



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA**

**“FACTORES PREDISPONENTES RELACIONADOS AL TRASTORNO
LIMITROFE DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES, HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ, PUENTE PIEDRA, JULIO-DICIEMBRE 2019”**

Autor:

M.C. ALEMAN ESLAVA, MYRIAM HORTENSIA

Asesor:

Dr. Horacio Vargas Murga.

**LIMA – PERU
2019**

RESUMEN

Actualmente se presenta en nuestra sociedad, como problema de salud pública en los adolescentes; el abuso de alcohol, intentos suicidas, lesiones autoinfligidas, trastornos de conducta alimentaria entre otros. Los cuales son características del trastorno de personalidad limítrofe y se ve que en los últimos años está incrementando notablemente en lugares de bajos recursos socioculturales. Por esta razón el presente trabajo de investigación se realizará en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ubicado en el distrito de Puente Piedra, con el objetivo de poder identificar los factores predisponentes relacionados al trastorno limítrofe de personalidad en adolescentes. Que permitirá tomar medidas preventivas para atenuar este trastorno y así mejorar la salud mental de la población. Se realizará un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, con una muestra 225 pacientes. Se utilizará el método de selección probabilístico, aleatorio simple. Los resultados se expresarán en frecuencias y porcentaje, utilizándose el programa SPSS 20 para generar medidas de resumen. Se utilizará el cuestionario validado.

Palabras Claves: Adolescentes, Trastorno limítrofe de personalidad, Factores predisponentes.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad (DBP) es caracterizado por inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen, de los afectos y escaso control de impulsos (sexuales gastos económicos, conducción, comida y drogas). Además, episodios parasuicidas como sobredosis, cortes, sentimientos crónicos de vacío, en algunos casos, puede presentar alucinaciones e ideas paranoides, relacionadas con el estrés y síntomas disociativos.¹

Un estudio epidemiológico mostró que un 85% de pacientes con DBP tiene un trastorno mental comórbido como mínimo. Dentro de las principales comorbilidades tenemos: el trastorno depresivo, ansiedad, trastorno por abuso de sustancias, trastornos alimentarios y trastornos somatomorfos. También está el trastorno de estrés postraumático y trastorno de identidad disociativa. Es común en ambos sexos. Los estudios estiman que la prevalencia es de 1.6% y la prevalencia de vida es de 5.9%. La proporción de mujeres y varones es de 3 a 1, sin embargo, estudios epidemiológicos en EE. UU no difiere la proporción con el sexo.²

Hasta el momento no se conoce la causa exacta del trastorno, pero diversas hipótesis sugieren que es debida a combinación de factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales.³ Dentro de los factores genéticos encontramos un estudio que muestra que hay una alta relación entre el estado de metilación de APBA3 y MCF2 y el resultado del tratamiento con DBT (terapia conductual Dialéctica), ambos genes están significativamente más metilados en los pacientes que respondían al tratamiento en comparación con los pacientes que no respondían.⁴

Se encontró que la remisión ocurría en 45% de pacientes con DBP y en las últimas 2 décadas según estudios prospectivos longitudinales se encontró también que en su gran mayoría experimentaban remisión del DBP, otros pacientes presentaron una remisión prolongada de 78% y con un tiempo de duración de aproximadamente 8 años.⁵

Dentro de la neurobiología se sugiere que hay alteración de la función del neuropéptido, además se encontró anomalías como disfunción de la serotonina y reducciones bilaterales en el hipocampo, amígdala y otras regiones del lóbulo temporal.⁶ Cabe resaltar que situaciones de abandono y maltrato infantil se asocian al DBP en la adolescencia y vida adulta.⁷

Según María José Mardomingo los trastornos que presentan durante la adolescencia son variables que se manifiesta por actitud retardada, negativista, que se caracteriza con predominio de agresividad, impulsividad e insensibilidad, con explosiones de cólera, rabietas y manipulaciones que repercuten en las relaciones interpersonales y rendimiento escolar.⁷

Se diagnostica a una persona con DBP a partir de los 18 años, pero los rasgos aparecen en la infancia y se agudizan en la adolescencia. Aunque la investigación de este trastorno ha sacado a luz nueva información valiosa generando así un gran progreso, aún se necesitan estudios para detectar a niños en alto riesgo de desarrollar DBP.⁸

En la niñez se sufre el abandono, negligencia y el abuso físico y sexual, estos van a estar ligados a un DBP en la adolescencia y en la vida adulta. Estos niños maltratados sufren frecuentemente de dificultades del aprendizaje, hiperactividad, trastornos de conducta, depresión, ansiedad y una pobre imagen corporal, hasta llegar en la adolescencia al abuso de drogas.⁹

El maltrato puede ser tanto físico como abuso sexual, abuso verbal, negligencia, separación parental temprana o pérdida de alguno de los padres. Se encontró en un estudio en una comunidad que el abuso infantil o negligencia, eventual y significativamente, se asocia a DBP en edad adulta joven. También se encontró en otro que la violencia física en la infancia y en situaciones de maltrato o descuido, tienen la misma probabilidad de desarrollar o desencadenar DBP en la edad adulta.¹⁰

Tener un padre con problemas de abuso de drogas, alcohol, sin un trabajo estable o a tiempo completo, no tener secundaria completa o que tenga un trastorno depresivo mayor o estrés postraumático” es un factor predisponente para tener un hijo con DBP. Estudios previos sobre el desarrollo BPD nos habla de una transmisión generacional de la calidad de relación entre padres e hijos, específicamente en mujeres adolescente con BPD. Así mismo conocemos que el pobre cuidado maternal que fue reportado por los padres predispone a que los hijos con BPD. También el estrés paternal asociado con el bajo cuidado que recibió por parte de su madre predispone a hijos con BPD en hijos adolescentes.¹¹

Aumento de riesgo de BPD en adolescentes que tienen comportamientos autolesivos y que tienen conductas de riesgo. Las lesiones autoinfligidas están relacionadas con los índices de probabilidad más alta para trastorno de BPD. Estos comportamientos autolesivos son independientes de ideación suicida. Un comportamiento de riesgo podría ser un marcador para identificar tempranamente la vulnerabilidad para desarrollar trastornos psiquiátricos en la adolescencia.¹² Además, se conoce que el comportamiento agresivo y el comportamiento de riesgo (como uso de sustancias) tiene como finalidad regular emociones negativas como la tristeza, ira, el vacío y evitar el rechazo social. Tan pronto como el adolescente se involucra en comportamiento agresivo y de riesgo, el riesgo de presentar DBP aumenta en la vida. Y mientras disminuye las autolesiones, aumenta el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Al hablar del comportamiento suicida sabemos que es la 3ra causa de muerte en niños y adolescentes en EE. UU., en edades de 10 a 19 años.¹³

Las tasas de suicidio disminuyeron en la década de 1980 y 2003 y aumentaron en 2003 y 2004. En el 2009 se reportó 922 suicidios en adolescentes menores de 19 años. El suicidio representó el 14% de las muertes en adolescentes de 15 a 19 años y 8% de las muertes en los niños de 10 a 14 años.¹⁴

Como sabemos la ideación suicida precede a los intentos de suicidio y en una encuesta representativa en EE. UU. se encontró que entre los adolescentes que han sufrido la ideación suicida, se produjo un intento posterior en el 34%.¹⁵

Se conoce también que la ideación suicida es más común en mujeres que varones y las mujeres están más propensas a tener un plan específico de suicidio sin embargo las muertes son más comunes en varones. Las mujeres escogen medios menos letales como sobredosis o cortes y los niños eligen armas de fuego y elementos colgantes.¹⁶

Pacientes pediátricos que presentan comportamiento suicida necesitan recibir psicoterapia, terapia cognitivo conductual, terapia de comportamiento dialéctica y terapia familiar.

