

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

Factores sociodemográficos y antecedentes familiares de trastorno mental en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad del Instituto Nacional de Salud Mental, Lima-Perú.

Área de Investigación:

Enfermedades no transmisibles- Medicina Humana.

Autor:

Br. Caveró Namó Pierina Yhisella.

Jurado Evaluador:

Presidente: Lozano Ibañez, Rosa.

Secretario: Moya Vega, Víctor.

Vocal: Rodríguez García, Paola.

Asesor:

Serrano García Marco Orlando.

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5952-0535>

TRUJILLO- PERÚ

2021

Fecha de sustentación: 03/11/2021

INDICE

ABSTRACT.....	1
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION.....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20
ANEXOS.....	23

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic factors and family history of mental disorder in patients with Borderline Personality Disorder (BPD) of the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" period 2018, Lima-Peru.

Method: The study is descriptive, observational, cross-sectional, retrospective, for which all the medical records of patients with a diagnosis of Borderline Personality Disorder who have been treated during the period 2018 were included, which were 490 records in total of which only 434 met the inclusion and exclusion criteria. A collection card was used to measure the variables.

Results: They are shown under descriptive statistics. Seventy-eight percent of the cases between 18-29 years of age, the predominant sex was female with 81%, the prevailing marital status was 80% single, the most common level of education was secondary school with 40% completed secondary school, followed by higher education (36%), 46% of the cases were 36%, 46% were students, 22% were unemployed, and 15% were housewives, 80% had no family history of mental disorder.

Conclusions: Patients with BPD in 2018 was 434 patients. The most frequent sociodemographic aspects are young people under 29 years of age and female sex characteristics that unified would contribute to the timely diagnosis of BPD. Single marital status, high school education level, no occupation and no family

history of mental disorder were important characteristics found in these patients, but differ from other studies, which prompts to broaden the view of this complex and harmful disease with other future research either clinical or descriptive.

Keyword: Borderline Personality Disorder, psychiatric illness, suicidal behavior.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y antecedentes familiares de trastorno mental en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” periodo 2018, Lima-Perú.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo, para lo cual se incluyeron todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad atendidos durante el periodo 2018, las cuales en total fueron 490 historias, sólo 434 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para medir las variables se usó una ficha de recolección.

Resultados: Se usó estadística descriptiva. El 78% de los casos tuvo entre 18-29 años, el 81% fue sexo femenino, el 80% fue soltero, el 40% tenía secundaria completa y el 36% superior universitaria completa, el 46% eran estudiantes, 22% sin ocupación y el 15% fue ama de casa, el 80% no presentó antecedentes familiares de trastorno mental.

Conclusiones: Pacientes con TLP en el 2018 fue de 434 pacientes. Los aspectos sociodemográficos más frecuentes son los jóvenes menores de 29 años y el sexo femenino características que unificadas contribuiría al diagnóstico oportuno del TLP. El estado civil soltero, nivel de instrucción secundaria, sin ocupación y sin antecedentes familiares de trastorno mental

fueron características importantes encontradas en estos pacientes, pero difieren de otros estudios, lo cual impulsa ampliar la visión de esta enfermedad compleja y perjudicial con otras investigaciones futuras ya sean clínicas o descriptivas.

Palabra clave: Trastorno Límite de Personalidad, enfermedad psiquiátrica, comportamiento suicida.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) está asociado con una mayor morbilidad, tasas elevadas de suicidio y un deterioro funcional considerable.(1)

El TLP se caracteriza por la inestabilidad en los dominios centrales de síntomas de impulsividad y afecto negativo, así como las relaciones interpersonales disfuncionales asociadas.(Asociación Americana de Psiquiatría (APA)(2).

Estudios en la población general estadounidense estimaron que la prevalencia de vida del TLP es de 6%, siendo en hombres 5,6% y en mujeres 6,2%. Esta condición se asocia a considerable discapacidad y comorbilidades psiquiátricas, siendo las más frecuentes los trastornos del ánimo (17,2%), los trastornos de ansiedad (14,8%) y los trastornos por consumo de sustancias (9,5%).(3)

La APA en el 2013, menciona que TLP es más prevalente en mujeres.(4) Estudios en Paris en el 2009 informan que el TLP es más frecuente en la edad adulta y que las tasas disminuyen constantemente después de los 30 años.(5) En pacientes ambulatorios la prevalencia es del 11% y en pacientes internados es del 20%.(6)

El 75% de pacientes tiene conductas autolesivas y el 10% llega al suicidio consumado. (7)

En la actualidad el TLP se diagnóstica empleando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima edición (CIE10) (OMS, 1992), la cual define al TLP como un

Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (F60) que se caracteriza por una tendencia a actuar impulsivamente sin considerar las consecuencias. El humor es impredecible y caprichoso. Hay tendencia a un comportamiento inestable y manipulador y a generar conflictos con los demás.

Se distinguen dos tipos:

F60.30 Tipo impulsivo

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):

1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.

2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.

3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.

4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.

5) Humor inestable y caprichoso.

F60.31 Tipo limítrofe (TLP)

A. Debe cumplir criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:

1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).

- 2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.
- 3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
- 4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
- 5) Sentimientos crónicos de vacío.(8)

El TLP es un trastorno grave asociado con costos económicos, sociales y personales sustanciales.(9) Este trastorno severo(10), se caracteriza por una desregulación de las emociones y los impulsos, un sentido inestable de sí mismo y dificultades en las relaciones interpersonales a menudo acompañadas de conductas suicidas y que causan daños personales. (11)

Una característica clave del TLP es la alteración de la identidad descrita como cambios frecuentes en metas, valores y aspiraciones, así como una autoimagen inestable resultante en autocrítica o sentimientos de vacío (Kernberg, 1984; Taylor y Goritsas, 1994). La disfunción de la identidad es una característica definitoria y un punto focal necesario para el resto de síntomas como desregulación afectiva y dificultades para interpretar correctamente las relaciones interpersonales y eventos intrapersonales (Kernberg, 1984; 2006), haciendo que sea difícil para el individuo entender su propio pasado, presente y futuro, lo que a su vez hace que le sea difícil establecer metas, intereses o motivaciones.(12)

Otra característica del TLP es el procesamiento anormal del dolor en estos pacientes, principalmente con respecto a los umbrales del dolor que son típicamente elevados o la percepción de estímulos nociceptivos físicos se reduce. A pesar de este hallazgo común, la autolesión no suicida (NSSI) a menudo expresada como cortes superficiales, generalmente en las muñecas,

es un signo característico de la enfermedad y sirve para liberar la tensión interna aversiva.(13)

El TLP es por lo tanto, un trastorno clínico prominente en Servicios de Atención de Salud Mental.(14) “Es un patrón continuo, que comienza a principios de la edad adulta y aparece bajo diversas condiciones, demuestra inconsistencias en las relaciones interpersonales, la autopercepción y los estados de ánimo que se acompañan de impulsividad prominente” (15)

También existe una sustancial agregación familiar para el TLP en conjunto y dentro de los fenotipos examinados (afectivo, interpersonal, conductual, cognitivo). Los individuos con parientes de primer grado con TLP han demostrado tener de tres a cuatro veces un aumento en el riesgo de desarrollar TLP por sí mismos.(16)

En un estudio realizado en Estados Unidos, se identificaron características sociodemográficas asociadas con mayores probabilidades de TLP que generalmente no se informaron en investigaciones clínicas y epidemiológicas previas debido a las limitaciones en el tamaño de la muestra. Las tasas de TLP fueron significativamente mayores entre los individuos que se separaron /divorciaron / enviudaron, y entre aquellos con bajos ingresos y educación, resultados que no variaron según el sexo.(17)

En un estudio realizado en México en pacientes con TLP se evidenciaron características sociodemográficas tales como predominancia del género femenino en un 94% y masculino en un 6%, con un promedio de edad de 29.5 años, en un rango de 18 a 40 años y una desviación estándar de 26.8. El 40% eran solteros, el 20% son casados, el 20% eran casados, el 20% se encontraba divorciado o separado y el 20% vivía en unión libre.(18)

En Arequipa en el 2015 se realizó un estudio de 4 años sobre factores asociados al TLP en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se encontró una incidencia de 71 casos con un incremento de 2.5 veces de 14 casos en el 2011 a 35 casos en el 2014, el 32.39% de casos tuvo entre 16 y 20 años y 30.99% entre 21 y 25 años, predominaron las mujeres en 77.46%. El 56.34% de los casos no tenían hijos, el nivel de instrucción predominante fue superior incompleto (39.44%), seguido de secundaria (23.94%). Las ocupaciones predominantes fueron las labores del hogar (36.62%) y la de estudiante (29.58%).(19)

“Incluso comparado con muchos otros trastornos psiquiátricos, el TLP se asocia con un mayor riesgo de suicidio, adicción al alcohol y abuso de drogas, violencia interpersonal y comportamiento criminal resultando en costos sustanciales para las personas afectadas, familias y comunidades.”(20)

A esto se suma que muchos pacientes no reciben tratamiento oportuno como consecuencia de la falta o falla diagnóstica a pesar que esta enfermedad es altamente prevalente.(21)

“EL TLP aparece clínicamente durante la adolescencia, tiene su máxima expresión en la edad adulta, y se atenúa a lo largo del resto del curso de la vida. Diez años después del diagnóstico inicial, el 85% de los adultos con TLP estarán "remitidos" en términos de no cumplimiento de los criterios de TLP (≥ 5); este número se eleva al 99% después de 16 años”. (22) Todo esto nos lleva analizar que el diagnóstico de TLP no es un diagnóstico rígido sino que puede ir fluctuando con el paso del tiempo frente a lo que se postulaba antiguamente.(23)

Es por todo ello que es indispensable el diagnóstico pertinente en éstos pacientes a través de estudios que permitan el análisis en conjunto de factores involucrados como los sociodemográficos y los antecedentes familiares que amplíen el panorama de estudio y que sirvan como una herramienta(24) “para la detección temprana y la intervención clínica oportuna del TLP, por consiguiente los resultados que se obtengan con este estudio representarán un escalón hacia la investigación con muestras más grandes destinadas a replicar los hallazgos de la presente investigación” (25)

MATERIAL Y METODOS

El estudio es descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo, para lo cual se incluyeron todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad que fueron atendidos durante el periodo 2018 en el Instituto Nacional Honorio Delgado Hideyo Noguchi por consultorio externo, por lo tanto, no fue necesario hacer un muestreo.

El total de historias clínicas encontradas con diagnóstico de TLP fueron 490, de las cuales sólo cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión 434.

Para medir las variables se usó una ficha de recolección de datos que consta de 03 partes. La primera que incluye datos generales (fecha de ingreso, número de historia clínica), la segunda parte incluye los factores sociodemográficos y la tercera que incluye antecedentes familiares de Trastorno Mental de cualquier tipo, con opciones de respuesta según corresponda a cada paciente (anexo).

RESULTADOS

Tabla N°1 Disposición de pacientes con Trastorno de Limite de Personalidad según edad.

EDAD	CANTIDAD	%
18-29 años	333	77
30-50 años	101	23
TOTAL	434	100

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se puede observar que, de todos los pacientes atendidos en consultorio externo, el 77% de los casos oscilaban entre las edades 18-29 años y el 23% entre los 30- 50 años.

Tabla N°2 Disposición de pacientes con Trastorno de Limite de Personalidad según sexo.

SEXO	CANTIDAD	%
Femenino	359	81
Masculino	75	19
TOTAL	434	100

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se muestra que el sexo que predomina en los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad es el femenino con 81%.

Tabla N°3 Disposición de pacientes con Trastorno de Limite de Personalidad según estado civil.

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	%
Soltero	346	80
Casado	36	8
Conviviente	42	10
Divorciado/ separado	10	2
Viudo	0	0
TOTAL	434	100

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se evidencia que el estado civil soltero fue el que predominó en un 80%, el 10% fueron convivientes, 8% casados y el 2% divorciado/separado.

Tabla N°4 Disposición de pacientes con Trastorno de Limite de Personalidad según nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CANTIDAD	%
Analfabeto	0	0
Sin nivel	2	1
Inicial	0	0
Primaria completa	7	2
Primaria incompleta	6	1
Secundaria completa	172	40
Secundaria incompleta	30	7
Superior técnico completo	60	14
Superior técnico incompleto	2	0
Superior universitaria completa	140	32
Superior universitaria incompleta	15	3
TOTAL	434	100

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se muestra que el nivel de instrucción que predominó fue secundaria completa 40%, seguido por superior universitaria completa 32%, superior técnico completo 14%, secundaria incompleta 7% y superior universitaria incompleta 3%.

Tabla N°5 Disposición de pacientes con Trastorno de Limite de Personalidad según ocupación.

OCUPACIÓN	CANTIDAD	%
Ama de casa	66	15
Estudiante	198	46
Sin ocupación	97	22
Obrero	10	2
Empleado	25	6
Independiente	38	9
TOTAL	434	100

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se muestra que la mayoría de pacientes eran estudiantes en un 46%, 22% sin ocupación y 15% ama de casa.

Tabla N°6 Disposición de pacientes con Trastorno de Limite de Personalidad según antecedentes familiares.

ANTECEDENTES FAMILIARES	CANTIDAD	%
Si	80	18
No	354	82
TOTAL	434	100

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se observa que la mayoría de pacientes no presentó antecedentes familiares de trastorno mental en un 82%.

DISCUSION

El TLP es uno de los trastornos más prevalentes en nuestra población asociado a múltiples comorbilidades y características sociodemográficas poco estudiadas pero muy persistentes.(3) Esta investigación estudió de manera retrospectiva a 434 pacientes de edades entre 18 y 50 años encontrando que el 77% de los casos eran adultos jóvenes en un rango de edad 18-29 años coincidiendo con estudios anteriores (18)(19), es probable que el TLP se comporte con rasgos más intensos durante la adultez temprana por lo que son diagnosticados con más facilidad y en mayor proporción frente a los adultos mayores de 30 años en donde la enfermedad se vuelve menos perceptible, lo cual coincidiría con el estudio de **Kaess M, Brunner R, Chanen A .et al.** lo que nos hace inferir que el TLP y su cronicidad no es del todo cierta y que se necesitan investigaciones prospectivas que estudien si la remisión de la enfermedad es posible en su totalidad o simplemente es que durante la adultez temprana los individuos están más sometidos a estrés social frente a objetivos vocacionales y/o laborales lo que ocasiona que los síntomas sean más efervescentes en comparación con los mayores de 30 años.

En relación al sexo que predominó en el estudio fue en su mayoría mujeres con un 81% frente a 19% de varones, resultados que también se obtuvieron en otras investigaciones como la que realizó **Prado J. et al, 2014** en Arequipa en un estudio retrospectivo de 4 años en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en donde el sexo femenino predominó en un 77, 5%. Probablemente esto se deba a las diferencias biológicas y socioculturales que existe entre varones y mujeres.

Referente al estado civil que predominó en un 80% fue el soltero, en cambio solo un 10% fueron convivientes, 8% casados y un 2% divorciado/separado tal como también fue evidenciado en otro estudio (24), contrario a lo encontrado por Grant **BF, Chou SP, Goldstein RB, et al.** donde las tasas de TLP fueron mayores entre los individuos que se separaron /divorciaron / enviudaron. Esto podría deberse a que la interrelación con una pareja ejercería como un factor protector en el TLP.

Se identificó que las personas que padecen de ésta enfermedad tienen en su mayoría secundaria completa (40%) seguido por superior universitaria completa (32%) es probable a que ésto se deba a las limitaciones que tienen los pacientes con TLP para interrelacionarse con los demás lo cual dificulta el ámbito social impidiendo así su desarrollo profesional, sin embargo hay que resaltar que también existen factores asociados al TLP como adicción al alcohol, abuso de drogas, comportamiento criminal, violencia interpersonal, etc, (20) que podrían intervenir de manera negativa en el nivel instrucción alcanzado por éstos pacientes.

Las ocupaciones predominantes en el estudio **Prado J. et al 2014** fueron las labores del hogar (36.62%) y la de estudiante (29.58%), todo lo contrario, con éste estudio que evidenció un porcentaje mayor de TLP en estudiantes (46%), personas sin ocupación (22%) y amas de casa (15%), el alto porcentaje de estudiantes es probable que se deba a que la gran parte de pacientes con TLP fluctuaban entre las edades de 18-29 años, grupo que suelen estar en institutos o universidades; el porcentaje de personas sin ocupación es probable a que se deba a las limitaciones sociales y vocacionales por alteración de la identidad propia de la enfermedad, al igual que el

porcentaje de amas de casa que durante la recolección de información algunas eran profesionales y no ejercían su carrera o habían dejado los estudios, lo que evidencia dificultad para las relaciones inter e intrapersonales que hace que sea difícil establecer metas, intereses o motivaciones. (13)

Evidencias anteriores sugieren que los individuos con parientes de primer grado con TLP han demostrado tener de tres a cuatro veces un aumento en el riesgo de desarrollar TLP por sí mismos (17); nosotros encontramos en este estudio que la mayoría de pacientes con TLP no tenían agregación familiar de ningún tipo de trastorno mental, lo cual descarta que esta enfermedad pueda ser heredada o que haya una predisposición genética a desarrollarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sanches M. The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence. *Diseases*. 2019 Jul; 7(3).
2. Al-Salom P, Boylan K. Borderline Personality Disorder and Disordered Eating Behaviour: The Mediating Role of Rejection Sensitivity. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Ago; 28(2):72-81.
3. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiology of borderline personality disorder. *Rev Med Chi*. 2014 Febr; 142(2):204-10.
4. Puri P, Kumar D, Muralidharan K, Kishore MT. Individuals with Borderline Personality Disorder manifest cognitive biases implicated in psychosis. *Psychiatry Res*. 2018 Sep; 267:414-9.
5. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord*. 2014 Oct; 28(5):734-50.
6. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editores. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p
7. Serrani D. Luces y sombras del Trastorno Bordeline de Personalidad. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 16, Nº 4, marzo de 2011, págs. 370 a 386.. *Rev Neuropsiquiatr*. 2016 Jul; 79(2):108.
8. World Health Organization, editor. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima revisión. [10a rev.]. Washington, D.C: OPS, Publ Cient Oficina Sanit Panam; 1995. 3 p.

9. Dixon-Gordon KL, Gratz KL, Tull MT. Multimodal assessment of emotional reactivity in borderline personality pathology: The moderating role of posttraumatic stress disorder symptoms. *Compr Psychiatry*. 2013 Ago; 54(6):639-48.
10. Bruehl H, Preißler S, Heuser I, Heekeren HR, Roepke S, Dziobek I. Increased Prefrontal Cortical Thickness Is Associated with Enhanced Abilities to Regulate Emotions in PTSD-Free Women with Borderline Personality Disorder. *PLoS One*. 2013 Jun;8(6).
11. Beatson JA, Rao S. Depression and borderline personality disorder. *Med J Aust*. 2013 Oct; 199(6):24-7.
12. Bech M, Elklit A, Simonsen E. Autobiographical memory in borderline personality disorder-A systematic review: Autobiographical memory in borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2015 May; 9(2):162-71.
13. Schmahl C, Baumgärtner U. Pain in Borderline Personality Disorder. *Mod Trends Pharmacopsychiatry*. 2015; 30: 166-75
14. Roepke S, Vater A, Preißler S, Heekeren HR, Dziobek I. Social cognition in borderline personality disorder. *Front Neurosci*. 2013 Ene; 6.
15. Belli H, Ural C, Akbudak M. Borderline Personality Disorder: Bipolarity, Mood Stabilizers and Atypical Antipsychotics in Treatment. *J Clin Med Res*. 2012 Oct;4(5):301-8.
16. Yoshimatsu K, Palmer B. Depression in Patients with Borderline Personality Disorder: *Harv Rev Psychiatry*.2014; 22(5): 266-73
17. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, 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*. 2008;69(4):533–545.
18. Espinosa JJ. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. 2009; 32(4):9.
 19. Prado J. Factores asociados a pacientes con Trastorno de Personalidad Límite hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011- 2014 [Tesis doctoral]. Universidad Católica de Santa María de Arequipa. 2018
 20. Wetterborg D, Långström N, Andersson G, Enebrink P. Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Compr Psychiatry*. 2015 Oct; 62: 63-70
 21. Gonzalez-Torres MA. Psychodynamic psychotherapies for borderline personality disorders. Current developments and challenges ahead. *BJPsych Int*. 2018 Feb; 15(1): 12-4.
 22. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*. 2014 Oct; 134(4):782-93.
 23. Conway CC, Hopwood CJ, Morey LC, Skodol AE. Borderline personality disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients. *J Abnorm Psychol*. 2018 Ago; 127(6): 590-601
 24. Bellino S, Brunetti C, Bozzatello P. La psicoterapia del disturbo borderline di personalità: aspetti critici e proposte terapeutiche. *Riv Psichiatr*. 2016; 51(1): 11-9.
 25. Smits ML, Feenstra DJ, Bales DL, de Vos J, Lucas Z, Verheul R, et al. Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017 Jul; 4:16.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

Fecha ingreso:

N° de Historia:

II.FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS : Escribir o Marcar con (X)

según corresponda en cada ítem.

Edad: 18-29 () 30-50 ()

Sexo:

Femenino

Masculino

Estado civil:

Soltero

Casado

Conviviente

Viudo

Divorciado o separado

Nivel de instrucción:

Analfabeto

Sin nivel

Inicial

Primaria: Completa Incompleta

Secundaria: Completa Incompleta

Superior Técnica: Completa Incompleta

S. Universitaria: Completa Incompleta

Ocupación:

Ama de casa Estudiante

Sin ocupación Obrero

Empleado Otro

Especificar: _____

III.ANTECEDENTES: Marcar con **(X)** y/o escribir según corresponda.

Antecedentes familiares de Trastorno Mental:

Si ()

No ()

Padre

Dx:

Madre

Dx:

Hermanos

Dx: