions entre professionals. Algunes habilitats treballades són el mindfulness, la regulació emocional, la tolerància al estrès i al patiment i la independència o validació i les relacions interpersonals(23,28,30). A l'Annex 2 trobem les característiques de la TDC desenvolupades de forma més extensa.

Així doncs, la TDC ha demostrat millores en actes suïcides i auto-lesions(30), en part els resultats es deuen a que inclou la possibilitat de realitzar trucades telefòniques en moments de crisi com a part del tractament(9,11,17,46). En el moment de crisi recorre a la distracció, als estímuls positius i la millora del moment i a buscar pros i contres de la situació de manera raonada(50).

Alternativament, en moment de crisi Helleman investiga l'efectivitat dels ingressos de curta estada, que permeten la reducció del estrès, dels pensaments autodestructius i de les idees suïcides. Ho fa mitjançant una revisió, que determina una evidència baixa(41) i un estudi qualitatiu en torn les experiències del pacient(37). Aquest últim obté resultats positius. Destaca la importància d'un acord entre infermera i pacient, el paper de la primera i la implicació i autoresponsabilització de la persona en la seva pròpia cura, establint un pla terapèutic de forma conjunta.

L'estudi de Lise i Severinsson analitzen el canvi de conductes en dones amb aquesta simptomatologia i distingeixen actituds infermeres contraproductives. Algunes són la insistència en l'auto responsabilització però, de forma contradictòria, prendre la infermera la decisió final, l'etiquetatge d'aquests actes com a egoistes sense comprendre que les emocions del moment no els permet pensar en qualsevol altre cosa i, durant l'hospitalització, no ser tractat més enllà del diagnòstic de TLP i conseqüentment no transmetre confiança ni seguretat. Reclama la necessitat d'un entorn on se'ls hi doni credibilitat, respecte i les escoltin (32). També Baker, a través d'entrevistes a pacients, fa menester la reflexió amb una empàtica sobre aquests comportaments (36).

A la vegada, Ekdahl qüestiona la percepció del entorn familiar de les persones. Reclama un major coneixement del trastorn per part de infermeria ja esmentat abans, així com una visió holística de la persona, compartit en els treballs de Carrasco i Jiménez(23,28). Denuncia la poca integració de la família en el pla de cures, mentre que fóra del context hospitalari s'espera la seva participació activa(31). En una altre investigació, el mateix autor utilitza la TDC per a l'entrenament d'habilitats familiars, assolint una minoració del grau d'ansietat i depressió, un increment de l'esperança i d'estratègies(29). El programa es troba resumit en l'Annex 3. Múltiples estudis destaquen el paper necessari de la infermera com a mediador entre la persona i la família(10,28,48).

És cert, que en funció de la severitat del trastorn, es pot optar per un o altre tractament. La revisió de García et al(48) respecte l'atenció comunitària, identifica la utilització del STEPPS en els casos més lleus de forma ambulatoria. Consisteix en un programa de manual d'entrenament d'habilitats derivat de la teràpia Cognitiva Conductual, on durant les sessions es pretén conscienciar sobre la malaltia, i ajudar en la regulació de les emocions i les conductes. Per als casos més complexos indica la derivació a un hospital de dia per a un tractament integral que inclogui psicoteràpia individual, grupal i familiar i tractament farmacològic des d'un abordatge interprofessional. Montero, com s'ha vist anteriorment, proposa l'ús d'estratègies de la TDC de forma ambulatoria (47).

Paral·lelament, la revisió realitzada per Navarro-Leis i López (50) sobre les principals teràpies psicològiques, compara la TDC, la Teràpia d'Acceptació i Compromís (TAC) i la Psicoteràpia Analítica Funcional (PAF). Els autors, conclouen que totes tres teràpies son combinables. La TAC parteix de que les persones límit eviten experiències adverses i treballa l'afrontament a través de metàfores i exemples. La PAF s'organitza en funció de les conductes del pacient, el professional identifica les que s'extrapolen de la vida diària a la consulta i les treballa; les conductes que indiquen una millora per a reforçar-les; i genera interpretacions adequades del pacient sobre sí mateix. Remarca l'efectivitat en casos clínics de la TDC i la PAF per separat. Així com una millora simptomatològica amb la TDC, amb la TAC+ TH i amb la TAC+TDC, la última a través d'un assaig clínic aleatoritzat(50).

Un altre estudi de Rodríguez i Fernández(49), desenvolupa una ressenya sobre la Psicoteràpia Cognitiva Analítica, una reflexió profunda sobre els patrons distorsionats del pensament els quals, amb l'ajuda professional intentarà assolir-ne el control amb noves estratègies. Subratlla la necessitat d'una bona relació terapèutica. No obstant, conclou que l'evidència al respecte en els TP està en dubte. Pack S, proposa la Guided Formulation però no mostra evidència. (42)

D'altre banda una revisió de Davidson i Tran, recuperen els resultats positius en la disminució d'actes suïcides i depressió en la utilització de la Teràpia Basada en la Mentalització (TBM), la Teràpia Cognitiva Comportamental (TCC), la TDC, la Teràpia Centrada en el Client, el tractament comunitari per experts i el TH. La TBM, com indica el nom es centra en la mentalització, requerida per a la regulació emocional i per la interacció correcta amb l'entorn. S'assenta en que les persones amb TLP no l'han desenvolupat correctament durant la infància i es treballa en teràpies individuals i grupals. D'altre banda, la TCC vincula el pensament i la conducta. Es basa en la reestructuració cognitiva dels pensaments distorsionats a través de tècniques d'afrontament i de relaxació. Els beneficis resulten majors en la TCC respecte el TH i en la TDC davant el tractament per experts o la teràpia centrada en el client(43).

Així mateix, un anàlisi fenomenològic dut a terme per Warrender examina les percepcions de infermeria sobre la utilització de la TBM, de la qual han estat entrenades prèviament. Els resultats d'aquest estudi demostren que pot promoure l'empatia davant de les autolesions, ajudant a les infermeres a incrementar la tolerància i canviar la percepció negativa de les persones amb TLP(14). Quelcom útil doncs, oposadament, un estudi de Stringer(39) sobre la percepció de l'atenció, destacava la falta de maneig per part d'infermeria davant dels historials suïcides.

Un estudi de Larivière du a terme un anàlisi qualitatiu en dones sobre l'efecte en les esferes de la persona, l'entorn i l'ocupació després de dos anys de teràpia. Refereixen una millora considerable en el seu estat, una major assertivitat i control emocional; coneixement d'un mateix sense estancar-se al passat a través de l'autoreflexió; establiment de relacions interpersonals sanes, assenyalant com a obstacle les relacions nocives; auto-cura i coneixement del trastorn i, per últim,

el manteniment del treball i activitats ocupacionals. Troben obstaculitzant la demora del diagnòstic i els seus prejudicis. Els autors ressalten la falta d'inclusió de l'esfera ocupacional de la persona en la TDC i la TBM, sent aquesta una de les més perjudicades(34).

Pel que fa la duració dels tractaments, tot i que Pasiieczny i Connor van relacionar una major extensió amb un augment de l'ocupació laboral(30), l'estudi de Davidson i Tran que analitzava la intensitat va decretar no trobar discrepàncies en la simptomatologia de més rellevància: la temptativa suïcida i la depressió. Per aquesta raó justifica l'execució d'intervencions menys intensives, per aconseguir una millor gestió de l'economia i del temps(43). Les teràpies habituals, no es classifiquen segons la duració, són aplicables en més o menys sessions, pel que no limita l'oferta terapèutica.

Segons Bowen(35), els punts identificats com a essencials per a una bona pràctica són: la presa de decisions conjuntament, valorada positivament en altres investigacions(32,37,41,42); la promoció d'un rol social i de les relacions interpersonals i d'ocupació; el suport a pars entre pacients i la comunicació pacient-infermera. Aquesta relació resulta bàsica i és valorada com el més positiu en els ingressos de curta estada durant les crisis, destaca Helleman(37).

D'altre costat, Stringer et al, centrant-se en pacients complexes amb poca adherència a altres teràpies, desenvolupen un Programa de Col·laboració en el Cuidar (PCC) com a estructura. Inclou les següents parts: una preparació amb la introducció, formació de l'equip de col·laboració amb el professional, el cuidador informal i el pacient, el cronograma, els acords de col·laboració i acords davant de crisis i la valoració de les necessitats, i el pla de tractament; el tractament, amb el reconeixement precoç de comportaments destructius, i resolució de problemes, la orientació en el dia a dia i la psicoeducació; i, per últim, l'avaluació en funció del pla de tractament. A través d'un grup control i experimental s'observa la disminució simptomatologia i una valoració positiva per part de professionals i dels usuaris. Un segon estudi dels mateixos autors avalua el grau d'execució del programa en funció del model, sent baix. Identifica com a factors obstaculitzants el temps entre l'entrenament i l'execució, la falta del treball en equip multidisciplinari i respecte infermeria, la incertesa sobre la

intervenció, la falta de temps i la reticència davant alguns problemes com les actituds suïcides.

Pasieczny i Connor, van examinar l'aplicabilitat de la TDC segons l'especialització dels professionals, detectant una disminució major d'autolesions i temptatives de suïcidi en els professionals més entrenats(30).

Tan Bermúdez(10) com Carrasco(28), Ekdahl(31) i Helleman(37) reclamen un major coneixement dels professionals d'infermeria sobre el TLP, la seva simptomatologia, les intervencions i les causes del mateix. A més, es recomana un entrenament continu (39) i quan més complet millor(30).

5.2 Procés d'Atenció de Infermeria

El sistema de valoració d'infermeria més emprat és el dels patrons funcionals de salut de Marjory Gordon. Bermúdez(10), Carrasco(28) i Jiménez et al(23) desenvolupen els principals diagnòstics, objectius i intervencions (NANDA-NIC-NOC) a realitzar. En funció a l'alteració que descriuen es poden classificar:

1-Patró de percepció i maneig de salut. Com s'ha provat, el coneixement del trastorn i l'auto-coneixement es troben distorsionats. Quant als coneixements deficients de la malaltia (NANDA) es buscarà assolir el coneixement de la medicació, del procés de malaltia, dels recursos i del règim terapèutic (NOC), pel que es potenciarà la disposició de l'aprenentatge, s'educarà en la medicació prescrita i en el procés de malaltia (NIC). Per aquesta raó, totes les teràpies esmentades inclouen una seqüència d'activitats dirigides al coneixement del trastorn(34,35,47).

7-Patró d'autopercepció i autoconcepte, recordem que TLP es defineix per una forta inseguretats en l'autoimatge i els afectes. Davant la baixa autoestima estacional i crònica (NANDA), els objectius (NOC) seran l'estimulació de l'autoestima, la modificació psicosocial amb el canvi de vida i l'equilibri emocional i les accions es dirigiran a potenciar la socialització i l'autoestima(NIC). Per a pal·liar els trastorns de la identitat personal (NANDA) es durà a terme la reestructuració cognitiva i ajuda en la modificació d'un mateix (NIC). Per al control del pensament distorsionat en el trastorn dels processos de pensament(NANDA), serà útil l'escota activa (NIC). Tant la PCA(47), la TBM, la

TCC(43), el programa STEPPS(48) i la TDC(23,28,30), intervenen en el canvi del procés de pensament.

8- Patró sobre el rol i les relacions, pilar alterat en les persones amb TLP. Front el deteriorament de la interacció social i risc de soledat (NANDA), amb la fi de assolir la implicació social i el suport social (NOC) les intervencions es dirigiran a la modificació de la conducta, la teràpia de grup i a la potenciació de la socialització (NIC). Aspectes altament reclamats per Larivière(34). Quant al risc del cansament del rol del cuidador (NANDA) els objectius seran la normalització de la família i la salut emocional del cuidador (NOC) i es realitzarà la mediació de conflictes, grups de recolzament i educació del procés de malaltia (NIC). Larivière, Montero i Ekdahl ja en fan esment(31,34,47).

9-Patró de la sexualitat i la reproducció manifesta per conductes de risc

10-Patró d'adaptació i tolerància al estrès. És el tercer pilar del TLP, la dificultat de controlar els impulsos. Els diagnòstics principals (NANDA) són el risc de violència autodirigida i violència dirigida als altres, risc d'automutilació i el risc de suïcidi. Els resultats (NOC) esperats seran control de la mutilació i autocontrol del impuls suïcida. Les intervencions (NIC) es dirigiran al control del humor, maneig de la conducta d'autolesió, prevenció del suïcidi i maneig ambiental de seguretat. Davant l'ansietat (NANDA) per atènyer l'equilibri emocional i el control de l'ansietat (NOC) les intervencions seran la disminució de l'ansietat, la tècnica de relaxació i l'entrenament autogènec (NIC). Per al control dels impulsos ineficaç (NANDA) s'intervindrà per a controlar l'enuig (NIC). L'alteració d'aquest patró el trobem exterioritzat sobretot en els moments de crisi(37). La majoria dels estudis analitzats reflecteixen una disminució d'aquesta simptomatologia (30,41).

5.3 Implicació per la pràctica

Cal remarcar la limitació idiomàtica, doncs només s'han admès estudis en tres idiomes, quan hi ha, per exemple forces investigacions en francès i xinès. Malgrat això, els articles de més rellevància han estat incorporats. Si més bé, aquests darrers anys ha augmentat notablement la investigació del TLP, infermeria encara ha de pronunciar-se ja que són molts pocs, els estudis que validen les intervencions de forma independent a les altres disciplines. D'altra banda, l'aplicabilitat dels estudis que tenen en compte l'organització dels serveis,

no resulta útil, excepte en un cas(47), ja que no comparteixen la mateixa organització i prestació de serveis que al nostre país. La discriminació, a partir d'aquesta recerca dels punts febles de infermeria i els punts forts permet crear una imatge actual des de la qual cerca les estratègies per a millorar l'atenció.

6. Conclusions

Podem concloure que tot i no existir una recuperació total, doncs les persones lluiten diàriament contra el trastorn(34), sí te lloc una millora post tractament significativa de la simptomatologia predominant.

La TDC es la teràpia amb major evidència i la que resulta més rentable. És necessària més investigació, la majoria d'estudis compten amb mostres petites, i de més validesa, per exemple estudis clínics aleatoritzats. Altres teràpies que també han estat provades són la TBM en especial, la TAC, la PAF o la TCC. La seva evidència en relació a la TDC és molt lleu, pel que és important emprendre noves recerques. No obstant això, s'ha demostrat que una combinació de teràpies pot ser efectiva. S'ha de promoure l'atenció individualitzada.

En funció de la severitat simptomatològica i l'adherència de la persona a tractar, es pot contemplar diverses tècniques i serveis. Per exemple, el programa STEPPS ambulatori o els ingressos hospitalaris de curta estada durant les crisis.

És destacable la necessitat d'augmentar els coneixements del TLP en els professionals per abolir l'estigmatització encara avui existent que impedeix la confiança per part dels pacients i la adherència als tractaments. Així com l'abordatge de forma conjunta per part de les diferents professions. S'ha esmentat la importància de una infermera especialista en salut mental que sàpiga coordinar una atenció adequada.(28) Entre les mancances d'infermeria destaca la dificultat d'afrontament dels comportaments d'autòlisis(14,32).

Pel que fa al pla de cures infermer, la majoria dels diagnòstics que sorgeixen de les necessitats alterades, es contemplen en l'aplicació de les diferents teràpies. Per exemple el risc de mutilació, suïcidis, els coneixements deficients, els trastorns dels processos de pensament, la negació inefectiva i el control dels impulsos. D'altres com la interacció social i l'ocupació, s'aborden però

requereixen un major enfocament, en concret en l'àmbit d'ocupació laboral, doncs normalment és un dels aspectes més amenaçats i invalidants.

Com s'ha dit anteriorment, s'ha de fomentar una visió holística de la persona , el que ens du a cuidar i atendre el cuidador, incloent-lo en el pla terapèutic.

El paper de la infermera és imprescindible en aquests pacients que requereixen un nexa constant que els compregui i que sàpiga dirigir els processos de pensament i d'actuació quan ells no són capaços per sí mateixos. El vincle terapèutic s'ha de fomentar mitjançant la confiança. D'aquesta manera l'adhesió al tractament es donarà més fàcilment i s'estimularà l'auto-cura.

7. Pla de difusió

Aquesta revisió bibliogràfica permet fer una ullada a la situació actual respecte el TLP i la infermeria. Dóna lloc a la reflexió dels professionals, doncs inclou diferents estudis de la percepció de les persones i del entorn d'aquests, aportant una visió que pot ser desconeguda. Identifica les intervencions amb major evidència i les principals actuacions infermeres.

Es facilitarà a la coordinadora de salut mental de l'Escola Universitària d'Infermeria de Bellvitge, per a la seva possible difusió entre l'alumnat. S'oferirà, igualment, a l'Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn Límit de Personalitat, una fundació de familiars i afectats de TLP i alguns professionals que donen a conèixer el TLP i assessoren i donen suport a persones amb TLP i al seu entorn. Disposen d'una seu web a: <http://sin-limite.net/webacai/>.

Es pretén difondre aquesta revisió a través de la seva comunicació en la II Jornada d'estudiants d'Infermeria de l'Associació de Directors d'Escoles d'Infermeria de Catalunya (ADEIC) al maig del 2016. S'ha d'enviar un resum d'extensió de 250 paraules i indicar si la presentació seria en format pòster o oral. Una alternativa, seria la revista Àgora doncs està oberta a les universitats, pel que se'n planteja l'exposició. Per a fer-ho s'hauria de resumir el treball (màxim de 3.000 paraules) i adjuntar una carta de presentació.

8. Bibliografia

1. Borderline Personality Disorder Demystified - myths about bpd [Internet]. Virginia: Friedel O; 2012 [actualizat Nov 2015; accés Nov 2015]. Disponible a: <http://www.bpddemystified.com/what-is-bpd/myths-about-borderline-disorder/>
2. SANE. Changing attitudes, changing lives [Internet]. Australia: SANE Media Centre; 2015 [actualitzat Oct 2015; accés Oct 2015]. Borderline Personality Disorder. Disponible a: <https://www.sane.org/changing-attitudes>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5a ed. Washington DC, US: American Psychiatric Publisher; 2013. 663-666 p.
4. Psicomed. [Internet]. Madrid: Psicomed; 2011 [actualizat Feb 2016; accés Feb 2016]. Disponible a: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_indice.html
5. Oldham JM, Gabbard GO, Goin K, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D et al. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington D.C: American Psychiatric Association; 2001. Disponible a: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf
6. Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF. The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: an empirical analysis of self-report measures. *J Pers Disord.* 2004;18(6):555–70.
7. Domínguez A. Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la. *Nure Investig.* 2011;8(53).
8. Neurociencia y Neurocultura [Internet]. Valencia: Traver F; 2012 [actualitzat Des 2015-accés Gen 2016]. El trastorno límite de la personalidad y la

- DBT.Disponible a: <https://pacotraver.wordpress.com/2012/02/04/el-trastorno-limite-de-la-personalidad-y-la-dbt/>
9. Gunderson J, Links P. Trastorno límite de personalidad. 2a ed. Washington D.C.: Grupo Aula Médica; 2002
 10. Bermúdez P. El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Integr.* 2015;47–55.
 11. Lawn, S. McMahon J. Experiences of family carers of people diagnosed with BPD. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22:234–43.
 12. Rogers B, Dunne E. “They told me I had this personality disorder . . . All of a sudden I was wasting their time”: Personality disorder and the inpatient experience. *J Ment Heal [Internet].* 2011 [accés Des 2015];20(3):226–33. Disponible a: <http://www-tandfonline-com.sire.ub.edu/doi/pdf/10.3109/09638237.2011.556165>
 13. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Guia De Práctica Clínica Sobre Trastorno Límite De La Personalidad. [Internet]. Barcelona: Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Barcelona; 2011. Disponible a: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tlp_2011_completa.pdf
 14. Warrender D. 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. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(8):623–33.
 15. Associació Catalana d’Ajut i Investigació sobre el Trastorn Límit de la Personalitat [Internet]. Barcelona: ACAI-TLP; 2011[accés Nov 2015; actualitzat Oct 2015]. Disponible a: <http://www.sin-limite.net/webacai/>
 16. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Trastorno límite de la personalidad (TLP) [Internet]. Barcelona: CatSalut; 2006.Disponible a: http://www.sin-limite.net/portal/downloads_tmp/Quadern 8 Sanitat-esp.pdf
 17. NICE guidelines. Borderline personality disorder: recognition and

- management [Internet]. National Institute for health and Care Excellence; 2009 [accés Des 2015]. Disponible a:
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/chapter/Person-centred-care>
18. Borderline Personality Disorder Clinician Resource Centre [Internet]. Canada: Canadian Institutes of Health Research. 2012 [accés Nov 2016]. Disponible a: <http://www.treatingbpd.ca/BPD-Etiology-Causes.php>
 19. Rial A. Cuidados de enfermería en el trastorno límite de la personalidad desde un centro de salud mental. En: XXVI Congreso nacional de enfermería de salud mental. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2009 143-148. Disponible a:
http://www.bibliotecadigitalcecova.es/contenido/revistas/cat6/pdf/Libro_63.pdf#page=29
 20. Utrera E, Rosado M. Efectividad de los autorregistros de crisis en mujeres con TLP. *Paraninfo Digit*. 2013;19.
 21. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet] 2008 [accés Nov 2015]; 69(4):533–45. Disponible a:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2676679&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 22. Regalado P, Gagliosi P. Mental health professionals survey about borderline personality disorder diagnosis. *Rev Latinoam Cienc Psicológica* [Internet]. 2012;4(2):66–75. Disponible a:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391019&info=resumen&idioma=ENG>
 23. Jiménez J, García P, Rocamora R, García M, Muñoz S. El transtorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enfermería Glob* [Internet]. 2010;20:1–16. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300024&lng=es.

24. Bodner E, Cohen-fridel S, Mashiah M, Segal M, Grinshpoon A, Fischel T. The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2015;15(2):1–12.
25. Dickens GL, Hallett N, Lamont E. Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 [accès Nov 2015];56:114–27. Disponible a: <http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020748915003363/fulltext>
26. Brooke S, Horn N. The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for “borderline personality disorder.” *Psychol Psychother*. 2010;83(2):113–28.
27. Fallon P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:393–400.
28. Carrasco-Sebastián M. Enfermería en el trastorno límite de personalidad. *Hygia de enfermería* [Internet]. 2013;82:59–65. Disponible a: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia82.pdf>
29. Ekdahl S, Idvall E, Perseius KI. Family skills training in dialectical behaviour therapy: The experience of the significant others. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2014;28(4):235–41. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.03.002>
30. Pasieczny N, Connor J. The efectivenes of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther* [Internet]. 2011 [accès Des 2015];49:4–10. Disponible a: http://ac.els-cdn.com.sire.ub.edu/S0005796710001890/1-s2.0-S0005796710001890-main.pdf?_tid=d59f647a-ea07-11e5-acef-00000aab0f02&acdnat=1457975687
31. Ekdahl S, Idvall E, Samuelsson M, Perseius KI. A Life Tiptoeing: Being a Significant Other to Persons With Borderline Personality Disorder. *Arch*

- Psychiatr Nurs [Internet]. Elsevier Inc. 2011;25(6):69–76. Disponible a :
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2011.06.005>
32. Holm AL, Severinsson E. Struggling to recover by changing suicidal behaviour: narratives from women with borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2011 Jun [accès Nov 2016];20(3):165–73. Disponible a : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21492357>
 33. Rogers B, Dunne E. A qualitative study on the use of Care Programme Approach with Individuals with Borderline Personality Disorder. *J Psychosoc Nurs* [Internet]. 2013 [accès Des 2015];51(10). Disponible a : <http://www.healio.com./psychiatry/journals/jpn/2013-10-51-10/a-qualitative-study-on-the-use-of-the-care-programme-approach-with-individuals-with-borderline-personality-disorder-a-service-user-perspecti>
 34. Larivière N, Couture É, Blackburn C, Carbonneau M, Lacombe C, Schinck SA, et al. Recovery, as Experienced by Women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Q*. 2015;86(4):555–68.
 35. Bowen M. Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2013 Aug [accès Gen 2016];20(6):491–8. Disponible a : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2272>
 36. Baker A, Wright K, Hansen E. A qualitative study exploring female patients' experiences of self-harm in a medium secure unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(9):821–9.
 37. Helleman M, Goossens PJ, Kaasenbrood A, Achterberg T. Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention : A phenomenological study. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23:442–50.
 38. Stringer B, Meijel B, Karman P, Koekkoek B, Hoogendoorn AW, Kerkhof JFM, et al. Collaborative Care for Patients With Severe Personality Disorders: Preliminary Results and Active Ingredients From a Pilot Study (Part I). *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2015 Jul [accès Des 2016];51(3):180–9. Disponible a :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25088207>

39. Stringer B, Meijel B, Karman P, Koekkoek B, Kerkhof AJ, Beekman AT. Collaborative care for patients with severe personality disorders: Analyzing the execution process in a pilot study (Part II). *Perspect Psychiatr Care*. 2015;51(3):220–7.
40. O’Connell B, Dowling M; Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21:518–25.
41. Helleman M, Goossens PJJ, Kaasenbrood A, van Achterberg T. Evidence Base and Components of Brief Admission as an Intervention for Patients With Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2014;50(1):65–75.
42. Pack S, Wakeham S, Beeby R, Fawkes L, Yeandle J, Gordon C. Management of borderline personality disorder. *Nurs Times*. 2013;109(15):21–3.
43. Davidson KM, Tran CF. Impact of Treatment Intensity on Suicidal Behavior and Depression in Borderline Personality Disorder : a Critical Review. *Journal of Personality Disorders*. 2014;28(2):181–97.
44. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [accès Des 2015];(6) Disponible a: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011632640&site=ehost-live>
45. Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Psychiatr Serv*. 2012;63(9):881–8.
46. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(6):936–51.

47. Montero C, Pol J, Esquer I, Mañanes V. La Terapia Dialéctico-Comportamental en el Sistema Nacional de Salud es posible: un caso clínico [Internet]. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2013 [acceso Des 2015]; 33(120):769–78. Disponible a:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16764>
48. García MT, Martín MF, Otín R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. [Internet]. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010 [acceso Feb 2016]; 30 (106): 263–78. Disponible a:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16076>
49. Rodríguez L, Fernández C. Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: revisión. Acción psicológica [Internet]. 2013;10(1):65–74. Disponible a:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4411088&orden=415126&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4411088>
50. Navarro-Leis M, López M. Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. Acción psicológica [Internet]. 2013 [Gen 2016];10(1):33–44. Disponible a:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4411026&orden=415084&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4411026>
51. Ayuso J, Vieta E, Arango C. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5a ed. Madrid: Médica panamericana; 2014.

9. Annexes

9.1 Annex 1

criteris diagnòstics per al Trastorn Límit de Personalitat establerts en el DSM-V

-Manteniment de relacions interpersonals inestables: la persona combina estats de idealització i devaluació cap a sí mateix, forts afanys per evitar l'abandonament tot i que no sigui real i, una sensació crònica de buidor.

-Inestabilitat afectiva: variacions en l'estat d'ànim, des d'un estat normal a ansietat, irritabilitat o depressió i fins i tot ira i falta de control sobre un mateix. Segons M. Linehan les persones límit tenen un llindar de estrès més baix i reaccionen de forma més intensa que la resta de la població.

-Impulsivitat en un mínim de dues àrees autodestructives com poden ser l'alimentació, el consum de drogues i les grans despeses econòmiques.

-Comportaments d'autolesió o intents de suïcidi

-Alteració de la identitat que repercuteix en l'autoimatge, les amistats, els valors i l'orientació sexual entre altres.

-Idealització paranoide transitòria derivada de l'estrès o símptomes dissociatius greus, en la qual la persona perd la percepció de la realitat afectant el correcte judici sobre aquesta. (15)

9.2 Annex 2

Desenvolupament de la Teràpia Dialèctica-Comportament

Objectius: Modulació d'emocions extremes i disminució de les conductes desadaptatives dependents de l'emoció. Validació de les emocions, pensaments i comportaments de la persona amb TLP(47).

Fases de desenvolupament:

Pre-tractament: orientació de la persona. Establiments d'una relació terapèutica, d'uns objectius i compromisos per part de la persona.

Tractament:

Primera fase: Pretén disminuir les conductes suïcides, les que interfereixen en el procés terapèutic i les que fomenten una disminució de la qualitat de vida del pacient. Treballa l'augment d'habilitats a través del *Mindfulness*, la regulació emocional, la tolerància al malestar i les habilitats socials.

Les habilitats bàsiques de la consciència (treballades amb el mindfulness) són la observació, descripció i participació de les emocions, conductes i entorn, l'objectiu és derivar de la impulsivitat base d'aquests pacients a una acció conscient, i les habilitats de no jutjar, centrar-se en una sola cosa i ser efectiu.(50)

Segona fase: Tractament del estrès post-traumàtic. Normalment s'orienta al historial traumàtic de la persona que sovint inclou abusos sexuals o abandonament paternal.

Tercera fase: Assoliment de metes individuals.(42,47)

Metodologia:

Així doncs, les intervencions tenen lloc d'aquesta manera(30,40,47):

Psicoteràpia individual: Normalment 1,5h setmanals on s'apliquen les habilitats entebades en la teràpia grupal en els problemes conductuals específics dels pacients.

Teràpia grupal: Entre 1 o 2 hores setmanals. Es centren en l'entrenament d'habilitats per a la resolució de problemes mitjançant el role-playing.

Trucades telefòniques entre les sessions permeten orientar al pacient per aplicar de forma correcte les habilitats adquirides davant d'obstacles.

Reunions de consulta d'equip: Reunions de professionals entre les teràpies grupals per a resoldre dubtes, evitar el síndrome de Burnout, discutir diferents casos, suport entre iguals i manteniment de la motivació.

9.3 Annex 3

Entrenament familiar d'habilitats en la Teràpia Dialèctica Comportamental (DBT-FST)(29)

Objectius:

- Educar els membres de la família en diferents aspectes del TLP.
- Ensenyar un estil de comunicació que ajudi a mantenir un entorn adequat.
- Ajudar als membres familiars a jutjar-se menys uns a altres i fer comprendre les bases de la TDC com que no existeix una veritat absoluta.
- Crear un entorn segur on discutir sobre aspectes difícils d'abordar com els actes autodestructius, les sensacions de rebutja, la tristesa o l'enuig entre altres.

Habilitats treballades:

- Les relacions interpersonals efectives
- Tècniques de *Mindfulness*
- Regulació emocional
- Tolerància al patiment
- Validació