La administración emergente de antidepresivos no tiene ningún papel en el manejo agudo del niño o adolescente suicida, sin embargo, muchos pacientes son tratados con antidepresivos por presentar un trastorno psiquiátrico subyacente.

Los principales factores de riesgo predisponentes y precipitantes de la conducta suicida en niños y adolescentes van a incrementar el riesgo de un individuo para el suicidio e incluyen: los trastornos psiquiátricos siendo el más común la depresión mayor, intento de suicidio previo, historia familiar de comportamiento suicida o trastorno del estado de ánimo, historia de abuso físico y sexual, exposición a violencia, factores biológicos donde influye la serotonina que juega un papel en la ideación suicida.

Al hablar de factores precipitantes mencionamos el acceso a los medios, consumo de alcohol y drogas, exposición al suicidio, aislamiento y estrés social y factores emocionales y cognitivos.

Según estudios retrospectivo en autopsia psiquiátrica de 119 sujetos que se suicidan el 91% tiene diagnóstico psiquiátrico.¹⁷

Entre los factores asociados con menor tiempo de remisión se encuentran pacientes de 25 años o más jóvenes, buen funcionamiento en trabajo o escuela no historia de abuso sexual infantil, ausencia de Cluster ansiosos comórbidos, bajo neuroticismo y afabilidad alta. La prevención y una temprana intervención constituye unos los pilares principales para el desarrollo del DBP o su evolución será compleja e irreversible.

Diferentes estudios señalan que la patología psiquiátrica en la infancia tiene una prevalencia del 10 al 15%. Por lo tanto, debemos tener claro que la detección precoz de los trastornos de conducta permite mejorar el pronóstico y disminuir la morbilidad.¹⁸

En nuestro país debe implementarse la prevención de enfermedades mentales, en especial la el trastorno de personalidad limítrofe. Para poder hacer esto se identificará los factores predisponentes, al identificarlos serán nuestro objetivo en charla y en las medidas preventivas para poder romper los ciclos de padres-hijos con TLP. Se realizará la investigación no experimental cualitativa y prospectiva. Considero interesante la presente investigación porque su población objetivo serán los adolescentes con trastornos de personalidad limítrofe, que es un problema de salud público, más aún en nuestro país. Su resultado conllevará a impartir la prevención del problema en el distrito de objeto de estudio.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de los factores predisponentes en el Trastorno Límite de Personalidad en adolescentes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, julio a diciembre, 2019.

Objetivo Específico

- Determinar la edad, sexo y grado de instrucción de la población objetivo.
- Valorar la disfuncionalidad familiar.
- Conocer si padecen de violencia psicológica y física.
- Conocer si existió tocamientos indebidos o abuso sexual.
- Determinar si ha tenido comportamientos parasuicidas.
- Determinar si ha tenido conductas riesgo.
- Conocer si existe malas relaciones interpersonales.
- Validar las fluctuaciones del estado de ánimo.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Observacional, transversal, prospectiva

Población

Pacientes adolescentes que acudieron a emergencia y consulta externa del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ubicado en el distrito de Puente Piedra, en los meses de julio a diciembre de 2019.

Criterios de Inclusión

- Pacientes adolescentes hombres y mujeres (10 a 19 años)
- Pacientes adolescentes que acudieron a emergencia y consulta externa del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ubicado en el distrito de Puente Piedra, en los meses de julio a diciembre de 2019.
- Que ha sido ingresado por al menos 1 intento de suicidio no planificado, lesiones autoinfligidas, abuso de drogas o con desordenes de trastorno alimentario y/o tienen malas relaciones interpersonales.

Criterio de exclusión:

- Hombres y mujeres fuera de ese rango de edad.
- Que no se atiende en ese hospital.
- Que ha sido ingresado por al menos 1 intento de suicidio planificado
- Que no acepten consentimiento para realizar la encuesta.

Muestra

El universo son 540 pacientes, porque son 90 adolescentes al mes, la investigación se hará en 6 meses. Se tomará el 50% de los pacientes, el método de selección que se usará es probabilístico, aleatorio simple. Se codificará a los 225 pacientes, en números para aplicar el instrumento a los números pares.

Definición operacional de variables

Variable	Tipo de variable	Subvariable	Definición operacional	Tipo	Escala
Factores Predisponentes	Independiente	Edad	Años cumplidos	Ordinal	Entre 10 a 19 años
		Sexo	El sexo es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Dicotómica	Masculino Femenino
		Grado de instrucción	Nivel de educación obtenido	Ordinal	1, 2, 3, 4 ,5, 6
		Familia disfuncional	Familias separadas/conflictivas/mala comunicación entre padres o padre e hijos/ no viven con los hijos/ abandono.	Dicotómica	Si No
		Violencia psicológica/física	Agresión verbal o físico.	Dicotómico	Si No
		Tocamientos/abuso sexual	Ataque de la libertad sexual.	Dicotómico	Si No
Trastorno Límite de personalidad		Comportamientos parasuicidas	ingestión de fármacos o intoxicación por órganos fosforados	Dicotómica	Si No

		Condu ctas de riesgo	Buscado repetida de peligro. Abuso de droga. Actuar sin pensar	Dicot ómica	Si No
		Relaci ones interpe rsonal es	Malas relaciones interpersonales.	Dicot ómica	Si No
	Depen diente	Fluctu acione s del estado de animo	Cambios del estado de ánimo brusco sin razón aparente.	Dicot ómica	Si No

Procedimientos y técnicas

Se validará el cuestionario por juicio de expertos. Se aplicará el cuestionario como instrumento junto con la entrevista. Las primeras 14 preguntas son sobre la variable independiente. El método a utilizar es de selección probabilístico, aleatorio simple.

Aspectos éticos del estudio

El proyecto se presentará al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Se utilizará el consentimiento informado en la aplicación del instrumento. Los datos y las historias clínicas no serán utilizadas para otros fines.

Plan de análisis

Los resultados se expresarán en frecuencias y porcentaje, utilizándose el programa SPSS 20 para generar medidas de resumen.

PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

Tipo	Servicios	Monto Total (S/.)
Adquisición de Bienes	Material de escritorio (Hojas, tóner de impresión, lápices, colores)	40.00
	Materiales de trabajo	100.00
	Refrigerios	100.00
Servicios Tarjetas telefónicas	Movilidad	30.00
	Impresión de lista de chequeo, fotocopias, cuadernillos	150.00
Total		420.00

CRONOGRAMA

N ^o	Actividades	Meses										OC T	NO V	DI C
		EN E	FE B	MA R	ABRI L	MAY O	JU N	JU L	AG O	SE T				
1.	Presentación del plan de tesis.													
2.	Revisión Bibliográfica.													
3.	Revisión y ampliación del marco teórico.													
4.	Elaboración del instrumento de investigación y recolección de datos.													
5.	Selección de participantes , elaboración de cronograma de visitas y primera aplicación del instrumento de investigación y recolección de datos.													
6.	Intervención según cronograma de visitas.													
7.	Segunda aplicación del instrumento de investigación y recolección													

	de datos.												
8.	Organización, sistematización y tabulación de los datos.												
9.	Análisis e interpretación de los resultados.												
10.	Redacción del borrador del informe de tesis.												
11.	Redacción del borrador del informe de tesis.												
12.	Elaboración y Presentación del informe de tesis final.												

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brad Foote, MD, Dissociative identity disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis, UpToDate, 2018.
2. Andrew Skodol, MD, Approach to treating patients with borderline personality disorder, UpToDate, 2018.
3. Bradd Foote, MD, Dissociative identity disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis, UpToDate, 2018.
4. Sara F Forman, MD, Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis, UpToDate, 2018.
5. Stephanie Kennebeck, MD, Liza Bonin, PhD, Suicidal behavior in children and adolescent: Epidemiology and risk factor, UpToDate, 2017.
6. Stephanie Kennebeck, MD, MD, Liza Bonin, PhD, suicidal ideation and behavior in children and adolescent: Evaluation and management, UpToDate, 2018
7. Infurna, María Rita, Fuchs Anna, Fischer-Waldschmidt, Gloria, et al., Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring, *Psychiatry Research*, 2016, 246:373-378.
8. Patricia Cohen PhD, Child Development and Personality Disorder, *Psychiatric Clinics of North America*, 2008, 31, pp. 477-493.
9. Vanwoerden Salome, Kalpakci Allison, Sharp Carla, The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence, *Psychiatry Research*, 2017, 257, pp. 462-471.
10. Gimeno E., Chiclana C, Borderline personality disorder in adolescence. Prevention and early intervention from a cognitive analytic approach, *European Psychiatry*, 2016, 33, pp. S505-S505.
11. Ghinea Denisa, Koenig Julian, et al., Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms, *Psychiatry Research*, 2019, 273, pp. 127-133.
12. Mardomingo María Jesús, 1st., España, Diaz de los Santos, 2015.
13. American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Author, Washington, DC.
14. Chanen, A.M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H.P., Rawlings, D., Jackson, H.J., 2008. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J. Personal. Disord.* 22, 353–364.
15. Madden, V., Domoney, J., Aumayer, K., Sethna, V., Iles, J., Hubbard, I., Giannakakis, A., Psychogiou, L., Ramchandani, P., 2015. Intergenerational transmission of parenting: findings from a UK longitudinal study. *Eur. J. Public Health* 25, 1030–1035
16. Richter-Appelt, H., Schimmelmann, B.G., Tiefensee, J., 2004. [Questionnaire on parental attitudes and rearing practices (FEPS)]. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 54, 23–33
17. Wang, M., Kviz, F.J., Miller, A.M., 2012. The mediating role of parent-child bonding to prevent adolescent alcohol abuse among Asian American families. *J. Immigr. Minor. Health Cent. Minor. Public Health* 14, 831–840

18. Whalen, D.J., Scott, L.N., Jakubowski, K.P., McMakin, D.L., Hipwell, A.E., Silk, J.S., Stepp, S.D., 2014. Affective behavior during mother-daughter conflict and borderline personality disorder severity across adolescence. *Personal. Disord.* 5, 88–96
19. Wiggins, J.L., Mitchell, C., Hyde, L.W., Monk, C.S., 2015. Identifying early pathways of risk and resilience: the codevelopment of internalizing and externalizing symptoms and the role of harsh parenting. *Dev. Psychopathol.* 27, 1295–1312
20. Kaess, M., Brunner, R., Chanen, A., 2014. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 134, 782–793.

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO DE FACTORES PREDISPONENTES DE TRASTORNO LIMITROFE DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES

FECHA:

Edad:

Sexo:

Grado de instrucción: Primaria ___ Secundaria _____

1. Divorcio de los padres.
Si No
2. Ser testigo de violencia verbal en la familia.
Si No
3. Ser testigo de violencia física en la familia.
Si No
4. Sufrir maltrato físico en la familia.
Si No
5. Conflictos entre los padres.
Si No
6. Haber estado a cargo de personas distintas de los padres (de la familia).
Si No
7. Haber estado a cargo de personas distintas de los padres (fuera de la familia)
Si No
8. Consumo de alcohol/ drogas en los padres.
Si No
9. Suicidios o intentos de suicidio de los padres.
Si No
10. Uno de los padres ingresa en prisión.
Si No
11. Muerte de la madre/padre.
Si No
12. Ha sufrido de abuso sexual.
Si No
13. Ha sufrido de tocamientos indebidos.
Si No
14. ¿Alguna vez se ha lesionado autoinfligidas?
Si No
15. ¿Consumes alcohol, tabaco o drogas?
Si No
16. ¿Toma usted decisiones de manera impulsiva?
Si No
17. ¿Tienes problemas para relacionarse con otras personas?
Si No
18. ¿Su estado de animo suele fluctuar constantemente sin razón alguna?

Si No
19. ¿En algún momento ha pensado/intentado en quitarse la vida?
Si No