

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



“ANTECEDENTE DE ABUSO INFANTIL ASOCIADO A CONDUCTAS SUICIDAS
EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE”

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTORA: CLAUDIA KATHERINE VIGO NOVOA

ASESOR: DR HUGO MARTÍN SÁNCHEZ RIVERA

Trujillo – Perú

2019

“ANTECEDENTE DE ABUSO INFANTIL ASOCIADO A CONDUCTAS SUICIDAS
EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE”

JURADO CALIFICADOR

**DR. ROSA LOZANO IBAÑEZ
PRESIDENTE**

**DRA. PAOLA RODRÍGUEZ GARCÍA
SECRETARIO**

**DRA. LUCÍA CANCHUCAJA BONARRIBA
VOCAL**

ASESOR

DR. HUGO SÁNCHEZ RIVERA
Médico – Docente del curso de Psiquiatría de la Facultad de Medicina
Humana de Universidad Privada Antenor Orrego

DEDICATORIA:

A Dios por permitirme llegar a este momento de mi carrera, por los triunfos y momentos difíciles que me enseñaron a valorarlo más

A mis padres Gladis y Segundo, por ser el pilar fundamental en lo que hoy soy, por su apoyo incondicional, sus valores, su motivación constante y su gran amor que me ha permitido crecer, esto ha sido posible gracias a ellos.

A mi querida tía Naty (mi segunda mamá) quien me cuidó desde pequeña y estuvo conmigo todos estos siete años brindándome su amor y sobre todo su paciencia.

A Alex, mi hermano por sus enseñanzas, su cariño, por motivarme en cada momento, pero sobre todo por darme uno de los más grandes regalos mi adorada sobrina Mía Khalessi

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres quienes me apoyaron en esta etapa, confiando siempre en mí y alentándome a no rendirme.

A mi asesor el Dr Hugo Martín Sánchez Rivera, por ser un buen docente, un gran amigo y excelente médico, mi gratitud infinita por su confianza, apoyo, paciencia durante la realización de mi tesis, sus buenos consejos profesionales y su constante impulso, aun cuando en determinados momentos me parecía inalcanzable culminar este reto.

A mis docentes de la facultad de medicina, por sus conocimientos y enseñanzas compartidas durante mis años de estudio, así como también por su confianza.

A mis compañeros de estudio por la amistad que se formó durante estos años de la carrera en las aulas universitarias con quienes compartimos el objetivo de ser buenos médicos.

RESUMEN

Objetivo: Establecer si el abuso infantil se asocia al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite (TLP).

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, prospectivo de tipo correlacional el cual evaluó a 39 pacientes del servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental “El Porvenir” con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite. Se usó la encuesta EPCA (Escala de pensamientos y Conductas Autolesivas) modificada para conductas suicidas y el “Cuestionario de trauma infantil” (CTQ-SF) versión corta y en español.

Resultados: La frecuencia de conductas suicidas fue de 67% del total de pacientes con TLP; el análisis bivariado para la asociación de ambas variables de estudio mostró que las variables con mayor significancia ($p < 0,05$) fueron el antecedente de abuso sexual infantil OR: 10,29 IC 95% [1,69-62,74] ($X^2=7,863$; $p=0,005$) y negligencia emocional OR: 15,63 IC 95% [1,58-154,28] ($X^2=7,977$; $p=0,005$). Los antecedentes de abuso físico durante la infancia OR: 7,5 IC 95% [0,69-80,96] ($\chi^2:3,482$; $p=0,062$), abuso emocional ($\chi^2:4,216$; $p=0,105$) y la negligencia física ($\chi^2:4,216$; $p=0,105$) no mostraron asociación con el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con TLP.

Conclusiones: El abuso sexual infantil y la negligencia emocional se asocian al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite. El antecedente de abuso físico, abuso emocional y negligencia física no se asocian al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite.

Palabras Clave: Trastorno Límite de la Personalidad, Abuso físico, Suicidio

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish whether child abuse is associated with the development of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder (BPD).

MATERIAL AND METHODS: A descriptive, cross-sectional, prospective correlational study was carried out, which evaluated 39 patients of the psychiatric service of the Mental Health Center "El Porvenir" with a diagnosis of borderline personality disorder. The EPCA (Scale of thoughts and self-injurious behaviors) modified for suicidal behaviors and the "Child Trauma Questionnaire" (CTQ-SF) short version and in Spanish were used.

RESULTS: The frequency of suicidal behaviors was 67% of the total of patients with BPD; the bivariate analysis for the association of both study variables showed that the variables with the most significance ($p < 0.05$) were the history of childhood sexual abuse OR: 10.29 95% CI [1.69-62.74] ($\chi^2 = 7.863$, $p = 0.005$) and emotional negligence OR: 15.63 IC 95% [1.58-154.28] ($\chi^2 = 7.977$, $p = 0.005$). The history of physical abuse during childhood OR: 7.5 IC 95% [0.69-80.96] ($\chi^2 = 3.482$; $p = 0.062$), emotional abuse ($\chi^2 = 4.216$; $p = 0.105$) and physical neglect ($\chi^2 = 4.216$; $p = 0.105$) showed no association with the development of suicidal behaviors in patients with BPD.

CONCLUSIONS: Child sexual abuse and emotional neglect are associated with the development of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. The history of physical abuse, emotional abuse and physical neglect are not associated with the development of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder.

Key Words: Borderline Personality Disorder, Physical Abuse, Suicide

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	8
I.1. ANTECEDENTES	12
I.2. JUSTIFICACIÓN	15
I.3. Enunciado del problema:	6
I.4. Objetivos:	17
I.5. Hipótesis.....	17
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	18
II.1. DISEÑO DE ESTUDIO	18
II.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	18
II.2.1. Población	18
II.2.2. Muestra y muestreo	19
II.3. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
II.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.....	23
II.4.1. Procedimientos	23
II.4.2. Técnicas de recolección de datos	26
II.5. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:	26
II.6. ASPECTOS ÉTICOS:	28
III. RESULTADOS	29
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES.....	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII. ANEXOS	45

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de personalidad límite es una condición psiquiátrica seria y compleja que se caracteriza por presentar diversas alteraciones en aspectos como: Desregulación crónica de los afectos, inestabilidad de la auto-imagen y de la identidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales y pobre control de los impulsos cuyo momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta, aunque se pueden encontrar las primeras manifestaciones de este trastorno en la adolescencia y la pre adolescencia. ^{1,2}

Diversas investigaciones indican que en su origen se encuentra implicados una interacción de factores biológicos (como por ejemplo: temperamento) y psicosociales (acontecimientos adversos de la infancia) los cuales proporcionarán probablemente la mejor explicación de cómo se desarrollará más adelante la afección, consistente con los resultados de estudios recientes de interacción gen / medio ambiente en este trastorno. ³

El Trastorno límite de personalidad en la actualidad es la más frecuente condición Eje II según la clasificación multiaxial del DSM-IV y es uno de los diagnósticos más costosos que enfrenta el sistema de salud en la actualidad, en una investigación por Vásquez E en el 2016 reconoce que la prevalencia del TLP en la población es alta, alrededor del 2 al 5 %, en pacientes ambulatorios es del 11% y en pacientes internados es del 20%; el 75% tiene conductas autolesivas y el 10% llega al suicidio consumado, por lo que estas altas tasas afectan gravemente al funcionamiento cotidiano del paciente. ^{4, 5,6}

Según el Código Internacional de Clasificación de Enfermedades, reconoce al trastorno límite de la personalidad con un código F60.3 y según el DSM- V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) indican que para el diagnóstico se requiere la presencia de cinco o más de los siguientes indicadores: Esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonado, real o imaginario; inestabilidad en las relaciones interpersonales con periodos de idealización y devaluación de

quienes conforman su entorno; sentido de la identidad y autoimagen inestable; conductas impulsivas potencialmente dañinas; conductas suicidas y autolesivas recurrentes; inestabilidad afectiva con cambios de ánimo de horas a días de duración; sentimientos crónicos de vacío; graves dificultades para controlar su enojo y estados paranoides transitorios o severos síntomas disociativos.^{7,8}

Siendo así que las mayores dificultades que presentan estos pacientes es control de sus propias emociones, las relaciones intensas e inestables y el descontrol de impulsos lo que puede llevar a la persona a reaccionar de manera explosiva, generando un mayor riesgo de comportamientos auto lesivos (con mayor frecuencia cortes superficiales en los antebrazos, aunque pueden producirse en otras zonas del cuerpo) o incluso serios intentos de suicidio.⁹

La conducta suicida podría considerarse una alteración tanto cognitiva como la ideación suicida y conductual como el intento suicida o el suicidio; la OMS define como “acto suicida” a toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, los intentos de autolisis son más frecuentes entre las mujeres, mientras que los hombres se suicidan con mayor frecuencia, estas diferencias podrían deberse a que los hombres utilizan métodos más peligrosos y radicales.^{10, 11, 12}

Tomando como referencia la definición consensuada por Nock y Prinstein en el 2006, consideran las autolesiones como un “acto deliberado de causarse daño a uno mismo mediante cortes, quemaduras, mutilación u otros métodos traumáticos” pero que no incluye sobre ingestas medicamentosas o envenenamientos con intencionalidad auto lítica, porque tanto los estudios como el DSM-V no incluyen esta distinción.¹³

Villarroel y cols en un artículo publicado en el 2013 indican que existen modelos que explican el origen de estas conductas auto lesivas: Uno de estos es el modelo de la regulación de los afectos donde explica que la auto injuria es una estrategia

para aliviar afectos negativos agudos e intensos, postula que ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de apropiadas estrategias de afrontamiento del estrés emocional, siendo así que los sujetos que se han desarrollado en estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, pueden encontrar en las conductas auto lesivas medios útiles para regular afectos negativos intolerables; otro modelo es el del castigo propuesto por Marsha Linehan donde plantea que los sujetos que han crecido en ambientes tempranos desfavorables aprenden que el castigo y la invalidación son aceptables e incluso necesarios para moldear comportamientos. Por lo cual según Faria en el 2006 refiere que en los pacientes con trastorno de la personalidad límite cuando la ansiedad, el miedo y demás estados emocionales negativos se tornan intolerables, estos pacientes suelen presentar conductas suicidas o de automutilación; los cortes, las quemaduras, las amenazas suicidas e incluso los intentos de suicidio suelen ser la única manera que ha encontrado el paciente de hacer frente a las dificultades ,es así que por medio de las autolesiones tratan de salir de una emoción displacentera, un recuerdo traumático o una experiencia de despersonalización. ^{14, 15,16}

En estudios de neuroimagen se ha encontrado pacientes con trastorno de la personalidad límite que realizan intentos de suicidio tienen menos sustancia gris en determinadas regiones cerebrales, que los que no realizan intentos de suicidio; esto podría explicar la vulnerabilidad emocional de quienes lo intentan; existen una serie de factores asociados a la recurrencia de conductas suicidas como: exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana respecto de los padres, una niñez estimada como infeliz y diversas formas de trauma o abuso infantil; generando que el nivel de riesgo aumente proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros en función de las circunstancias individuales de cada persona. ^{17,18,19}

La Organización Mundial de la Salud señala que el maltrato en la infancia, también denominado abuso y negligencia, incluye todas las formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia y explotación que dan lugar a daño actual o

potencial en la salud, desarrollo o dignidad del niño. Definiendo así maltrato físico como toda acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlo; abuso sexual como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto; maltrato emocional o psicológico se refiere a formas de hostilidad verbal crónica como insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono, así como al constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier adulto del grupo familiar; negligencia la cual se refiere al maltrato por omisión cuyo caso extremo es el abandono. ^{20,21}

En América latina, 1 de cada 5 niños son abusados por un familiar cercano; en más del 50% hay evidencias de situaciones incestuosas; el 80% son amigos, vecinos o parientes; considerándose que algunos menores son más vulnerables al abuso como son los menores con discapacidades, en situaciones de negligencia, los internalizados por condiciones especiales de salud y los menores cuyos padres biológicos están separados. Álvarez y Pueyo en una investigación señalan que el grupo con trastorno de la personalidad límite presenta una mayor tasa de ser atacado recurrentemente ya sea sexual y/o físicamente, y que este porcentaje se ve incrementado casi al doble para las mujeres en comparación con los hombres (50% mujeres y 26% hombres), en consecuencia el abuso sexual infantil tiene fuertes implicaciones para la letalidad del trastorno de la personalidad límite, aumentando la probabilidad de intentar suicidarse 10 veces, en comparación con las personas con trastorno de la personalidad que no sufrieron abuso sexual. ^{22,23, 24,25}

Si se compara el abuso sexual con otras formas de maltrato infantil, este conlleva a sentimientos de culpa y vergüenza para el niño o la niña, es así que en las personas abusadas sexualmente durante la infancia es más frecuente encontrar intentos de suicidio y depresión como consecuencias de una pobre autoestima, sentirse sucio y en general una desvalorización personal ;está asociada con

cambios neurobiológicos, incluyendo la desregulación crónica del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal , pérdida de volumen en áreas de corteza prefrontal, hipocampo y amígdala ; según Meza-Rodríguez refiere que la experiencia de abuso sexual infantil puede activar el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal lo que relacionado con una hiperactivación del sistema serotoninérgico, puede hacer que se manifiesten conductas impulsivas. ^{26, 27,28}

En una publicación, Girón Sánchez refiere que no todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni tampoco todas las experiencias traumáticas comparten las mismas características, describiendo factores que modulan el impacto de la agresión sexual como son : el perfil individual de la víctima en relación a la edad, sexo y contexto familiar, las características de acto abusivo es decir su frecuencia, severidad, existencia de violencia o amenazas, cronicidad, y la relación existente con el abusador; y por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso. Hay que tener en cuenta que muchos niños experimentan más de un tipo de abuso, habiéndose demostrado que las víctimas de abusos sexuales que también son objeto de maltrato físico, maltrato emocional o negligencia física o emocional presentan más problemas. ^{29, 30}

I.1 Antecedentes:

Lopez-Castroman J y cols en el 2013 realizaron un estudio titulado “El abuso sexual en la primera infancia aumenta la intención suicida” en 288 adultos reclutados de la unidades de pacientes hospitalizados y ambulatorios de Western Psychiatric Institute y Clinic en Pittsburgh (n = 188) y el Instituto Psiquiátrico de Nueva York (NYSPI, n = 100), de los cuales 222 completaron el cuestionario CARE (Revisión de experiencias en la Infancia y la Adolescencia) evaluándose la conducta suicida, se utilizó la correlación de Pearson para examinar la asociación entre las variables de respuesta que miden la gravedad del comportamiento suicida (número de intentos de suicidio, letalidad del intento de suicidio, edad al primer intento de suicidio y nivel de intento suicida) y las características del abuso;

encontrándose que la aparición temprana del abuso sexual ($r = -0,273$; $p = 0,048$) y la duración del abuso ($r = 0,293$; $p = 0,004$) se asociaron con más intentos de suicidio durante toda la vida. También se encontró una correlación casi significativa entre el número de episodios de abuso y el número de intentos de suicidio ($r = 0,259$; $p = 0,052$).³¹

McFetridge A y cols publicaron en el 2015 un estudio en Reino Unido titulado: “Trastorno límite de la personalidad: patrones de sí mismo, reporte de un trauma infantil y resultado clínico”, la muestra estuvo conformada por 214 mujeres con una edad media de 32 años y diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, 10 formas de conductas de auto daño fueron reportadas como: corte, limpieza patológica, inhalación de sustancias nocivas, inyección de sustancias nocivas, tragar (como por ejemplo: objetos cortantes y sobredosis de medicamentos), alimentación anormal, comportamiento con fuerza (como uso de cinturón, golpeteo y golpes en la cabeza), restricción de la vía aérea (por ejemplo, colgantes y ligaduras), electrocución / quemaduras y daño dirigido a órganos u orificios corporales (colocando objetos afilados en los genitales), observándose que el 75% tenía antecedentes documentados de abuso sexual (abuso sexual en la niñez, $n = 119$; de abuso sexual infantil, $n = 40$) y de estos todos participaron en al menos una forma de auto-daño siendo más frecuentes los cortes y la alimentación anormal.³²

Kaplan C y cols en el 2016 en Harvard escuela de Medicina publicaron un estudio titulado “Trastorno de la personalidad borderline en la juventud: El impacto prospectivo del abuso infantil sobre la auto-lesión no suicida y el suicidio” la muestra consistió en 58 mujeres jóvenes con edades comprendidas entre 15 a 21 años con ($n = 29$) y sin ($n = 29$) antecedentes de abuso infantil a quienes se le aplicaron entrevistas clínicas administradas que evalúan la historia diagnóstica, el abuso infantil, las conductas autolesivas y la suicidalidad (es decir, ideación, planes e intentos), encontrándose que la aparición de maltrato infantil se asoció con un aumento de 5 veces la tasa de intentos de suicidio de por vida en relación

con el grupo sin abuso y, además prospectivamente predijo suicidio ideación (pero no intentos).³³

Yoshiyama M, Apaza E en el 2011 publicaron un estudio en Perú, titulado “Antecedente de abuso sexual en pacientes mujeres hospitalizadas por intento suicidio y trastorno límite de la personalidad” de tipo observacional, descriptivo, transversal con una muestra constituida con 43 mujeres hospitalizadas por intento suicida y con trastorno de la personalidad límite en el hospital “Hermilio Valdizán” durante el periodo de 1 año encontrando que el 58,1% de las personas que intentaron suicidarse tenían antecedente de abuso sexual y el 65.1% tuvo el antecedente de intento suicida previo, concluyendo que el antecedente de abuso sexual está fuertemente implicado en el desarrollo del trastorno de la personalidad límite y la conducta suicida.³⁴

Cáceres y Vásquez realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en Lima y Callao- Perú entre Febrero y Marzo del 2013, titulado “Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia”, de tipo descriptivo transversal ,en donde se encontró que de 65 pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite a quienes se le aplicó la ficha de recolección de datos y la Escala de Trauma de Marshall que evalúa la historia de eventos traumáticos, el 75,4% ($p < 0.05$) tuvo el antecedente de haber sufrido tres o más eventos traumáticos de los cuales el 80% experimento castigo físico, 67,7% recibieron daño físico después de haber sido castigados, 40% refirió pérdida parental traumática, 41,5% tuvo contacto sexual forzado con un pariente y 36,9% refirió contacto sexual forzado con un familiar ;siendo así que los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad limítrofe y antecedente de politrauma presentaron un mayor porcentaje de intento suicida (85,7%).³⁵

I.2 Justificación:

El estudio se justifica porque nos permitirá asociar ambas variables y en el caso de establecerse la relación se pueda concientizar a las autoridades sobre el abuso infantil, ya que en nuestro inferir en establecer la relación parte de conocer la frecuencia preocupante con que se presenta el abuso infantil en nuestro medio y de esta forma incitar a mejorar las leyes o normas relacionadas con la protección de menores logrando controlar y reducir la frecuencia del abuso infantil.

El estudio también presenta una relevancia social y familiar ya que el trastorno límite la personalidad llega a ser muy incapacitante y a la vez incómodo no solo para la persona que lo padece sino también para la familia y más cuando este trastorno se asocia a conductas suicidas llegando a generar problemas como el abandono de los hijos, abandono del trabajo, falta de producción tanto económica como laboral, problemas con el estado; aumentando así los problemas familiares y legales; siendo así que si se logra evitar el desarrollo de este trastorno se evitaran muchos problemas tanto para la sociedad, el estado y la familia.

Así mismo el estudio es importante ya que en nuestro medio ambas variables son muy poco estudiadas siendo muy frecuentes y de poder encontrarse la relación entre ambas permitirá orientar con más certeza los futuros diagnósticos de pacientes que presenten conductas suicidas y que se sospecha de trastorno límite de la personalidad asociados al antecedente de abuso infantil.

Por otra parte el presente estudio es trascendente debido a que si se detecta abuso infantil y se brinda un tratamiento adecuado cuando el paciente es expuesto a este se logrará un mejor control del abuso y en un futuro puede reflejar una reducción de la incidencia de pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad límite que lleguen a tener conductas suicidas; así mismo se reduciría la incidencia de otros trastornos psiquiátricos como el trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de estrés postraumático los cuales se encuentran muy asociados al abuso infantil.³⁶

I.3. Enunciado del problema:

¿El abuso infantil se asocia al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite del Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir” durante el periodo de Agosto del 2017 a Enero 2019?

Se piensa que actualmente el trastorno límite de la personalidad representa a nivel mundial el 2% de la población general, el 10% de los pacientes vistos en centros de salud mental, el 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados, el 75% de los Trastornos de Personalidad Límite diagnosticados son mujeres y también en el 75% se recogen en sus antecedentes personales el haber sufrido abusos sexuales o psíquicos. Considerado como una condición psiquiátrica seria y compleja debido al deterioro que produce en quien lo padece por las diversas alteraciones que presenta como la inestabilidad de la autoimagen e identidad así como también en las relaciones interpersonales, el pobre control de impulsos y las conductas autolesivas que muchas veces puede llegar al suicidio³⁷, llegándose a identificar en nuestro medio en el Centro de Salud Mental Comunitario-“El Porvenir” el cual se encuentra ubicado en el Jr. Manuel Ubalde 679 en el distrito del Porvenir en la ciudad de Trujillo, pertenece a una organización prestadora de los servicios de salud de tipo público (MINSA) de nivel de atención I, cuenta con los servicios de Psiquiatría y Psicología, unidad de atención de adulto, atención del niño, área de adicciones, movilización comunitaria, así como también con farmacia, atiende de lunes a sábado de 7:30 am a 7:30 pm brindando atención a los diversos trastornos psiquiátricos tanto infantiles como adultos, por medio de consultas externas así como servicio a la comunidad y psicoterapia grupal, cuenta

con un médico psiquiatra especialista en psicoterapia cognitivo conductual y dialéctico comportamental, una enfermera especialista en salud mental, una asistente social y un médico de familia.

I.4. Objetivos:

Objetivo General:

- Establecer si el abuso infantil se asocia al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite

Objetivos Específicos:

- Estimar la frecuencia del antecedente de abuso infantil en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite que acuden al servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir”.
- Determinar la frecuencia de conductas suicidas en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir”.
- Asociar el antecedente de abuso infantil según la presencia de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite que acuden al servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir”.
- Describir las características generales de las conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite que acuden al servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir”.

I.5. Hipótesis:

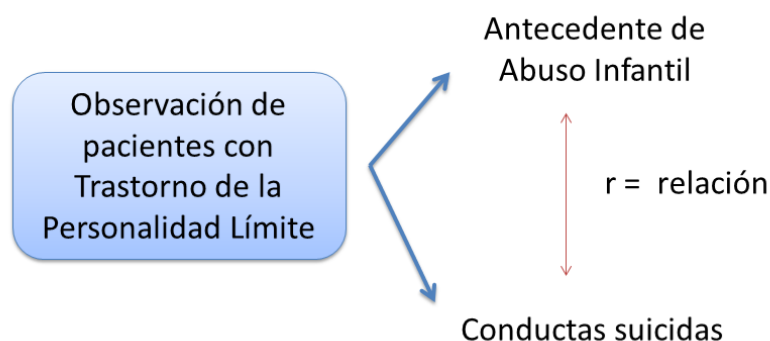
Ho: El antecedente de abuso infantil no está asociado al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite.

Ha: El antecedente de abuso infantil está asociado al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

II.1. DISEÑO DE ESTUDIO:

- **Tipo de estudio:** Corresponde a un diseño: Descriptivo, Transversal, Prospectivo
- **Diseño específico:** Estudio Correlacional
- **ESQUEMA:** ³⁶



II.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:

II.2.1 Población:

- **Población Diana o Universo:**

Está constituida por los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir".

- **Población de Estudio:**

Está constituida por los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite con conductas suicidas atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir" durante el periodo de Agosto del 2017 a Enero del 2019, con un total de 50 casos atendidos por año.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite según el CIE-10 de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite con o sin conductas suicidas que acepten realizar la encuesta.
- Historia clínica de pacientes de ambos sexos que cuenten con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite y presenten conductas suicidas durante el periodo de Agosto del 2017 a Enero del 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite que sufrieron abuso después de los 18 años o que recibieron tratamiento farmacológico y/o psicoterapia en la infancia posterior al abuso infantil
- Pacientes con trastorno de la personalidad límite y conductas suicidas debido al abuso de sustancias, otros trastornos psiquiátricos, enfermedad médica o que no lleguen a completar las encuestas

II.2.2. Muestra y muestreo:

- **Unidad de análisis:**

Pacientes con trastorno de la personalidad límite y conductas suicidas atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir” durante el periodo de Agosto del 2017 y Enero del 2019.

- **Unidad de muestreo:**

Historia clínica de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conductas suicidas atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir” durante el periodo de Agosto del 2017 y Enero del 2019.

- **Tipo de muestreo y técnicas según tipo de muestreo:**

Muestreo Probabilístico el cual se caracteriza porque permite que todos y cada uno de los pacientes que conforman la muestra tengan la misma probabilidad de ser seleccionados. Para poder extraer este tipo de muestreo se usará la técnica de muestreo aleatorio simple en donde cada paciente tendrá una probabilidad equitativa de ser incluido en la muestra, se realizará por medio de la modalidad de “sorteo”. Por lo tanto se empezará identificando y definiendo la población de estudio, posteriormente se elaborará la lista de pacientes que pertenecen a la población, a continuación se determinará el número de muestra, en seguida se anotará cada número individualmente y en secuencia en pedazos de papel hasta completar el número que compone el universo y se colocará en un recipiente, para que posteriormente se pueda extraer una por una las unidades correspondientes a la muestra, controlando periódicamente el tamaño de la muestra seleccionada, para asegurarnos de que se tenga el número de unidades determinadas.³⁸

- **Tamaño muestral:**

Para determinar el tamaño de muestra empleamos la fórmula que corresponde a estudios descriptivos para variables cualitativas y poblaciones finitas.³⁹

$$n = \frac{N Z^2 p q}{(N-1) E^2 + Z^2 p q}$$

Dónde:

Z = 1,96 para una seguridad del 95%

p = 0.857 proporción de pacientes con trastorno de la personalidad límite con antecedente de abuso infantil y desarrollo de conductas suicidas.³⁵

q = 1- p = 0,143 proporción de pacientes con trastorno de la personalidad límite con antecedente de abuso infantil y sin conductas suicidas.³⁵

E = 0,05 error dispuesto a tolerar

Calculando la Muestra:

$$n = \frac{50 (1,96)^2 (0,857) (0,143)}{(49) (0,05)^2 + (1,96) (0,857) (0,143)}$$

n = 39 pacientes

II.3 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE		TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
Antecedente de abuso infantil (Independiente)	Abuso sexual	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Según el test de CTQ-SF versión español (Cuestionario de trauma en la infancia)	Antecedente de abuso sexual (total) NO : 0 – 5 puntos SI: mayor 5 puntos
	Abuso físico	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Según el test de CTQ-SF versión español (Cuestionario de trauma en la infancia)	Antecedente de abuso físico (total) NO : 0 – 5 puntos SI: mayor 5 puntos
	Abuso emocional	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Según el test de CTQ-SF versión español (Cuestionario de trauma en la infancia)	Antecedente de abuso emocional (total) NO : 0 – 5 puntos SI: mayor 5 puntos

	Negligencia física	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Según el test de CTQ-SF versión español (Cuestionario de trauma en la infancia)	Antecedente de negligencia física (total) NO : 0 – 5 puntos SI: mayor 5 puntos
	Negligencia emocional	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Según el test de CTQ-SF versión español (Cuestionario de trauma en la infancia)	Antecedente de negligencia emocional - puntaje total: NO : 0 – 5 puntos SI: mayor 5 puntos
Conductas suicidas (Dependiente)		Cualitativa	Nominal Dicotómica	Según encuesta EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas) modificada	Presencia de conductas suicidas: SI (ítem de conductas autolesivas) Ausencia de conductas suicidas: NO (ítem de conductas autolesivas)
COVARIABLE		TIPO	ESCALA	INDICADOR	ÍNDICE
Género		Cualitativa	Nominal Dicotómica	Encuesta	Femenino o Masculino
Edad		Cuantitativa	De razón Discreta	Encuesta	Años

Definiciones operacionales:

Variable	Definición operacional
Antecedente de abuso infantil	Paciente adulto a quien se le realiza el Childhood Trauma Questionnaire-SF (CTQ-SF) versión en español y obtiene un puntaje mayor que 5 para una determinada subescala del cuestionario como abuso emocional, físico, sexual y abandono físico o emocional que indica que estos pacientes durante su infancia (previo 18 años) tuvieron abuso de distintas formas y/o abandono.
Conductas suicidas	Paciente a que presenta alteraciones conductuales como el intento suicidio o las autolesiones generándose daño a sí mismo, a quien se le realiza la encuesta EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas) modificada y responde con SI al ítem de “autolesiones”
Género	Si los pacientes con trastorno de la personalidad límite son hombres o mujeres (masculino o femenino)
Edad	Dado por la fecha de nacimiento y expresada en años del paciente encuestado

II.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

II.4.1. Procedimientos:

1. Se presentara una solicitud de permiso al Director del Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir” adjuntando una copia del Proyecto de tesis y solicitando permiso para poder revisar las historias clínicas y aplicar las encuestas: “Cuestionario de trauma infantil” versión en español y la encuesta para conductas suicidas EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas) modificada (ANEXO1).

2. Luego de obtener el permiso oficial del Director del Centro de Salud Mental Comunitario “El Porvenir” me dirigiré al departamento de archivos para obtener las historias clínicas y en ellas poder identificar a los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite durante el periodo de Agosto del 2017 y Enero del 2019, las cuales serán seleccionadas al azar.
3. A continuación aplicaré la encuesta para conductas suicidas EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas) modificada (ANEXO 2) a los pacientes con trastorno de la personalidad límite para poder identificar en ellos su presencia. EPCA es una versión traducida de la escala Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI), evalúa 6 sub-escalas como: ideación suicida, planes de suicidio, gestos suicidas, intento de suicidio, pensamientos relacionados con las autolesiones y autolesiones; para el estudio solo se tomará las subescalas: Pensamientos relacionados con las autolesiones y Autolesiones que contienen 26 y 27 ítems de evaluación respectivamente. Con las preguntas se evalúan la presencia, frecuencia y características de los pensamientos relacionados con las autolesiones así como las autolesiones, el test comienza cada módulo con una pregunta de screening en la que la persona responde a la presencia o no de las dimensiones mencionadas. En el caso de una respuesta negativa, se pasa al módulo siguiente, pero si es afirmativa, se busca información sobre la frecuencia, edad de inicio, método y gravedad de las conductas, dolor experimentado, impulsividad e influencia del entorno.
4. Posteriormente procederé a aplicar la encuesta “Cuestionario de trauma infantil” (CTQ-SF) versión corta y en español (ANEXO 3) a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión el cual evalúa cinco subescalas de estas tres

evalúan abuso emocional, físico y sexual y dos evalúan abandono físico y abandono emocional, el cuestionario está dividido en 28 ítems en donde los ítems 3,8,14,18,25 corresponden a abuso emocional, ítems 9,11,12,15,17 corresponden al abuso físico ítems 20,21,23,24,27 al abuso sexual ; ítems 5,7,13,19,28 a la negligencia emocional y finalmente los ítems 1,2,4,6,26 a negligencia física. Utiliza una escala de respuesta tipo Likert para cada ítem de 1 a 5, siendo (Nunca cierto =1, Rara vez cierto =2, A veces cierto =3, A menudo cierto =4, Muy a menudo cierto= 5) la puntuación total oscila de 25 a 125 y las subescalas por un determinado abuso de 5 a 25 puntos, se considerará para cada subescala una puntuación entre 5 (sin antecedentes de abuso o abandono) a 25 (muy extremo historia de abuso y abandono).

5. Después de obtener los datos tanto de la encuesta para conductas suicidas EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas) modificada y la encuesta Cuestionario de trauma infantil” CTQ-SF (versión español) a los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, se plasmarán los resultados en la ficha de recolección de datos “Antecedentes de las conductas suicidas del paciente límite” (ANEXO 4); la cual consta de tres partes que son los datos de identificación del paciente donde anotaremos el número de historia clínica, la edad y sexo; una segunda parte en donde se anotará los datos correspondientes a la presencia del diagnóstico de trastorno de la personalidad límite de acuerdo a los datos obtenidos en la historia clínica, así como la presencia de conductas suicidas según la encuesta para conductas suicidas EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas) modificada, una tercera parte que recogerá los datos de la variable independiente

identificados según los resultados de la encuesta “Cuestionario de trauma infantil” (CTQ-SF) versión español para cada subescala de los cinco tipos de eventos traumáticos evaluados y una última parte que consta de observaciones.

6. A continuación los datos obtenidos de la ficha de recolección de datos serán vaciados en un archivo de Excel 2013 y serán editados en un archivo del paquete estadístico SPSS-25.0 para su procesamiento y análisis estadístico.

II.4.2. Técnicas de recolección de datos:

Para obtener los datos de dicha investigación se usaran dos técnicas de recolección como son la observación que nos permitirá encontrar los datos correspondientes a los pacientes con diagnóstico del trastorno de la personalidad límite en las historias clínicas evaluadas y la encuesta que recogerá los datos tanto para la variable dependiente como independiente a través de un cuestionario escrito para su posterior análisis ⁴⁰. Los datos obtenidos de las encuestas serán registrados en la ficha de recolección de datos elaborada por la autora en base a los objetivos propuestos.

II.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Para llevar a cabo el procesamiento y análisis de los datos utilizaremos Microsoft Excel 2013 y como paquete estadístico SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences 25). El equipo de cómputo usado será a base de una computadora portátil, con base operativa Windows 7.

- **Estadística descriptiva:**

Se clasificará de acuerdo al tipo de variables usadas en el estudio. En el caso de las variables cualitativas como antecedente de abuso infantil, conductas suicidas y

género se calcularán los porcentajes que correspondan a las categorías de las variables. Para el caso de la variable cuantitativa como es edad se calculará las medidas de tendencia central y de dispersión: promedio y desviación estándar. ⁴¹

Los resultados serán presentados en cuadros bivariantes con número de casos en cifras absolutas y porcentuales correspondientes a las categorías de las variables.

Finalmente se usará herramientas estadísticas para la presentación de datos: Insertaremos la información en gráficos de barras verticales o de columnas, permitiendo observar la distribución para cada categoría en ejes cartesianos que se distribuirán en el eje X, los conceptos, se levantan barras o rectángulos de igual base cuya altura será proporcional a sus frecuencias y en el eje Y se colocará la escala de valores para facilitar la comprensión de los resultados. ⁴²

- **Estadística analítica:**

Para determinar si el antecedente de abuso infantil se asocia a las conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite se aplicará la prueba Chi cuadrado para asociación de factores. Si $p < 0,05$ la asociación será significativa esperando se confirme la hipótesis propuesta. ⁴³

- **Estadígrafos para el estudio:**

Para medir el nivel de asociación se calculará el coeficiente de contingencia (C) que mide en porcentaje el nivel de asociación; el cual está dado por:

$$c = \sqrt{\frac{x^2}{x^2 + N}}$$

Donde :
c = El coeficiente de contingencia
 X^2 = Chi cuadrado calculado
N = N^o total de datos

Cuanto más próximo a 1 la asociación será más fuerte y significativa ³⁶

II.6. ASPECTOS ÉTICOS:

Debido a que en la investigación se requerirá de la participación de los pacientes, se tendrá en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki los numerales 11, 12, 14, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29 y 31; en donde explican las pautas que debe tener en cuenta el investigador para la realización del proyecto el cual debe estar descrito y justificado claramente para su aprobación ética y su posterior ejecución en los pacientes a estudiar considerando que su participación en la investigación debe ser justificada y no afectar su salud; así mismo los pacientes deben de encontrarse en su capacidad para participar voluntariamente en el estudio o negarse, siendo capaces de dar su consentimiento informado pero considerando el tipo de estudio a realizar se tomará el uso de un asentimiento informado por parte del paciente; y en el caso de aceptar se deben tomar las medidas necesarias para mantener la intimidad de los pacientes, la confidencialidad y anonimato de su información personal. ⁴⁴

Así mismo se tomará en cuenta la Ley General de Salud, del Título cuarto “DE LA INFORMACION EN SALUD Y SU DIFUSION” artículos 15,117 y 120, que explican el acceso hacia información requerida para la elaboración del estudio la cual debe ser proporcionada de manera correcta y oportuna, cumpliendo con las normas establecidas para las excepciones y ser de carácter privado y no divulgada.⁴⁵

Finalmente se considerará información del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en SU SECCIÓN SEGUNDA, CAPÍTULO 6 “DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN”, artículos 42, 43,46 y 48, los cuales indican que en la realización de la investigación se debe cumplir las normas internacionales y nacionales designadas para la investigación, contar con la aprobación de un Comité de ética acreditado para la elaboración del proyecto así como también contar con el consentimiento o asentimiento informado de los participantes, finalmente que no se debe incurrir en el plagio ni falsificación de datos. ⁴⁶

III. RESULTADOS:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, correlacional con una muestra constituida por 39 pacientes con diagnóstico de TLP atendidos en el Centro de Salud Mental El Porvenir en el periodo comprendido entre Agosto 2017 a Enero del 2019 .

De los pacientes con TLP se encontró que el 79% habían presentado abuso sexual, otro 90% tenía el antecedente de abuso físico en la infancia, el 95% sufrió abuso emocional, otro 95% fue víctima de negligencia física y el 85% pasó por negligencia emocional tal como se muestra en la **Tabla 1**.

La frecuencia de conductas suicidas fue de 67% del total de pacientes con TLP (**Tabla 2**) y de estos 22 (84.6%) fueron mujeres y 4 (15.4%) hombres, así mismo la edad promedio de los participantes con conductas suicidas fue de 24,19 años con una desviación estándar de $\pm 6,56$ años; frente a una edad promedio de 25,84 años con una desviación estándar de $\pm 5,38$ años para quienes no presentaron conductas suicidas. (**Tabla 3**)

La **Tabla 4** muestra el análisis bivariado para la asociación de ambas variables del estudio donde se mostró que las variables con mayor significancia ($p < 0,05$) fueron el antecedente de abuso sexual infantil OR: 10,29 IC 95% [1,69-62,74] ($\chi^2=7,863$; $p=0,005$) y negligencia emocional OR: 15,63 IC 95% [1,58-154,28] ($\chi^2=7,977$; $p=0,005$) para el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con TLP. No se encontró asociación entre el antecedente de abuso físico durante la infancia OR: 7,5 IC 95% [0,69-80,96] ($\chi^2: 3,482$; $p=0,062$) y el desarrollo de conductas suicidas; así como tampoco el abuso emocional ($\chi^2: 4,216$; $p=0,105$) y

la negligencia física (χ^2 : 4,216; $p=0,105$) mostraron asociación al encontrar un valor de p mayor de 0,05.

Al caracterizar las conductas suicidas según la EPCA se encontró que en relación al promedio de edad de inicio para los pensamientos relacionados con las autolesiones fue temprana con una media de $13,9 \pm 6$ años, el número total de veces fue en promedio de 10 veces con una desviación estándar de $\pm 10,6$ veces, respecto a lo que incentivó a los pacientes a tener este tipo de pensamiento se encontró que la mayoría lo hacía para deshacerse de pensamientos negativos con una media de 3,3 en la escala de 0 a 4 donde (0 =bajo) y (4= severo) así como también por sentirse vacíos y por aumentar el reforzamiento positivo social (para llamar la atención de una persona o comunicarse con alguien) obteniendo valores de 3,1 y 2,9 respectivamente para la misma escala; por otro lado se encontró que al evaluar por el consumo de alcohol/drogas al momento de estos pensamientos o las autolesiones solo 4 respondieron que si se encontraban bajo consumo de estas sustancias.

En relación a las autolesiones se encontró que la edad de inicio también fue temprana de $12,2 \pm 7,1$ años, el número de veces que se realizaron las autolesiones durante toda su vida fue de 17,5 veces en promedio y los métodos más usados para generarse daño fueron los cortes con un valor de 59% seguidos de golpearse a propósito (44%), morderse (41%), arrancarse el cabello (29%), otros métodos usados con menor frecuencia fueron hacerse arañazos (21%) y pellizcarse zonas del cuerpo hasta que sangren (21%), al preguntarles por la causa que los llevo a autolesionarse estos respondieron de la siguiente manera problemas (15%); el sentirse solos, pensar que la vida no vale nada, o no los

quieren así como también recuerdos de la infancia (sobre todo de abuso sexual) obtuvieron una frecuencia del 12% ; en menor frecuencia lo hacía por sentir cólera o tristeza (9%); así como también por depresión (6%) o causa del dolor 3% .

TABLA 1: Antecedente de abuso infantil en pacientes con diagnóstico de TLP que acuden al Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir"

Antecedente de abuso infantil		Frecuencia	%
Abuso sexual	Si	31	79%
	No	8	21%
Abuso físico	Si	35	90%
	No	4	10%
Abuso emocional	Si	37	95%
	No	2	5%
Negligencia física	Si	37	95%
	No	2	5%
Negligencia emocional	Si	33	85%
	No	6	15%
Total		39	100%

Fuente: Datos provenientes de la ficha de recolección

TABLA 2: Conducta suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite que acuden al Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir"

Conducta suicida	Frecuencia	%
Si	26	67%
No	13	33%
Total	39	100%

Fuente: Datos provenientes de la ficha de recolección

TABLA 3. Distribución de género y edad en pacientes con TLP y conductas suicidas que acuden al servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir"

	Conducta suicida	
	Si (n =26)	No (n=13)
Sexo		
F	22 (84.6%)	13 (100%)
M	4 (15.4%)	0 (0%)
Edad (años)	24.19 ± 6.56	25.85 ± 5.38

TABLA 3: Antecedente de abuso infantil según conducta suicida en pacientes con TLP que acuden al Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir"

Antecedente de abuso infantil	Conducta suicida				Prueba Estadística	ORc IC 95%	p
	Si (n=26)		No (n=13)				
	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
Abuso sexual (Si/T)	24	92%	7	54%	7.863	10.29 [1.69-62.74]	0.005
Abuso físico (Si/T)	25	96%	10	77%	3.482	7.5 [0.69-80.96]	0.062
Abuso emocional (Si/T)	26	100%	11	85%	4.216	NC	0.105
Negligencia física (Si/T)	26	100%	11	85%	4.216	NC	0.105
Negligencia emocional (Si/T)	25	96%	8	62%	7.977	15.63 [1.58-154.28]	0.005

T= Total, NC= no es posible calcular la medida de riesgo

Fuente: Datos procesados en el Paquete Estadístico IBM SPSS Statistics 25

Prueba Exacta de Fisher para frecuencias esperadas menores que 5 en más del 20% de la Tabla

IV. DISCUSIÓN:

Al realizar esta investigación se buscó determinar, describir y asociar aquellos eventos traumáticos en la infancia con el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite debido a lo incapacitante que puede llegar a ser dicho trastorno en quien lo padece y más si es asociado a conductas suicidas; entre los eventos traumáticos de la infancia se centró en 5 tipos de maltrato como fueron el abuso físico, sexual y emocional así como también la negligencia física y emocional; en base a la hipótesis propuesta se encontró la validez que al experimentar algún evento traumático siendo niño este conlleva al desarrollo en un futuro de conductas suicidas y por ende al lograr identificar tempranamente a los individuos con dicha condición de riesgo permitiría establecer medidas de intervención tempranas para evitar el desarrollo de conductas suicidas.

En la población estudiada se encontró una alta prevalencia de eventos adversos durante la infancia; de los cinco tipos de abuso el mayor valor lo obtuvieron el abuso emocional así como también la negligencia física con un 95%, seguidos del abuso físico con un 90%, un 85% para la negligencia emocional y en menor medida un 79% para el abuso sexual; lo cual comparado a la investigación realizada por Álvarez y Pueyo quienes encontraron que pacientes con trastorno de la personalidad límite presentan una mayor tasa recurrente de ser atacados ya sea sexual y/o físicamente aumentando incluso hasta 10 veces el intento de suicidio en quienes los padecen ⁽²⁴⁾; en nuestro caso la frecuencia de abuso sexual fue menor comparado a los otros tipos de abuso pero llegando igual a permitir encontrar la

asociación con las conductas suicidas debido a que según Meza Rodriguez se explicaría porque dichos eventos durante la infancia activan el sistema hipotalámico- pituitario adrenal lo cual relacionado a una hiperactivación del sistema serotoninérgico lleva a que se manifiesten en conductas impulsivas.²¹

Una investigación presentada por Soloff P y Chiappetta H en el 2012 reconocen que la historia de intentos suicidios en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite se encuentran en más del 70%, por lo que en nuestro estudio se encontró que la frecuencia de conductas suicidas fue de un 67%.²⁷

La frecuencia de conductas suicidas fueron mayores en mujeres con diagnóstico de TLP frente a los hombres lo cual reafirma lo descrito en la bibliografía donde se describen que las conductas suicidas sobre todo los intentos de autolisis son más frecuentes en el sexo femenino, mientras que los hombres se suicidan con mayor frecuencia, dichas diferencias podrían deberse a que los hombres usan métodos más peligrosos y radicales.^{11, 12}

De los antecedentes propuestos, los únicos que mostraron asociación para el desarrollo de conductas suicidas fueron el abuso sexual y la negligencia emocional, enfocándonos en estudios anteriores donde destacan como factor más influyente en las conductas suicidas al abuso sexual propuesto en el estudio de Lopez-Castroman J y cols en el 2013 quienes reportaron que las características del abuso sexual como son su aparición temprana ($r = -0,273$; $p = 0,048$) y la duración del abuso ($r = 0,293$; $p = 0,004$) se asociaron con más intentos de suicidio durante toda la vida. Así también Yoshiyama M, Apaza E en el 2011 en

Perú encontraron que el 58,1% de su población que intentó suicidarse tenían antecedente de abuso sexual.^{31,34}

Dentro de las características de las conductas suicidas se encontró que el promedio de edad de inicio fue temprana tanto para los pensamientos relacionados con las autolesiones como con las autolesiones se obtuvieron valores de 13.9 ± 6 años y 12.2 ± 7.1 años respectivamente, lo cual en contraste con el estudio de Mollá y cols en el 2015 se relaciona ya que ellos encontraron que la edad más frecuente de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años, y la media a los 12.5 años ¹³. Por otra parte se encontró que las autolesiones practicadas con mayor frecuencia por dichos pacientes fueron los cortes superficiales sobre todo los realizados en los antebrazos seguido de los golpes a propósito y morderse lo cual contrasta con la bibliografía descrita debido al poco control de las emociones, la inestabilidad y el descontrol de sus impulsos lo que lleva a dichos pacientes a autolesionarse ⁹. Según estudios anteriores como el propuesto por Villarroel y cols señalan que uno de los orígenes de las auto injurias tienen su sustento en base al alivio de afectos negativos agudos e intensos los cuales sumados a ambientes tempranos invalidantes los vuelven más vulnerables hacia la inestabilidad emocional, encontrando en las conductas autolesivas un medio para regular estos afectos negativos lo cual se demuestra en los resultados debido a que la gran parte de los pacientes que se autolesionaron lo hacían para deshacerse de pensamientos negativos y de sentimientos de vacío.^{14,15,16}

Se debe tomar en cuenta que dentro de las limitaciones de esta investigación, una de ellas es al momento de evaluar los eventos adversos durante la infancia con el uso del Childhood Trauma Questionnaire-SF (CTQ-SF) en español, un

cuestionario muy empleado en la actualidad el cual es autoaplicado excluyendo de esta manera a informantes externos así como también al obtener los datos de manera retrospectiva se debe considerar que pueden aparecer sesgos de memoria, y sesgos de información por parte de los pacientes al no querer revelar dichos acontecimientos durante sus infancia y tampoco las conductas suicidas practicadas.

En la presente investigación no se tomó en cuenta algunas variables intervinientes que también podrían influir en alguna medida en el desarrollo de dichas conductas como son las actitudes del entorno tanto familiar como social que fomentarían la dependencia emocional así como también el consumo de sustancias, los antecedentes familiares y la comorbilidad con otros trastornos del estado del ánimo, ya que la presencia de síntomas afectivos condiciona en estos pacientes a una peor calidad de vida, un elevado número de hospitalizaciones y alto riesgo de suicidio⁷ ;por lo que esta variables de alguna u otra forma podrían modificar los resultados, por lo tanto se sugiere tenerlos en cuenta para futuros estudios.

Finalmente se sugiere en los posteriores estudios aumentar el tamaño de la muestra para obtener una mayor validez en los resultados , ya que en la presente investigación no se encontró asociación entre el abuso físico, abuso emocional y negligencia física con las conductas suicidas lo cual podría ser explicado por la cantidad de pacientes encuestados, por otra parte al tratar de aplicar ambas encuestas a los pacientes no todos aceptaban participar en el estudio y algunos de ellos eran analfabetos por lo que se optó por buscar pacientes que acepten participar.

V. CONCLUSIONES:

1. De los pacientes encuestados la frecuencia de abuso infantil fue un 95% para el abuso emocional y la negligencia física, seguido de un 90% que presentó abuso físico, un 85% pasó por negligencia emocional y finalmente un 79% presentó abuso sexual.
2. La frecuencia de conductas suicidas en pacientes con trastorno límite de la personalidad fue de 67% y de estos su mayoría fueron mujeres (84.6 %) frente a 15.4% en varones, con una media de edad de 24.19 ± 6.56 años.
3. El abuso sexual y la negligencia emocional durante la infancia se asocian al desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite
4. El antecedente de abuso físico, abuso emocional y negligencia física durante la infancia no estuvieron asociados de manera independiente a las conductas suicidas en pacientes con trastorno límite de la personalidad
5. La edad promedio del inicio de los pensamientos relacionados con las autolesiones así como las autolesiones fue temprano en torno de una media de 13.9 años y 12.2 años respectivamente.
6. Los métodos más frecuentes para realizarse autolesiones fueron los cortes (59%), golpes a propósito (44%) y morderse (41%).
7. Con respecto a los desencadenantes se encontró que el factor que más contribuyó a la realización de las conductas autolesivas fueron los problemas tanto familiares como de pareja (15%), seguidos de los recuerdos de abuso durante la infancia y el sentirse solos. (12%)

VI. RECOMENDACIONES:

1. En base a los resultados obtenidos en dicha tesis los cuales muestran la implicancia del abuso infantil para el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite, se recomienda fomentar a las autoridades en mejorar las leyes para controlar y así poder reducir la frecuencia de abuso infantil.
2. Según dichos resultados obtenidos se recomienda orientar con más certeza los futuros diagnósticos de pacientes que acuden por presentar conductas suicidas en quienes se sospecha de abuso infantil.
3. Detectar el abuso infantil y brindar un tratamiento adecuado y en un futuro disminuir la incidencia de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que lleguen a tener conductas suicidas.
4. En estudios posteriores se aconseja tener en cuenta otras variables intervinientes como el padecimiento de otros diagnósticos psiquiátricos, así como también consumo de otras sustancias como alcohol y/o drogas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de la personalidad límite. Rev Med Chile. 2014; 142 (1): 204-210.
2. Díaz R. Psicoterapia evolutivo - constructivista: revisión de un caso de trastorno límite de la personalidad. Cipra. 2013: 1-33.
3. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New A, Leweke F. Borderline personality disorder. Focus. 2013; 11(2): 249-260.
4. Hughes A, Crowell S, Uyeji L, Coan J. A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. J Abnorm Child Psychol. 2012 ; 40 (1): 21–33.
5. Vásquez-Dextre E. Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de la personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. Rev Neuropsiquiatría. 2016; 79 (2): 108-118.
6. Rodríguez S, Gómez A, Ramírez A. Eficacia del tratamiento ambulatorio versus internamiento en pacientes con trastorno límite de personalidad. Revista Cuidándote digital. 2015; 11 (3): 1-25.
7. Fortes J, Sánchez A, Antequera J. Trastorno Límite de la Personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria. 2012; 16 (12): 1-9.
8. Reyes M, Vargas A, Tena A. Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. Psicología Iberoamericana. 2015; 23 (2): 66-76.

9. Cuevas C, López A. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12 (1): 97-114.
10. Vargas H, Saavedra J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista Neuropsiquiatría*. 2012; 75 (1): 19-28
11. Gonzales M, Lorenzo M, Luna A, Gómez M, Imbernón E, Ruiz J. Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud 2008-2010. *Semergen*. 2012; 38 (7): 439-444.
12. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016; 3(1): 9-18.
13. Mollá L, Batlle S, Treen D, López J, Sanz N, Martín L, et al. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2015; 20 (1): 51-61.
14. Villarroel J, Jerez S, Montenegro M, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatría*. 2013; 51 (1): 38-45.
15. Méndez M. Trastorno de la personalidad borderline: claves de la lectura desde la teoría analítica de C.G.Jung. *Rev GPU*. 2014; 10 (4): 427-436.
16. Mosquera D, González A. Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de la personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2013; 3 (3): 1-35.
17. Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Medicina Clínica Condes*. 2012; 23(5): 607-615.

18. Forti L, Forti M. Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española Medicina Legal*. 2012; 38(4):149-154.
19. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*. 2015; 33(2): 117-126.
20. Kokoulina E, Fernández R. Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2014; 19(2): 93-103.
21. Mesa P, Moya L. Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Revista Neurología*. 2011; 52(8) :489-503.
22. Rodríguez Y, Aguiar A, Garcia I. Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil (Psychological consequences of infant sexual abuse). Asunción (Paraguay). 2012; 9(1): 58-68.
23. Quintero A, Bonilla F, Otero A, Campo G, Valencia H. Abuso sexual infantil: ¿territorio omitido o inadvertido? .*Rev Colomb Psiquiat*. 2013; 42(2): 234-235.
24. Álvarez M, Pueyo A. Características de la personalidad y vulnerabilidad a la victimización sexual. *IPSE-ds*. 2013; 6 (1): 9-18.
25. Venta A, Kenkel-Mikelonis R, Sharp C. A preliminary study of the relation between trauma symptoms and emerging BPD in adolescent inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2012; 76(2):130-146.
26. Franco A, Ramírez L. Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. *Rev Colombiana Psiquiatría*. 2016; 45(1): 51-58.
27. Soloff P, Chiappetta L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in BPD at 6 Year Follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012; 169 (5): 484-490

28. Pereda N, Gallardo- Pujol D, Jiménez R. Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas Psiquiatría*. 2011; 39(2):131-139.
29. Girón R. Abuso Sexual en menores de edad, problema de salud pública (Sexual abuse in minors, public health problema). *Av.psicol*. 2015; 23(1): 61-71.
30. Cantón- Cortés D, Cortés M. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*. 2015; 31(2): 552-561.
31. Lopez-Castroman J, Melhem N, Brimaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 2013; 12:149–154.
32. Andrew M, Milner R, Gavin V, Levita L. Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych Open*. 2015; 1: 18–20.
33. Kaplan C, Tarlow N, Stewart J, Aguirre B, Galen G, Auerbach R. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 71: 86-94.
34. Yoshiyama M, Apaza E. Antecedente de abuso sexual en pacientes mujeres hospitalizadas por intento de suicidio y trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizan”*. 2011; 12 (2): 37-42.
35. Cáceres E, Vásquez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión,

trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. Rev Neuropsiquiatría. 2013; 76 (4): 255-267.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA:

36. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación, 6ta edición. México: McGraw-Hill;2006 : 40-41
37. Moreno M, Medina A. Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de la personalidad. Psiquitría.com .2006; 10(1): 1-16
38. Pineda E, De Alvarado E, De Canales F. Metodología de la investigación (Manual para el desarrollo del personal de salud), 2da edición. Panamá: Paltex2º; 1994: 84-114.
39. Aguilar Saraí. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco. 2005; 11(1-2): 333-338.
40. López V, Pérez J. Técnicas de recopilación de datos en la investigación científica. Revista de actualización clínica. 2011; 10(1): 485-488
41. Mata P, Reynoso F, Salazar A. Conceptos básicos de estadística descriptiva útiles para el médico. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. 2006;7(1):42-46
42. Sánchez R, Cáceres H. Análisis de los datos mediante herramientas gráficas. Revista de la Facultad de Medicina. 2008; 48(2): 104-110
43. Gonzalez J, Lázaro C, Romero P. Estadística Analítica –Capítulo 23 [Capítulo en línea]. Consultado en 2017; 177-186. Disponible en [:https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Romero-Aroca/publication/275021061_Estadistica_analitica/links/55bfd44d08aed621de13a24c/Estadistica-analitica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Romero-Aroca/publication/275021061_Estadistica_analitica/links/55bfd44d08aed621de13a24c/Estadistica-analitica.pdf)

44. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [fecha de acceso 16 de junio 2015]. URL disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
45. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley General de Salud LEY N° 26842. [fecha de acceso 16 de junio 2015]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
46. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [fecha de acceso 14 de febrero 2015]. URL disponible en: http://repositorio.cmp.org.pe/bitstream/CMP/25/1/CODIGO_DE_ETICA_CMP.pdf

VIII. ANEXOS:

ANEXO 1:

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Sr. Hugo Sánchez Rivera

Director del Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir"-Trujillo

Yo Claudia Vigo Novoa alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego identificada con DNI 70210164 , me presento y solicito ante usted que por motivos académicos me autorice realizar mi Proyecto de Tesis el cual se titula: "ANTECEDENTE DE ABUSO INFANTIL ASOCIADO A CONDUCTAS SUICIDAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMITE", el cual tiene como objetivo determinar mediante la investigación en los datos de las historias clínicas de los pacientes que acuden a dicho centro salud el diagnóstico del trastorno de la personalidad límite y así mismo aplicar las encuesta " Cuestionario de Trauma en la infancia " (CTQ-SF) traducido al español y la para conductas suicidas EPCA (Escala de Pensamientos y Conductas Auto-lesivas) modificada.

Conociendo de su comprensión y su gran intención de colaboración con la Educación superior, agradezco por anticipado.

Trujillo, Agosto 2017

Claudia Vigo Novoa
D.N.I.70210164

ANEXO 2:

Pensamientos relacionados con las autolesiones

116.	¿Alguna vez has pensado en hacerte daño a ti mismo sin tener intención de morir? (p.e., cortarte o hacerte quemaduras)	0) no	<input type="radio"/>								
		1) sí	<input type="radio"/>								
Llamaremos a este tipo de actos "autolesiones".											
117.	¿Cuántos años tenías la primera vez que lo hiciste? (<i>edad</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
118.	¿Cuántos años tenías la última vez? (<i>edad</i>)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
119.	Cuántas veces en tu vida has tenido este tipo de pensamientos? (episodios separados)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
120.	¿Cuántas veces en el pasado año?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
121.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
122.	¿Cuántas veces en la semana pasada?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
123.	En una escala de 0 a 4, en el peor momento, ¿qué intensidad tenían tus pensamientos de hacerte daño?	0	1	2	3	4					
124.	Por término medio, ¿qué intensidad tenían estos pensamientos?	0	1	2	3	4					
125.	¿Por qué crees que tienes este tipo de pensamientos?										
126.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida tenías estos pensamientos para deshacerte de sentimientos negativos?	0	1	2	3	4					
127.	¿En qué medida los tenías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	0	1	2	3	4					
128.	¿En qué medida los tenías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	0	1	2	3	4					

0 1 2 3 4

Bajo/Poco

Mucho/Severo



129.	¿En qué medida tenías estos pensamientos para evitar hacer algo o escapar de algo o alguien?	0	1	2	3	4					
130.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a tener este tipo de pensamientos?	0	1	2	3	4					
131.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a tener estos pensamientos?	0	1	2	3	4					
132.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a tener estos pensamientos?	0	1	2	3	4					
133.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a tener estos pensamientos?	0	1	2	3	4					
134.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a tener estos pensamientos?	0	1	2	3	4					
135.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a tener estos pensamientos?	0	1	2	3	4					
136.	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿durante qué porcentaje del tiempo estuviste tomando drogas o alcohol?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
137.	Cuando tuviste estos pensamientos, ¿cuánto tiempo solían durar?	1. 0 segundos <input type="radio"/> 2. 1-60 segundos <input type="radio"/> 3. 2-15 minutos <input type="radio"/> 4. 16-60 minutos <input type="radio"/> 5. menos de un día <input type="radio"/> 6. 1-2 días <input type="radio"/> 7. más de dos días o <input type="radio"/> 8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas) <input type="radio"/> 88. no aplicable <input type="radio"/> 99. desconocido <input type="radio"/>									
138.	Antes de que pensaras en hacerte daño por primera vez, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, habían tenido este tipo de pensamientos?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
139.	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿cuántos de tus amigos han pensado en hacerse daño?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
140.	Antes de que tuvieras estos pensamientos, ¿en qué medida influyó en ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño? (Escala de 0 a 4).	0	1	2	3	4					
141.	Desde la primera vez que tuviste estos pensamientos, ¿en qué medida influyó el ti el hecho de que tus amigos pensarán en hacerse daño?	0	1	2	3	4					
142.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que tengas este tipo de pensamientos en el futuro?	0	1	2	3	4					

Autolesiones

143.	¿Alguna vez te has autolesionado?	0) no									<input type="radio"/>
		1) sí									<input type="radio"/>
144.	¿Cuántos años tenías la primera vez? (edad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
145.	¿Cuántos años tenías la última vez?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
146.	¿Cuántas veces en tu vida te has autolesionado? (Episodios separados)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
147.	¿Cuántas veces en el último año?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
148.	¿Cuántas veces en el pasado mes?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
149.	¿Cuántas veces en la pasada semana?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
150.	Ahora te voy a decir una serie de métodos que la gente utiliza para hacerse daño. Dime, ¿cuáles de estos métodos has utilizado? (Escoge 5 de los métodos que aparecen a continuación)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	1. Hacerte cortes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	2. Golpearte a propósito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	3. Arrancarte el pelo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	4. Hacerte un tatuaje a ti mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	5. Hurgar en una herida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	6. Quemarte la piel (ej. con un cigarro, cerilla u otro objeto caliente)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	7. Insertar objetos bajo las uñas o bajo la piel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	8. Morderte (ej. Morderte los labios)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	9. Pellizcarte zonas del cuerpo hasta el punto de hacerte sangre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	10. Hacerte arañazos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Frotarte la piel hasta el punto de hacerte sangre.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
12. Otro (especificar): _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
88. No aplicable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
99. Desconocido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

0 1 2 3 4

Bajo/Poco

Mucho/Severo



151.	¿Alguna vez has recibido tratamiento médico por las heridas que te causaste?	0) no	<input type="radio"/>								
		1) sí	<input type="radio"/>								
		88) no aplicable	<input type="radio"/>								
		99) desconocido	<input type="radio"/>								
152.	¿Por qué crees que te haces daño?										
153.	En una escala de 0 a 4, cuando te hacías daño, ¿en qué medida lo hacías para deshacerte de los malos sentimientos?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
154.	¿En qué medida lo hacías para sentir algo, porque te sentías entumecido o vacío?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
155.	¿En qué medida lo hacías para comunicarte con alguien o conseguir su atención?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
156.	¿En qué medida lo hacías para evitar hacer algo o escapar de algo o de alguien?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
157.	En una escala de 0 a 4, ¿en qué medida los problemas con tu familia te llevaron a autolesionarte?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
158.	¿En qué medida los problemas con tus amigos te llevaron a autolesionarte?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
159.	¿En qué medida los problemas con tu pareja te llevaron a autolesionarte?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
160.	¿En qué medida los problemas con tus compañeros te llevaron a autolesionarte?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
161.	¿En qué medida los problemas en el trabajo o los estudios te llevaron a autolesionarte?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
162.	¿En qué medida tu estado mental te llevó a autolesionarte?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4					
163.	¿Durante cuánto tiempo (en %) estuviste tomando drogas o alcohol cuando te autolesionaste?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Bajo/Poco

Mucho/Severo



164.	¿Durante cuánto tiempo pensaste en autolesionarte antes de hacerlo?	1. 0 segundos	<input type="radio"/>
		2. 1-60 segundos	<input type="radio"/>
		3. 2-15 minutos	<input type="radio"/>
		4. 16-60 minutos	<input type="radio"/>
		5. menos de un día	<input type="radio"/>
		6. 1-2 días	<input type="radio"/>
		7. más de dos días o	<input type="radio"/>
		8. amplios periodos (abarca más de 2 respuestas)	<input type="radio"/>
		88. no aplicable	<input type="radio"/>
		99. desconocido	<input type="radio"/>
165.	Antes de autolesionarte, ¿cuántos amigos tuyos, que tú sepas, se autolesionaron?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	
166.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿cuántos de tus amigos se han autolesionado alguna vez?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	
167.	Antes de autolesionarte, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	
168.	Desde la primera vez que te autolesionaste, ¿en qué medida te influyó el hecho de que tus amigos se autolesionaran? (escala de 0 a 4).	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	
169.	En una escala de 0 a 4, ¿cuál es la probabilidad de que realices este tipo de conductas en el futuro?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	

ANEXO 3:

CUESTIONARIO DE TRAUMA EN LA INFANCIA (CTQ-SF) –VERSIÓN ESPAÑOL

Edad:

Sexo:

- NC=Nunca cierto (1 pto)
- RC= Rara vez cierto (2 ptos)
- AC= A veces cierto (3 ptos)
- AMC= A menudo cierto (4 ptos)
- MAC= Muy a menudo cierto (5 ptos)

Las siguientes preguntas se refieren a algunas de tus experiencias creciendo como un niño y adolescente. Aunque estas preguntas son de naturaleza personal, por favor trata de responder tan honestamente como puedas. Para cada pregunta, marca con una X la respuesta que mejor describe cómo te sientes. Sus respuestas serán confidenciales

Cuando estaba creciendo....	NC	RC	AC	AM C	MA C
1. No tenía suficiente para comer.					
2. Sabía que había alguien para cuidarme y protegerme.					
3. Las personas de mi familia me llamó "estúpido", "perezoso" o "feo"					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos para cuidar de mi familia.					
5. Había alguien en mi familia que me ayudó a sentir que yo era importante o especial					
6. Tuve que usar ropa sucia.					
7. Me sentí Amado/a					
8. Pensé que mis padres deseaban que yo no haber nacido					
9. Me golpeó tan fuertemente alguien en mi familia que tuve que ver a un médico o ir al hospital					
10. No había nada que yo quisiera cambiar en mi familia.					
11. Las personas de mi familia me golpeó tan fuerte que me dejó con contusiones o marcas					
12. Fui castigado con un cinturón, una tabla, un cordón o algún otro objeto duro					
13. Las personas de mi familia se miró el uno al otro.					
14. Las personas de mi familia me dijo cosas dañinas o insultantes					
15. Creo que fui abusado físicamente.					
16. Tuve la infancia perfecta					

17. Me golpearon tan fuerte que fue notado por alguien como un maestro, vecino o médico.					
18. Sentí que alguien de mi familia me odiaba.					
19. Las personas de mi familia se sentía muy cerca el uno del otro					
20. Alguien trató de tocarme sexualmente, o trató de hacerme tocarlos					
21. Alguien amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí a menos que hiciera algo sexual con ellos.					
22. Tenía la mejor familia del mundo					
23. Alguien trató de hacerme hacer cosas sexuales o ver cosas sexuales.					
24. Alguien abusó de mi					
25. Yo creo que estaba siendo abusado/a emocionalmente.					
26. Había alguien que me llevara al médico si lo necesitaba.					
27. Yo creo que yo estaba siendo abusado sexualmente					
28. Mi familia fue una fuente de fuerza y apoyo.					

Tipo de Abuso (Subescala)	Puntaje Total
Abuso emocional	
Abuso físico	
Abuso sexual	
Negligencia emocional	
Negligencia física	

PUNTUACIÓN TOTAL=

