

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



**“ANTECEDENTE DE EVENTOS TRAUMATICOS DURANTE LA INFANCIA
COMO FACTOR ASOCIADO A TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD
EN ADULTOS”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

MARCO MORANTE VEGA

ASESOR:

DR(A). LUZ MILAGROS JARA PEREDA

TRUJILLO – PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Dante Cabos Yopez

PRESIDENTE

Dra. Lucía Canchucaja Bonarriba

SECRETARIO

Dr. Marco Serrano García

VOCAL

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme salud, conocimientos y la fortaleza necesaria para seguir día a día y superar los obstáculos presentados, por estar conmigo siempre y acompañarme en mis pasos.

A MIS PADRES

Por haber creído en mí desde el inicio, porque con su ejemplo y amor han sabido guiarme en mi formación tanto personal como profesional; por ser los pilares de mi vida.

A MIS HERMANOS

Por ser mi ejemplo de constancia y logros; y enseñarme que cuando se quiere algo se puede lograrlo.

A MIS ABUELOS

Por darme su apoyo incondicional para haber podido llegar a esta meta.

A MIS AMIGOS

Por sus ánimos, llamadas de atención y consejos; gracias por haber estado a mi lado durante todo este tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes,
por ser parte de mi formación como médico
brindándome sus conocimientos.

A mi asesora,
Dra. Milagros Jara,
por haberme brindado su apoyo durante
el desarrollo de esta tesis.

Al personal administrativo
del HRDT que facilitó el desarrollo de mi tesis;
y a todas las personas que de alguna manera
ayudaron en su realización.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a desarrollo de trastorno límite de la personalidad (TLP) en adultos.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo casos y controles. La muestra de la población de estudio estuvo constituida por 90 pacientes del servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, según criterios de inclusión y exclusión, distribuidos en dos grupos: 30 casos y 60 controles.

Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fueron: abuso emocional (OR: 0,58; $p>0.05$), abuso físico (OR: 0,76; $p>0.05$), abuso sexual (OR: 3,33; $p<0.05$), negligencia emocional (OR: 0,44; $p>0.05$) y negligencia física (OR: 2,04; $p>0.05$).

Conclusiones: El abuso sexual infantil es un factor de riesgo asociado al desarrollo de TLP en adultos. El abuso emocional, el abuso físico, la negligencia emocional y la negligencia física durante la infancia no son factores de riesgo asociado al desarrollo de TLP.

Palabras Clave: Trastorno Límite de la Personalidad, Abuso físico, Abuso sexual infantil.

ABSTRACT

Objective: To determine the antecedent of traumatic events during childhood as a factor associated with the development of borderline personality disorder (BPD) in adults.

Material and Methods: An observational, retrospective, case-control study was conducted. The sample of the study population consisted of 90 patients from the Psychiatry service of the Regional Teaching Hospital of Trujillo, according to inclusion and exclusion criteria, distributed in two groups: 30 cases and 60 controls.

Results: The statistical analysis of the variables considered as risk factors were: emotional abuse (OR: 0.58, $p>0.05$), physical abuse (OR: 0.76, $p>0.05$), sexual abuse (OR: 3.33; $p<0.05$), emotional neglect (OR: 0.44, $p>0.05$) and physical neglect (OR: 2.04, $p>0.05$).

Conclusions: Child sexual abuse is a risk factor associated with the development of BPD in adults. Emotional abuse, physical abuse, emotional neglect and physical neglect during childhood are not risk factors associated with the development of BPD.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Physical Abuse, Child Abuse, Sexual.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCION	08
1.1.- Marco Teórico	08
1.2.- Antecedentes	12
1.3.- Justificación	13
1.4.- Problema	14
1.5.- Hipótesis: Nula Y Alternativa	14
1.6.- Objetivos: Generales Y Específicos	15
II.- MATERIAL Y METODOS	15
2.1.- Población De Estudio	15
2.2.- Criterios de Selección: Inclusión y Exclusión	16
2.3.- Muestra	16
2.4.- Diseño De Estudio	18
2.5.- Variables y Operacionalización De Las Variables	19
2.6.- Procedimiento	22
2.8.- Procesamiento y Análisis Estadístico	23
2.9.- Consideraciones Éticas	24
III.- RESULTADOS	25
IV.- DISCUSION	31
V.- CONCLUSIONES	36
VI.- RECOMENDACIONES	37
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
VIII.- ANEXOS	44

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico:

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una enfermedad mental grave que se distingue por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.^{1,2}

Estas personas muestran intentos histéricos de evitar el abandono real o imaginario, auto-mutilación o frecuentes amenazas de suicidio, inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, cólera inapropiada e ideas paranoides transitorias.³

Este trastorno está dentro de los trastornos mentales más prevalentes, también está asociado con altas tasas de suicidio, deterioro funcional severo, altas tasas de trastornos mentales comórbidos, uso intensivo de tratamiento y altos costos para la sociedad.^{4,5}

La prevalencia de los trastornos límite de la personalidad se estima entre el 1,1% y el 4,6%, estableciéndose la media en un 2%, mientras que en los pacientes ambulatorios de centros de salud mental y en los hospitalizados se sitúa entre el 11-20% y el 18-32% respectivamente.^{6,7}

El trastorno se diagnostica predominantemente en mujeres, en una proporción de 3:1. Un estudio realizado en población general en Estados Unidos de Norteamérica estimó que la prevalencia en vida del trastorno límite es de 6%, siendo en hombres 5,6% y en mujeres 6,2%. Independientemente del género las personas entre los 20 y 30 años tienen mayor riesgo de padecer TLP que los menores o mayores de esa edad. Entre un 8% y 10% de pacientes con este trastorno terminan sus vidas prematuramente debido al suicidio.^{8,9,10}

Para el diagnóstico del TLP se utiliza la clasificación descriptiva del DSM-V TR basada en síntomas y comportamientos. En él se recoge una lista de 9

ítems a los que denomina “criterios diagnósticos”, donde el clínico debe observar la presencia de 5 de ellos. Estos criterios incluyen: Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono, un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, alteración de la identidad, impulsividad, comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada e intensa, y finalmente ideación paranoide transitoria.^{11,12}

El hablar de los factores relacionados con el TLP nos permite considerar que los mecanismos causales de este no se tienen del todo claro; sin embargo, los factores genéticos, una alteración neurobiológica y eventos traumáticos adversos en la infancia son temas céntricos en su etiología. Existen investigaciones que documentan que experimentar uno o varios traumas en la infancia está directamente relacionado con desarrollar condiciones psiquiátricas de por vida, incluyendo trastornos de personalidad.^{13,14,15}

Un evento traumático en la infancia es cualquier situación que un niño experimenta subjetivamente como angustiante o aterrador y que vence su capacidad para lidiar con ello. Puede ser un evento de una sola vez o una situación en curso, esto incluye no sólo el abuso físico, emocional y sexual, y la negligencia, sino también otras experiencias como la enfermedad grave y el bullying.^{16,17}

Según las definiciones y categorías utilizadas por the National Child Traumatic Stress Network y por las definiciones de exposición a trauma infantil por the National Child Abuse and Neglect Data System nos centraremos en eventos como el abuso sexual, físico, y emocional y la negligencia física y emocional durante la infancia en el presente estudio.¹⁸

