



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD
LÍMITE
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
JOSÉ ERNESTO BENAVIDES PAREDES**

**ASESOR
GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA- PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
JOSÉ ERNESTO BENAVIDES PAREDES**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ
2023**

NOMBRE DEL TRABAJO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO D
E PERSONALIDAD LÍMITE HOSPITAL VIC
TOR LARCO HERRERA 2021**

AUTOR

JOSÉ ERNESTO BENAVIDES PAREDES

RECuento de palabras

9450 Words

RECuento de caracteres

55243 Characters

RECuento de páginas

39 Pages

Tamaño del archivo

157.1KB

Fecha de entrega

Apr 20, 2022 9:28 AM GMT-5

Fecha del informe

Apr 20, 2022 9:33 AM GMT-5

● **14% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	6
1.5 Viabilidad y factibilidad	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	18
2.3 Definiciones de términos básicos	25
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	27
3.2 Variables y su operacionalización	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	28
4.2 Diseño muestral	28
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	28
4.4 Procesamiento y análisis de datos	28
4.5 Aspectos éticos	29
CRONOGRAMA	30
PRESUPUESTO	31
FUENTES DE INFORMACIÓN	32
ANEXOS	37
1. Matriz de consistencia	37
2. Instrumento de recolección de datos	39
3. Consentimiento informado	40

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El trastorno de personalidad límite, también conocido como, trastorno de personalidad emocionalmente inestable según la clasificación internacional de Enfermedades CIE 10, tiene una prevalencia del 2% en la población general de latinoamérica, siendo su frecuencia de aproximadamente 30 a 60% de todos los trastornos de personalidad¹, entre ellos es el más frecuente y el que más consulta psiquiátrica alcanza 10-23%, así como el trastorno de personalidad que más se hospitaliza en los servicios de psiquiatría (20-32%).²

El trastorno de personalidad límite es bastante frecuente en la práctica clínica psiquiátrica en consulta ambulatoria. La estadística en Estados Unidos estima que la prevalencia del trastorno de personalidad límite es del 1,6% y la prevalencia por vida es del 5,9%^{3,4}. En el trabajo clínico se encontró que este trastorno estaba presente en el 6,4% de los pacientes urbanos de atención primaria, en el 9,3% de los pacientes ambulatorios psiquiátricos y aproximadamente en un 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.⁵⁻⁷

Se estima que la proporción entre mujeres y varones con este trastorno es mayor en las poblaciones hospitalarias que en la población general. una proporción de 3 a 1 en entornos clínicos, comparados con dos encuestas epidemiológicas no hospitalarias de la población general de los EE.UU. halló que la prevalencia de vida del trastorno de personalidad límite no difiere significativamente entre varones y mujeres. Este resultado sugiere que las mujeres acuden con mayor frecuencia que los varones a recibir atención médica^{3,4}. En otro estudio se señala que pacientes con este trastorno, se encontró que, entre mujeres y varones, habrían tenido algún tipo de trauma infantil y tuvieron niveles de disfunción familiar, social, psicológico y económico. En algunos estudios estadounidenses se encontró que, en comunidades latinas, en comparación con los caucásicos y afroamericanos los porcentajes de prevalencia fueron de la siguiente manera, 64% latinos, 39% caucásicos y 40 % afroamericanos.⁸

La personalidad comienza a estructurarse desde el nacimiento a partir de varios factores, desde nivel genético que proporciona una cierta predisposición a padecer trastornos de personalidad, como el determinante social que también participa en la formación de los distintos rasgos de personalidad. A partir de estos factores la persona recién venida al mundo empieza a crear los cimientos de lo que en un futuro se llamará personalidad, éstos cimientos pueden desestructurarse afectando diversas dimensiones, entre ellas el autoconcepto, la estabilidad emocional, la escala de valores, pero sobre todo a nivel de identidad, dando como resultado la instauración de un trastorno de personalidad ⁹.

Dentro de la clasificación de estos trastornos se encuentra el trastorno de personalidad límite, Este trastorno se caracteriza por la inestabilidad de las relaciones interpersonales, insatisfacción con la autoimagen, problemas con el manejo y control de las emociones e impulsividad en una amplia gama de situaciones, provocando un deterioro significativo de la calidad de vida, sentimientos de angustia, sensación de vacío interior, que en situaciones críticas pueden llevar a la ideación tanática y hasta decisiones fatales.

Se conoce en el sector de la administración pública de salud que en el Perú la estadística es muy escasa y aún no hay estudios validados o con suficiente población para obtener una estadística significativa, o más difícilmente aún, que evalúen los factores de riesgo.

Como ya se ha dicho, para el desarrollo del trastorno límite de personalidad influye, el entorno medio ambiental, las circunstancias de vida, los eventos traumáticos en la infancia, se encuentran estrechamente ligados a las costumbres y tradiciones de cada pueblo, en esencia, dentro de la cultura peruana existen, formas de vivir complejas, pero que se repiten de individuo a individuo, de familia en familia, hallándose y evidenciándose en la práctica clínica estereotipos de funcionamiento familiar. Dentro del Perú cada región tiene su propia cultura, allí se encontrarían diversas causas de disfunción familiar, y factores en común sobre los que se podría actuar para buscar solución y prevenir el desarrollo de los diversos trastornos psiquiátricos. Estos estudios de salud pública psicosocial están lejos de ver la luz. Este humilde proyecto de investigación pretende aportar en el mejor de los casos

un sustrato para que vislumbrar la silueta de asuntos o problemas específicos sobre los que se pueden trabajar para mejorar la salud de las personas.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación existente entre la disfunción familiar y el trastorno de personalidad límite en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Establecer la relación existente entre la disfunción familiar y el trastorno de personalidad límite en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el 2021.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de trastorno de personalidad límite.

Determinar las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

Determinar el funcionamiento interpersonal de la familia en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

Determinar el conflicto con los padres en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

Determinar la violencia familiar en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

Determinar la falta de autoridad sana en la familia de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

Determinar la sobreprotección en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

Determinar el abandono emocional en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

Determinar la relación entre el funcionamiento interpersonal de la familia en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

El presente estudio es necesario por la escasez de estudios en el país a cerca de las características epidemiológicas del trastorno de personalidad límite puesto que es un diagnóstico de mucha prevalencia en nuestro medio, muchas veces subdiagnosticado. Es de nuestro interés y por supuesto de mucha utilidad conocer el funcionamiento familiar de los pacientes con este diagnóstico, porque con la información obtenida se podría prevenir luego las consecuencias graves que este trastorno genera en los pacientes y su entorno social.

De esta manera se obtiene conocimiento científico acerca de este trastorno de personalidad, que por su naturaleza engloba conceptos o definiciones bastante subjetivos, hacer evidente estas características, ayudaría a futuros trabajos a enfocarse en cada uno de las características familiares. Además, servirá de precedente para futuros estudios comparativos y en poblaciones de diferentes características.

La información obtenida por el presente y los consecuentes estudios al encontrar una importante relación entre las variables propuestas, servirá a la

antropología y más concretamente a los servicios de salud a implementar nuevas terapias de índole, psicológico, psicoterapéutico o farmacológico, así como englobaría el campo sociológico, para tener nuevos enfoques diagnósticos y terapéuticos.

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El diagnóstico del trastorno de personalidad límite en el Hospital Larco Herrera se realiza comúnmente por sospecha y solicitud del psiquiatra y es confirmado por la evaluación psicológica con ayuda de diversos test de personalidad, durante la entrevista psiquiátrica es donde se puede obtener el consentimiento informado y la información necesaria para llevar a cabo éste estudio.

La evaluación del perfil familiar que se necesitaría para obtener la información, va a precisar de un tiempo extra durante la consulta psiquiátrica además se puede contar con la colaboración con los profesionales de Servicio Social quienes aportarán un diagnóstico familiar y relatarán la dinámica familiar que luego puede ser ahondada en la entrevista psiquiátrica.

En este contexto la evaluación no es sencilla ni rápida en cambio es profunda y para acercarse a un diagnóstico objetivo, es menester una evaluación adecuada, por lo que el tiempo puede ser uno de los principales limitantes. Aún considerando que la evaluación multidisciplinaria se efectúe de manera correcta, parece que nos encontramos frente a un reto, no obstante el hospital donde se va a realizar el estudio, cuenta con personal destacado y experimentado, así como una considerable afluencia de pacientes, lo que facilita el alcance del presente estudio.

Se dispondrá de recursos económicos necesarios, y el costo es equivalente en el tiempo utilizado por parte del personal profesional. La mayor limitación del presente estudio es el lapso durante el cual se realizará el estudio y la selección de la muestra.

Puesto que la evaluación es extensa tendría que resumirse en una ficha de recolección de datos. El presente estudio es políticamente factible no implica mayor dilema de índole ético, en la ficha de recolección de datos no es necesario que guarde detalles o información muy personal.

1.5 Limitaciones

La principal limitación, consiste en la dificultad que supone diagnosticar, que de por si es un reto en muchos casos y circunstancias, gran parte de la valoración es subjetiva y dependiente de la capacidad del evaluador, en este caso el médico psiquiatra, la otra parte es objetiva y nos permite tener precisión.

Las diversas nomenclaturas a cerca del trastorno en cuestión, pueden también sesgar el diagnóstico, u ocultarlo tras otra patología u otro trastorno, por ejemplo, los síntomas pueden parecerse entre el trastorno bipolar, y el trastorno límite. Los diagnósticos en psiquiatría se ordenan en diferentes ejes, por lo que con frecuencia pueden coexistir algunos diagnósticos, lo que motiva muchas veces priorizar un diagnóstico y ocultar algún otro diagnóstico.

Otra limitación importante es que en el hospital Victor Larco Herrera, funcionando con la normativa vigente, tiene que cumplir por ley con algunas metas, por lo que se toman medidas que, por razones de fuerza mayor, terminan omitiendo o cambiando diagnósticos forzosamente, esto pone en aprietos a los profesionales, estas medidas se tendrían que solucionar a nivel de instituciones nacionales, por lo que por el momento, la solución queda fuera del alcance de la mayoría de psiquiatras.

Como en muchos de los estudios que pretenden obtener información del pasado, se van a tener las dificultades a la hora de recopilar información, como los sesgos del recuerdo, sin embargo se ha tratado de minimizar el probable error.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Karamanolaki H et al., en 2016, realizaron el siguiente estudio con el propósito de evaluar el posible efecto de las experiencias traumáticas recordadas, los estilos percibidos de crianza de los padres y los parámetros familiares en la aparición del trastorno límite de la personalidad frente a otros trastornos de la personalidad, para lo que, con un total de 88 pacientes con trastornos de personalidad completaron el Cuestionario, que mide las percepciones sobre la crianza de los padres. Los resultados indicaron que la incidencia de experiencias traumáticas en la niñez fue mayor entre aquellos en el grupo con trastorno de personalidad límite en comparación con aquellos en el grupo con otro trastorno de personalidad. Los primogénitos tenían menos probabilidades de transmitir un diagnóstico de trastorno límite de personalidad sobre otros trastornos. También se encontró que significativamente más pacientes con trastorno de personalidad límite informaron ser el hijo favorito del padre. Los resultados sugieren que las experiencias traumáticas, el orden de nacimiento y las interacciones familiares en presencia de hermanos parecen afectar de manera diferente la formación del diagnóstico de personalidad límite en comparación con otros trastornos de personalidad ¹⁰.

Infurna M et al., en 2016, estudiaron las experiencias de mujeres adolescentes hospitalizadas con trastorno de personalidad límite (n=44) en comparación con un grupo de control clínico (n=47) con diagnósticos psiquiátricos mixtos. el trastorno de personalidad límite se diagnosticó mediante una entrevista clínica estructurada y se evaluaron diferentes dimensiones de la adversidad infantil utilizando el Cuestionario de Experiencias de Cuidado y Abuso Infantil. Como resultados se obtuvo una historia de dificultades infantiles significativamente más común en pacientes con trastorno límite de personalidad que en el grupo control. Utilizando un modelo multivariado, el abuso sexual (OR=13.8), el funcionamiento familiar general (OR=8.9) y el bajo cuidado materno (OR = 7.6)

fueron factores predictivos específicos e independientes de trastorno de personalidad límite. La adversidad infantil en adolescentes con trastorno límite tienen importantes implicaciones para la prevención y la intervención temprana, ya que resaltan la necesidad de estrategias específicas para involucrar a la familia.

Nelson DA et al., en 2014, realizaron un estudio longitudinal para explorar más a fondo la asociación entre la agresión relacional como un precursor del desarrollo de rasgos de personalidad límite, para contrastar las asociaciones potenciales con la agresión física y para evaluar los diversos contextos culturales. Se evalúa también la crianza de los hijos. La agresión temprana y las experiencias de crianza pueden diferir en su predicción a largo plazo de la agresión o las características límite. (84 niños, 84 niñas) que viven en hogares biológicos intactos con dos padres en Voronezh, Rusia. Los maestros calificaron la agresión familiar y relacional de los niños. Las madres y los padres también informaron por sí mismos de su participación en las formas autoritarias, permisivas y de control psicológico en cuanto a crianza de los hijos en edad preescolar. El estudio de seguimiento se realiza una década más tarde, el 70.8% de los niños participantes accedieron. Los resultados multivariados de este estudio mostraron que la agresión relacional preescolar en las niñas predijo la agresión relacional adolescente. La paternidad autoritaria, permisiva y donde se controlan psicológicamente a los preescolares predijo significativamente la agresión y los rasgos de personalidad límite en mujeres adolescentes. Para los varones adolescentes, la paternidad que funciona como autoridad, pero de manera sana en preescolares varones sirvió como factor protector contra la agresión y las características límite, mientras que la paternidad autoritaria imponente fue un factor de riesgo para la agresión posterior.

Zielinski MJ et al., en 2015, realizaron un estudio transversal donde se investigó si la rumiación hostil medió la asociación entre varios indicadores de un medioambiente infantil negativo, con un informe retrospectivamente de maltrato infantil y percepción de sobreprotección y características límite. Los participantes (N = 524) completaron el trabajo mediante autoinformación. Los resultados mostraron que los adultos que tenían características de personalidad

límite informaron menos cuidado de los padres y más sobreprotección de los padres, y a la vez mayor abuso. Además, la rumia de pensamientos hostiles medió estadísticamente las asociaciones entre todas las variables ambientales de la infancia y las características límite, incluso controlando los síntomas depresivos, el consumo de alcohol y la impulsividad. La sección transversal no puede probar la mediación causal, sin embargo, este patrón de resultados proporciona evidencia sobre la que se puede hipotetizar de que la rumia hostil puede explicar parcialmente la conexión bien establecida entre entornos negativos y características límite. Se exploran las direcciones futuras, incluida una discusión sobre el trabajo longitudinal y experimental que podría ayudar a construir los hallazgos actuales.

Whalen DJ et al., en 2014, ha investigado el papel de la crianza de los hijos y la interrelación con los padres. Se puede predecir la gravedad del trastorno de personalidad límite a lo largo del tiempo. En este estudio se revisarán los comportamientos afectivos maternos durante una discusión de conflictos entre madres y adolescentes, todo esto en una muestra diversa de niñas en riesgo (n = 74) para determinar la inestabilidad afectiva y la de sus madres biológicas. Las niñas adolescentes completaron una tarea de discusión de conflicto estructurado con sus madres a los 16 años. Las puntuaciones de gravedad del trastorno de personalidad límite autoinformadas por las niñas se evaluaron anualmente entre los 15 y los 17 años. Los resultados de los modelos mixtos lineales de varios niveles indicaron que el comportamiento afectivo materno positivo, es decir, el comportamiento de apoyo y de validación, las habilidades de comunicación, el comportamiento que promueve la autonomía y el afecto positivo, así como los comportamientos afectivos diádicos positivos, es decir, la satisfacción y la escalada positiva; se asociaron con disminución en el puntaje de severidad del trastorno de personalidad límite. Estos hallazgos sugieren que el contexto madre-hija es un factor protector importante para determinar la gravedad del trastorno durante el curso de la adolescencia y podría ser muy valioso en la evaluación y prevención.

Stepp SD et al., en 2014, el estudio presentado aquí examina los efectos bidireccionales de la crianza de los hijos, se menciona específicamente las

prácticas de castigo severas y la poca calidez de los cuidadores, y los síntomas del trastorno de personalidad límite en niñas de 14 a 17 años, según datos anuales longitudinales del Estudio de Niñas de Pittsburgh (N = 2,451) en el contexto de Características del niño y cuidador. Examinamos estas asociaciones mediante el uso de modelos de trayectoria latente autorregresivos, con el propósito de evaluar los cambios específicos en el tiempo en los síntomas del trastorno de personalidad límite. Como resultado se obtuvo que el desarrollo de los síntomas del trastorno límite y la paternidad se asoció moderadamente, lo que sugiere una relación recíproca. Por lo tanto, los resultados resaltan la estabilidad de las asociaciones recíprocas entre la crianza de los hijos y el curso de los síntomas del trastorno de personalidad límite en las adolescentes, se suman a nuestra comprensión del curso longitudinal de este trastorno en los jóvenes.

Lyons-Ruth K et al., en 2013, el objetivo principal fue evaluar si la calidad observada prospectivamente de la interacción padre-hijo en la infancia y la niñez media contribuyó a la predicción de los síntomas límite y la conducta autolesiva / riesgo suicida en la adolescencia tardía. Los adolescentes con edad promedio 19,9 años de 56 familias que participan en un estudio longitudinal desde la infancia (con una tasa de retención del 74%) se evaluaron con la escala SCID-II para los síntomas del trastorno límite de la personalidad (DBP), incluida el riesgo suicida / autolesión. El riesgo clínico temprano se obtuvo por referencia clínica a los servicios para padres e hijos. La seguridad del apego y la interacción entre padres e hijos se evaluaron a partir de una cinta de video a los 18 meses y 8 años. La severidad del abuso infantil se calificó de las medidas de entrevista y autoinforme. La abstinencia materna en la infancia fue un predictor significativo de los síntomas límite y el riesgo suicida / autolesión en la adolescencia tardía. Desorganizar el control del comportamiento infantil a los 8 años contribuyó de forma independiente a la predicción de los síntomas límite. El efecto de la abstinencia materna fue independiente y adicionalmente varía por la gravedad del abuso infantil. Los síntomas limítrofes y el riesgo suicida / autolesión pueden ir precedidos del desarrollo por interacciones perturbadas desde los 18 meses de edad. Se propone el modelo transaccional padre-hijo para analizar los hallazgos.

Distel MA et al., en 2010, publicaron un estudio transversal que pretendía conocer las cuestiones epidemiológicas y etiológicas más importantes, así como el grado en que existe una influencia genética del trastorno límite de la personalidad. Para esto utilizaron muestras similares de los Países Bajos (n = 3918), Bélgica (n = 904) y Australia (n = 674). En total, hubo datos disponibles sobre 5496 gemelos entre las edades de 18 y 86 años de 3644 familias. Tenían que participar en el estudio al completar un cuestionario de autoinforme enviado por correo sobre las características del trastorno de personalidad límite.

Los resultados mostraron que la influencia genética explica el 42% de las características del trastorno de personalidad límite, tanto en hombres como en mujeres, y que esta estimación de heredabilidad es similar en los países que se realizó el estudio. Las influencias ambientales únicas explican el 58% restante.

Zanarini MC et al., en 2007, hicieron un estudio para evaluar una gama completa de experiencias patológicas en la infancia de pacientes con trastorno de personalidad límite en comparación con otros trastornos de personalidad. 467 pacientes hospitalizados con diversos trastornos de personalidad, se utilizó una entrevista semiestructurada. Ciegos al diagnóstico previo. Se obtuvo como resultado lo siguiente: los 358 pacientes con trastorno límite de la personalidad, el 91% reportó haber sido abusado y el 92% informó haber sido descuidado antes de los 18 años. Los pacientes con Trastorno de personalidad límite fueron significativamente más expuestos al abuso emocional y físico por parte de un cuidador o de un no cuidador. se encontró también que uno de sus cuidadores se alejó de ellos emocionalmente, los trató de manera inconsistente, negó sus pensamientos y sentimientos, los colocó en el rol de un padre y no les brindó la protección necesaria. Los pacientes limítrofes con un historial de abuso sexual en la infancia fueron significativamente más propensos que aquellos sin un historial de este tipo a reportar haber experimentado todos menos uno de los tipos de abuso y negligencia estudiados. Éste estudio concluye diciendo que encontró que cuatro de estos factores predisponentes eran predictores significativos de un diagnóstico límite: sexo femenino, abuso sexual por un no cuidador masculino, negación emocional por un cuidador masculino y tratamiento inconsistente por un cuidador femenino. El abuso sexual por si solo

no es ni necesario ni suficiente para el desarrollo del trastorno de personalidad límite y que otras experiencias de la infancia, en particular la negligencia de los cuidadores de ambos sexos, representan factores de riesgo significativos.

Widom CS et al., en 2007, utilizando un estudio longitudinal y prospectivo, realizado en la universidad de Nueva York, el cual examinó si 500 individuos con casos documentados de abuso y negligencia física y sexual en la niñez tenían un riesgo elevado de trastorno límite de la personalidad en la edad adulta, en comparación con 396 niños control que eran demográficamente similares. Resultó que un número significativamente mayor de niños abusados y/o desatendidos cumplía con los criterios para trastorno límite de personalidad siendo adultos, en comparación con el grupo control. Se encontró también que tener un padre con problemas de alcohol o drogas; o no estar empleado a tiempo completo, no graduarse de la escuela secundaria, y tener un diagnóstico de abuso de drogas, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático fueron factores predictores.

Klonsky ED y Moyer A, en 2008, realizaron un estudio de tipo metanálisis para determinar la magnitud de la asociación entre el abuso sexual infantil y el comportamiento auto agresivo. Para esto identificaron cuarenta y cinco análisis de la asociación, refieren que los tamaños del efecto se manejaron, encontrándose lo siguiente. La relación entre el abuso sexual infantil y el comportamiento auto agresivo característico del trastorno de personalidad límite es relativamente pequeña (promedio ponderado de $\phi = 0.23$). Esta cifra puede estar inflada debido a lo que llama "sesgo de publicación". En los estudios que controlaron estadísticamente los factores de riesgo psiquiátricos, el abuso sexual infantil explicó poca o ninguna variación única en el comportamiento auto agresivo.

Se tenía la evidencia empírica de que el abuso sexual infantil tiene un papel central o causal en el desarrollo de conductas autolesivas, sin embargo, parece que ambos sucesos están modestamente relacionados.

Martino F et al., en 2014, investigaron a través de revisión bibliográfica, la

interacción de varios factores en el desarrollo de esta psicopatología. Recientemente, la literatura científica sobre el trastorno límite de personalidad ha permitido considerar a los padres como ya "no responsables" para el desarrollo del trastorno, pero como directamente involucrados en los problemas interpersonales de los pacientes y, por lo tanto, un "aliado" potencial en el manejo de la crisis. El objetivo de este estudio es describir y cuantificar la carga familiar de los pacientes con trastorno de personalidad límite y buscar intervenciones específicas para la familia de estos pacientes. Se revisó literatura científica disponible en internet, por medio de los buscadores PubMed y PsycINFO por la búsqueda a través de palabras claves. Se encontró que la carga familiar de los pacientes con este trastorno es comparable a la de las familias de pacientes con esquizofrenia. Los ensayos clínicos de intervenciones para cuidadores de pacientes con trastorno de personalidad límite muestran que las estrategias específicas pueden reducir la carga familiar y mejorar su autoeficacia.

Winsper C et al., en 2012, investigaron la asociación entre la crianza subóptima y el conflicto de los padres en la infancia y los síntomas de trastorno límite de personalidad en la infancia tardía utilizando una muestra prospectiva. Evaluó una muestra comunitaria de 6050 madres y sus hijos (nacidos entre abril de 1991 y diciembre de 1992). La adversidad familiar de las madres se evaluó durante el embarazo y las conductas de crianza como golpear, gritar, la hostilidad y el conflicto de los padres en la infancia, cociente de inteligencia (IQ), y psicólogos capacitados entrevistaron a niños a los 11 para determinar los síntomas del trastorno de personalidad límite. El estudio concluye que los niños de antecedentes familiares adversos, que experimentan una crianza subóptima y más conflictos entre los padres, tienen capacidades cognitivas deficientes, tienen un mayor riesgo de síntomas de trastorno de personalidad límite a los 11 años.

Gunderson JG et al., en 2011, quisieron evaluar la agregación familiar de trastorno límite de personalidad y sus 4 sectores principales que serían: afectivo, interpersonal, conductual y cognitivo, y comprobar si la relación de las asociaciones familiares y no familiares entre estos sectores puede explicarse

por un constructo latente de trastorno límite de personalidad. Para esto se utilizó un estudio familiar, con entrevistas directas de pacientes y familiares. En el hospital psiquiátrico (McLean Hospital) Boston. Un total de 368 pacientes (132 con / 134 sin trastorno límite de personalidad y 102 con trastorno depresivo mayor) y 885 hermanos y padres de pacientes. se utilizaron para evaluar la psicopatología límite, la entrevista clínica estructurada y los criterios de DSM_IV y la entrevista de diagnóstico revisada para los límites (DIB-R). El resultado mostró una agregación familiar sustancial en individuos con un miembro de la familia con trastorno límite de personalidad frente a aquellos sin un miembro de la familia con este trastorno, utilizando pares pacientes -familiares (razón de riesgo, 2,9; 95% de confianza intervalo, 1.5-5.5), así como el uso de todos los pares de miembros de la familia (3.9; 1.7-9.0). Los 4 sectores de la psicopatología se agregaron significativamente en las familias, utilizando las definiciones del DSM-IV y DIB-R con los sectores afectivos e interpersonales mostrando los niveles más altos; sin embargo, el nivel de agregación familiar fue más alto que el de los sectores individuales. El trastorno límite de la personalidad puede surgir de una carga única que podría encontrar expresión en sus sectores psicopatológicos.

Choi-Kain LW et al., en 2009, debido a que las teorías psicopatológicas del trastorno límite de la personalidad identificó la inseguridad del apego como la base de su característico funcionamiento interpersonal perturbado. El propósito de este estudio fue comparar las clasificaciones de los apegos en los grupos de comparación con diagnóstico riguroso de trastorno límite de la personalidad, depresión sin trastorno límite de personalidad y sus correlaciones con las características de la perturbación interpersonal. Los sujetos autoinformaron calificaciones sobre estilos de apego utilizando el cuestionario de relación. Los sujetos con trastorno límite de personalidad informaron puntuaciones más altas en los estilos de apego preocupados y temerosos que los grupos de comparación con los pacientes con depresión sin trastorno límite. Un modelo mixto de apego preocupado y temeroso fue más frecuente en el grupo de trastorno límite de personalidad y se asoció con un riesgo 3 a 20 veces mayor de diagnóstico de trastorno límite de personalidad. Las puntuaciones en los estilos de apego preocupados y temerosos se correlacionaron con las

características de la perturbación interpersonal en el trastorno límite de la personalidad. Una combinación de estilo de apego preocupados y temerosos, en entrevistas autoinformadas fue más específica para trastorno límite de personalidad que el estilo de apego de inseguridad en general o de soledad.

2.2 Bases teóricas

Importancia y epidemiología

El trastorno de personalidad límite, también conocido como personalidad de tipo borderline tiene una prevalencia de vida de aproximadamente el 6 por ciento según los últimos estudios actualizados hasta septiembre del 2018, por la Auburn University, refiere además que se asocia a la condición de tener que recibir atención clínica extensa sea porque lleva inconsciente o conscientemente a buscar ayuda por diversos medios desde amigos/conocidos hasta profesionales médicos. Este trastorno se estudia y ha sido estudiado desde hace muchos años, más ampliamente que cualquier otro trastorno de la personalidad, y que, a pesar de estos esfuerzos, los pacientes continúan padeciendo una considerable morbilidad y una mayor mortalidad en comparación con el resto de la población ²⁴.

El trastorno límite de la personalidad es muy común en nuestra sociedad, los profesionales que tenemos la suerte de trabajar en centros de salud mental lo vemos a diario, las encuestas más grandes que se han hecho (no médicas) no obstante representativas en los Estados Unidos estiman que la prevalencia puntual del trastorno límite de la personalidad es del 1,6 % y la prevalencia de por vida es del 5,9 %. Los estudios en entornos clínicos en éste mismo país dicen que el trastorno límite de la personalidad estaba presente en el 6,4% de los pacientes de atención primaria, el 9,3% de los pacientes ambulatorios psiquiátricos y aproximadamente el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, lo que resulta de gran interés para las especialidades de salud mental ²⁵⁻²⁷.

Se ha determinado la proporción de mujeres respecto a hombres con este

trastorno es mayor en las poblaciones clínicas que en la población general encontrándose la siguiente proporción 3: 1 en entornos clínicos. Sin embargo, esta diferencia de la prevalencia de vida útil del trastorno límite de la personalidad no difiere significativamente entre hombres y mujeres ^{24,25}. Esta contradicción se explica porque las mujeres con trastorno límite tienen más probabilidades de buscar tratamiento que los hombres según los mismos estudios. En un estudio de pacientes con este trastorno, además se encontró que hombres y mujeres tenían tasas similares de historia de trauma infantil, dato relevante para el presente estudio, así también el funcionamiento psicosocial actual era similar en ambos sexos ²⁸.

Los hallazgos de los estudios con respecto a la relación entre el trastorno límite de la personalidad y las diferentes etnias, son mixtos. En un estudio de pacientes que acudieron a centros clínicos, por medio de entrevistas semiestructuradas y aplicadas de manera confiable, se encontró tasas significativamente más altas de trastorno límite de la personalidad en los pacientes "latinos" en comparación con los caucásicos y los afroamericanos ²⁹. Otro estudio de carácter epidemiológico realizado en Estados Unidos encontró que la prevalencia de trastorno límite de la personalidad era menos frecuente entre los hombres y mujeres hispanos ²⁶, mientras que otro estudio encontró que no estaba significativamente relacionado con la raza y el origen étnico ²⁵, lo que orienta a continuar estudios epidemiológicos puesto que no es concluyente por lo pronto, además probablemente resulte difícil distinguir la etnia de los hábitos o del desarrollo psicosocial.

Al revisar literatura que se refiera al contexto local, dentro del Perú no se cuenta con estudios importantes epidemiológicos referidos al trastorno de personalidad de tipo límite, o caso contrario no se cuenta con accesibilidad. Considero que este es un motivo más que alienta a los profesionales de salud mental que pongan las primeras piedras y luego continúen haciendo estudios importantes, a nivel local.

El trastorno límite de personalidad y sus comorbilidades

Los trastornos psiquiátricos coexistentes en pacientes con trastorno de personalidad límite son bastante frecuentes, especialmente se ha encontrado coexistencia con bipolaridad o depresión unipolar (trastornos del estado de ánimo), trastornos de ansiedad, trastornos por uso o abuso de sustancias, de la alimentación y trastornos somatomorfos (tabla 1)³⁰.

Trastorno del eje I	Sujetos con trastorno límite de personalidad. N= 379	
	n	Porcentaje
	Trastornos del estado de ánimo	365
Depresión mayor	314	83
Distimia	146	39
Trastorno bipolar II	36	9
Desórdenes de ansiedad	335	88
Trastorno de estrés postraumático	212	56
Trastorno de pánico	181	48
Fobia social	174	46
Fobia simple	120	32
Desorden obsesivo compulsivo	59	16
Trastorno de ansiedad generalizada	51	13
Agorafobia	46	12
Trastornos por uso de sustancias	243	64
Abuso de alcohol / dependencia	198	52
Abuso / dependencia de drogas	175	46
Trastornos de la alimentación	201	53
Bulimia nerviosa	97	26
Anorexia nerviosa	79	21
Trastorno alimentario no especificado de otra manera	99	26
Trastornos somatomorfos	39	10
Hipocondriasis	18	5
Trastorno de somatización	16	4
Trastorno de dolor somatoforme	16	4

En las encuestas epidemiológicas se encontró que el 85 por ciento de las personas con el trastorno límite tienen al menos un trastorno mental comórbido, dato que, al no reflejarse directamente, estaría siendo probablemente sub diagnosticado. Las exacerbaciones agudas de los trastornos mentales

comórbidos, muchas veces acompañadas de pensamientos o ideación suicida, generalmente poco estructurada o intentos suicidas, a menudo precipitan rápidamente la búsqueda de tratamiento o la hospitalización²⁵.

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad con frecuencia cumplen con los criterios para otros trastornos de personalidad; sin embargo, podemos decir que los estudios no han sido consistentes en cuanto a qué trastornos de personalidad ocurren con más frecuencia ²⁵.

En el hospital Victor Larco Herrera, se propone darles más importancia a los rasgos de personalidad, de tipo impulsivo, e inestable que dibujen la silueta del trastorno límite de personalidad para que con criterio médico poder ir manejando el diagnóstico no apresurado y su respectivo tratamiento que por lo general es multidisciplinario. En este sentido sería muy útil continuar la línea de estudio para los rasgos de personalidad inestable y de otros tipos de trastorno de personalidad.

Se ha encontrado en un estudio en que las mujeres y los hombres con trastorno límite de la personalidad tienen tasas similares de síntomas de depresión mayor como comorbilidad, pero a la vez tasas diferentes de otros trastornos psiquiátricos que veremos a continuación ²⁸:

Trastorno de estrés postraumático (mujeres VS hombres, 51% contra 31%)

Trastorno alimentario (42% contra 19%)

Alteración de la identidad (67% contra 48%)

Trastorno por uso de sustancias (58% contra 85%)

Trastorno de personalidad antisocial (10% contra 30%)

Trastorno de personalidad narcisista (5% contra 22%)

Trastorno esquizotípico de la personalidad (10% contra 25%)

Los datos expuestos en 2015 y 2016 de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas III, según los criterios diagnósticos del DSM-5, refieren asociaciones significativas entre el trastorno por consumo de alcohol de 12 meses y de por vida, esto en todos los niveles de gravedad,

trastorno por uso de drogas y trastorno de personalidad de tipo límite ³¹.

Es importante para el presente estudio comprender la multifactoriedad del trastorno límite de la personalidad puesto que tratamos de dilucidar un componente importante que está presente en las características familiares de los pacientes con este trastorno de personalidad, así como la relación que mantuvieron con el paciente. Por lo tanto, describiremos aquí, de manera sucinta, la información que se tiene acerca de la patogenia del trastorno límite de la personalidad hasta la actualidad.

Patogenia del trastorno límite de personalidad

Se desconoce la causa del trastorno de personalidad límite. La mayoría de las hipótesis sugieren que se debe a una combinación de factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales ⁹.

Factor genético

Existe una evidencia moderada de por medio de transmisión genética se pueda transmitir este trastorno por lo tanto la heredabilidad del trastorno. Dos estudios encontraron que la tasa de concordancia para el trastorno de personalidad límite era mayor en los gemelos monocigóticos en comparación con los gemelos dicigóticos (35 y 36 por ciento versus 7 y 19 por ciento). Un tercer estudio de gemelos encontró que la proporción de varianza en el trastorno de personalidad de tipo límite en la comunidad general, podía ser explicada por influencias ambientales, de mejor manera que por influencias genéticas (58 contra 42 por ciento de la varianza) ³².

Otro enfoque propuesto para estudiar la base genética del trastorno ha tratado de identificar la heredabilidad de los endofenotipos, como algunos rasgos de personalidad o de comportamientos psicopatológicos. Interesantemente una revisión apoyó la idea de que una predisposición genética a la desregulación emocional, combinada con un entorno no validador (no de apoyo) principalmente de parte de los padres, conduce al desarrollo del trastorno de personalidad límite. Recién se ha comenzado con las investigaciones sobre la genética del trastorno límite de la personalidad y probablemente se centrarán

cada vez más en los endofenotipos y en las interacciones de estos y el medio ambiente ³².

Neurobiológica

La investigación neurocientífica a nivel mundial también ha empezado a dar sus primeras conclusiones, sugiere que de alguna manera la función neuropeptídica alterada (muy probablemente en relación estrecha con las alteraciones genéticas) se encuentra detrás de los problemas interpersonales de estos pacientes. Se cree que la inseguridad al momento del apego, puede conducir a deficiencias en el dominio social, incluidas las representaciones inadaptadas de sí mismo, de los demás y del yo en relación con los demás, se encuentra en el núcleo de las dificultades en las relaciones interpersonales de los pacientes con trastorno de personalidad límite y puede ser modulada por el sistema oxitocinérgico (de la oxitocina). Además, diversos estudios de neurotransmisores junto con los estudios de neuroimágenes han comparado a pacientes con trastorno de personalidad límite con controles sanos, y encontraron alteraciones o diferencias significativas, como disfunción de serotonina y reducciones encefálicas bilaterales en áreas tales como el hipocampo, la amígdala y otras regiones del lóbulo temporal medio, aunque aún es difícil interpretar tales resultados porque los estudios reclutaron e investigaron a pacientes adultos que ya cumplían con los criterios para el trastorno de personalidad límite. Por lo tanto, en este momento de las investigaciones no está claro si los correlatos neurobiológicos observados significan causas etiológicas o secuelas del trastorno, o los dos. Hacer esta distinción requiere un estudio longitudinal que incluya niños o adolescentes antes que desarrollen el trastorno. Podemos concluir diciendo que la especificidad del neurotransmisor junto con los hallazgos de neuroimagen a trastorno límite de personalidad también se desconoce ³².

Los hallazgos de la investigación demuestran déficits neuropsicológicos difusos en pacientes con trastorno de personalidad límite relacionados en gran medida con el funcionamiento del lóbulo frontal en general y apoyan la idea de que muchos síntomas del trastorno, como la inestabilidad afectiva y la alteración de

la identidad, se deben a conexiones interrumpidas entre la corteza prefrontal y otras regiones de la corteza cerebral que controlan Funciones cognitivas superiores ³².

Psicosocial

Los estudios han demostrado que es común encontrar en pacientes con trastorno de personalidad límite una historia de trauma infantil. Sin embargo, la relación entre el trauma y el trastorno de personalidad límite tampoco es del todo clara. El trauma infantil definitivamente no siempre está presente en pacientes con trastorno límite, y muchas personas que sufren abuso claramente no desarrollan trastorno de personalidad límite a lo largo del tiempo ³³.

El trauma que suele estar presente en la historia de los pacientes con trastorno de personalidad límite y puede tomar muchas formas, incluido el abuso sexual, el abandono, el abuso físico, el abuso verbal y la separación o pérdida temprana de los padres. Una revisión sistemática encontró altos índices de abuso sexual (16 a 71 por ciento) y físico (10 a 73 por ciento) en la niñez ³³.

En un estudio de comunidades de tipo prospectivo y longitudinal realizado en 639 niños, se encontró que el abuso o la negligencia infantil se asoció significativamente con el trastorno de personalidad límite en la edad adulta, después de controlar la educación de los padres y la psicopatología de los padres (razón de probabilidades [OR] 7,7, IC 95%: 1.8 33.5) ³⁴.

Otros estudios contradictoriamente no han encontrado que el abuso sexual en la niñez sea un factor de riesgo importante o necesariamente causal del trastorno límite. También se han considerado los hallazgos de metanálisis que han encontrado solo tamaños de asociación pequeños entre el abuso sexual infantil y el trastorno de personalidad límite. Lo mismo, así como para la asociación entre el abuso sexual infantil y el comportamiento auto agresivo (una de las manifestaciones comunes del trastorno de personalidad límite) ³⁵.

Un metaanálisis al estudiar estudiantes universitarios con un historial de abuso sexual en la niñez encontró que estaban un poco menos adaptados que los

estudiantes de control. Una menor adaptación se puede atribuir directamente al abuso sexual infantil porque el entorno familiar puede confundirse constantemente con el abuso sexual infantil ³⁵.

Un estudio longitudinal de más de 1300 pares de gemelos seguido desde la edad de 11 a 24 años mostró que la asociación entre el abuso infantil y el trastorno de personalidad límite provino de influencias genéticas comunes, que eran vulnerabilidades hereditarias de los trastornos de internalización y externalización en general ³⁶.

Un estudio prospectivo de 500 personas con casos claros y documentados de abuso y negligencia física y sexual durante la infancia, encontró que más niños abusados y/o descuidados físicamente, cumplían con los criterios para trastorno de personalidad límite como adultos, en comparación con los controles. Las personas con antecedentes de abuso sexual infantil no tenían un mayor riesgo de padecer trastorno de personalidad límite.

Por lo tanto, los factores de riesgo relevantes como tener un padre con problemas de drogas o alcohol, no estar empleado a tiempo completo, no ser graduado de la escuela secundaria, y tener un diagnóstico de abuso de drogas, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático, explica de mejor manera, la relación entre el abuso, la negligencia y el trastorno de personalidad límite en adultos. sugiriendo múltiples vías para el desarrollo de este trastorno.

2.3 Definición de términos básicos

Rasgo de personalidad: Es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que le otorga a una persona la tendencia a comportarse de una forma consistente en muchas situaciones distintas ³⁷.

Trastorno de personalidad: Es un patrón permanente e inflexible de vivencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta,

es estable a lo largo del tiempo y genera malestar o perjuicios para el sujeto ³⁷.

Impulsividad: En el contexto psiquiátrico se refiere a una característica de la personalidad caracterizada por la predisposición a reaccionar de rápida, inesperada y desmedidamente ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo propio del individuo (interno), sin una reflexión suficiente previa que le permita tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos además la dificultad que presenta una persona para inhibir ciertos comportamientos o conductas como demorar respuestas, esperar turnos, inhibir comportamientos o comentarios inapropiados ³⁷.

Autocontrol: Es la capacidad que tienen las personas de gestionar de una manera voluntaria y consciente sus actos, expresiones verbales o su comportamiento en general ³⁷.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Existe relación entre la disfunción familiar en la infancia y el trastorno de personalidad límite en el Hospital Víctor Larco Herrera 2021.

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE		DEFINICIÓN	POR SU NATURALEZA	INDICADORES	ESCALA	CATEGORÍAS
Trastorno de personalidad Límite		Personalidad impulsiva, que conduce a relaciones conflictivas, riesgo de autolesividad.	Cualitativa	Diagnóstico médico		
Disfunción familiar durante la Infancia	Conflicto con Padres	Información sobre la disfunción familiar durante la infancia, obtenida por entrevista	Cualitativa	Entrevista Psiquiátrica	Nominal	Si / No
	Violencia Familiar			Entrevista Psiquiátrica	Nominal	Si / No
	Falta de Autoridad Sana			Entrevista Psiquiátrica	Nominal	Si / No
	Sobreproteccion			Entrevista Psiquiátrica	Nominal	Si / No
	Abandono Emocional			Entrevista Psiquiátrica	Nominal	Si / No
EDAD		Tiempo de vida desde su nacimiento	Cuantitativa	Años	Razón	Años
SEXO		Genero sexual	Cualitativa	SEXO	Nominal	Masculino Femenino
GRADO DE INSTRUCCIÓN		Grado más elevado de estudios	Cualitativa	Informacion del Paciente	Ordinal	Primaria Secundaria Superior
Nivel Socio Económico durante la Infancia		Medida total económica y sociológica	Cualitativa	Ingreso Económico Familiar	Ordinal	Bajo Medio Alto

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio es de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Está constituido por todas las personas que tengan el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.

Población del estudio

El estudio tomará como muestras pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, varones o mujeres, que acudan a consultorios del Hospital Víctor Larco Herrera, durante el período 2021 – 2022.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

Tener diagnóstico de trastorno de personalidad Límite.

Estar de acuerdo con participar el estudio

Haber firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión

En este estudio no habrá criterios de exclusión

Tamaño de la muestra

Será a toda la población del estudio.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Para obtener los datos necesarios para analizar, se utilizará una entrevista semiestructurada donde el profesional médico psiquiatra o psicólogo especializado recolectará los datos confiables requeridos que se muestran en la ficha de recolección (anexo 1).

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se ordenarán, analizarán los datos epidemiológicos según

edad, sexo, grado de instrucción y nivel socioeconómico. Para examinar las variables relacionadas con la disfunción familiar se analizarán y según los resultados, se analizarán individualmente y en conjunto, para analizar y buscar relación entre las variables. En cuanto a la libre observación de los entrevistadores, se buscará patrones en común y si así fuera se considerará como variable y se analizará junto con las demás variables. Para el estudio de relación entre variables se utilizará el análisis de chi cuadrado.

Se utilizará una computadora:

Nombre del dispositivo	DESKTOP-7L5VOR3
Procesador	Intel(R) Core(TM) i5-7200U CPU @ 2.50GHz 2.71 GHz
RAM instalada	8.00 GB

Los resultados serán expuestos en tablas y gráficos, que se explicarán a continuación señalando los hallazgos resaltantes.

4.5 Aspectos éticos

Se utilizará un consentimiento informado (anexo 2) donde se explicará la condición de anónimo, luego de lo cual se iniciará la entrevista semiestructurada.

Se debe contar con el permiso del Director del Hospital Victor Larco Herrera.

El principal riesgo del que el paciente estará receloso, será la confidencialidad de los datos brindados, por ejemplo, la violencia familiar o sexual. Por lo que la participación en el estudio será voluntaria. El presente estudio se ciñe a la normativa ética internacional.

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	500
Adquisición de software	1000
Soporte técnico	300
Impresiones	400
Logística	600
Movilización del equipo de trabajo y refrigerio	1000
TOTAL	3800

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC, DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 62(6):553. (Internet) extraído el 3 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=17217923>
2. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. 2008;69(4):533. (Internet) extraído el 4 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=18426259>
3. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 62:553. (Internet) extraído el 4 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=17217923>
4. 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; 69:533. (Internet) extraído el 4 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=18426259>
5. Gross R, Olfson M, Gameroff M, et al. Borderline personality disorder in primary care. Arch Intern Med 2002; 162:53. (Internet) extraído el 4 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis/abstract/5>
6. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 2005; 162:1911. (Internet) extraído el 4 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis/abstract/6>
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington 2013.
8. Chavira DA, Grilo CM, Shea MT, et al. Ethnicity and four personality disorders. Compr Psychiatry 2003; 44:483. (Internet) extraído el 4 de

septiembre de 2018. disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=14610727>

9. Sadock b. Sadock V. Kaplan y Sadock, Sinopsis de Psiquiatría, 10 ma edición, 2009.
10. Karamanolaki H, Spyropoulou AC, Iliadou A, Vousoura E, Vondikaki S, Pantazis N, Vaslamatzis G Birth order and memories of traumatic and family experiences in Greek patients with borderline personality disorder versus patients with other personality disorders. (Internet) 2016 extraído el 20 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27583811>
11. Infurna MR, Brunner R, Holz B The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. (Internet) 2016 extraído el 15 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25905734>
12. Nelson DA, Coyne SM, Swanson SM Parenting, relational aggression, and borderline personality features: associations over time in a Russian longitudinal sample (Internet) 2014 extraído el 20 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25047298>
13. Zielinski MJ, Borders A y Giancola PR. Does hostile rumination mediate the associations between reported child abuse, parenting characteristics and borderline features in adulthood? (Internet) 2015 extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pmh.1306>
14. Whalen DJ, Scott LN, Jakubowski KP. Affective behavior during mother-daughter conflict and borderline personality disorder severity across adolescence. (Internet) 2014 extraído el 20 de septiembre de 2018. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24588065/>
15. Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. (Internet) 2014 extraído el 20 de septiembre de 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24443951>
16. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. (Internet) 2014 extraído el 20 de septiembre de 2018. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605274/>

17. Distel MA, Willemsen G, Ligthart L, Derom CA, Martin NG, Neale MC, Trull TJ, Boomsma DI. Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. (Internet) 2010 extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705216/>
18. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. (Internet) 2007 extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9247396>
19. Widom CS, White HR, Czaja SJ, Marmorstein NR. Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. 2007 extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17446970>
20. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. 2008, extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18310572>
21. Martino F, Lia L, Bortolotti B, Menchetti M, Monari M, Ridolfi ME, Sanza M, Sasdelli A, Berardi D. The family of a patient with borderline personality disorder: burden of illness and interventions for caregivers. 2014, extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25424333>
22. Winsper C, Zanarini M, Wolke D. Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. 2012, extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22475090>
23. Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. 2011, extraído el 20 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727257>
24. Blashfield RK, Intoccia V Growth of the literature on the topic of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(3):472. Department of Psychology, Auburn University
25. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62:553.

26. 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; 69:533.
27. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1911.
28. Johnson DM, Shea MT, Yen S, et al. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry* 2003; 44:284.
29. Chavira DA, Grilo CM, Shea MT, et al. Ethnicity and four personality disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44:483.
30. Zanarini, MC, Frankenburg, FR, Dubo, ED, et al. Number of patients with borderline personality disorder who met criteria for other Axis I disorders. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998;
31. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et al. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:757.
32. Andrew Skodol, MD et al. Murray B Stein, MD, MPH Borderline personality disorder: Epidemiology, clinical features, course, assessment, and diagnosis 2018, extraído el 27 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis>
33. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. 2000, extraído el 27 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10729933>
34. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood.1999, extraído el 27 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://xn5al2rk9y.search.serialssolutions.com/?sid=Entrez:pubmed&id=pmid:10401504>
35. Fossati A, Madeddu F, Maffei C , Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. 1999, extraído el 27 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://xn5al2rk9y.search.serialssolutions.com/?sid=Entrez:pubmed&id=pmid:10498039>

36. Klonsky ED, Moyer A Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. 2008, extraído el 27 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://xn5al2rk9y.search.serialssolutions.com/?sid=Entrez:pubmed&id=pmid:18310572>
37. Galimberti U. Diccionario de Psicología, 1ra edición. 2002, Mexico: editors siglo xxi 2002.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
<p>Objetivo General</p> <p>Establecer la relación existente entre la disfunción familiar y el trastorno de personalidad límite en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el 2021</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar la prevalencia de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar el funcionamiento interpersonal de la familia en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar el conflicto con los padres en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar la violencia familiar en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar la falta de autoridad sana en la familia de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar la sobreprotección en los pacientes</p>	<p>Existe relación entre la disfunción familiar en la infancia y el trastorno de personalidad límite en el Hospital Víctor Larco Herrera 2021</p>	<p>Retrospectivo Observacional Analítico Transversal</p>	<p>La muestra estará conformada por todos los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, varones o mujeres, que acudan a consultorios del Hospital Víctor Larco Herrera, durante el período 2021 – 2022.</p> <p>Para obtener los datos necesarios para analizar, se utilizará una entrevista semiestructurada donde el profesional médico psiquiatra o psicólogo especializado recolectará los datos confiables requeridos que se muestran en la ficha de recolección (anexo 1)</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

<p>diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar el abandono emocional en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p> <p>Determinar la relación entre el funcionamiento interpersonal de la familia en los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad límite.</p>				
--	--	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección N° _____

Edad	Sexo	F	M
------	------	---	---

Grado de instrucción Analfabeto Primaria Secundaria Superior

Nivel socioeconómico Bajo Medio Alto

El personal especializado Psicólogo/Psiquiatra realizará una entrevista semiestructurada a la persona con diagnóstico de Trastorno de Personalidad límite, con la finalidad de conocer si las siguientes condiciones de vida, que a continuación se presentan, estuvieron presentes a lo largo de la vida del sujeto a examinar observando y describiendo la intensidad y las aparentes consecuencias y lo que el entrevistador considere relevante.

¿Existió conflicto con padres?

¿Existió violencia familiar?

¿Existió falta de autoridad sana?

¿Existió sobreprotección?

¿Existió abandono emocional?

3. Consentimiento informado

Se me ha invitado a participar en el estudio “disfunción familiar en la infancia y trastorno de personalidad límite”. He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,, Cédula de Identidad DNI....., de nacionalidad....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en
....., consiento en participar en la investigación.

Firma
Nombre: