

Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil

Relationship between adult psychopathology and traumatic events in childhood

Verónica Vitriol G.

Introduction. There is renewed interest in modern psychiatry in studying the link between psychopathology and traumatic events during childhood. **Methods.** The Marshall scale of childhood trauma was applied to 173 psychiatric patients at the Curicó Mental Hospital. The traumatic events were correlated with Axis I diagnoses and probable Axis II diagnoses according to DSM-IV. **Results.** Positive correlations were obtained between substance abuse and childhood events involving alcohol, physical abuse and forced sexual contact (correlations 0.19 $p < 0.01$, 0.22 $p < 0.003$ and 0.14 $p < 0.054$); depressive disorders were linked to backgrounds involving alcohol and physical abuse (correlations 0.15 $p < 0.04$, 0.16 $p < 0.026$); and probable personality disorders correlated with traumatic events of forced sexual contact, intrafamily violence, alcohol and physical abuse (correlations 0.3 $p < 0.0001$, 0.26 $p < 0.0004$, 0.26 $p < 0.0004$ and 0.17 $p < 0.01$). Logistic regressions were obtained between probable Axis II diagnosis and traumatic sexual events (odds ratio 2.6 $p < 0.009$) and alcohol (odds ratio 2.2 $p < 0.021$). **Conclusions.** The study suggests that there is a particular patient profile connected with traumatic events such as sexual abuse in childhood, and there is a need to continue with research in this country using standardized instruments, control groups, and prospective studies.

Key words: Childhood trauma, sexual abuse, psychopathology
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43(2): 88-96

Introducción

En la psiquiatría moderna existe un renovado interés en estudiar la relación entre la psicopatología adulta y los antecedentes traumáticos infantiles⁽¹⁻³⁾.

Algunos aspectos que han motivado este interés han estado dados, porque historias de trauma infantil y abuso sexual se obtienen más frecuentemente de lo esperado en pacientes psiquiátricos, particularmente en pacientes con trastornos afectivos, trastornos por alimentación, tras-

Recibido: Septiembre 2003

Aceptado: Marzo 2005

Unidad de Psiquiatría Hospital de Curicó.

Los datos expuestos en este artículo son parte de la tesis, con la cual la autora obtuvo el grado Magister en Psicología mención Psicoanálisis en la Universidad Andrés Bello, Santiago Chile 2004.

La autora no refiere posibles conflictos de interés.

tornos por somatización y trastornos de personalidad⁽⁴⁻⁹⁾. También se encuentran frecuentemente estos antecedentes en pacientes que consultan en los servicios de medicina por cuadros como colon irritable, cefalea y síntomas ginecológicos⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A lo anterior, se ha sumado la evidencia empírica de que fuentes de estrés ambiental, particularmente eventos vitales significativos, permitirían entender algunos de los hallazgos neurobiológicos encontrados en los cuadros depresivos⁽¹³⁾, por lo que actualmente la depresión se conceptualiza en un modelo integrado, que se origina en la interacción compleja entre una disposición genética y sucesos vitales significativos⁽¹⁴⁾.

En nuestro medio, a pesar de que las enfermedades mentales son de gran prevalencia⁽¹⁵⁾ y que la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil son un problema social declarado^(16,17), son escasos los estudios que describen o correlacionan los antecedentes de situaciones traumáticas vividas en la infancia en poblaciones adultas.

Estudios recientes, como el de Numhauser⁽¹⁸⁾, realizado en Chiloé a un grupo de 145 mujeres, encontró en 135 casos el antecedente de situaciones traumáticas ocurridas en la infancia. Florenzano⁽¹⁹⁾, aplicando la escala de trauma infantil de Marshall en la región metropolitana a una población de pacientes hospitalizados en medicina general, pesquisó en un 63,1% antecedentes anamnésicos de trauma infantil. Weil⁽²⁰⁾ con la misma metodología previamente señalada, estudiando pacientes de medicina en el Hospital de Curicó, encontró que un 48% de la población femenina señaló al menos un suceso traumático infantil. En este estudio los distintos sucesos de la escala de Marshall se registraron entre un 20-30%, a excepción del suceso contacto sexual forzado que sólo fue referido en un 9%⁽²⁰⁾.

En el servicio de psiquiatría del Hospital de Curicó, a 173 mujeres consultantes con distintos diagnósticos psiquiátricos se les aplicó la escala de trauma ya señalada. Un 82% de las pacientes señalaron al menos un antecedente traumático. El suceso traumático más frecuente fue el de separación traumática de los padres 51,4%, seguido por castigo físico con objeto traumático 49,7%,

abuso de alcohol 43%, violencia intrafamiliar (VIF) 40%. El contacto sexual forzado fue señalado por un 42% del total de la muestra (13% extrafamiliar, 31% intrafamiliar) y secuela por castigo físico fue un 23,1%⁽²¹⁾.

El objetivo de esta comunicación es establecer, a través de pruebas estadísticas, si existe en esta población algún diagnóstico correlacionado con los antecedentes de algún trauma infantil en particular, que oriente a la búsqueda de un perfil de paciente que señala haber estado expuesta a situaciones traumáticas en la niñez.

Metodología

Este es un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal. Fue realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó, incluyendo a todas las pacientes (a excepción de las que presentaban un deterioro o retardo mental severo), que asistieron a la consulta ambulatoria de un psiquiatra y dos psicólogos, en Octubre del 2002. Se entrevistaron en total 173 mujeres, cuyo promedio de edad era de 44 años, 51,2% no había terminado la enseñanza básica, 60,1% tenía pareja, 71% tenía al menos un hijo 74,5% no realizaba actividad remunerada al momento de la entrevista. En promedio llevaban 9 años en control y sólo un 8% de las pacientes estaban siendo ingresadas por primera vez.

La información fue recolectada por cada profesional, utilizando una entrevista estructurada que contenía información de los pacientes sobre: datos sociodemográficos, diagnósticos del Eje I, diagnósticos probables del eje II y algunas variables clínicas (síntomas somáticos, disociativos, referencia de intento de suicidio y referencia de violencia en la vida adulta)⁽²¹⁾. Se registró el diagnóstico principal del eje I siguiendo las pautas del DSMIV⁽²²⁾ y considerando el diagnóstico consignado en la ficha clínica. El diagnóstico de trastorno de personalidad fue realizado durante la entrevista clínica al momento del estudio, guiándose por los criterios generales para trastorno de personalidad contenidos en el DSMIV⁽²²⁾. Debido a que este era el primer diagnóstico oficial

para la mayoría de las pacientes, se decidió clasificar a los sujetos en tres categorías: diagnóstico probable para eje II, aquellos pacientes que cumplían al momento del estudio con todos los criterios del DSMIV; diagnóstico no probable para el Eje II, el cual fue asignado a las pacientes que no cumplían con ninguno de los criterios del DSMIV y diagnóstico dudoso de trastorno de personalidad probable, para los sujetos que cumpliendo algunos de los criterios del DSMIV, necesitaban otras entrevistas y evaluaciones para descartar que los síntomas no fuesen consecuencia de algún otro trastorno mental.

La otra pauta que aplicaron los profesionales a las pacientes fue la escala de trauma infantil de Marshall⁽²³⁾. Este es una entrevista de tamizaje que ha sido utilizado en otros estudios en nuestro medio^(19,20) y que consigna presencia o ausencia de siete sucesos traumáticos que son: separación traumática de los padres, alcoholismo en el hogar infantil, castigo físico, secuela por castigo físico, violencia intrafamiliar, contacto sexual forzado por no familiar y contacto sexual forzado por familiar.

Para el análisis estadístico las variables dependientes correspondieron a los diagnósticos del Eje I y II del DSMIV, las variables independientes correspondieron a los sucesos traumáticos infantiles. El análisis de las variables fue bivariado y se utilizó el paquete estadístico Stata para determinar distribución de frecuencias, correlaciones y regresiones logísticas. Este último análisis se aplicó a objeto de poder discriminar la relación de los distintos diagnósticos con cada suceso traumático en forma aislada de la influencia de los otros sucesos. El nivel de significación estadística fue de $p < 0,05$.

Resultados

La Tabla 1 muestra la distribución por diagnósticos en el total de la muestra. El diagnóstico más frecuente correspondió a los cuadros depresivos 43%, seguido por el de esquizofrenia 15%; los bipolares I constituyeron un 13,8%, los bipolares tipo II un 9,2%, los cuadros ansiosos

un 11%, el abuso de alcohol y drogas un 5%. El diagnóstico de probable trastorno de personalidad se adjudicó a un 46,8% de la muestra (Tabla 2).

La distribución de los distintos sucesos traumáticos se puede apreciar en la Tabla 3 (para fines de esta investigación los antecedentes sexuales se analizaron en conjunto y no se consideró el suceso traumático secuelas por castigo físico).

La Tabla 4 muestra la distribución de los diagnósticos con los distintos sucesos traumáticos. Se puede apreciar que en los pacientes psicóticos (Esquizofrénicos y Bipolares), la presencia de los sucesos traumáticos es menos frecuente que en los pacientes con cuadros ansiosos, depresivos y abuso de sustancias, a excepción del suceso separación traumática de los padres en los bipolares.

Tabla 1
Distribución de Primer Diagnóstico en 173 Mujeres consultantes en el Servicio de Salud Mental del Hospital de Curicó

Diagnóstico	n	%
Esquizofrenia	25	14,45
Bipolar	24	13,87
Espectro bipolar	16	9,25
Cuadro depresivo	74	42,77
Trastorno ansioso	19	10,98
Abuso de alcohol drogas	8	4,62
Otros	7	4,05
Total	173	100,00

Tabla 2
Distribución de Probable Diagnóstico de Trastorno de Personalidad en 173 mujeres consultantes al Servicio de Salud Mental del Hospital de Curicó

Trastorno de personalidad Probable	n	%
Sí	81	46,82
No	54	31,21
Dudoso	38	21,97
Total	173	100,00

Tabla 3
Distribución por evento traumático en 173 mujeres consultante al Servicio de Salud Mental de Curicó

Suceso traumático	n	%
Separación de los padres	89	51,45
Alcohol	76	43,93
Castigo	86	49,71
VIF	70	40,46
Contacto sexual	72	41,62

Diferencias estadísticamente significativas aparecieron entre: el diagnóstico de esquizofrenia y alcohol (correlación inversa de $-0,16$ $p < 0,03$); trastornos bipolares con los antecedentes de alcohol y violencia intrafamiliar (correlaciones inversas $-0,18$ $p < 0,01$ y $0,16$ $p < 0,03$).

También, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con correlaciones positivas entre las variables: abuso de sustancias y los sucesos traumáticos contacto sexual forzado, alcohol y castigo (correlaciones $0,19$ $p < 0,01$, $0,22$ $p < 0,003$ y $0,14$ $p < 0,054$); cuadros depresivos con los antecedentes de castigo y alcohol (correlaciones $0,15$ $p < 0,04$ y $0,16$ $p < 0,026$) y el probable trastorno de personalidad con los sucesos de contacto sexual, alcohol, violencia intrafamiliar y castigo físico (correlaciones $0,3$ $p < 0,0001$, $0,26$ $p < 0,0004$, $0,26$ $p < 0,0004$ y $0,17$ $p < 0,01$).

Al utilizar regresiones logísticas, sólo se mantuvieron las relaciones estadísticamente significativas para el trastorno de personalidad probable con los antecedentes traumáticos de contacto sexual forzado y alcohol (odds ratio $2,6$ $p < 0,009$ y $2,2$ $p < 0,02$) (Tablas 5 y 6).

Tabla 4
Distribución de diagnósticos y sucesos traumáticos en la infancia, en 173 mujeres consultante al Servicio de Salud Mental de Curicó

Diagnóstico principal	Número de sucesos			Contacto Sexual (n = 73)		Violencia entre Padres (n = 70)		Castigo Físico (n = 86)		Alcohol (n = 76)		Separación Padres (n = 89)	
	0	1-3	4 y +	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Esquizofrenia	36%	44%	20%	64%	36%	68%	32%	64%	36%	76%	24%*	60%	40%
Bipolar	17%	71%	13%	67%	33%	79%	21%*	63%	38%	79%	21%*	42%	58%
Espectro bipolar	6%	75%	19%	63%	38%	56%	44%	63%	38%	69%	31%	63%	38%
Cuadro depresivo	12%	53%	35%	57%	43%	55%	45%	41%	59%*	47%	53%*	42%	58%
Trastorno ansioso	26%	32%	42%	53%	47%	47%	53%	53%	47%	47%	53%	53%	47%
Abuso de alcohol drogas	0%	25%	75%	25%	75%* ¹	38%	63%	0%	100%*	13%	88%*	25%	75%
Otro	29%	57%	14%	57%	43%	71%	29%	86%	14%	43%	57%	86%	14%
Probable trast. per	9%	48%	43%	42%	58%*	46%	54%*	41%	59%*	42%	58%*	47%	53%
No sospecha tr. pers.	31%	57%	11%	83%	17%*	80%	20%*	65%	35%*	78%	22%*	63%	37%*

*Prueba de χ^2 de independencia entre variables. Se utilizó un criterio de $p < 0,05$.

¹P = 0,054 *P < 0,05

Tabla 5
Regresión logística para diagnósticos del Eje I y antecedentes traumáticos infantiles,
en 173 mujeres consultante al Servicio de Salud Mental de Curicó

	Esquizofrenia		Bipolar		Cuadro Depresivo		Trastorno Ansioso		Abuso de Alcohol y Drogas	
	Odds Ratio	P>z	Odds Ratio	P>z	Odds Ratio	P>z	Odds Ratio	P>z	Odds Ratio	P>z
Separación padres	0,7356964	0,519	2,314.020	0,088	1,302589	0,436	0,6954359	0,497	1,374.317	0,724
Alcohol	0,3988721	0,085	0,3534092	0,067	1,636502	0,153	1,404.107	0,529	5,981.453	0,121
Castigo	0,6896721	0,472	0,7486231	0,581	1,880436	0,089	0,6533419	0,473	*	*
VIF infancia	1,087.006	0,876	0,4145569	0,141	0,9319263	0,853	1,948.378	0,258	0,5332978	0,481
Contacto sexual	1,078.781	0,882	0,9680746	0,951	0,713838	0,362	1,149.753	0,808	1,721.435	0,560

* la regresión no pudo ser realizada pues se encontró un 100% de concordancia

Tabla 6
Regresión logística para tipos de antecedente traumático en pacientes con diagnóstico probable de trastorno de personalidad en 173 mujeres consultantes al Servicio de Salud Mental de Curicó

Sospecha tr. Pers.	Odds Ratio	E.E.	z	P>z	[95%	C.I.]
Separación padres	0,6335328	0,231192	-1,25	0,211	0,3098448	129,537
Alcohol	2,264773	0,8050401	2,30	0,021	112,838	4,545632
Castigo	1,050107	0,4038178	0,13	0,899	0,4942023	2,231323
VIF infancia	1,88192	0,7265633	1,64	0,101	0,8830255	4,010784
Contacto sexual	2,637389	0,9799512	2,61	0,009	1,273212	5,463206

Discusión y Conclusiones

Los hallazgos de este estudio presentan algunas limitaciones que deben ser previamente consideradas para la interpretación de los resultados. En primer lugar, los diagnósticos fueron obtenidos de la ficha clínica y de la entrevista que se realizó en forma concomitante al trabajo asistencial. Esto facilitó el acceso a algunos antecedentes difíciles de estudiar, como es el contacto sexual forzado. Sin embargo, no permitió discriminar, adecuadamente, algunos fenómenos que se dan en pacientes de alta complejidad, como son la comorbilidad, el sobrediagnóstico y/o el subdiagnóstico.

En segundo lugar, los antecedentes de los sucesos traumáticos son de carácter retrospectivo. Lo anterior implica que no se pudo discernir si correspondían a experiencias de realidad o fantasía. Tampoco se pudo inferir que tipo de relaciones e interacciones han tenido en el tiempo estos antecedentes con los síntomas de la enfermedad mental actual de estas pacientes. Por lo tanto, las conclusiones de este estudio deben ser consideradas como una primera aproximación ya que son los estudios prospectivos y realizados con grupo control, los que aclaran con mayor precisión cuales son los factores asociados a la infancia que inciden o protegen de la psicopatología adulta⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Sin embargo, a pesar de lo expuesto, los hallazgos de este estudio son compatibles con lo que la literatura internacional señala respecto a la relación de la psicopatología adulta con los antecedentes de trauma infantil. Considerando el eje I, la literatura señala que existe suficiente evidencia empírica que demuestra que los antecedentes traumáticos ocurridos en la niñez constituirían factores de riesgo frecuentes, inespecíficos y no determinantes para algunas enfermedades del Eje I como: trastornos afectivos, ansiosos, de la alimentación, somatización, disociativos y abuso de alcohol⁽²⁷⁻³¹⁾.

En este estudio también se evidenció respecto al eje I, que fueron los cuadros depresivos y el abuso a sustancias los que se correlacionaron a los antecedentes traumáticos infantiles, castigo físico y alcohol. Sin embargo, la relación de estos diagnósticos con los sucesos traumáticos, (excepto para el abuso de sustancias con el castigo que en ocho pacientes fue de un 100%), desapareció al independizarlos de la influencia de los otros sucesos. Por lo tanto, se puede concluir que en este estudio, la relación de los diagnósticos del Eje I con los sucesos traumáticos es inespecífica y dada por la presencia de que los distintos sucesos traumáticos se encuentran relacionados entre sí.

Sin embargo, respecto al eje II, este estudio encontró que aparte de ser ésta la categoría diagnóstica, que se correlacionó con más sucesos traumáticos, se logró mantener una relación con los antecedentes de abuso sexual y alcohol como variables independientes de los otros sucesos. Esto permite sugerir que este diagnóstico presentaría una relación específica a estos antecedentes, resultados que son compatibles con lo que la literatura indica. Jonhson⁽³²⁾ en un estudio prospectivo encontró que los pacientes a los cuales se les había documentado maltrato infantil, se les diagnosticaba posteriormente cuatro veces más un trastorno de personalidad del cluster B. Estudios retrospectivos muestran que existiría una relación entre abuso sexual y trastorno límite de personalidad. Herman⁽³³⁾ encontró que un 81% de los pacientes con personalidad límite, referían his-

torias de trauma infantil y abuso sexual. Zanarini⁽³⁴⁾ además de encontrar en 358 pacientes con trastorno límite de personalidad el antecedente de abuso sexual (92%) y abandono antes de los 18 años (91%), determinó que existiría una relación entre la gravedad del abuso sexual y la gravedad de las manifestaciones patológicas en la vida adulta.

La relación entre abuso sexual con el trastorno de personalidad límite ha vuelto a plantear la discusión respecto a si el antecedente de abuso sexual es un síntoma del trastorno de personalidad^(35,36) o bien, las manifestaciones de los pacientes limítrofes son secuela de exposiciones a situaciones de estrés crónico⁽³⁷⁾. Este problema clínico ya había sido abordado por Freud en la teoría de la seducción infantil⁽³⁸⁾, que bruscamente abandonó al descubrir el psicoanálisis. Es interesante señalar que entre los motivos citados por Freud para el abandono de esta teoría⁽³⁹⁾, estaba el argumento de que los antecedentes de abuso sexual no aparecían en el relato de los pacientes psicóticos, hallazgo también sugerido por este estudio.

En resumen, los resultados de este estudio, si bien deben ser considerados como una primera aproximación, son compatibles con las investigaciones actuales y se orientan a la existencia de un perfil de paciente con historias de trauma infantil de frecuente consulta en la atención psiquiátrica. Para una mayor comprensión de esta temática en nuestro medio, se requieren estudios con instrumentos estandarizados, grupo control y estudios prospectivos que permitan profundizar la búsqueda de este perfil de paciente cuyas manifestaciones pudiesen ser comprendidas a través del paradigma del trauma⁽⁴⁰⁾.

Agradecimientos:

A Susan Mailer, profesora guía de la tesis de Magíster; Andrés Fernández, metodólogo de la tesis de Magíster; Daniel Schwartz, ingeniero civil Universidad Chile y a los psicólogos del Hospital de Curicó, Soledad Ballesteros, Claudia Arellano y Mauricio Yacques.

Introducción: En la psiquiatría moderna, existe un renovado interés en estudiar la relación entre la psicopatología adulta y los antecedentes traumáticos infantiles. **Pacientes y Método:** A 173 mujeres del servicio de psiquiatría del hospital de Curicó, se les aplicó la escala de trauma infantil de Marshall. Se correlacionaron los antecedentes traumáticos infantiles con los diagnósticos del Eje I y los diagnósticos probables del eje II según el DSMIV. **Resultados:** Se obtuvieron correlaciones directas, estadísticamente significativas, entre las variables: abuso de sustancias y los antecedentes de alcohol, castigo físico y contacto sexual forzado (correlaciones $0,19 p < 0,01$, $0,22 p < 0,003$ y $0,14 p < 0,054$); los trastornos depresivos con los antecedentes de alcohol y castigo físico (correlaciones $0,15 p < 0,04$ y $0,16 p < 0,026$); los probables trastornos de personalidad con los sucesos traumáticos contacto sexual forzado, violencia intrafamiliar, alcohol y castigo físico (correlaciones $0,3 p < 0,0001$, $0,26 p < 0,0004$, $0,26 p < 0,0004$ y $0,17 p < 0,01$). Regresiones logísticas se lograron establecer entre los diagnósticos probables del Eje II con los sucesos traumáticos contacto sexual forzado (odds ratio 2,6 $p < 0,009$) y alcohol (odds ratio 2,2 $p < 0,021$). **Conclusiones:** Los resultados sugiere la existencia de un perfil de paciente asociado a los antecedentes de sucesos traumáticos vividos en la niñez como el abuso sexual, que requiere continuar investigándose en nuestro medio con instrumentos estandarizados, grupo control y estudios prospectivos.

Palabras clave: psicopatología adulta, trauma infantil, abuso sexual.

Referencias

1. Trucco M. Estrés y trastornos mentales, aspectos neurobiológicos y psicosociales. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40 Supl 2: 8-19
2. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2002; 40 Supl 2: 20-34
3. Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2002; Supl 1: 9-20
4. De Marco RR. The epidemiology of mayor depression: implications of occurrence, recurrence and stress in Canadian community sample. Can J Psychiatry 2000; 45: 67-74
5. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders: an epidemiological and cotwin control analysis. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 953-959
6. McClelland L, Mynors-Wallis L, Fahy T, Treasure J. Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. Br J Psychiatry 1991; 10: 63-68
7. Goldman SJ, Dangelo EJ, De Maso DR, Mezzacappa E. Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1992; 149: 1723-1726
8. Hill J. Child sexual abuse, poor parenteral care and adult depression, evidence for different mechanisms. Br J Psychiatry 2001; 179: 104-109
9. Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2001; 39: 47-55
10. Leserman J. Sexual and physical history in gastroenterology, how the types of abuse influence the health. Psych Med 1996; 58: 4-15
11. Walker E, Kato W. Sexual aggression history in patients with irritable colon or intestinal inflammatory disease. Am J Psychiatry 1993; 150: 1502-1506
12. Walker E, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, Vonkorff M, et al. Costs of healthcare use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 609-613

13. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 1023-1039
14. Weiss L, Longhurst J, Mazure C. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-828
15. República de Chile, Ministerio de Salud. Las enfermedades mentales en Chile. Magnitud y consecuencias. Santiago de Chile: Editores Departamento Programa de las Personas Ministerio de Salud, 1999
16. Larraín S, Vega J, Delgado I. Relaciones familiares y maltrato infantil. Santiago de Chile: Editorial Cal y Canto, 1997
17. República de Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas y programáticas en maltrato infantil. Santiago de Chile: Editores Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud, 1998
18. Numhauser J, Shwartz N. Mujeres sobrepasadas. Congreso Mundial para la Salud Mental Santiago de Chile, 1999
19. Florenzano R, Weil K, Cruz C, Acuña J, Fullerton C, Muñoz C, *et al.* Personalidad limitrofe, somatización, trauma y violencia infantil, un estudio empírico. *Rev Neuro-Psiquiatr* 2002; 56: 335-340
20. Weil K, Vitriol V. Presencia de trauma psíquico infantil en pacientes del Hospital Regional de Curicó, estudio descriptivo. Trabajo publicado en el libro de resúmenes del 58° Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Valdivia, 2002
21. Vitriol V, Mailer S, Schwartz D. Referencia de trauma infantil en psicopatología adulta, estudio empírico en mujeres consultantes a un servicio de salud mental. Tesis para obtener el grado de Magíster en psicología mención psicoanálisis. Universidad Andrés Bello, 2002
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and a statistical manual of mental disorders DSMIV. Washington DC: American Psychiatric press, 1994
23. Marhall RD, Schneier F, Lin SH, Simpson B, Vermes D, Liebowitz M. Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 451-453
24. Harrigton R. Causal processes in development and psychopathology. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 93-99
25. Rutter M. The interplay of nature, nurture and developmental influences: The challenge ahead for mental health. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 996-1000
26. Rutter M, Kreppner JM, O'Connor TG. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 97-103
27. Palmer RL, Coleman L. Childhood sexual experiences with adults. A comparison of reports psychiatric patients and general practice attenders. *Br J of Psychiatry* 1993; 163: 499-504
28. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J of Psychiatry* 1993; 163: 721-732
29. Kendler KS, Prescott CA. Cannabis use, abuse, and dependence in a population-based sample of female twins. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1016-1022
30. Kendler KS, Prescott CA. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 9-44
31. Bulik C M, Prescott C, Kendler KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 199: 444-449
32. Johnson J, Cohen P. Childhood maltreatment increases risk for personality disorder during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 600-606
33. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 490-495
34. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, *et al.* Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 381-387
35. Bailey J, Shriver A. Does childhood sexual abuse cause borderline personality disorder? *J Sex Marital There* 1999; 25: 45-57
36. Paris J, Zweig -Frank L. A review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *Critical. Can J Psychiatry* 1992; 37: 125-128

37. McLean L, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 369-371
38. Makari J. Las seducciones de la historia: El trauma sexual en la teoría de Freud y en la historiografía. *Libro Anual de Psicoanálisis* 2000; 15: 245-247
39. Masson JM. Cartas completas de Sigmund Freud a Wilhelm Fliess 1987-1904. Cambridge Massachussets: Harvard University Press, 1985
40. Herman JL. Trauma and recovery. New York: Editorial Basic Books, 1992

Correspondencia:

Verónica Vitriol G.

Prat 111 oficina 211 Curicó. Chile.

E-mail: vero_vg 419@hotmail.com.