Los adultos con diagnóstico de TLP tienen mayor probabilidad que otros adultos con trastornos psiquiátricos o de personalidad o sin psicopatología alguna de reportar historia de trauma psicológico, exposición a algún trauma

con alta prevalencia en la infancia, abuso emocional y sexual, el cual es más consistentemente asociado con este trastorno, aun así la medida en que estos factores tienen un efecto causal en este trastorno no está clara.^{19,20}

Para Meza-Rodríguez la experiencia de abuso sexual infantil puede activar el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal lo que, relacionado con una hiperactivación del sistema serotoninérgico, puede hacer que se manifiesten conductas impulsivas. A su vez, Rüsçh y col. demostraron una relación entre la experiencia de abuso sexual y un menor espesor del cuerpo calloso en mujeres con personalidad límite.²¹

Por otro lado, el abuso físico somete al niño a altos niveles de estrés crónico que provocará importantes secuelas anatómicas, estructurales y funcionales en su cerebro, suponiendo en la mayoría de los casos una grave interrupción del desarrollo normal del niño.²²

En las familias de origen de los pacientes con TLP predominan distintos tipos de problemas de crianza; más específicamente, bajos niveles de afectividad y conductas agresivas por parte de ambos padres.²³

Teorías recientes han indicado al abuso emocional como un posible “núcleo” del entorno social que conduce al desarrollo de TLP. Esto dado en la disrupción del ambiente de crianza del niño, donde Linehan y Hughes proponen un medio ambiente invalidante y la falta de capacidad de respuesta, como señas de identidad del entorno de crianza social. Linehan toma en cuenta que un ambiente invalidante se caracteriza por una respuesta a las experiencias internas o privadas del individuo (es decir, las emociones).²⁴

La falta de satisfacer las necesidades físicas básicas, tales como alimentos, refugio, seguridad y supervisión de la salud del niño, puede resultar en el serio deterioro de la salud o desarrollo del mismo.²⁵

La negligencia biparental y la ausencia de figuras de apego sustitutivas son factores traumatizantes muy poderosos para su desarrollo; las personas con TLP son inseguras en su apego, y aunque la explicación clínica del apego inseguro es inadecuada, el distintivo de los trastornos de apego de los individuos límite es precisamente la ausencia de estabilidad.²⁶

La entrevista de Apego Adulto muestra que las personas maltratadas presentan mayoritariamente patrones de apego preocupado. En estos pacientes también se observa una capacidad reflexiva disminuida. Cuando el apego es inseguro y más precisamente preocupado y el sujeto a cargo refleja con angustia y miedo las angustias y miedos del niño, este pierde la capacidad de discriminar entre sus miedos y el de las figuras significativas de su vida.²⁷

Las relaciones intensas pero inestables con frecuentes alteraciones entre la idealización y la devaluación, las rupturas repetidas y la incomodidad en las relaciones íntimas y cercanas han sido descritas consistentemente como rasgos característicos del TLP. Estas disfunciones interpersonales pueden tener sus orígenes en el deterioro de la unión y las actitudes relacionadas con el apego que fueron determinados en cierta medida durante la vida temprana.²⁸

El maltrato en la infancia se considera un problema en el ámbito familiar, puesto que ocurre en la mayoría de las veces en el interior del hogar y los agresores son generalmente los mismos familiares, de igual forma se considera que ejercer violencia a los menores es una manera de corregir o educar y que los padres tienen derecho a realizarla.²⁹

Hay estudios que muestran una alta correlación entre las historias de abuso y negligencia en la infancia, y tal parece que la severidad de la sintomatología de los pacientes con TLP está relacionada con la severidad del trauma.³⁰

Dado que la sintomatología del TLP comienza típicamente en la adolescencia y alcanza un máximo en la comprensión de la edad adulta temprana, los

mecanismos subyacentes en el desarrollo temprano de este trastorno son imprescindibles para el desarrollo exitoso de intervenciones de prevención dirigidas a individuos en riesgo.³¹

1.2. Antecedentes:

Van Dijke et al. (Países Bajos; 2011); estudiaron la asociación entre el TLP y el trauma infantil causado por la persona principal encargada del cuidado del niño, tomando en cuenta el maltrato físico, emocional y abuso sexual encontrando que el 28,6% de los pacientes con TLP no reportaron alguna clase de trauma, mientras un 71,4% de ellos sí ($\chi^2=28.34$, $df=3$, $p<.000$).³²

Laporte et al. (Cánada, 2011); compararon las experiencias adversas en la infancia entre pacientes con TLP y sus hermanas, reportando que la mayoría de las pacientes experimentaron maltrato emocional (76.8% vs. 53.4% [$\chi^2=6.64$, $p < 0.01$]) a diferencia de sus hermanas, también reportaron mayor prevalencia de abuso sexual (26,8% vs. 8,1% [$\chi^2=6.1$, $p < 0.05$]), y en el caso de maltrato físico (57,1% vs. 50% [$\chi^2=0.57$]) si bien la prevalencia fue similar, las pacientes con TLP describieron mayor severidad de este.³³

Merza et al. (Hungría, 2013); realizaron un estudio que contó con la participación de 171 pacientes, de los pacientes con TLP 86.3% refirieron negligencia o abandono físico frente a un 39.2% de los pacientes sanos ($\chi^2=31.63$, $p < 0.001$), 56.3% refirieron abuso sexual a diferencia de los controles sanos en 3.9% ($\chi^2=37.07$, $p < 0.001$), en cuanto al maltrato físico 65.5% (OR= 4.248, $p=0.002$) de los pacientes con TLP lo padecieron, mientras los controles solo el 11.8% experimento este tipo de trauma ($\chi^2=35.78$, $p < 0.001$), un 87.5% de pacientes con TLP sufrieron maltrato emocional frente a 39.2% en los controles ($\chi^2=33.77$, $p < 0.001$), y finalmente un 80.0% de pacientes con TLP experimentaron separación en comparación con 80.4% en los pacientes sanos ($\chi^2=0.003$, $p=0.956$).³⁴

Cáceres y Vásquez (Perú,2013); realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en Lima y Callao entre Febrero y Marzo del 2013, se encontró que de 65 pacientes con diagnóstico de TLP el 75,4% ($p<0.05$) tuvo el antecedente de haber sufrido tres o más eventos traumáticos; el 80% experimento castigo físico, 67,7% recibieron daño físico después de haber sido castigados, 40% refirió pérdida parental traumática, 41,5% tuvo contacto sexual forzado con un pariente y 36,9% refirió contacto sexual forzado con un no familiar.³⁵

1.3. Justificación:

El interés de realizar este trabajo se dirige a dilucidar la relación que existe entre eventos traumáticos en la infancia y el trastorno límite de la personalidad en adultos, ya que este último es una enfermedad mental grave con alta prevalencia, en el cual los pacientes reportan muchos eventos negativos durante la infancia a diferencia de otros pacientes con otros trastornos psiquiátricos o de personalidad; sin embargo, no se ha identificado una asociación cercana entre estos eventos y el desarrollo de los cambios psicopatológicos en adultos con TLP.

Consideramos que el desarrollo de esta investigación es conveniente ya que diariamente, miles de niños y niñas en el Perú son maltratados física y psicológicamente por sus padres, madres, parientes, profesores, o por cualquier adulto que considere al castigo físico como normal, aceptable y hasta “necesario”, los resultados de investigaciones indican generalmente que las experiencias adversas de la niñez son un factor de riesgo para TLP, entre el 30 y 90% de personas con esta enfermedad refieren haber sufrido algún tipo de trauma en los primeros años de vida, históricamente el mayor porcentaje recae en el abuso sexual (40-71%), seguido del abuso físico (25-73%) y el abuso emocional (13-76%), y en los últimos años la negligencia emocional está tomando un interés central en el desarrollo de esta patología.³⁶

Sobre la base de los resultados en caso se confirme la asociación, se podrá incrementar el conocimiento del personal de salud, e inclusive podría ayudar a acercarnos más a la problemática social a la cual nos enfrentamos día a día.

Por otro lado, nuestra investigación tiene un valor teórico, ya que los resultados de investigaciones previas son difíciles de integrar debido a que existen diferencias entre los estudios en los tipos de experiencias adversas evaluadas, los instrumentos utilizados, las muestras examinadas y las variables concurrentes controladas.

Los beneficios que se generaran a partir de la investigación tendrán implicancia a nivel preventivo y terapéutico, realizar intervenciones tempranas en aquellos sujetos con vulnerabilidad al desarrollo de TLP que hubieran sufrido algún tipo de suceso traumático en las primeras etapas de la vida y desarrollar estrategias terapéuticas centradas en el manejo del trauma.

1.4. Problema:

¿Está el antecedente de eventos traumáticos durante la infancia asociado a desarrollo de trastorno límite de la personalidad en adultos?

1.5. Hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): El antecedente de eventos traumáticos durante la infancia no está asociado a desarrollo de trastorno límite de la personalidad en adultos.

Hipótesis alterna (H_1): El antecedente de eventos traumáticos durante la infancia está asociado a desarrollo de trastorno límite de la personalidad en adultos.

1.6. Objetivos:

Objetivo general:

- Determinar el antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a desarrollo de trastorno límite de la personalidad en adultos.

Objetivos específicos:

1. Precisar la frecuencia de abuso sexual, físico y emocional durante la infancia en pacientes adultos con trastorno límite de personalidad.
2. Definir la frecuencia de negligencia física y emocional durante la infancia en pacientes adultos con trastorno límite de la personalidad.
3. Asociar el antecedente de abuso sexual, físico y emocional durante la infancia con el desarrollo de trastorno límite de personalidad en adultos.
4. Relacionar el antecedente negligencia física y emocional durante la infancia con el desarrollo de trastorno límite de personalidad en adultos.

II. Material y Métodos

2.1 Poblaciones

Población Diana o Universo:

Pacientes adultos que acuden a consulta psiquiátrica.

Población Estudio:

Pacientes adultos con o sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período Enero de 2014 a Diciembre de 2016.

2.2 Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

Casos:

- Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de ambos sexos, mayores de 18 años que acepten participar en el estudio.
- Historia clínica de pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el período de Enero del 2014 a Diciembre del 2016.

Controles:

- Pacientes sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de ambos sexos, mayores de 18 años que acepten participar en el estudio.
- Historia clínica de pacientes de ambos sexos mayores de 18 años sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el período de Enero del 2014 a Diciembre del 2016.

Criterios de Exclusión para casos y controles:

- Pacientes con otros trastornos de personalidad concurrentes, con cambios de personalidad debido a abuso de sustancias o enfermedad médica, y/o que no acepten participar en el estudio.

2.3 Muestra:

Unidad de análisis:

Pacientes con o sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período Enero del 2014 – Diciembre del 2016.

Unidad de muestreo:

Historia clínica de pacientes con o sin diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período Enero del 2014 - Diciembre del 2016.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizará la fórmula para estudios de casos y controles para variables cualitativas.³⁷

$$n = \frac{r+1}{r} \frac{(p^*)(1-p^*)(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

r: Razón de número de controles por caso, 1 para igual número casos y controles.

p*: es el promedio de la proporción de expuestos

Z_β: 0.84 para β = 0.20

Z_{α/2}: 1.96 para α = 0.005

p₁: Proporción de casos expuestos

p₂: Proporción de controles expuestos

p₁: 0.875³⁴

p₂: 0.392³⁴

r = 2

Reemplazando los valores se obtiene:

$$n = \frac{2 + 1 (0.6335)(1 - 0.6335)(1.96 + 0.84)^2}{2 (0.875 - 0.392)^2}$$

n= 30

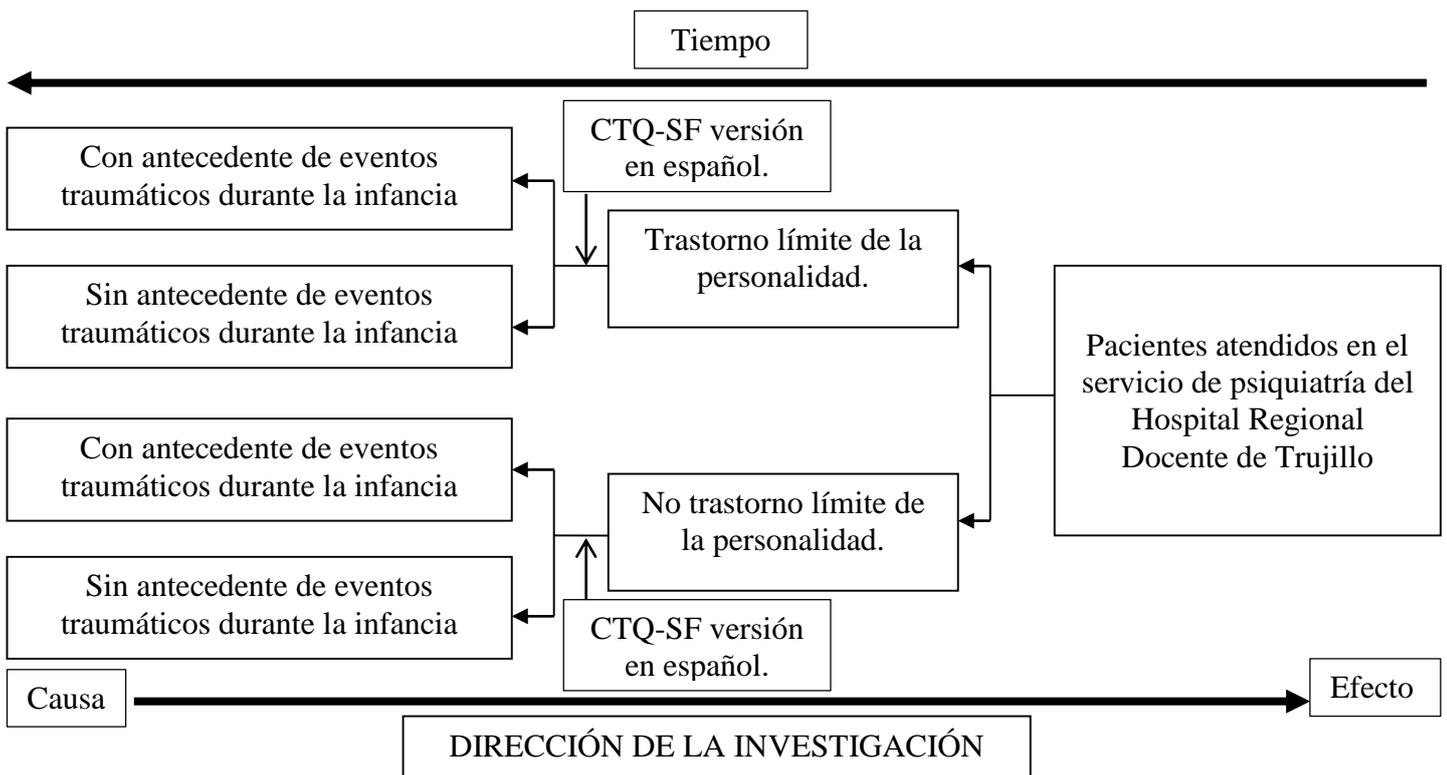
Se requerirá un total de 30 casos y 60 controles.

2.4 Diseño de estudio:

Diseño: Analítico

Se llevó a cabo una investigación de tipo Aplicada, Observacional.

Diseño Específico: Casos y controles.³⁸



2.5 Variables y operacionalización de variables:

VARIABLE	ENUNCIADO	TIPO DE VARIABLE	ESCALA MEDICIÓN	INDICADOR	INDICE	
INDEPENDIENTE	Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia	Abuso sexual	Cualitativa	Nominal	CTQ-SF Versión en español	Sí No
		Abuso físico	Cualitativa	Nominal	CTQ-SF Versión en español	Sí No
		Abuso emocional	Cualitativa	Nominal	CTQ-SF Versión en español	Sí No
		Negligencia física	Cualitativa	Nominal	CTQ-SF Versión en español	Sí No
		Negligencia emocional	Cualitativa	Nominal	CTQ-SF Versión en español	Sí No
DEPENDIENTE	Trastorno límite de la personalidad	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Sí No	
COVARIABLE	Edad	Cuantitativa	Continua	Paciente	Años	
COVARIABLE	Género	Cualitativa	Nominal	Paciente	Masculino Femenino	

Definiciones operacionales

Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia: El antecedente de eventos traumáticos durante la infancia hace referencia al abuso sexual, físico y emocional, y a la negligencia física y emocional referidos por el paciente según el Childhood Trauma Questionnaire-SF (CTQ-SF) versión en español.

El cuestionario CTQ-SF elaborado por Bernstein y Fink en 1998, es un autoinforme que incluye 28 reactivos tipo Likert de 5 puntos, en el cual las opciones de respuesta van desde nunca a siempre (Nunca=1, pocas veces =2, a veces=3, muchas veces =4, siempre=5). Este instrumento mide 5 tipos de maltrato, abuso emocional (reactivos 3, 8, 14, 18, 25), abuso físico (reactivos 9, 11, 12, 15, 17), abuso sexual (reactivos 20, 21, 23, 24, 27), negligencia emocional (reactivos 5, 7, 13, 19, 28) y negligencia física (1, 2, 4, 6, 26). La puntuación total oscila de 25 a 125 y las subescalas de 5 a 25 puntos.

En este estudio, basándonos en investigaciones previas, consideraremos una historia positiva de trauma si la gravedad era al menos moderada para cada subescala. También cabe destacar que la versión en español de este cuestionario ha sido validada según el estudio de Hernández y col.^{36, 39}

Abuso sexual: Es cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. Este tipo de abuso puede clasificarse en función del tipo de contacto sexual, ya que puede darse con o sin contacto físico, y en función de la relación que existe entre la víctima y el ofensor, de manera que se diferencia entre incesto y violación, consignado según el Childhood Trauma Questionnaire-SF versión en español, tomándose como positivo con una puntuación de 8 o más.

Abuso físico: Se define como toda acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlos, consignado según el Childhood Trauma

Questionnaire-SF versión en español, requiriendo una puntuación de 10 o mayor.

Abuso emocional: Se refiere a formas de hostilidad verbal crónica como insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono, así como al constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier adulto del grupo familiar, e incluye formas de atemorizar, humillar o rechazar a los menores, consignado según el Childhood Trauma Questionnaire-SF versión en español con un puntaje de 13 o más.

Negligencia física: Se define como fracaso de los cuidadores para proveer las necesidades físicas básicas del niño, en especial de la alimentación, vivienda, vestido, seguridad y atención de la salud, consignado según el Childhood Trauma Questionnaire-SF versión en español con una puntuación de 10 o mayor.

Negligencia emocional: Se define como fracaso de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, incluido el amor, pertenencia cuidado y apoyo, consignado según el Childhood Trauma Questionnaire-SF versión en español, tomándose como positivo con una puntuación de 15 o más.

Trastorno límite de la personalidad: Paciente con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad realizado en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, consignado en la historia clínica.

Edad: Se define como el tiempo en años transcurrido desde el nacimiento.

Género: Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer (masculino o femenino).

2.6 Procedimiento:

Para la ejecución del estudio se solicitó la autorización al Hospital Regional Docente de Trujillo; al Servicio de Psiquiatría y al departamento de Estadística del hospital antes mencionado, iniciando por la presentación del escrito correspondiente (**ANEXO 01**).

Obtenido el permiso nos dirigimos al departamento de archivos para obtener las historias clínicas de la base de datos del sistema Informático de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en el período enero del 2014 - diciembre del 2016, las cuales se seleccionarán al azar.

Utilizamos como técnica de recolección de datos la “Revisión de Historias Clínicas” para llenar parcialmente la ficha de recolección de datos (**ANEXO 02**); la cual consta de tres partes, las cuales son los datos generales donde anotaremos el número de historia clínica, la edad y sexo; los datos concernientes a la variable dependiente tales como el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad; la tercera parte respecta a los datos de la variable independiente se llenó una vez que se localizó a los pacientes con diagnóstico de TLP y respondieron el CTQ-SF versión en español (**ANEXO 03**) previa firma del consentimiento informado (**ANEXO 04**), posteriormente se llenaron los ítems de la ficha de acuerdo a los puntajes obtenidos en cada subescala de los cuatro tipos de eventos traumáticos en estudio.

Una vez obtenidos, los datos se vaciaron en un archivo Excel 2010, y fueron editados en un archivo del paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 24 para su análisis estadístico.

2.7 Procesamiento y Análisis de la Información:

En la presente investigación, los datos recolectados fueron procesados de manera automatizada por el paquete estadístico SPSS 23 donde se creó una base de datos; que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística descriptiva

Se obtuvo datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística analítica

Se aplicó el test de chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo del estudio

Se obtuvo el OR para el correspondiente factor de riesgo en cuanto a su asociación con la presencia de TLP; si éste fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

		Antecedente de evento traumático	
		Con antecedentes	Sin antecedentes
Trastorno límite de la personalidad	Con TLP	A	B
	Sin TLP	C	D

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

Si el $OR > 1$ el factor en estudio, es de riesgo.

Si el $OR = 0$, no existe relación.

Si el $OR < 1$, el factor en estudio es factor protector.

2.8 Consideraciones éticas:

Dado que el estudio es de tipo observacional, retrospectivo y requerirá de consentimiento informado, se tomó en cuenta la declaración de Helsinki, numerales 11, 12, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29 y 31; en los cuales se habla de cómo se debe desarrollar la investigación médica, de que el proyecto y el método de investigación deben describirse claramente y ser justificados para su aprobación ética y también se deben tomar las precauciones para resguardar la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de su información personal, así como la capacidad de los mismos para participar voluntariamente en el estudio o negarse a ello.⁴⁰

También nos regiremos de acuerdo a la ley general de salud, Título cuarto artículos 117 y 120, que se refieren a la disponibilidad de la información requerida para la elaboración de estudios, cumpliendo con las normas establecidas para las excepciones.⁴¹

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su sección segunda, capítulo 6, artículos 42, 43, 46 y 48, indica que se debe respetar las normas internacionales y nacionales, se debe contar con la aprobación de un Comité de ética, y que no se debe incurrir en el plagio ni falsificación de datos, por lo que fueron otros de los aspectos a considerar por el investigador.⁴²

III. RESULTADOS

La edad total de los participantes fue en promedio de 22.67 años, y de quienes presentaron trastorno límite de personalidad (TLP) fue de 23.17 años, sin diferencia significativa de quienes no presentaron TLP ($p = 0.434$). Además, la muestra estuvo constituida por 64 mujeres (71%) y 26 hombres (29%). Del total de las personas con TLP, 43% habían presentado abuso emocional, otro 43% tenía el antecedente de abuso físico en la infancia, el 40% sufrió de abuso sexual, 47% pasó por negligencia emocional y el 53% fue víctima de negligencia física (Tabla 1).

El análisis de asociación mostró un Odds Ratio (OR) de 0.58 para los pacientes con antecedente de abuso emocional en la infancia (Tabla 2). El antecedente de abuso físico obtuvo un OR de 0.76 para TLP (Tabla 3).

En la Tabla 4 se muestra que el antecedente de abuso sexual demostró asociación con presentar TLP, arrojando un OR de 3.33 (IC95%: 1.23-9.04, $p=0.015$), por otro lado la negligencia emocional obtuvo un OR de 0.44 (Tabla 5) y la negligencia física de 2.04, sin embargo la prueba de chi-cuadrado no mostró asociación con el TLP, al arrojar un p valor mayor de 0.05 (Tabla 6).

Tabla 1. Características generales obtenidas de los pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, que aceptaron participar del estudio.

	Total (n= 90) n (%)	TLP (n=30) n (%)	No TLP (n=60) n (%)	
Edad (años)*	22.67 ± 4.35	23.17 ± 6.07	22.40 ± 3.21	0.434**
Género				
Mujeres	64 (71)	22 (73)	42 (70)	
Hombres	26 (29)	8 (27)	18 (30)	
Abuso emocional	47 (52)	13 (43)	34 (57)	
Abuso físico	43 (48)	13 (43)	30 (50)	
Abuso sexual	22 (24)	12 (40)	10 (17)	
Negligencia emocional	54 (60)	14 (47)	40 (67)	
Negligencia física	58 (64)	16 (53)	42 (70)	

* Datos presentados mediante promedio ± desviación estándar

**Prueba T de Student para grupos independientes.

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: Datos obtenidos de pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 2. Análisis de asociación entre el antecedente de abuso emocional durante la infancia y el presentar trastorno límite de la personalidad de adulto.

	TLP	No TLP	Total
Abuso emocional	13	34	47
No abuso emocional	17	26	43
Total	30	60	90

OR: 0,58; IC95%: 0.24-1.42 **Chi-Cuadrado: 1,42; p=0,233**

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: Datos obtenidos de pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 3. Análisis de asociación entre el antecedente de abuso físico durante la infancia y el presentar trastorno límite de la personalidad de adulto.

	TLP	No TLP	Total
Abuso físico	13	30	43
No abuso físico	17	30	47
Total	30	60	90

OR: 0,76; IC95%: 0.32-1.85 **Chi-Cuadrado: 0,36; p=0,551**

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: Datos obtenidos de pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 4. Análisis de asociación entre el antecedente de abuso sexual durante la infancia y el presentar trastorno límite de la personalidad de adulto.

	TLP	No TLP	Total
Abuso sexual	12	10	22
No abuso sexual	18	50	68
Total	30	60	90

OR: 3,33; IC95%: 1.23-9.04 **Chi-Cuadrado: 5,89; p=0,015**

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: Datos obtenidos de pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 5. Análisis de asociación entre el antecedente de negligencia emocional durante la infancia y el presentar trastorno límite de la personalidad de adulto.

	TLP	No TLP	Total
Negligencia emocional	14	40	54
No negligencia emocional	16	20	36
Total	30	60	90

OR: 0,44; IC95%: 0.18-1.07 **Chi-Cuadrado: 3,33; p=0,068**

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: Datos obtenidos de pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Tabla 6. Análisis de asociación entre el antecedente de negligencia física durante la infancia y el presentar trastorno límite de la personalidad de adulto.

	TLP	No TLP	Total
Negligencia física	14	18	32
No negligencia física	16	42	58
Total	30	60	90

OR: 2,04; IC95%: 0.83-5.05 **Chi-Cuadrado: 2,43; p=0,119**

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: Datos obtenidos de pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.

IV. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito identificar, describir y asociar aquellos eventos traumáticos en la infancia con el desarrollo de trastorno límite de la personalidad en personas adultas. Entre los eventos traumáticos en la infancia nos centramos en 5 tipos de maltrato infantil, abuso sexual, físico y emocional, y negligencia física y emocional; basándonos en la hipótesis que el experimentar alguna clase de evento adverso siendo niño puede implicar la posterior aparición de alguna patología psiquiátrica, entre ellos el TLP.

En nuestros hallazgos encontramos que la edad promedio de los pacientes con TLP es de 23.17 ± 6.07 años concordando la literatura que menciona que hay mayor riesgo de padecer este trastorno en las edades de 20 y 30 años; por otro lado coincidentemente nuestros controles también se encuentran entre estas edades, con una edad promedio de 22.40 ± 3.21 (tabla 1).⁹

En cuanto al género la mayoría de nuestra población estuvo conformada por mujeres, 73% de los casos y 70% de los controles pertenecieron al género femenino, esto corrobora lo descrito por otros autores que el trastorno de personalidad limítrofe es más frecuente en el sexo femenino, lo mismo que sucede con trastornos psiquiátricos como la depresión, diagnóstico que encontramos en nuestra población de estudio como parte de los controles (tabla 1).^{8,9,35}

En nuestra población un 43% de los casos sufrieron abuso emocional frente a un 57% de los controles, al realizar el análisis estadístico se obtuvo un Odds ratio (OR) de 0,58 ($\chi^2:1,42$; $p>0,05$), no habiendo significancia estadística para plantear una asociación (tabla 2). Esto podría deberse a que el abuso emocional se encuentra también relacionado con el desarrollo de otros desordenes psiquiátricos como lo encontrado por Taillieu T, et al. (EE.UU., 2016) quienes encontraron asociación de este tipo de maltrato con patologías del eje I (AOR-2: 1-3-2.3), las cuales fueron incluidas en nuestros controles, al igual que con

otros trastornos de personalidad como el trastorno obsesivo-compulsivo (AOR-2 = 1.5; 99% IC = 1.0-2.1), u otros trastornos del eje II (AOR-2 = 1.4; 99% IC = 1.1-1.8) (tabla 1, tabla 2).⁴³

Con respecto al abuso físico, en nuestros resultados se obtiene un OR de 0,76 (χ^2 :0,36; $p>0.05$) al comparar los casos con los controles; no pudiendo tampoco establecer una asociación al no haber significancia estadística. Apoyándonos en el estudio realizado por King D, et al. en Estados Unidos en 2011, quienes encontraron asociación entre abuso físico y el desarrollo de otros desordenes psiquiátricos, como trastornos de ansiedad o del ánimo (OR: 2.0 y 5.4 respectivamente, $p<0.05$), el hecho de que nuestros controles también presenten estas patologías influenciarían en nuestros resultados (tabla 3).⁴⁴

De los factores propuestos, el único que mostró asociación como factor de riesgo con significancia estadística fue el abuso sexual, el 40% de los casos refirió haber padecido este tipo de trauma frente al 17% de los controles, obteniendo un OR de 3,33 (χ^2 : 5,89; $p<0,05$), concordando con resultados obtenidos por Laporte L, et al. en Canadá, en 2011 quienes reportaron mayor prevalencia de abuso sexual 26,8% en sus casos y 8,1% en sus controles ($\chi^2=6.1$, $p < 0.05$). Así también Merza K, et al. en Hungría, en 2013 encontraron asociación entre esta tipo de abuso en la infancia y el desarrollo de TLP al compararlos con sus controles (χ^2 : 20.42; $p<0.01$) (tabla 1, tabla 4).^{33,34}

La negligencia emocional no mostró significancia estadística para lograr aceptar alguna asociación entre este evento adverso y el desarrollo de TLP con OR de 0,44 (χ^2 :3,33; $p>0,05$), este trauma infantil también ha demostrado asociación con otros trastornos psiquiátricos, teniendo mayor riesgo de llevar a padecimiento de depresión, distimia, otros trastornos del estado de ánimo y fobia social (tabla 5).⁴³

La negligencia física con un 47% en los casos y 67% en los controles obtuvo un OR de 2,04 (χ^2 :2,43; $p>0,05$), no logro demostrar asociación si bien el OR fue

mayor de 1 este pasa por la unidad no encontrando significancia estadística, esto puede ser debido a que algunos de los controles padecían trastornos como depresión, patología con la que ha sido asociada este trauma (tabla 6).⁴⁵

La experiencia de abuso sexual en la infancia ejerce función en el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal a lo que se asocia también a una hiperactivación del sistema serotoninérgico en la génesis del TLP; estudios como el de **Ana Martín Blanco** (Barcelona, 2015) encontró también un papel modulador del abuso sexual en el sistema noradrenérgico afectando las variantes COMT rs5993882 y DBH rs77905.^{21,36}

También otras variables sumadas al abuso sexual pueden influir en el desarrollo del trastorno, como la presencia de baja autoestima o que la víctima revele el abuso y sea sometida a tratamiento psicológico, también hay estudios que han demostrado una fuerte relación entre el abuso sexual y la ideación y conducta suicida, sintomatología característica del TLP, lo que nos conlleva inclusive a plantear nuevas hipótesis para investigación.^{21,35}

Dentro de las limitaciones observadas en nuestra investigación; una de ellas estaría relacionada con la evaluación de los eventos adversos en la infancia, si bien el CTQ-SF es uno de los cuestionarios más empleados, este es autoaplicado y de esa manera excluye a informantes externos; también la información se obtiene de manera retrospectiva, pudiendo aparecer sesgos como la memoria.

Tampoco se ha tomado en cuenta otras variables intervinientes que también pueden influir en cierta medida en el desarrollo de la enfermedad como los valores familiares que favorecen la dependencia o los antecedentes familiares de trastornos afectivos o consumo de sustancias, o inclusive la herencia genética en la familia como antecedente de padecimiento de TLP podrían estar influyendo, otras variables que intervienen en nuestro estudio son los trastornos psiquiátricos que padecen nuestros controles, ya que estos pueden estar

influyendo sobre la estadística al disminuir el OR debido a que tenemos una mayor cantidad de controles que casos.

Finalmente para establecer el tamaño de la muestra se utilizó formula que uso los casos con mayor exposición y controles con menor exposición, reduciendo así la muestra, por otro lado al tratar de aplicar el cuestionario a todos los pacientes ya que estos debían ser contactados de manera personal no todos aceptaban participar en el estudio, algunos no se encontraban en Trujillo, por lo que se optó por aumentar el período de muestro, sería conveniente que en investigaciones futuras se obtenga una muestra de mayor tamaño para dar mayor validez.

V. CONCLUSIONES

1. El abuso sexual en la infancia es un factor de riesgo asociado al trastorno límite de la personalidad en adultos.
2. De los pacientes con TLP 40% sufrió abuso sexual, 43% de ellos padecieron abuso físico, y un 43% padeció abuso emocional durante la infancia.
3. El 53% de pacientes con TLP padecieron negligencia física durante la infancia, mientras que el 47% de los pacientes con este trastorno padecieron negligencia emocional durante la infancia.
4. El abuso sexual en la infancia es un factor de riesgo asociado al trastorno límite de la personalidad en adultos (**OR: 3,33**; IC95%: 1.23-9.04; χ^2 : 5,89; **p=0,015**); sin embargo, ni el abuso físico en la infancia (**OR: 0,76**; IC95%: 0.32-1.85, χ^2 : 0,36; **p=0,551**), ni el abuso emocional en la infancia (**OR: 0,58**; IC95%: 0.24-1.42; χ^2 : 1,42; **p=0,233**) son factores de riesgo asociados al trastorno límite de la personalidad en adultos.
5. La negligencia física en la infancia no es un factor de riesgo asociado al trastorno límite de la personalidad en adultos (**OR: 2,04**; IC95%: 0.83-5.05; χ^2 : 2,43; **p=0,119**), así como tampoco lo es negligencia emocional en la infancia (**OR: 0,44**; IC95%: 0.18-1.07 ; χ^2 : 3,33; **p=0,068**).

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Los resultados de esta tesis sugieren la implicación del abuso sexual en el desarrollo de TLP, de ser confirmado esto por estudios futuros, se podría realizar intervenciones tempranas para aquellos que han sufrido este trauma como prevención para el desarrollo de la patología psiquiátrica estudiada.
- 2.** Se sugiere realizar estudios que tomen en cuenta otras variables intervinientes como el padecimiento de otros diagnósticos psiquiátricos, o tomar como controles pacientes que no padezcan de algún tipo de psicopatología.
- 3.** Sería conveniente la realización de estudios multicéntricos, con mayor muestra, prospectivos de cohorte con la finalidad de obtener una mayor validez interna y desarrollar un mejor control de las variables intervinientes, y evitar alguna clase enmascaramiento.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5a ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. National Institute of Mental Health [Internet]. USA: U.S. Department of Health and Human Services [Citado el 28 jul. de 2015]. Disponible desde: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorder/index.shtml>
3. Mohammadi M, Shamohammadi M, Salmanian M. The Prevalence of Borderline Personality Symptoms in Adolescents. *Iran J Psychiatry*. 2014; 9(3): 147-151.
4. Laurensen E, Smits M, Bales D, Feenstra D, Eeren H, Noom M et al. Day hospital Mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: protocol of a multicentre randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(301):1-12.
5. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New A, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011; 377:74-84.
6. Díaz R. Psicoterapia evolutivo - constructivista: revisión de un caso de trastorno límite de la personalidad. *Cipra*. 2013; 1-33.
7. García M, Martín M, Otín R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2010; 30 (106): 263-278.
8. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Rev Med Chile*. 2014; 142: 204-210.
9. Serrani D. Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2011; 16(4):370-386.

10. Wetzelaer P, Farrell J, Evers S, Jacob G, Lee C, Brand O et al. Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:319.
11. Pérez L. Trastorno límite (borderline) de la personalidad. *Psicoterapia focalizada en la transferencia. Rev Psiquiatr Urug*. 2011; 75(1):20-25.
12. Mosquera D. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LOS CRITERIOS DEL DSM. *S.E.M.P.P.* 2011; 1(1):1-26.
13. Whalley H, Nickson T, Pope M, Nicol K, Romaniuk L, Bastin M et al. White matter integrity and its association with affective and interpersonal symptoms in borderline personality disorder. *NeuroImage: Clinical*. 2015; 7:476-481.
14. Joyce P, Stephenson J, Kennedy M, Mulder R, McHugh. The presence of both serotonin 1A receptor (HTR1A) and dopamine transporter (DAT1) gene variants increase the risk of borderline personality disorder. *Front Genet*. 2014; 4(313):1-7.
15. Cornellà J, Juárez J. Sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: predictor y consecuencia. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 30(20):1-5.
16. Kenardy J, De Young A, Le Brocque R, March S. *Childhood Trauma Reactions: A Guide For Teachers From Preschool to Year 12*. Queensland: CONROD; 2011.
17. Government of Western Australia Department for Child Protection. *Childhood trauma. Fostering fact sheet*.
18. D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk J. Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *Am J Orthopsychiatry*. 2012;82(2):182-200.

19. Ford J, Courtois C. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2014; 1(9): 1-17.
20. Reichborn-Kjennerud T, Ystrom E, Neale M, Aggen S, Mazzeo S, Knudsen G et al. Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(11): 1206-1214.
21. Pereda N, Gallardo-Pujol D, Jiménez R. Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39(2):131-9.
22. Mesa P, Moya L. Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Rev Neurol*. 2011;52(8):489-503.
23. Gundelman S, Miño V, Garay L. Apego, neurobiología y etiopatogenia del Trastorno de Personalidad Límite. *Rev GPU*. 2012; 8(4):443-452.
24. Kuo J, Khoury J, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*. 2014;39:147-55.
25. Hernández A. The relationships between the antecedents of childhood maltreatment and adult borderline personality disorder [tesis doctoral]. Reus: Universitat Rovira I Virgili; 2013.
26. Valverde E. El comportamiento violento en el trastorno límite de la personalidad [tesina]. Barcelona: Instituto superior de estudios psicológicos; 2012.
27. Villalba L. Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy. *Rev Psiquiatr Urug*. 2011;75(1):14-19.
28. Schwarze C, Hellhammer D, Stroehle V, Lieb K, Mobascher A. Lack of Breastfeeding: A potential risk factor in the multifactorial genesis of

- borderline personality disorder and impaired maternal bonding. *J Pers Disord.* 2014; 28:1-17.
29. Gámez M. Maltrato en la infancia, uso de Facebook, autoestima y consumo de alcohol en adolescentes [tesis doctoral]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2015.
 30. Martins J. Discovering trajectories that lead to Borderline Personality Disorder [Tesis]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2013.
 31. Bounoua N, Felton J, Long K, Stadnik R, Loya J, Macpherson L et al. Childhood emotional abuse and borderline personality features: The role of anxiety sensitivity among adolescents. *Personal Ment Health.* 2015; 9:87–95.
 32. van Dijke A, Ford J, van der Hart O, Van Son M, Van der Heijden P, Bühring M. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *Eur J Psychotraumatol.* 2011;2:5628
 33. Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J. Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *J Pers Disord.* 2011 Aug;25(4):448-62.
 34. Merza K, Papp G, Szabó I. The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *Eur. J. Psychiat.* 2015; 29(2):105-118.
 35. Cáceres E, Vásquez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013;76(4): 255-267.
 36. Martín A. Estudio de la interacción gen-ambiente en el Trastorno Límite de la Personalidad [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.

37. Charan J, Biswas T. How to Calculate Sample Size for Different Study Designs in Medical Research? *Indian J Psychol Med*, 2013;35:121-6.
38. Lezcano E, Salazar E, Hernández M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud Publica Mex*. 2001; 43(2):135-150.
39. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein D, Gaviria A et al. Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor Structure, Reliability and Association With Parenting. *J Interpers Violence*. 2012; 20(20):1-21.
40. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [fecha de acceso 16 de junio 2015]. URL disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
41. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley General de Salud LEY N° 26842. [fecha de acceso 16 de junio 2015]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
42. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [fecha de acceso 14 de febrero 2015]. URL disponible en: http://repositorio.cmp.org.pe/bitstream/CMP/25/1/CODIGO_DE_ETICA_CMP.pdf
43. Taillieu T, Brownridge D, Sareen J, Afifi T. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*. 2016;59:1–12
44. King D, Abram K, Romero E, Washburn J, Welty L. Childhood Maltreatment and Psychiatric Disorders Among Detained Youths. *Psychiatr Serv*. 2011; 62(12): 1430–1438.

45. Carr C, Martins C, Stingel A, Lemgruber V, Juruena M. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201:1007-1020.

ANEXO N° 01

SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA PROYECTO DE TESIS

Sr. Director General del Hospital Regional Docente de Trujillo

S.D.

Yo, Marco Alexis Morante Vega, con DNI N° 46924752 alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, me presento y expongo:

Que por motivos académicos, solicito autorice realizar mi Proyecto de Tesis: “Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a trastorno límite de la personalidad en adultos.”

Por lo expuesto, es justicia que espero alcanzar.

Trujillo __ de _____ del 2017

Nota: Adjunto los siguientes documentos:

-Constancia de asesoría

-Resolución de Aprobación por el Comité de Investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego

-Pago en caja por Autorización de Proyecto según tarifario (S/.50.00).

ANEXO N° 02

Ficha de Recolección de Datos

Fecha:.....

No. Ficha:

I. Datos generales:

1.1.Historia clínica N°:.....

1.2.Edad:.....

1.3.Sexo: Masculino () Femenino ()

II. Datos de la variable dependiente

- Diagnóstico de Trastorno de personalidad limítrofe: Sí () No ()

III. Datos de la variable independiente

- Antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia:
 - a. Abuso físico Puntaje CTQ-SF:
 - b. Abuso emocional Puntaje CTQ-SF:
 - c. Abuso sexual Puntaje CTQ-SF:
 - d. Negligencia física Puntaje CTQ-SF:
 - e. Negligencia emocional Puntaje CTQ-SF:

Puntos de corte para nivel de abuso y negligencia					
	Abuso emocional	Negligencia emocional	Abuso físico	Negligencia física	Abuso sexual
Nada o mínimo	5 – 8	5 - 9	5 – 7	5 - 7	5
Bajo a moderado	9 – 12	10 - 14	8 – 9	8 - 9	6 - 7
Moderado a severo	13 – 15	15 - 17	10 – 12	10 - 12	8 - 12
Severo a extremo	> = 16	> = 18	> = 13	> = 13	> = 13

ANEXO N° 03

Cuestionario de Maltrato Infantil

(CTQ-SF)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de situaciones específicas durante la infancia que pueden variar en cuanto a frecuencia, por favor marca con una X la que mayormente haya representado tu situación.

Cuando yo era niño...		Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1	No tenía suficiente para comer					
2	Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera					
3	Mis familiares me decían cosas como estúpido(a), perezoso(a), o feo(a)					
4	Mis padres estaban demasiado borrachos o consumían demasiado alcohol para cuidar a mi familia					
5	Había alguien de mi familia que me hacía sentir especial e importante					
6	Tuve que ponerme ropa sucia.					
7	Me sentí amado(a)					
8	Pensé que mis padres deseaban que					

	yo nunca hubiera nacido.					
9	Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que ver un médico o ir al hospital					
10	No había nada que hubiera querido cambiar de mi familia					
11	Alguien en mi familia me golpeó tan fuerte que me dejó moretones o marcas					
12	Me pegaban con un cinturón, palo, cuerda o alguna otro cosa que me hiciera daño					
13	Las personas de mi familia nos cuidábamos unas a las otras					
14	Personas en mi familia me decían cosas que me herían o me ofendían					
15	Creo que fui abusado (a) físicamente					
16	Tuve una gran infancia					
17	Me golpeaban tan fuerte que un maestro, vecino o médico lo llevo a notar.					
18	Sentí que alguien de mi familia me odiaba.					
19	Las personas de mi familia se sentían unidas					

20	Alguien trató de tocarme o trató que lo tocará de una manera sexual.					
21	Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual					
22	Tuve la mejor familia del mundo					
23	Alguien trató de obligarme a hacer cosas sexuales o ver cosas sexuales.					
24	Alguien me molestaba					
25	Creo que fui abusado(a) emocionalmente.					
26	Había alguien que me llevara al médico sí lo necesitaba.					
27	Creo que fui abusado(a) sexualmente					
28	Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.					

Bernstein et al. (2003).

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a trastorno límite de la personalidad en adultos.

El trastorno límite de la personalidad es una enfermedad mental grave con alta prevalencia, en el cual los pacientes reportan muchos eventos negativos durante la infancia a diferencia de otros pacientes con otros trastornos psiquiátricos o de personalidad; el propósito del presente estudio es probar un modelo que pueda explicar si los antecedentes de eventos traumáticos durante la infancia son factores etiológicos en el desarrollo de trastorno límite de la personalidad en adultos.

El procedimiento a realizar consiste en el llenado de una ficha de recolección de datos anónima, luego contestará un cuestionario que tendrá una duración aproximada de 5 a 10 minutos, que mide cinco tipos de maltrato durante la infancia.

El beneficio de participar en este proyecto de investigación será el apoyo al diagnóstico precoz de esta patología y por lo tanto el oportuno manejo y tratamiento por parte del médico tratante.

Dentro de los posibles riesgos o molestias que usted pueda experimentar se encuentra el empleo del tiempo necesario para el llenado de la ficha de recolección de datos y el cuestionario.

Usted tiene derecho a solicitar su retiro del estudio al investigador en cualquier momento durante la ejecución de la recolección y evaluación de datos.

Si usted tiene algún tipo de consulta, pregunta o duda puede ubicar al investigador en la siguiente dirección electrónica; marco_mv1@hotmail.com

Habiendo comprendido los puntos anteriormente explicados, yo firmo el presente documento con toda libertad y sin encontrarme bajo ningún tipo de coerción.

Firma del sujeto de Investigación:

Nombres, Apellidos:

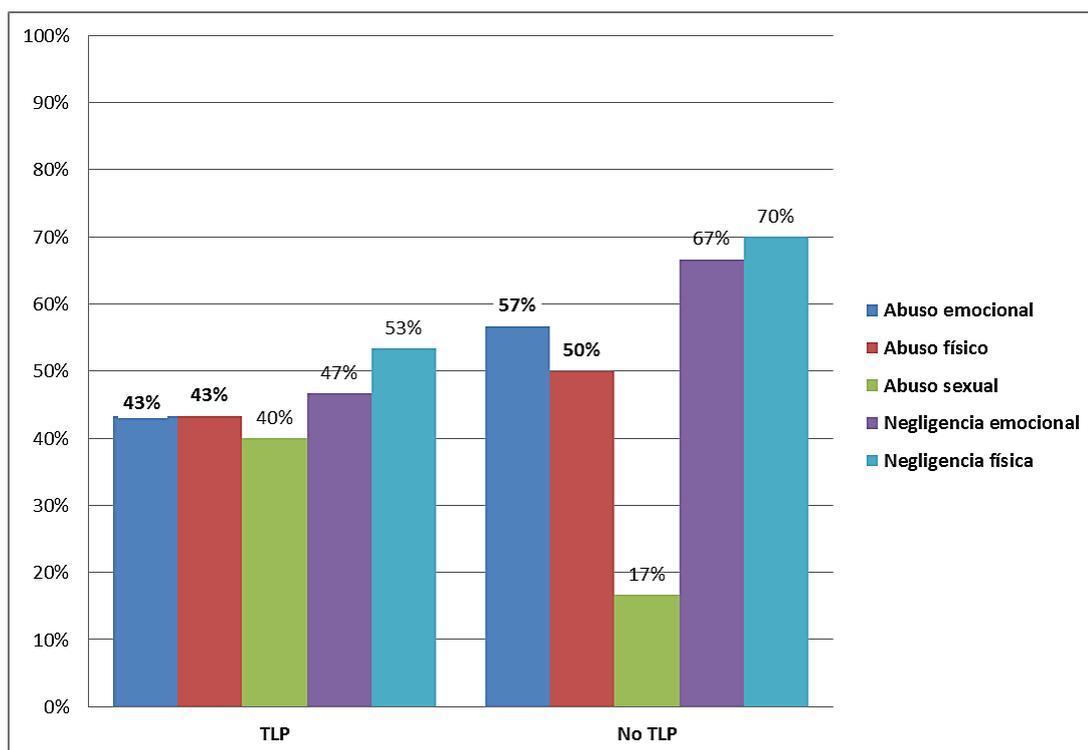
DNI:

Firma del Investigador:

Nombres, Apellidos:

ANEXO N° 05

Gráfico: Comparación porcentual de la presencia de antecedentes de eventos traumáticos durante la infancia según el hecho de presentar o no trastorno límite de la personalidad en adultos.



TLP: Trastorno límite de la personalidad.

Fuente: Datos obtenidos de pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo.