

11241

**INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA**

**DR. GERARDO HEINZE MARTIN**  
**Director General**

**DR. JOSE GARCÍA MARIN**  
**Jefe de la División de Servicios Clínicos**

**ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**DRA. BLANCA E. VARGAS T.**  
**Jefa de la División de Enseñanza**

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11241  
6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

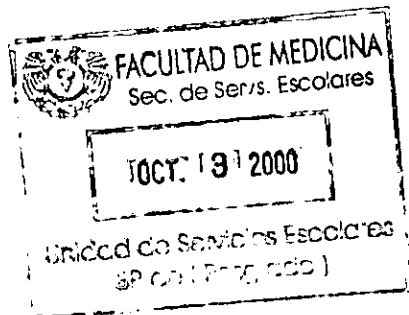
**Facultad de Medicina**

Departamento de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental

TÍTULO :  
RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN LA  
INFANCIA Y LA PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS DE  
PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA

**TESIS**

Alumna : Dora Manuela Chamorro Salinas  
Residente de tercer año de psiquiatría  
Instituto Mexicano de Psiquiatría

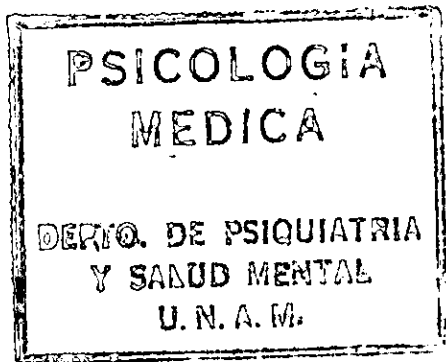


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
Asesor Técnico

Dra. Martha P. Ontiveros Uribe

Asesor Metodológico

Dra. Danelia Mendieta Cabrera



296734

A handwritten signature in cursive script, possibly reading 'Dora Chamorro Salinas'.

2001

## **TITULO.**

RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y LA PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.

### **1.- ANTECEDENTES.**

#### **1.1.- Epidemiología.**

El abuso sexual en menores es un problema de salud pública (4, 13), que involucra una perspectiva multidisciplinaria : médica jurídica, psicológica, psiquiátrica y sociológica, y demanda un tratamiento asistencial y preventivo, ya que este tipo de agresión deja efectos psicológicos negativos a corto y largo plazo, los cuales parecen presentarse sin importar el sexo de la víctima.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que en los Estados Unidos de Norteamérica alrededor del 20% de las niñas y 7% de los niños son víctimas de algún tipo de abuso, generalmente en el seno familiar.

Se estima que del 6 al 62% de las niñas y del 3 al 30% de los niños han sido molestados sexualmente antes de los 18 años (4).

El maltrato infantil se define como una agresión física, emocional o sexual realizada contra una persona menor de 18 años, o bien privarla de los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los elementos mínimos para ello, que exceden los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgredan el respeto a los derechos del niño (21).

Tucker estudió 28 niños, que habían sido sexualmente abusado. Encontró que la mayoría era del sexo femenino y que los agresores eran con gran frecuencia los padres. Además detectó diferencias en los síntomas presentados, de acuerdo a la edad en la que se presentó el abuso. Los síntomas van desde ansiedad hasta conductas autoagresivas, intentos suicidas, trastornos conductuales y problemas psicosomáticos (21).

En Norteamérica y Europa entre 20 y 30% de las mujeres sufrieron abuso sexual en la infancia.

Cox en 1991, señaló que en México ocurre una violación cada 5 y 15 minutos y en los Estados Unidos de Norteamérica, una cada 6 minutos (14).

Las razones por las cuales la victimización puede tener un impacto severo son muy complejas, ya que influyen : a) los factores anteriores al evento, b) las características demográficas, c) las experiencias traumáticas anteriores, d) los patrones de personalidad, e) la psicopatología previa y f) las estrategias de afrontamiento para solucionar los conflictos.

Las secuelas principales son alteraciones en la salud mental.

Las víctimas más frecuentes de violación son las mujeres y los principales victimizadores son los hombres (14).

Varios estudios epidemiológicos han examinado la asociación entre el abuso sexual en la infancia y diversos tipos de psicopatología en la vida adulta (11, 22, 27).

Se ha considerado al abuso sexual en la niñez como un factor etiológico de diversas condiciones psiquiátricas como trastorno somatoforme, trastorno de pánico y trastorno de personalidad múltiple (8, 22)

Carmen y colaboradores encontraron que de 188 adolescentes y adultos hospitalizados en 1984, el 20% cursó con el antecedente de abuso sexual (25).

Palmer realizó un estudio comparando a 100 pacientes psiquiátricos del sexo masculino con 115 pacientes del mismo sexo de un hospital general. El objetivo era investigar antecedentes de abuso sexual antes de los 16 años. En el primer grupo encontró que 14% de los sujetos tuvieron el antecedente de abuso comparado con el 3.5% en el segundo grupo (17).

Herman en 1986 estudió a 105 pacientes psiquiátricos en la consulta externa, de los cuales el 22% tuvo la experiencia de violencia sexual o física (18).

Jacobson y Bryer en 1987 encontraron que la prevalencia de abuso sexual y/o físico para pacientes psiquiátricos hospitalizados es de 43% y al realizar entrevistas directas la prevalencia es hasta de 70 a 80% (18).

Este mismo autor en 1987 realizó otro estudio de 100 pacientes psiquiátricos hospitalizados, mayores de 18 años, 50 hombres y 50 mujeres. Encontró una prevalencia de abuso sexual en el 35%. La mayoría de los abusadores, el 53% vivían en el mismo domicilio que la víctima (25).

Jacobson en 1989 realizó un estudio con 31 pacientes psiquiátricos externos (26 mujeres y 5 hombres) y encontró que 11 mujeres y 1 hombre tuvieron antecedente de abuso sexual antes de los 16 años, es decir el 38% de la muestra ; 11 pacientes (36%) cursaban con un trastorno afectivo mayor (18).

## **1.2- Factores de Riesgo para ser Víctima de Abuso Sexual.**

El abuso sexual es más frecuente en mujeres que provienen de familias disfuncionales en las que uno o ambos padres están ausentes por tiempo prolongado y en menores que han sido expuestos a cuidado inadecuado o abuso físico. También cuando ambos padres están presentes pero la relación intrafamiliar no es cohesiva. La presencia de un padrastro ha sido remarcada como un factor de riesgo. Los estudios de Bifulco en 1991, reportaron que la violencia parental y un periodo extenso de cuidado institucional durante la infancia también son factores de riesgo de abuso sexual.

Las familias en las que suceden este tipo de agresiones tienen ciertas características : aislamiento social, conflictos de pareja, maltrato intrafamiliar, una familia extensa donde se registra abuso sexual de tíos, abuelos, primos, etc. ; dentro de una cultura tradicionalmente sexista, en la que la supremacía masculina se ejerce en función del dominio, poder y control sobre las mujeres y los niños.

También son factores de riesgo los problemas de salud mental en la madre y el alto control de éstas sobre los niños(22).

Es difícil determinar la contribución única del abuso sexual en la infancia en el desarrollo de psicopatología en la vida adulta ya que estos individuos provienen de familias disfuncionales (22, 24).

Perales, Florenzano y Rojas llevaron a cabo en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile entre julio de 1992 y junio de 1993, un estudio en el que compararon a 114 pacientes psiquiátricos con 114 sujetos controles. Se revisaron las historias clínicas para buscar el antecedente de abuso sexual o físico, el cual estuvo presente en doce pacientes, es decir en el 16.6% de la muestra. Estos habían cursado con enuresis, impulsividad y otros trastornos conductuales y del aprendizaje en la infancia en comparación con el grupo control. Así

mismo cursaron con mayor abuso de alcohol, conducta autoagresiva y heteroagresiva, promiscuidad y conductas antisociales.

Los pacientes con antecedente de abuso tuvieron menor escolaridad, provenían de hogares de padres separados, tenían un antecedente de un mayor porcentaje de psicopatología familiar, con una frecuencia elevada de alcoholismo (21).

Kempe notó que el 100% de los padres golpeadores fueron niños maltratados.

### **1.3.- PSICOPATOLOGÍA EN LA VIDA ADULTA ASOCIADA AL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.**

#### **1.3.1.- Datos generales.**

Bryer en 1987 encontró evidencia de que el abuso sexual en menores puede producir problemas de salud mental, también lo demostraron Jacobson y Richardson en el mismo año y Craine en 1988. En estudios comunitarios varios autores han encontrado que los efectos del abuso sexual a largo plazo incluyen depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos somáticos y disfunción sexual (12, 29).

Oppenheimer en 1985, Sloan y Leichnen en 1986 encontraron trastornos del apetito en pacientes con el antecedente de abuso sexual (12, 13, 15).

Los síndromes clínicos encontrados en mujeres abusadas sexualmente se caracterizan por síntomas depresivos, ansiosos y fóbicos. Después del abuso las víctimas presentan un cuadro clínico que ha sido conceptualizado como un trastorno por estrés postraumático y algunos investigadores sugieren que tales síntomas pueden persistir o estar sujetos a recrudescencias periódicas.

El abuso sexual antes de los 13 años de edad puede estar asociado con trastornos psiquiátricos posteriores, aunque la naturaleza de la asociación permanece incierta (17).

También se han reportado síntomas de somatización, trastorno obsesivo compulsivo e ideación paranoide, así como pobre ajuste social (26).

La violación forzada y el abuso sexual en edad temprana conducen a daño psicológico permanente. Las personas con niveles de funcionamiento inferiores antes del abuso tienen mayor riesgo para desarrollar problemas psiquiátricos a largo plazo (26).

La mayoría de los individuos que han sufrido abuso sexual en la infancia, lo mantienen como un secreto, experimentando a lo largo de la vida una enorme vergüenza y culpabilidad (16, 21). Su negación a comentarlo impide conocer y registrar a la población afectada y desde luego otorgarle la atención necesaria para superar estos sentimientos que van a ocasionar disfunciones en la edad adulta, sobre todo en el área sexual.

A largo plazo se ha descrito que las víctimas de abuso sexual desarrollan sentimientos de culpa, de autoreproche, miedo, evitación consecuentes de situaciones reminiscentes al ataque de violación, tienden a enfatizar su sensación de desesperanza y pérdida de control durante y después del ataque (27).

Los psiquiatras raramente preguntan a sus pacientes si han sido abusados física o sexualmente, Andrea Jacobson empezó a preguntar rutinariamente a los pacientes si habían sido abusados. El número de respuestas positivas a esta pregunta sugirió que la prevalencia de experiencias de abuso podría ser suficientemente alta para justificar la pregunta de rutina.

Mullen en 1988 realizó un estudio en Nueva Zelanda en el que participaron 41 mujeres con el antecedente de abuso sexual antes de los 12 años de edad, elegidas al azar. Se compararon con un grupo control sin tal antecedente. En las primeras se encontró: 20 de ellas reportaron que el abusador había sido un extraño, 16 reportaron que habían sido molestadas por parientes (2 implicaron a su padre, 4 a su padrastro, 3 fueron abusadas por un abuelo, 2 por un hermano mayor, 1 por un hermanastro, 2 por un tío, 1 por un primo y 1 por un pariente inespecífico). Presentaron tasas más altas de psicopatología ( $p < 0.01$ ); su matrimonio terminó en separación o divorcio ( $p < 0.01$ ). Las mujeres que sufrieron violación tuvieron mayores niveles de psicopatología (23).

La asociación entre una historia de abuso sexual y trastornos psiquiátricos posteriores fue estadísticamente significativo.

La culpa y la vergüenza han sido asociadas con el abuso y en algunos pacientes todavía permanece. Los pacientes frecuentemente reportan que el abuso continúa teniendo un efecto



importante sobre su funcionamiento actual y una minoría significativa lleva cicatrices físicas como recordatorio del abuso. Para algunos el abuso ha permanecido en secreto para la familia, los amigos y también para terapeutas previos (25).

Se compararon 65 sujetos entre 14 y 18 años de edad en tratamiento por abuso sexual con un grupo control de 135 sujetos, con características sociodemográficas similares. Se encontró que los primeros tuvieron puntuaciones significativamente más altas de depresión y locus de control externo y calificaciones de autoestima y satisfacción significativamente menores en el peso corporal en comparación con los segundos (11).

En Carolina del Norte se realizó un estudio con 1157 mujeres entre 18 y 64 años con el antecedente de abuso sexual en la infancia para buscar trastornos psiquiátricos, se encontró lo siguiente : la prevalencia de abuso sexual fue más alta en poblaciones urbanas que en rurales. Los diagnósticos más comunes relacionados con el abuso sexual fueron : trastorno depresivo mayor 12.93%, abuso de alcohol o dependencia 7.17%, trastorno obsesivo compulsivo 6.97%, abuso o dependencia a drogas 3.81%, trastorno por estrés postraumático 3.66%, trastorno de pánico 3.30% (26).

En un estudio realizado en Londres se captaron 12 mujeres que habían reportado violación a la policía de Brixton, y se compararon con 12 mujeres controles. Se encontró que : el 75% de los actos fueron cometidos por hombres quienes no conocían a sus víctimas ; casi todas las víctimas sintieron que iban ser asesinadas y su reacción común fue tratar de evitar esto a toda costa ; casi todas experimentaron miedo o pánico, sentimientos de que fueron completamente impotentes ; las mujeres que no se resistieron describieron un sentimiento de estar totalmente paralizadas y después se culparon a sí mismas por no luchar ; otros sentimientos descritos por las víctimas incluyeron despersonalización, desrealización, síntomas somáticos incluyendo náusea, vértigo y debilidad.

El 50% de las víctimas que fueron violadas por extraños mostraron depresión severa en el inventario de Beck y el 50% mostraron depresión moderada en la evaluación inicial.

El grupo de mujeres controles estuvieron generalmente satisfechas con sus relaciones sexuales en tanto que el grupo de víctimas cursaron con interrupción temporal en su interés sexual.

En un seguimiento a largo plazo, todas las mujeres continuaron sintiendo que la violación tuvo un profundo impacto en sus vidas, lo que condicionaba que tuvieran un bajo autoconcepto personal.

Se efectuó un seguimiento, con evaluación entre la tercera a cuarta semanas y entre el tercer a cuarto meses después del ataque. Las pacientes presentaron sentimientos de culpa, síntomas de ansiedad, trastornos fóbicos y una profunda sensación de estigmatización (27).

Para determinar los efectos del abuso sexual en la infancia sobre la función social, interpersonal y sexual en la vida adulta, se realizó un estudio en la Universidad de Otago con 248 mujeres que se compararon con 248 mujeres control. Se encontró que la edad más común de abuso fue entre 8 y 12 años.

En el grupo de abuso sexual tenía un estatus socioeconómico inferior ( $p < 0.01$ ). Las mujeres que estaban empleadas al momento del estudio realizaban trabajo de obreros no especializados ( $p < 0.01$ ).

El grupo de abuso sexual que involucró violación reportó haber vivido con una pareja antes de los 20 años de edad ( $p < 0.001$ ), pero en el momento del estudio no estaban viviendo con una pareja ( $p < 0.05$ ), es decir la separación y el divorcio fueron mayores en este grupo ( $p < 0.001$ ). El grupo con abuso sexual tuvo su primer embarazo antes de los 19 años de edad ( $p < 0.001$ ); y el embarazo antes del matrimonio fue más común ( $p < 0.001$ ).

El nivel de satisfacción en sus relaciones actuales fue menor para el grupo de abuso sexual ( $p < 0.001$ ) siendo aún menor el nivel de satisfacción para las víctimas de violación. En este grupo las mujeres afirmaron no tener una comunicación profunda con su pareja ( $p < 0.001$ ). Y la relación con sus padres y sus madres en la vida adulta fue menos cálida ( $p < 0.001$ ).

El grupo con antecedente de abuso reportó al menos un problema sexual en el momento de la evaluación ( $p < 0.001$ ), e insatisfacción en su vida sexual ( $p < 0.001$ ).

Las mujeres que habían sufrido el abuso sexual causado por sus padres o padrastros, tenían considerablemente más afectada su adaptación sexual como adultos ( $p < 0.001$ ). El impacto del abuso sexual varía no solo de acuerdo a la severidad del abuso sino también a la fase de desarrollo del niño en la cual ocurrió y a la adaptabilidad individual (24).

La prevalencia de historia de abuso reportado entre los pacientes psiquiátricos es variable debido a las dificultades metodológicas para obtener información confiable (25).

Mullen en 1993 realizó otro estudio con mujeres universitarias en Nueva Zelanda en el cual comparó a 298 mujeres menores de 65 años de edad, quienes tenían el antecedente de abuso sexual en la infancia y se compararon con un número equivalente sin dicho antecedente.

En el primer grupo se encontró : mayor grado de psicopatología ( $p < 0.05$ ) ; mayor número de sujetos divorciados o separados al momento del estudio ( $p < 0.01$ ) ; mayor prevalencia a lo largo de la vida de trastorno depresivo mayor ( $p < 0.001$ ), trastornos de ansiedad ( $p < 0.001$ ) y trastornos de la alimentación ( $p < 0.01$ ) ; Tuvieron tasas mas altas de abuso de alcohol ( $p < 0.001$ ) ; mayor probabilidad de haber recibido tratamiento psiquiátrico ( $p < 0.001$ ) ; mayor conducta suicida ( $p < 0.001$ ) (22).

A continuación se describe la asociación entre el antecedente de abuso sexual en la infancia con el desarrollo de los trastornos específicos arriba mencionados, en la vida adulta :

### **1.3.2- Trastorno Limítrofe de la Personalidad (TLP).**

El abuso sexual en la infancia es un antecedente importante para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad (TLP), lo cual podría relacionarse en parte con la prevalencia mas alta de este trastorno de mujeres. Los datos epidemiológicos sobre abuso sexual indican que aunque los niños y las niñas tienen aproximadamente el mismo riesgo para abuso físico, las niñas tienen dos o tres veces mayor riesgo para victimización sexual. Por otra parte, el abuso sexual es aparentemente más prolongado que el abuso físico (8).

Un estudio de Stone de 12 pacientes con TLP hospitalizadas, reportó que el 75% tenía antecedente de incesto (8).

En un estudio de pacientes psiquiátricos externos en un hospital urbano, Herman encontró 8 (67%) de 12 pacientes diagnosticados como TLP de acuerdo a los criterios del DSM-III, que tuvieron una historia de abuso en la infancia o en la adolescencia (8).

Bryer y cols. encontraron que 12 (86%) de 14 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de TLP, de acuerdo al DSM-III tenían una historia de abuso sexual antes de los 16 años, mientras que el abuso sexual fue reportado por el 21% de la población total de pacientes internados (8).

Aunque estos estudios involucran un número pequeño de pacientes, sus hallazgos son consistentes y proveen evidencia suficiente para justificar investigaciones posteriores.

Herman en 1989 comparó 21 sujetos con TLP, 11 con rasgos del TLP, y 23 sin tal diagnóstico, para indagar acerca de experiencias de trauma mayor en la infancia y se encontró que el 68% de los primeros tuvieron antecedente de abuso sexual, comparado con el 27% en los segundos y 26% en los terceros. Estos resultados demostraron una fuerte asociación entre TLP e historia de abuso en la infancia (8).

Es posible que el trauma sea más patogénico para niños con temperamentos vulnerables o para aquellos con carencia de factores protectores, tales como una relación positiva con sus cuidadores o hermanos. Los sujetos generalmente no perciben una conexión directa entre los síntomas actuales y la experiencia de abuso en la infancia (8).

Herman y Perry postulan que el TLP podría ser conceptualizado como un síndrome postraumático complicado y la validación e integración del trauma en la infancia podría ser una condición previa para el tratamiento exitoso. Ellos sugieren que el trauma en la infancia puede ser uno de los diversos factores, incluyendo temperamento y la relación con el cuidador, que conducen al desarrollo de la psicopatología limítrofe (32).

Estos autores encontraron en una muestra de pacientes con el diagnóstico de TLP lo siguiente : 81% tuvo una historia de trauma mayor en la infancia, incluyendo abuso físico significativo (71%), abuso sexual (68%) y testimonio de violencia doméstica (62%). Encontraron que los pacientes con rasgos de TLP también tuvieron una prevalencia alta de abuso en la infancia, pero en menor proporción (32).

### **1.3.3- Síntomas de Disociación y Dolor Crónico.**

El abuso en la infancia juega un papel en la patogenia del desarrollo de síntomas disociativos, puede ser una variable que conduce a disociación y a la propensión de automutilación (9, 29).

Chu y Dill encontraron que pacientes psiquiátricos hospitalizados con historia de abuso físico y sexual tienen niveles mas altos de síntomas disociativos y se han sometido

significativamente a más hospitalizaciones y a más tratamientos somáticos (terapia electroconvulsiva y medicamentos) que los pacientes sin dicho antecedente (29).

Jean Goodwin realizó dos estudios con dos grupos de mujeres (n=20) con antecedente de incesto. Encontró que todas sufrían de al menos siete de los siguientes problemas en forma severa: TLP, trastornos afectivos, síntomas disociativos, trastornos de la alimentación, conductas antisociales, abuso de alcohol o sustancias, víctima de violación, rompimiento con un compañero sexual, múltiples intentos suicidas, múltiples hospitalizaciones y síntomas somáticos.

La autora propone que los síntomas más severos observados en este grupo, podrían representar una respuesta más intensa en proporción al abuso incestuoso.

Un 17% de las víctimas de incesto tuvieron diagnóstico de TLP, y un 33% presentaron síntomas disociativos.

Walker en 1992 comparó 22 mujeres que habían reportado en alguna ocasión a lo largo de su vida dolor pélvico todos los días durante un periodo de al menos 6 meses y se compararon con 21 mujeres sin dicho antecedente. El autor propone que es más probable que las primeras usen la disociación como mecanismo de defensa, además mostraron alteraciones emocionales en el momento del estudio, se reconocieron a sí mismas como físicamente incapacitadas, experimentaron un decremento en la función social y en su experiencia vocacional. En forma significativa estas mujeres tuvieron más experiencias de abuso sexual en la infancia. De acuerdo al Cuestionario General de Salud, la Escala de Experiencias Disociativas, la Escala amplificada de Barsky, la Encuesta sobre Resultados Médicos, las mujeres con este antecedente tenían significativamente mayores calificaciones de malestar psicológico, somatización y disociación y su salud física y funcionamiento estaban más deteriorados (29).

El síntoma de dolor pélvico se asocia frecuentemente con dispareunia y evitación sexual. Esta puede ser una respuesta adaptativa que permite a las pacientes evitar la estimulación de recuerdos de victimización sexual dolorosa en la niñez.

Las mujeres con dolor pélvico crónico que han experimentado abuso sexual en la niñez pueden requerir estrategias de tratamiento multimodales (29, 32).

Brodsky y colaboradores realizaron un estudio con 60 pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de TLP, les aplicaron la escala de experiencias disociativas, el cuestionario de experiencias sexuales y la escala de depresión de Hamilton e identificaron que los sujetos con TLP con niveles altos de disociación tenían más probabilidad de presentar el antecedente de abuso sexual así como niveles más altos de depresión y psicopatología global (9). Este autor estudió la relación entre la disociación con automutilación y el abuso físico y sexual en la infancia en 60 pacientes con TLP. Encontró que el 60% habían sido abusados física o sexualmente, 40% únicamente reportaron abuso sexual. Los sujetos que reportaron una historia de abuso físico o sexual tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de experiencias disociativas que aquellos sin abuso ( $p < 0.01$ ) (9).

Hay estudios que han encontrado que los niños con el antecedente de abuso en la infancia tienen más probabilidad de presentar disociación en la vida adulta (9).

Estos autores encontraron que aquellos sujetos que sufrieron del abuso a una edad más temprana, pasaron por una experiencia más severa, y que habían sido abusados por un miembro de la familia, tuvieron niveles mayores de disociación.

Existe una mayor prevalencia de disociación, automutilación y antecedente de abuso en la infancia entre los pacientes hospitalizados con TLP.

Algunas mujeres que han sufrido de abuso sexual, se mutilan en un acto de ritualización auto-destructiva que describen como una "descarga intensamente agradable" que las ayuda a sentirse aliviadas. Para ellas, este efecto es analgésico, probablemente propio de una interferencia de descarga de neurotransmisores a los sitios de receptores. Es probable que por medio de la autodestrucción se pueda por consiguiente, "sentirse bien" cognitivamente y ayudar al individuo a escapar de un estado crónico de anhedonia y disociación, lo cual es el resultado del trauma original (7).

Heath y Davidson en 1988 señalan que la tendencia de las mujeres a culparse a sí mismas por el ataque que sufrieron, puede ser interpretada como un intento de controlar la situación del ataque. Entre los factores que pueden influir en este tipo de atribución de culpabilidad se señalan: la baja autoestima, los sentimientos de invulnerabilidad que tenía la víctima antes de ser violada, la tendencia a asignarle un significado autodestructivo a los acontecimientos y la utilización del apoyo social.

#### **1.3.4.- Trastornos de la Alimentación.**

La relación entre abuso sexual en la infancia y un patrón de trastornos de la alimentación está fuertemente influenciada por la intensidad de la depresión, el índice de masa corporal y la satisfacción con el peso (11).

Finkelhor en 1984 postuló que el abuso sexual en la infancia tiene un impacto negativo en la imagen corporal.

Los niños abusados pueden demostrar fuertes reacciones negativas corporales, problemas de conducta, en su femineidad y en su sexualidad. Root y Fallon en 1988 sugirieron que los que sufren reacciones adversas en la infancia, pueden realizar restricción dietética excesiva o comer compulsivamente en un intento por cambiar la figura corporal como un medio de protección, o para establecer el control sobre los sentimientos de impotencia (11).

Welch en 1994 realizó un estudio comparando 50 sujetos con bulimia nervosa, 100 sujetos sin trastornos de la alimentación y 50 sujetos con otros trastornos psiquiátricos. Encontró que el abuso sexual es un factor de riesgo no específico para bulimia, y un factor de riesgo para trastornos psiquiátricos en general (incluyendo bulimia nervosa) (12).

Cuatro muestras diferentes de estudiantes femeninas de la universidad de Florida, de 107, 139, 53 y 140 sujetos participaron en el desarrollo de escalas de abuso sexual "abierto" (varias formas de contacto sexual, exposición de los genitales, etc.) y de abuso sexual "secreto" (interacción emocional cargada sexualmente) En casi todos los casos el abuso sexual estuvo asociado con niveles altos de depresión, insatisfacción corporal, trastornos de la alimentación y un menor nivel de autoestima.

El abuso abierto estuvo asociado a un mayor grado de depresión y de baja autoestima; mientras que el abuso secreto se correlacionó en mayor grado con la imagen corporal y con trastornos de la alimentación (15).

#### **1.3.5.- Trastorno Por Estrés Postraumático (TEP).**

Se ha estimado que la prevalencia de violación en las mujeres oscila entre 14 y 25%.

Es más frecuente que la violación cause trastorno por estrés postraumático (TEP) que otros tipos de eventos traumáticos como los robos y los desastres naturales.

Rothbaum y cols. reportaron que el 94% de las víctimas de violación desarrollaron TEP, a los 12 días después de haber sufrido el abuso y que el 46% continuaron cumpliendo criterios completos del TEP 3 meses después del mismo (10).

Peterson en 1991 señaló que el trastorno por estrés postraumático podría considerarse como un reflejo de los procesos "adaptativos" involucrados en la asimilación de nuevos datos y en el intento por hacer acomodaciones en la estructura interna de la personalidad (14).

El antecedente de trauma fue interrogado en 711 sujetos con trastornos de ansiedad. El 27% reportó antecedentes traumáticos significativos. Los sujetos que sufrieron un trauma sexual tuvieron más probabilidad de desarrollar TEP que aquellos que experimentaron otro tipo, con una diferencia significativa de  $p < 0.0001$  (30).

Craine encontró antecedente de abuso sexual en 54 de 105 mujeres hospitalizadas. El 66% de las pacientes con historias de abuso sexual, reunían criterios para TEP. Las pacientes presentaron los siguientes síntomas: conducta sexual compulsiva, dependencia a sustancias, fantasías sexuales sadomasoquistas, problemas en la identidad sexual, fatiga crónica y pérdida de interés en el sexo (32).

### 1.3.6.- Alexitimia.

El término "alexitimia" literalmente significa "no palabras para el ánimo", es la dificultad para reconocer y verbalizar sentimientos, un lenguaje y pensamiento concretos e íntimamente ligados a eventos externos. Kristal sugirió que la alexitimia puede desarrollarse en respuesta a trauma extremo, para proteger al individuo de experiencias dolorosas. Shipko y colaboradores propusieron que la constricción de la expresión emocional puede ser adaptativa en situaciones traumáticas, tales como un combate, donde la fuerza de la expresión emocional apropiada evita la acción necesaria.

Zeitlin y colaboradores compararon a 12 víctimas de violación con TEP, 12 víctimas de violación sin TEP y 12 sujetos no traumatizados. Encontró que las víctimas de violación presentaron más alexitimia que los sujetos no traumatizados. Los sujetos con antecedente de más episodios de violación fueron más alexitímicos que los sujetos con el antecedente de un solo episodio de violación ( $p < 0.003$ ) (28).



### **1.3.7.- Conducta Suicida.**

Se realizó un estudio en la Universidad de Duke en Carolina del Norte con el objetivo de relacionar el intento de suicidio con el antecedente de abuso sexual en la infancia. Se compararon 67 sujetos con dicho antecedente, contra 2851 sujetos sin el antecedente de abuso. El primer grupo tuvo más probabilidad de haber realizado un intento suicida (14.9% vs 1.4%). El riesgo aumentó si el sujeto pertenecía al sexo femenino y si sufrieron abuso sexual antes de los 16 años de edad (31).

Bryer encontró que 39 (59%) de 66 mujeres hospitalizadas con padecimientos psiquiátricos reportaron abuso sexual o físico antes de los 16 años de edad. Las mujeres con intento de suicidio tenían 3.13 veces más probabilidad de haber sido abusadas en la infancia que las mujeres sin conducta suicida. Utilizando la lista de 90 síntomas de Hopkins (SCL-90) y el índice de severidad global, encontró que las mujeres que habían sufrido abuso sexual y físico en la infancia, tuvieron cifras mas altas que aquellas con un solo tipo de abuso (32).

### **1.4.- PARAFILIAS.**

Aunque no es el propósito del estudio investigar las características de los paidofilicos, es importante realizar algunas descripciones que nos permitan entender más el origen de las conductas aberrantes de estos sujetos.

Muchos individuos encajan en prácticas de desviación sexual o fantasías que podrían ser consideradas “perversas”. El Manual Diagnóstico y Estadístico versión IV (DSM-IV), se refiere a éstos como parafilias.

La parafilia es una fantasía intensa, recurrente e impulsiva con conductas que involucran a niños, el no-consentimiento de la pareja, la humillación, el sufrimiento de la pareja, o el uso de objetos no humanos.

Se podría considerar que el más perverso de los actos sexuales, es el abuso sexual en niños. A quienes los cometen se les llama paidofilicos.

Algunos sujetos paidofilicos abusan en una sola ocasión, sin embargo la mayoría lo hace repetidamente. Algunos son atraídos hacia los niños del mismo sexo, mientras que otros

abusan de los del sexo opuesto o a ambos. Pueden molestar a extraños, a amigos, o familiares. Muchos agresores sexuales inician su conducta en la adolescencia (1, 6).

Se ha observado que la mayoría de los individuos que desarrollan desviaciones sexuales han crecido en familias disfuncionales y pudieron haber sufrido abuso sexual, emocional o físico. La exposición a un medio ambiente inapropiado o a estímulos sexuales desviados puede afectar el desarrollo emocional y sexual del niño y hacer concluir al niño que tal actividad es normal (6).

Es probable que la causa de las parafilias sea multifactorial, con predisposiciones biológicas o problemas agravantes del medio psicosocial.

#### **1.4.1.- Criterios Diagnósticos.**

##### **PAIDOFILIA :**

A.- Durante un periodo de al menos 6 meses, se presentan fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).

B.- Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C.- La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

##### Especificar :

- Con atracción sexual por los varones.
- Con atracción sexual por las mujeres.
- Con atracción sexual por ambos sexos.

##### Especificar si :

Se limita al incesto.

Especificar :

- Tipo exclusivo (atracción sólo por los niños)
- Tipo no exclusivo (33).

SADISMO SEXUAL :

A.- Durante un periodo de al menos 6 meses, se presentan fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.

B.- Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (33).

**1.4.2.- Hallazgos Biológicos y Psicológicos en Sujetos Paidofílicos y Sádicos.**

Los sujetos sádicos pueden presentar anormalidades cerebrales, con frecuencia lesión del lado izquierdo del cerebro. Una lesión del sistema límbico y la presencia de epilepsia del lóbulo temporal, se han propuesto como causas de las desviaciones sexuales (1, 2).

Los factores psicológicos como pérdida de la asertividad, la ansiedad, una pobre destreza social o una personalidad inadecuada han dominado las explicaciones teóricas de las parafilias. Por otro lado, las anormalidades endócrinas y neurológicas pueden afectar a un individuo aunque tenga una socialización satisfactoria y no esté expuesto a la presencia de estresores psicológicos, pero presentan pobre control de impulsos, por lo que cometeran estos actos (2).

Los niveles elevados de testosterona se han correlacionado con conducta sexual violenta.

Los agresores sexuales presentan factores biológicos y psicológicos que hacen compleja su evaluación para el tratamiento clínico. Pueden presentar : preferencias sexuales persistentes y no habituales, historia de abuso de sustancias, enfermedad mental, pobre socialización e historia de violencia, deterioro neuropsicológico, anormalidades biológicas, especialmente en las hormonas sexuales.

Un tercio de los hombres que se involucran sexualmente con niños, son alcohólicos.

Aproximadamente uno de 10 casos vistos, sufren de una enfermedad mental mayor.

De una quinta a tres cuartas partes de los abusadores son violentos y provienen de familias donde la violencia fue un modo de vida y los padres fueron alcohólicos y/o los niños fueron abusados física y sexualmente.

Los ofensores sexuales tienen lesiones cerebrales y/o pueden tener una bioquímica cerebral peculiar (2).

El alcohol y otras sustancias pueden alterar la anatomía y la química cerebral.

Flor-Henry y cols. encontraron que el electroencefalograma (EEG) de sujetos exhibicionistas es diferente al de los sujetos controles (2).

Hucker en 1988 encontró por medio de la tomografía computarizada de cráneo que los sujetos que tienen inclinaciones sádicas tienden a mostrar dilatación del lóbulo temporal derecho, aunque se encontró también dilatación bilateral. Quienes tienen una preferencia para ejercer el control, provocar temor, humillación, lesión y/o muerte a la víctima, presentan anomalías en el lóbulo temporal derecho.

Langevin y colaboradores en 1988 estudiaron a un grupo de asesinos sexuales por medio de tomografía computarizada de cráneo y encontraron la misma frecuencia de dilatación temporal derecha que en una muestra de sádicos no homicidas. Aproximadamente 2 de 5 sádicos mostraron este hallazgo (2).

Este investigador también encontró que los paidofílicos tienden a mostrar dilatación del temporal izquierdo y cuernos anteriores, aunque otra vez se observa dilatación bilateral. Los paidofílicos parecen sufrir más daño y disfunción cerebral que cualquier otro grupo de parafílicos (2).

Hendrick y cols. en 1988 encontraron que los paidofílicos tienen menos áreas densas de la región fronto-temporal derecha (2).

Wright y cols. en 1990 compararon sujetos paidofílicos, hombres sexualmente agresivos, perpetuadores de incesto y sujetos controles, y encontraron que los paidofílicos tienen el frontal izquierdo y el temporal más pequeños y mayor asimetría.

Los hallazgos muestran que los paidofílicos presentan mayor deterioro cognoscitivo que otros sujetos sexualmente anómalos (2, 4). Los paidofílicos tienen más dificultades con las tareas de lenguaje.

Gaffney y Berlin compararon hombres paidofílicos con controles de la misma edad, inyectándoles gonadotrofina, los primeros tuvieron una respuesta aumentada de hormona luteinizante (LH).

Grubin estudió los antecedentes de los violadores sádicos y los asesinos sexuales y encontró que provienen de padres separados, han cursado con abuso físico y/o sexual, de pequeños no formaban parte de un grupo, han vivido solos, son socialmente aislados y tienen pocas relaciones sexuales (19).

El prototipo del asesino sádico fue trazado por Brittain en 1970 quien lo describió como un hombre introvertido, tímido, sobrecontrolado y socialmente aislado, sumamente dependiente de una madre con quien tuvo una relación ambivalente. Estos hombres son sexualmente mojigatos, reservados e inexpertos, pero sexualmente desviados con ricas fantasías sádicas. Otra característica que él notó fue hipocondriasis y baja autoestima a pesar de su gran vanidad y egocentrismo.

Grubin realizó un estudio en 6 prisiones inglesas donde comparó a 21 hombres quienes asesinaron a mujeres en el curso del abuso sexual con 121 hombres convictos por violación y la diferencia que encontró entre ellos fue que los primeros eran socialmente aislados ( $p < 0.001$ ) y carecían de relaciones heterosexuales ( $p < 0.0001$ ) (20).

Se estima que del 5 al 6% de la población general tienen una conducta sexual compulsiva (3,5).

La conducta sexual compulsiva es definida como un mecanismo de conducta que sirve para disminuir la ansiedad más que para satisfacer un deseo sexual. Sin embargo sólo el 42% de los sujetos en este estudio, redujeron su ansiedad (3).

La conducta sexual compulsiva está fuertemente ligada a un trauma o un abuso en la niñez temprana, medio ambiente altamente restrictivo con respecto a la sexualidad, actitudes disfuncionales acerca del sexo e intimidad, baja autoestima, ansiedad y depresión.

Cuando un paciente sexualmente compulsivo tiene una historia de abuso sexual y/o físico y negligencia, frecuentemente presenta amnesia, minimiza o distorsiona su historia (7).

## **2.- JUSTIFICACIÓN.**

La prevalencia de abuso sexual en los menores de edad, es mayor de la que anteriormente se suponía. Desafortunadamente la investigación sobre este tema es muy complejo y se presentan muchos inconvenientes metodológicos.

Como se describió previamente, el abuso sexual tiene repercusiones muy importantes sobre la salud mental y el funcionamiento social de la persona que lo sufre.

Sin embargo la magnitud, causas y secuelas del abuso sexual en menores, aún permanecen poco estudiados.

Debido a que no es sencillo demostrar una causa-efecto entre la historia de abuso sexual y psicopatología, sería recomendable enfocarse sobre formas específicas de abuso con el fin de aislar las diversas variables involucradas en el desarrollo de los efectos psicológicos permanentes.

## **3.- OBJETIVOS.**

I.- Evaluar la presencia de psicopatología en pacientes que tienen el antecedente de abuso sexual en la infancia.

II.- Evaluar la presencia de rasgos o trastornos de la personalidad en pacientes que tienen el antecedente de abuso sexual en la infancia.

## **4.- MATERIAL Y MÉTODOS.**

El estudio se llevó a cabo en pacientes que reciben atención psiquiátrica en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) en los servicios de hospitalización y de consulta externa, ya sea por primera vez o en forma subsecuente ; que hayan relatado de manera espontánea el antecedente de abuso sexual en la infancia. El estudio se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 1º de junio al 30 de septiembre de 1998.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN :**

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de edad comprendida entre los 16 a 60 años, con el antecedente de haber sufrido de abuso sexual antes de los 16 años de edad, con

cualquier diagnóstico del eje I y II de acuerdo al DSM-IV, capaces de leer y escribir y que aceptaran participar en el estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

No se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que no aceptaron participar, así como los que no supieran leer y escribir.

Se realizó la entrevista con los pacientes y si relataron de manera espontánea el antecedente de abuso sexual, se les invitó a participar en el estudio. Por medio de una hoja de concentración de datos se recabaron las características clínico-demográficas y las características del abuso sexual, así como el antecedente de intento suicida.

Los pacientes contestaron las escalas autoevaluables del Inventario de Depresión de Beck (BDI), la lista de 90 síntomas de Hopkins (SCL-90), y la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad de acuerdo al DSM-III (SCID II). En el momento de la entrevista se aplicó la escala de Depresión de Hamilton (HAM-D).

A continuación describiremos las escalas utilizadas en el estudio :

### **ESCALA DE EVALUACIÓN DE HAMILTON (HRSD).**

El uso de instrumentos de evaluación estandarizados facilita comparaciones a través de diferentes pacientes, evaluadores, estudios y escenarios. La selección de un instrumento específico para un uso específico, sin embargo, depende de la cantidad de información que esté disponible concerniente al potencial del instrumento de elección.

La escala de evaluación de Hamilton para depresión (HRSD) fue diseñada para cuantificar en forma sistemática los resultados de una entrevista clínica con pacientes quienes ya han sido diagnosticados que sufren un trastorno depresivo. Hamilton enfatizó que la HRSD no debe ser usada como un instrumento diagnóstico sino solamente como una herramienta para ayudar a establecer la severidad de los síntomas depresivos. El señaló de que su valor depende enteramente de la habilidad de un entrevistador para sacar la información necesaria, recomienda una entrevista de al menos media hora de duración, propone el uso de todas la información disponible (incluyendo información de los parientes, amigos,

enfermeras, etc... siempre que haya duda acerca de la exactitud de las respuestas del paciente y provee sugerencias detalladas para entrevistar y evaluar a los pacientes deprimidos en cada reactivo de la HRSD.

Desde su publicación inicial en 1960, la HRSD ha sido aceptada como el estándar observado en la escala de evaluación para depresión clínica y ha sido extensamente usada en la investigación clínica para relacionar la eficacia de los medicamentos antidepresivos y otras modalidades de tratamiento. Otros investigadores que han desarrollado otras escalas para evaluar depresión han usado la HRSD como el principal instrumento de validación, y también ha sido utilizada para evaluar síntomas de depresión en una amplia variedad de enfermedades, desde alcoholismo, enfermedad de Parkinson, esquizofrenia.

Aunque básicamente Hamilton identifica y discute 21 variables solamente, 17 son incluidas en la escala formal HRSD. El excluye las últimas cuatro variables (18 variación diurna, 19 despersonalización y desrealización, 20 síntomas paranoides y 21 síntomas obsesivos).

Otros autores sin embargo han utilizado los 21 reactivos y uno estandarizó la versión añadiendo tres reactivos adicionales (22 desamparo, 23 desesperanza y 24 inutilidad).

De hecho una de las dificultades en revisar e integrar los hallazgos de investigación con respecto a la HRSD es que el número de grupos ha modificado la escala de Hamilton, en algunos casos sin indicar los cambios específicos hechos.

### **Confiabilidad :**

El uso estandarizado de los 17 reactivos de la HRSD nos conduce a una posible severidad de puntuación de 50. Hamilton sin embargo, recomienda el uso de dos evaluadores que califiquen independientemente al paciente en la misma entrevista, y entonces simplemente añadir las dos puntuaciones para un posible total de 100.

El procedimiento de evaluación recomendado proporcionaría automáticamente información sobre la confiabilidad en la forma de acuerdos inter-evaluadores. Desafortunadamente pocos estudios han utilizado este procedimiento rutinariamente.

Incluso que aquellos que aparentemente lo hacen, con frecuencia no reportan detalles metodológicos importantes (número de pacientes y número de pares de evaluadores, tipos



de pacientes y momento relativo de las evaluaciones con respecto al curso de la enfermedad, si las entrevistas fueron conducidas juntas o separadas, la naturaleza de la estadística, etc.)

Ocho de los nueve estudios relevantes proporcionan la información sobre la confiabilidad interevaluador en la forma de coeficientes de correlación entre los pares de puntuaciones totales de la escala. Un estudio también da la información sobre confiabilidad interevaluador de reactivos individuales.

Un coeficiente de confiabilidad de menos de 0.84 ha sido reportado para sólo un par de evaluadores clínicos en todos estos estudios.

Un estudio reportó el rango de correlaciones de reactivos individuales con la puntuación total de 0.45 a 0.78 como una medida de consistencia interna.

A pesar de los reportes relativamente inadecuados de los datos de confiabilidad en casi todos los estudios revisados, la evidencia parece indicar que se puede obtener un buen acuerdo interevaluador con la HRSD, especialmente con buena experiencia clínica y formal entrenamiento individual en los reactivos de las escalas.

#### **Validez :**

En vista de que la HRSD fue desarrollada como una medida sistemática de la severidad de la depresión más que como una herramienta diagnóstica diferencial, la principal prueba de validez, debe incluir su relación con otras medidas o variables que miden la severidad de la enfermedad en pacientes deprimidos ya diagnosticados.

Los tres principales tipos de estudios que parecen ser mas apropiados para resolver la cuestión de la validez de la HRSD : 1.- Aquellos que relacionan las puntuaciones de la HRSD a otros juicios clínicos acerca de la severidad de la depresión, 2.- Aquellos que relacionan estas puntuaciones con autoreportes del paciente y 3.- Aquellos que demuestran una relación de las puntuaciones de la escala de la HRSD a cambios observados con el tratamiento.

Tres estudios de pacientes deprimidos han demostrado altas correlaciones (0.84, 0.89 y 0.90) entre las puntuaciones de la HRSD y evaluaciones clínicas globales de severidad al momento de la admisión.

Un cuarto estudio que reportó esta misma relación sobre la evaluación de la HRSD, incluyó pacientes psiquiátricos deprimidos y no deprimidos y su correlación de 0.67. En total la HRSD fue descrita constantemente como algo mejor en la diferenciación de niveles de severidad entre pacientes deprimidos que la escala de depresión autoaplicable de Zung y casi igual a la escala de depresión de Beck.

Dos medidas sobre la forma de evaluación psiquiátrica valorada por un clínico han sido reportadas que correlacionan bastante bien con las puntuaciones de la HRSD para pacientes admitidos bajo estrés situacional agudo. Las correlaciones con severidad total y depresión alcanzaron 0.56 y 0.66 respectivamente para valoraciones pretratamiento y 0.77 y 0.87 para valoraciones postratamiento. Las evaluaciones de la conducta objetiva de la actividad motora, el habla, el sonreír y la actividad motora del paciente durante el curso de la hospitalización por depresión también correlacionó altamente con la HRSD (0.71).

Muchos estudios han reportado la relación de las puntuaciones de la HRSD con mediciones autoaplicables, particularmente con el inventario de depresión de Beck (BDI) y con la escala de depresión autoaplicable de Zung (SDS).

Los valores de correlación HRSD-BDI de estudios con pacientes deprimidos evaluados previos al tratamiento va de 0.21 a 0.82 con una mediana de 0.58 ; las correlaciones de la HRSD-SDS van de 0.38 a 0.62 con una mediana de 0.45. En general, estas relaciones se incrementan algo con cambios promovidos con el tratamiento. Similarmente las correlaciones reportadas son mas altas variando de 0.68 a 0.80, cuando se agrupan múltiples evaluaciones para cada paciente durante el curso del tratamiento en una medición total.

Varios estudios han utilizado la HRSD con pacientes u otros grupos que no tienen depresión como diagnóstico, lo que es contrario al propósito primario expresado por su autor . UN estudio reportó correlaciones de 0.68 y 0.71 para una mezcla de pacientes psiquiátricos y no deprimidos entre las puntuaciones de la HRSD y las de BDI y SDS respectivamente.

Mientras otra investigación reportó correlaciones similares de solamente 0.16 y 0.22 para un grupo mixto de pacientes psiquiátricos. También se ha reportado una correlación de 0.77 entre la HRSD y el BDI para pacientes admitidos en hospital general y de 0.25 entre la HRSD y la SDS para pacientes alcohólicos desintoxicados recientemente.

Con la escala análoga de depresión (autoaplicable) se han reportado relaciones moderadamente altas, de 0.63 y 0.79 para pacientes deprimidos.

EL estudio mas detallado y sistemático de la relaciones entre la evaluación clínica y los autoreportes de pacientes deprimidos utilizó una versión modificada de la HRSD, “la entrevista clínica para depresión “ y un inventario autoaplicable de 110 reactivos. Los resultados indicaron un acuerdo moderado entre la entrevista y las evaluaciones autoaplicables durante los episodios depresivos agudos (reactivos comparables correlacionaron un con el otro con valores de 0.63 y 0.11 y mediana de 0.41). Las mediciones totales de severidad de la enfermedad depresiva correlacionaron a un nivel de 0.36 y estas correlaciones se incrementaron considerablemente en evaluaciones similares después de la recuperación. Los autores concluyeron que, particularmente durante los episodios agudos de depresión los médicos usan criterios más específicos en sus juicios de evaluación que los autoreportes del paciente, y que “el paciente tiene menos experiencia que el psiquiatra para juzgar como su enfermedad se ajusta al amplio espectro de la depresión “

Como se señaló anteriormente la HRSD y las modificaciones relacionadas se han usado extensivamente de la investigación de evaluación del tratamiento, particularmente para monitorizar y evaluar la eficacia de varios medicamentos antidepresivos. Se ha reportado en forma constante que la HRSD refleja los cambios del tratamiento observados clínicamente en tales estudios farmacológicos con pacientes deprimidos así como con estudios con terapia electroconvulsiva.

#### **Análisis Factorial :**

Al menos 7 estudios de análisis factorial han sido reportados y todos incluyeron evaluaciones de pacientes deprimidos.

Los factores fueron rotados en cinco estudios y de 3 a 6 factores fueron reportados para cada estudio. Al menos dos factores relativamente estables surgieron de la mayoría de los estudios. El factor A fue el inicialmente referido por Hamilton como el que reflejaba depresión endógena o retardada y mas tarde como “factor general de enfermedad depresiva que mide la severidad de los síntomas”. Un segundo factor relativamente estable y

permanente “B” es una variable bipolar que aparentemente representa depresión agitada y ansiosa (reactiva) que se sitúa en el polo opuesto de la depresión endógena retardada.

Guy etiquetó este factor como “ansiedad / somatización”.

En general, otros factores de la HRSD no han sido reproducidos a través de los estudios y no han podido ser interpretados.

#### **Utilidad :**

Como fue señalado al principio la HRSD fue diseñada para cuantificar sistemáticamente la severidad de la enfermedad por medio de una entrevista clínica. Una revisión de la literatura deja poca duda acerca de lo bien que puede hacer su trabajo esta escala especialmente cuando es usada por médicos experimentados y bien entrenados.

Tal evaluación clínica requiere de una buena cantidad de tiempo profesional, tanto para el en el entrenamiento para su uso estandarizado y en la evaluación de cada paciente deprimido.

Muchos investigadores han encontrado deseable añadir o modificar los reactivos de la HRSD e incluso cambiar el formato y/o los procedimientos en forma significativa. Aunque la literatura parece indicar que tales modificaciones probablemente no han afectado la confiabilidad o validez de las mediciones resultantes, dichas modificaciones ciertamente complican el uso comparativo de la HRSD y el establecimiento de normas generalizables.

Se ha demostrado poca ventaja del uso de las puntuaciones por factor de la HRSD al intentar analizar los componentes depresivos o cambios que van más allá del puntaje total. También hay poca evidencia sistemática de su capacidad para diferenciar varios grupos diagnósticos.

Sin embargo esta escala ha sido usada para ayudar a cuantificar el grado de síntomas depresivos en un número de grupo de pacientes que no tienen enfermedades depresivas primarias.

A pesar de la evidencia considerable de la superioridad en general de la HRSD sobre las mediciones autoaplicables, particularmente durante la etapa aguda de la enfermedad, muchos investigadores señalan que la evaluación clínica y las autoevaluaciones tienen diferentes componentes, que ambos procedimientos son importantes en la evaluación de la

depresión y que lo mejor sería incluir ambos tipos de evaluación en aplicaciones clínicas y de investigación.

### **Conclusiones :**

Un número de investigaciones han reportado una buena confiabilidad interevaluador y han documentado la validez de la escala de la HRSD como una medida de severidad de la enfermedad depresiva. Las puntuaciones totales de la HRSD están fuertemente relacionadas con otros juicios clínicos con respecto a la severidad de la depresión, están moderadamente bien relacionadas a los autoreportes, y se reporta que reflejan los cambios del paciente a través del tratamiento. Los estudios de análisis factorial han conducido a la identificación de dos factores relativamente estables : Un factor de depresión general que parece medir la severidad de la enfermedad y un factor “agitado / retardado” que ha sido asociado con tipos reactivos VS endógenos de enfermedad depresiva (34).

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)**

El BDI es sensible a los cambios asociados con ensayos farmacológicos, técnicas psicoterapéuticas diversas y una variedad de problemas médicos. Aunque fue desarrollado específicamente para evaluar depresión en pacientes psiquiátricos, el BDI es también apropiado para detectar depresión en adultos normales.

El BDI derivó de las observaciones clínicas acerca de las actitudes y síntomas que presentaban pacientes psiquiátricos deprimidos. Las observaciones fueron reducidas a 21 síntomas y actitudes que podían ser evaluados de 0 a 3 en términos de intensidad. Inicialmente fue diseñado para ser administrado por entrevistadores entrenados pero se usa más frecuentemente como una escala autoaplicable. Su coeficiente de confiabilidad interna en un estudio diseñado con este propósito fue de 0.86 y el total de puntuaciones del BDI correlacionó 0.65 con las evaluaciones clínicas de depresión.

Puntuaciones leves de depresión son aquellas menores de 4, puntuaciones moderadas de depresión están entre 14 y 20, y puntuaciones severas de depresión son de 21 y más.

La magnitud de las correlaciones entre evaluaciones clínicas y el BDI reportadas en los estudios van de 0.60 a 0.90.

**Validez discriminativa :** Las relaciones del BDI con escalas de evaluación psiquiátricas y pruebas psicológicas han sido ampliamente estudiadas y han conducido a correlaciones que varían entre 0.50 y 0.80. El BDI ha discriminado entre pacientes psiquiátricos que muestran diferentes tipos de depresión y ha demostrado la puede diferenciar entre diferentes diagnósticos psiquiátricos como esquizofrenia y depresión psicótica. Sin embargo el BDI está asociado con mediciones de ansiedad.

**Estabilidad :** La estabilidad "test-retest" del BDI parece ser bastante alta (0.70).

**Estudio de análisis factorial :** Tanaka y Huba encontraron que el BDI presenta tres factores primarios correlacionados - actitudes negativas/ suicidio/ y dificultad en el desempeño- estos tres factores por su parte describen un segundo factor de orden general que representa depresión en general. En los diferentes estudios de análisis factorial reportados la dimensión principal es la evaluación cognitiva del si mismo (35).

### LISTA DE LOS 90 SÍNTOMAS DE HOPKINS (SCL-90)

La SCL-90 Es un instrumento para medir las siguientes dimensiones de la psicopatología: Somatización(12 reactivos), Obsesivo compulsivo (10 reactivos), Sensibilidad Interpersonal (9 reactivos), Depresión (13 reactivos), Ansiedad (10 reactivos), Hostilidad (6 reactivos), Ansiedad Fóbica (7 reactivos), Ideación Paranoide (6 reactivos), Psicoticismo (10 reactivos) y Escalas adicionales (7 reactivos). La puntuación máxima para cada uno de ellos es de 4 a excepción de los síntomas adicionales.

Para calificar, se suma el total de los reactivos y se divide entre el número de los mismos. Para calificar el total se suma el resultado previamente obtenido de cada una de las dimensiones y se divide entre 90.

La SCL-90 está diseñada para ser un instrumento autoaplicable, pero también ha sido utilizada por los médicos como un medio para describir el estado sintomático del paciente.

La SCL-90 tuvo su origen en la escala de Discomfort que fue utilizada en los estudios para evaluar la psicoterapia. Fue desarrollada por Parloff y renovada por Frank, basada sobre el Índice Familiar Médico de Cornell. Desde entonces la SCL-90 ha sido usada en muchas versiones y su forma todavía varía.

La SCL-90 ofrece las siguientes ventajas : Provee un registro estandarizado detallado, permite la comparación para evaluar los cambios, Ofrece administración rápida y eficiente, ayuda en la entrevista del paciente, permite un alto grado de aceptación del paciente y provee una evaluación multidimensional .

### **ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (SCID II).**

La entrevista clínica estructurada para trastornos de personalidad del DSM III-R fue ideada por Spitzer y cols. como un complemento al SCID para trastornos del eje I. El SCID II cubre los 11 trastornos del eje II más la personalidad "derrotista" del apéndice del DSM III-R.

Las preguntas están organizadas por diagnóstico de modo de que todos los criterios para un trastorno son evaluados juntos, esto le facilita al entrevistador valorar un trastorno en un periodo de tiempo.

A los entrevistadores se les alienta a preguntar dudas adicionales para clarificar respuestas ambiguas.

Una versión reciente del SCID II utiliza una serie de preguntas que contesta el paciente directamente, es decir es autoaplicable; si las respuestas son positivas, entonces el evaluador continua entrevistando.

Los hallazgos de confiabilidad de esta versión no están todavía disponibles.

El SCID-II consta de 122 preguntas el cual es autoaplicable (36).

## VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	TIPO	CATEGORÍAS
EDAD	CONTÍNUA	NÚMERO DE AÑOS
SEXO	CATEGÓRICA	DOS (MASCULINO Y FEMENINO)
ESCOLARIDAD	CONTÍNUA	NÚMERO DE AÑOS
OCUPACIÓN	CATEGÓRICA	CINCO : NINGUNA,HOGAR, EMPLEADO, JUBILADO, ESTUDIANTE.
ESTADO CIVIL	CATEGÓRICA	SEIS : SOLTERO, CASADO, UNIÓN LIBRE, SEPARADO, DIVORCIADO, VIUDO.
EDAD DE ABUSO SEXUAL	CONTÍNUA	NÚMERO DE AÑOS
TIPO DE ABUSO	CATEGÓRICA	CINCO : TOCAMIENTO, CARICIAS, INTENTO DE PENETRACIÓN, PENETRACIÓN SEXO ORAL.
FRECUENCIA	CONTÍNUA	NÚMERO DE VECES
LUGAR DONDE OCURRIÓ	CATEGÓRICA	TRES : HOGAR, CALLE, OTROS.



HORARIO	CATEGÓRICA	TRES : MAÑANA, TARDE, NOCHE.
REL. CON EL ABUSADOR	CATEGÓRICA	NUEVE : PADRE, MADRE, TÍO, PRIMO, ABUELO, CONOCIDO, EXTRAÑO, PADRASTRO Y HERMANO.
EDAD DEL ABUSADOR	CONTÍNUA	NÚMERO DE AÑOS
VIOLENCIA FÍSICA	DICOTÓMICA	DOS (SI O NO).
DIAGNÓSTICO	CATEGÓRICA	DE ACUERDO AL DSM-IV
PSICOPATOLOGÍA	ORDINAL	SCL-90 :SOMATIZACIÓN, OBSESIVO-COMPULSIVO, SENS. INTERPERSONALES, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, HOSTILIDAD, ANSIEDAD FÓBICA, IDEACIÓN PARANOIDE, PSICOTICISMO.
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	CATEGÓRICA	DE ACUERDO AL SCID-II
PSICOPATOLOGÍA : SÍNTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	ORDINAL	HAMILTON (21 ITEMS) : 0 A 62 PUNTOS BECK : 0 A 63 ITEMS

## **5.- TIPO DE ESTUDIO.**

Descriptivo. Homodémico. La información se obtuvo en forma retrospectiva y realizando una evaluación transversal.

## **6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Para el estudio descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central: promedio, desviación estándar y porcentaje.

Aunque el propósito del estudio es descriptivo, consideramos importante realizar algunas comparaciones:

Se realizó la prueba *t* de student para comparar a los pacientes de acuerdo al número de abusos, con respecto a la calificación de depresión en la HAM-D y en BDI, así como la psicopatología general de acuerdo a la SCL-90.

Se utilizó la  $X^2$  para comparar a los pacientes que sufrieron el abuso sexual con violencia de los que no presentaron violencia respecto al diagnóstico de trastorno de personalidad.

## **7.- RESULTADOS.**

Se entrevistaron 25 sujetos. La mayoría fueron del sexo femenino  $n=21$ , (84%); el promedio de edad de los sujetos fue de 29.2 años, (D.E de 10.6); la mayoría se encontraban desempleados. La edad de abuso estuvo entre los 6 a 10 años en más de la mitad de la muestra  $n=13$ , (52%). La mayoría fueron solteros  $n=18$ , (72%). Cuadro 1.

En cuanto a las características del abuso, el hogar de la víctima fue el lugar más frecuente en donde se llevó a cabo  $n=17$  (68%). La mayoría fue víctima de 2 a 10 abusos  $n=15$  (60%). En cuanto al tipo de abuso, la penetración vaginal y/o anal fue la más frecuente  $n=12$  (48%). Quién cometió el abuso fue un conocido no familiar en la mayoría de los casos. La presencia de violencia no fue una característica predominante  $n=9$  (36%). Cuadro 2.

El diagnóstico psiquiátrico actual de acuerdo al DSM-IV más frecuente en los sujetos fue Trastorno Depresivo Mayor n=16 (64%). Gráfica 1.

De los Trastornos de Personalidad encontrados, de acuerdo al SCID II, los que predominaron fueron el Paranoide n=21, el Obsesivo Compulsivo n=17, el Límitrofe n=15 y el Masoquista n=15. Cuadro 5.

De acuerdo a la SCL-90, las subescalas de Depresión, Obsesión Compulsión, Sensibilidad Interpersonal y Ansiedad fueron las que tuvieron mayor puntuación. Cuadro 4 En cuanto a la aplicación de la escala de HAM-D, n=14 (56%) obtuvieron una calificación de más de 21 puntos. Gráfica 2.

La tercera parte de los sujetos obtuvieron una puntuación en la calificación del BDI que los clasifica como severo. Gráfica 3.

Encontramos que 17 sujetos (68%) realizaron intento suicida. Gráfica 4.

No hubo diferencias significativas al comparar aquellos sujetos que sufrieron de uno o más abusos, de acuerdo a las calificaciones del HAM-D, BDI y SCL-90. Cuadro 3.

Lo mismo sucedió al hacer la comparación en cuanto a la presencia de violencia por medio de la  $X^2$  de acuerdo a los Trastornos de Personalidad, ya que tampoco se encontraron diferencias significativas. Cuadro 6.

## **8.- DISCUSIÓN.**

Los resultados clínicodemográficos encontrados en nuestro estudio son similares a las características referidas por varios autores (4, 14, 23, 24). Se comprueba que quien sufre de abuso sexual generalmente es una mujer que oscila entre los 8 y los 12 años de edad; el victimizador más frecuente es un hombre que por lo común conoce a su víctima y no utiliza la violencia.

El Trastorno Depresivo Mayor de acuerdo al (DSM-IV) se encontró en el 64% de la muestra, lo que coincide a lo encontrado en la literatura (11, 12, 22, 26, 29). También la alta frecuencia de Trastornos de Personalidad coincide con lo que refieren los autores (8, 26, 32).

Así mismo las altas calificaciones en las escalas que evalúan el grado de depresión (HAM-D y el BDI) coincidieron con lo que muchos autores han descrito (9, 27).

El alto porcentaje de pacientes que realizaron intento suicida y su relación con el antecedente de abuso sexual en la infancia, coincide con lo referido por los autores (31, 32).

## **9.- CONCLUSIÓN.**

De acuerdo a nuestro estudio se ha encontrado una relación entre el antecedente de abuso sexual en la infancia y la presencia de psicopatología en el adulto, sin embargo no podemos definir de manera contundente que este solo hallazgo sea el responsable de tal psicopatología, habrá que estudiar también las propias características del carácter del individuo, el medio ambiente en el cuál se desarrolló, los recursos internos, la manera de contender con las adversidades y otros factores estresantes concomitantes.

Para que los resultados del estudio hayan sido más contundentes, tendríamos que haber comparado a nuestros sujetos con otros similares pero sin el antecedente de abuso sexual y esto resultó ser una limitante.

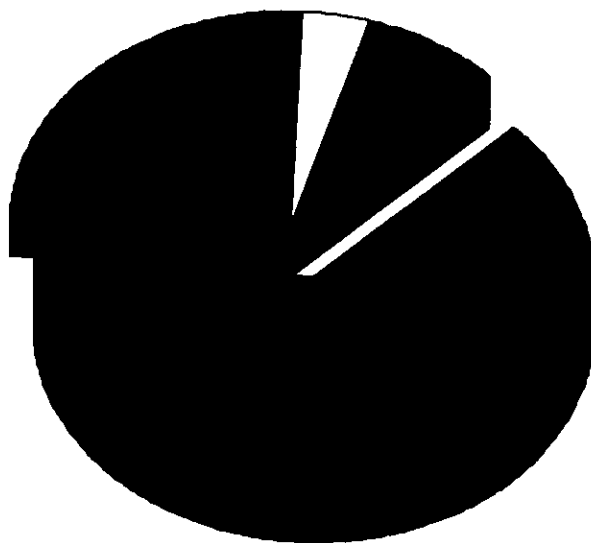
Otra limitante importante del estudio fue que no hubo manera de corroborar lo descrito por los pacientes (de manera espontánea) como abuso sexual.

Quizá hagan falta más estudios donde aborden los problemas de la sexualidad en México, y sería muy interesante dado la alta prevalencia de abusos sexuales que están ocurriendo actualmente.

Este estudio pudiera servir como partida de otros estudios en dónde se llegue a comprobar el impacto que el abuso sexual llegara a tener en el bienestar biopsicosocial del individuo en la vida adulta.

**GRAFICA 1. DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL**

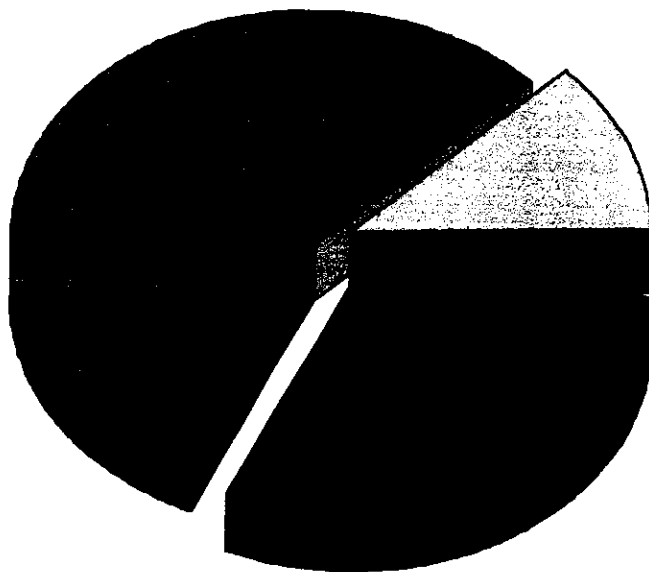
N=25



	DIAGNÓSTICO	n	%
◆	TDM	16	64
◆	DISTIMIA	3	12
◆	T. AFECT. Y SEC. A C.M.	3	12
◆	TBP	1	4
◆	T. AFECT. Y SEC A C.M.	1	4
◆	TRICOTILOMANÍA	1	4

**GRAFICA 2. CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON EN  
PACIENTES CON EL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL**

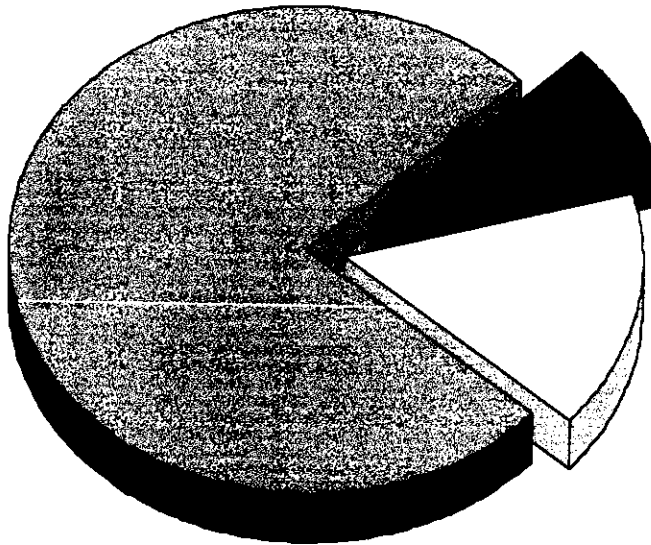
N=25



	Calificación de HAM D	n	%
◆	< de 10	3	12
◆	De 10 a 20	8	32
◆	más de 21	14	56

**GRAFICA 3. CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN  
PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL**

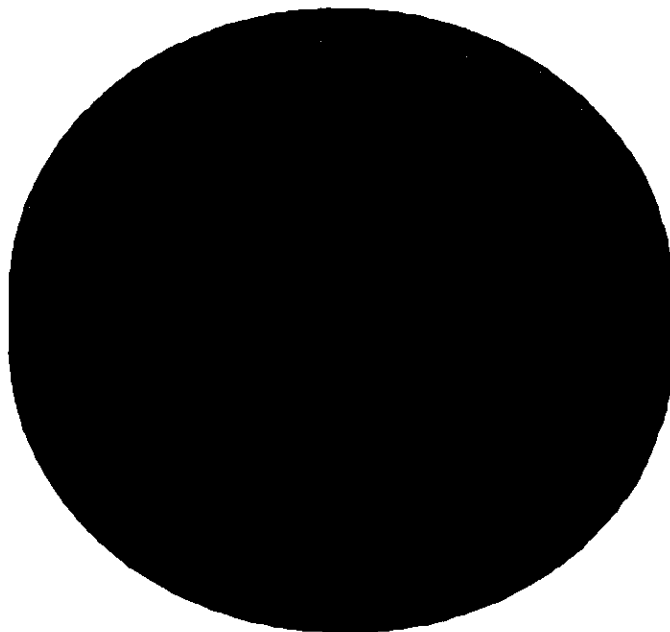
N=25



		Calificación de Beck	n	%
◆	Leve	< 14	2	8
	Mod.	14 a 20	4	16
◆	Severo	> 20	19	76

**GRAFICA 4. PORCENTAJE DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL**

N=25



	INTENTO SUICIDA	n	%
◆	Presente	17	68
◆	Ausente	8	32



**CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ABUSO SEXUAL**  
**N=25**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	femenino	21	84
	masculino	4	16
<b>EDAD ACTUAL ( X ± D.S.)</b>	29.2 (10.6)	25	100
<b>OCUPACION</b>	ninguna	12	48
	hogar	2	8
	empleado	7	28
	estudiante	4	16
<b>EDAD EN EL MOMENTO DEL ABUSO</b>	hasta 5 años	6	24
	mayor de 10	6	24
<b>ESTADO CIVIL</b>	soltero	18	72
	casado	4	16
	divorciado	1	4
	viudo	1	4
	separado	1	4
<b>ESCOLARIDAD EN AÑOS</b>	menos de 6	1	4
	6 a 9	8	32
	10 a 12	9	36
	13 y más	7	28

CUADRO 2. CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO

CARACTERÍSTICA		n	%
LUGAR	hogar	17	68
	calle	2	8
	otro	6	24
NÚMERO DE ABUSOS	1	9	36
	2 a 10	15	60
	11 a 20	0	0
	más de 30	1	4
HORARIO	mañana	4	16
	tarde	12	48
	noche	9	36
TIPO DE ABUSO	caricias	8	32
	intento de penetración	3	12
	penetración	12	48
	sexo oral	2	8
ABUSADOR	conocido	8	32
	extraño	2	8
	padre	1	4
	hermano	5	20
	tío	5	20
	primo	3	12
	padrastro	1	4
VIOLENCIA	si	9	36

**CUADRO 3. CALIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS ENTRE QUIENES  
SUFRIERON UN SOLO ABUSO VERSUS DOS O MÁS**

N=25

NUM. DE ABUSOS	1		2 o mas				
	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	t	gl	p

HAMILTON	17.33	9.01	20.93	6.16	0.15	23	NS
----------	-------	------	-------	------	------	----	----

BECK	23.22	12.83	32.43	9.31	0.04		
------	-------	-------	-------	------	------	--	--

SOMATIZACION	1.65	0.92	1.88	1.06	0.29		
O. COMPULSIVO	1.96	0.50	2.42	0.75	0.05		
INTERPERSONAL	1.61	0.93	2.39	1.00	0.03		
DEPRESIÓN	2.02	0.92	2.58	0.71	0.06		
ANSIEDAD	1.75	0.74	2.1	0.87	0.15		
HOSTILIDAD	1.53	0.97	2.05	1.10	0.11		
ANS. FOBICA	1.09	0.94	1.74	1.01	0.06		
ID. PARANOIDE	1.47	0.76	1.88	0.90	0.12		
PSICOTICISMO	1.33	0.75	1.84	0.77	0.06		
SX. GENERALES	1.64	0.65	2.12	0.71	0.05		
TOTAL SCL-90	2.25	0.45	2.55	0.48	0.05		

**CUADRO 4. PUNTUACIÓN DE LA LISTA DE LOS SÍNTOMAS DE HOPKINS  
(SCL-90)**

N=25

SOMATIZACION	1.802
OBSESIVO COMPLUSIVO	2.26
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	2.114
DEPRESION	2.3836
ANSIEDAD	1.976
HOSTILIDAD	1.8648
ANSIEDAD FOBICA	1.514
IDEACION PARANOIDE	1.7404
PSICOTISISMO	1.66
SINTOMAS GENERALES	1.95
SINTOMAS ADICIONALES	15.10
TOTAL	2.470

**CUADRO 5. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DE ACUERDO AL SCID II**

N=25

TRASTORNO DE PERSONALIDAD	SI	%
PARANOIDE	21	84
ESQUIZOIDE	2	8
ESQUIZOTÍPICO	0	0
LIMITE	15	60
HISTRIÓNICO	8	32
NARCISISTA	6	24
ANTISOCIAL	5	20
OBSESIVO COMPULSIVO	17	68
MASOQUISTA	15	60
EVITATIVO	10	40
DEPENDIENTE	8	32
PASIVO AGRESIVO	9	36

**CUADRO 6. COMPARACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE VIOLENCIA DURANTE EL ABUSO**

N=25

VIOLENCIA	CON TRASTORNO	SIN TRASTORNO		X <sup>2</sup>	gl
<b>PARANOIDE</b>					
Presente	6	3	9	0.1193	1
Ausente	15	1	16		
<b>ESQUIZOIDE</b>					
Presente	2	7	9	0.120	1
Ausente	0	16	16		
<b>LIMITE</b>					
Presente	5	4	9	0.115	1
Ausente	10	6	16		
<b>HISTRIÓNICO</b>					
Presente	2	7	9	0.617	1
Ausente	6	10	16		
<b>NARCISISTA</b>					
Presente	5	4	9	3.585	1
Ausente	3	13	16		
<b>ANTISOCIAL</b>					
Presente	2	7	9	0.043	1
Ausente	3	13	16		
<b>OBSESIVO COMPULSIVO</b>					
Presente	5	4	9	1.000	1
Ausente	2	4	16		
<b>MASOQUISTA</b>					
Presente	4	5	9	1.41	1
Ausente	11	5	16		
<b>EVITATIVO</b>					
Presente	2	7	9	1.85	1
Ausente	8	8	16		
<b>DEPENDIENTE</b>					
Presente	2	7	9	0.54	1
Ausente	6	10	16		
<b>PASIVO AGRESIVO</b>					
Presente	3	6	9	0.046	1
Ausente	6	10	16		

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.- Bradley R, Johnson, MD y Judith V. Becker, PhD . Sexual Wickedness. *Psychiatric Annals*, 1997 ; 27 : 634-637.
- 2.- Langevin R. Biological Factors Contributing to Paraphilic Behavior. *Psychiatric Annals* 1992 ; 22 : 307-314.
- 3.- Black DW, Kehrberg L, Flumerfelt D, Schlosser S . Characteristic of 36 Subjects Reporting Compulsive Sexual Behavior. *Am J Psychiatry*, 1997 ; 154 : 243-249.
- 4.- Gene GA, Candice O. Stopping Sexual Violence. *Psychiatric Annals*, 1992 ; 22 : 301-306.
- 5.- Coleman E. Is Your Patient Suffering from Compulsive Sexual Behavior ? . *Psychiatric Annals*, 1992 ; 6 :320-325.
- 6.- Bremer JS. Serious Juvenile Sex Offenders : Treatment and Long-term Follow-up. *Psychiatric Annals*, 1992 ; 22 : 326-332.
- 7.- Schwartz M F. Sexual Compulsivity as Post-Traumatic Stress Disorder : Treatment Perspectives. *Psychiatric Annals*, 1992 ; 22 : 333-338.
- 8.- Lewis Herman J, Perry Ch J, van der Kolk B. Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 1989 ; 146 : 490-495.
- 9.- Brodsky B S, Cloitre M, Dulit R A. Relationship of Dissociation to Self-Mutilation and Childhood Abuse in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 1995 ; 152 : 1788-1792.

- 10.- Morgan Ch A, Grillon Ch, Lubin H, Southwick S M. Startle Reflex Abnormalities in Women With Sexual Assault-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*, 1997 ; 154 : 1076-1080.
- 11.- Moyer D, DiPietro L, Berkowitz R, Stunkard A. Childhood Sexual Abuse and Precursors of Binge Eating in an Adolescent Female Population. *Int J Eat Disord*, 1997 ; 21 : 23-30.
- 12.- Welch S, Fairburn Ch. Sexual Abuse and Bulimia Nervosa : Three Integrated Case Control Comparisons. *Am J Psychiatry*, 1994 ; 151 : 402-407.
- 13.- De la Garza Aguilar J, Díaz Michel E, Esteban Jiménez R, Morales Celis S. La violencia Infantil : el abuso sexual y sus repercusiones en la salud pública. *Higiene : Organo de la Sociedad Mexicana de Salud Pública*, 1995 ; vol. III : 203-215.
- 14.- Ramos Lira L, Saltijeral T. El impacto emocional en las víctimas de la violencia. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1994 ; 73-83.
- 15.- Weiner K, Thompson J K . Overt and Covert Sexual Abuse : Relationship to Body Image and Eating Disturbance. *Int J Eat Disord*, 1997 ; 22 : 273-284.
- 16.- Finkelhor D. Abuso sexual al menor. *Méx. De. Pax-México*, 1987 : 35-52.
- 17.- Palmer R, Bramble D, Metcalfe M. Childhood Sexual Experiences with Adults : Adult Male Psychiatric Patients and General Practice Attenders.
- 18.- Jacobson A. Physical and Sexual Assault Histories Among Psychiatric Outpatients. *Am J. Psychiatry*, 1989 ; 146 : 755-758.

- 19.- Grubin D. Predictors of risk in serious sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 1997 ; 170 (suppl, 32) : 17-21.
- 20.- Grubin D. Sexual Murder. *British Journal of Psychiatry*, 1994 ; 165 : 624-629.
- 21.- Perales F, P. Florenzano R. Rojas C. Maltrato físico y abuso sexual : sus consecuencias psicopatológicas. *Rev Psiquiat Clínica*, 1994 ; 31 (1) : 45-56.
- 22.- Mullen P, Martin J, Anderson J. Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 1993 ; 163 : 721-732.
- 23.- Mullen P, Walton V, Romans-Clarkson S. Impact of sexual and Physical Abuse on Women's Mental Health. *The Lancet*, April 16, 1988 : 841-845.
- 24.- Mullen P, Martin J, Anderson J, Romans S. The Effect of Child Sexual Abuse on Social, Interpersonal and Sexual Function in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 1994 ; 165 : 35-47.
- 25.- Jacobson A, Richardson B. Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients : Evidence of the Need for Routine Inquiry. *Am J Psychiatry*, 1987 ; 144 : 908-913.
- 26.- Winfield I, George L. Swartz M. Sexual Assault and Psychiatric Disorders Among a Community Sample of Women. *Am J Psychiatry*, 1990 ; 147 :3 March.
- 27.- Mezey G, Taylor P. Psychological Reactions of Women Who Have Been Raped A Descriptive and Comparative Study. *British Journal of Psychiatry*, 1988 ; 152 : 330-339.
- 28.- Zeitlin S, McNally R, Cassidy K. Alexithymia in Victims of Sexual Assault : An Effect of Repeated Traumatization ? *Am J Psychiatry*, 1993 ; 150 :4 April.



- 29.- Walker E, Katon W, Neraas K, Jemelka R. Dissociation in Women With Chronic Pelvic Pain. *Am J Psychiatry*, 1992 ; 149 :4 April.
- 30.- Fierman E, Hunt M, Pratt L, Warshaw M. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Subjects With Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*, 1993 ; 150 : 1872-1874.
- 31.- Davidson J, Hughes D, George L. The Association of Sexual Assault and Attempted Suicide Within the Community. *Arch Gen Psychiatry*, 1996 ; 53 : 550-555.
- 32.- Goodwin J, Cheeves K, Connell V. Borderline and Other Severe Symptoms in Adult Survivors of Incestuous Abuse. *Psychiatric Annals*, 1990 ; 20 :1 January.
- 33.- Pichot P, López-Ibor J J, Valdés Miyar M. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales 4ª edición (DSM-IV).
- 34.- Headlund JL, Vieweg BW. The Hamilton rating Scale for Depression: A Comprehensive Review. *Journal of Operational Psychiatry*, 1979 ; 10 : 149-162.
- 35.- R.A Steer AT. Beck and Garrison B. *Assessment of Depression*, 1986
- 36.- Perry Christopher J. Problems and Considerations in the Valid Assessment of Personality Disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1992; 149: 12 December.

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. **ANIMO DEPRIMIDO:** (Triste, desesperanzado, desamparado, autoevaluado).
  0. Ausente.
  1. Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio.
  2. Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.
  3. Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto, etc.
  4. Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal.
  
2. **SENTIMIENTOS DE CULPA:**
  0. Ausentes.
  1. Autorreprocho, siente que ha defraudado a alguien.
  2. Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.
  3. Pienza que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.
  4. Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experiencias alucinaciones visuales amenazadoras.
  
3. **SUICIDIO:**
  0. Ausente.
  1. Siente que no vale la pena vivir.
  2. Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.
  3. Idea o gestos suicidas.
  4. Intentos de suicidio.
  
4. **INSOMNIO INICIAL:**
  0. Sin dificultad para conciliar el sueño.
  1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora).
  2. Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.
  
5. **INSOMNIO INTERMEDIO:**
  0. Sin dificultad.
  1. Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.
  2. Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño).
  
6. **INSOMNIO TERMINAL:**
  0. Sin dificultad.
  1. Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse.
  2. Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama.
  
7. **TRABAJO Y ACTIVIDADES:**
  0. Sin dificultad.
  1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.
  2. Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportando directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).
  3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades, o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.
  4. Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina, si las hay.
  
8. **RETARDO:** (lentitud de pensamientos y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora).
  0. Ausente.
  1. Ligero retardo durante la entrevista.
  2. Obvio retardo durante la entrevista.
  3. Entrevista difícil debido al retardo.
  4. Estupor completo.
  
9. **AGITACION:**
  0. Ninguna.
  1. Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos.
  2. Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.
  
10. **ANSIEDAD PSIQUICA:**
  0. Ausente.
  1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
  2. Preocupación por cosas triviales.
  3. Actitud aprehensiva aparente por su expresión o al hablar.
  4. Expresa miedo o temor espontáneamente.
  
11. **ANSIEDAD SOMATICA:** (Equivalentes fisiológicas de la ansiedad). Gastrointestinales: (boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos). Cardiovascular: (palpitaciones, jaquecas). Respiratorio: (hiperventilación, suspiros). Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.
  0. Ausente.
  1. Leve.
  2. Moderada.
  3. Severa.
  4. Incapacitante.

12. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:

0. Ninguno.  
1. Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantéz en el abdomen.  
2. Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13. SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL:

0. Ninguno.  
1. Sensación de pesantéz en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga.  
2. Todo síntoma físico específico se califica con 2.

14. SINTOMAS GENITALES: (Pérdida de la libido, trastornos menstruales).

0. Ausentes.  
1. Moderados.  
2. Severos.

15. HIPOCONDRIASIS:

0. Ausente.  
1. Aborto en su propio cuerpo.  
2. Preocupación por su salud.  
3. Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.  
4. Delirios hipocondríacos.

16. PERDIDA DE PESO: (Complétense ya sea A o B).

- A: Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento).  
B: Cuando se evalúa semanalmente.

(A)

0. Sin pérdida de peso.  
1. Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.  
2. Pérdida de peso definitiva según el paciente.

(B)

0. Pérdida menor de 0.5 Kg. de peso en la semana.  
1. Más de 0.5 Kg.  
2. Más de 1 Kg.

17. INTROSPECCION:

0. Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.  
1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.  
2. Niega estar enfermo.

18. VARIACIONES DIURNAS: (Complétense a.m. o p.m., dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde).

- A.M.  
0. Ausente.  
1. Moderada  
2. Severa

- P.M.  
0. Ausente  
1. Moderada  
2. Severa

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas).

0. Ausentes.  
1. Leves.  
2. Moderados.  
3. Severos.  
4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANOIDES:

0. Ninguno.  
1. Sospechoso.  
2. Suspicaz.  
3. Ideas de referencia.  
4. Delirios de referencia y/o persecución.

21. SINTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS:

0. Ausente.  
1. Moderada.  
2. Severa.

Total: \_\_\_\_\_

## BECK

Instrucciones: Por favor lee cada grupo cuidadosamente y escoje la oración que mejor describe cómo te has sentido las últimas dos semanas. Marca con una X la oración que hayas seleccionado. Aunque varias oraciones en el grupo parecieran aplicarse a tu caso marca sólo una. Asegurate de leer toda las enunceraciones en cada grupo antes de contestar. No hay respuestas buenas o malas, gracias.

- 
1. No me siento triste  
Me siento triste  
Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme  
Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto
- 
2. No me siento desanimado acerca del futuro  
Me siento desanimado acerca del futuro  
Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir  
Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
- 
3. No me siento como un fracasado  
Siento que he fracasado mas que otras personas  
Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos  
Siento que como persona soy un completo fracaso
- 
4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre  
No disfruto las cosas como antes  
Ya no obtengo satisfacción de nada  
Estoy insatisfecho y molesto con todo
- 
5. No me siento culpable  
En algunos momentos me siento culpable  
La mayor parte el tiempo me siento algo culpable  
Me siento culpable todo el tiempo
- 
6. No siento que seré castigado  
Siento que puedo ser castigado  
Creo que seré castigado  
Siento que estoy siendo castigado
- 
7. No me siento descontento conmigo mismo  
Me siento descontento conmigo mismo  
Me siento a disgusto conmigo mismo  
Me odio a mí mismo
- 
8. No siento que sea peor que otros  
Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores  
Me culpo todo el tiempo por mis errores  
Me culpo por todo lo malo que sucede
- 
9. No tengo ninguna idea acerca de suicidarme  
Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría  
Quisiera suicidarme  
Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 
10. No lloro más que de costumbre  
Lloro más que antes  
Lloro todo el tiempo  
-Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera

- 
11. Ahora no estoy mas irritable que antes  
 Me molesto o irrito mas fácilmente que antes  
 Me siento irritado todo el tiempo  
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 
12. No he perdido el interes en la gente  
 No me interesa la gente como antes  
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente  
 He perdido todo el interes en la gente
- 
13. Tomo decisiones tan bien como siempre  
 Pospongo decisiones con mas frecuencia que antes  
 Se me dificulta tomar decisiones  
 No puedo tomar decisiones en nada
- 
14. No me siento que me vea mas feo que antes  
 Me preocupa que me vea viejo y feo  
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo  
 Creo que me veo horrible
- 
15. Puedo trabajar tan bien como antes  
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo  
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa  
 No puedo trabajar para nada
- 
16. Duermo tan bien como antes  
 No duermo tan bien como antes  
 Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme  
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme
- 
17. No me canso mas de lo habitual  
 Me canso mas fácilmente que antes  
 Me canso casi de hacer cualquier cosa  
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa
- 
18. Mi apetito es igual que siempre  
 Mi apetito no es tan bueno como antes  
 Casi no tengo apetito  
 No tengo apetito en lo absoluto
- 
19. No he perdido peso o casi nada  
 He perdido más de 2.5 Kilos  
 He perdido más de 5 Kilos  
 He perdido más de 7.5 Kilos  
 (Estoy a dieta SI o NO)
- 
20. Mi salud me preocupa más que antes  
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estreñimiento  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa
- 
21. Mi interés por el sexo es igual que antes  
 Estoy menos interesado en el sexo que antes  
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes  
 He perdido completamente el interés por el sexo

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCID 3/I/87

INSTRUCCIONES:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted generalmente, es decir cómo es que usted se ha sentido o comportado usualmente durante la mayor parte de su vida. Para responder, señale cualquiera de las cuatro opciones que le dan:

1. ¿Se siente usted más fácilmente herido(a) en sus sentimientos, en comparación con la mayoría de las personas, si alguien critica o desapruueba algo que usted dice o hace?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
2. ¿Siente que no hay alguien, fuera de su familia inmediata, realmente cercana.., gente en la que usted pueda confiar o hablar acerca de sus problemas personales?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
3. ¿Evita usted verse involucrado(a) con las personas, a menos que tenga la certidumbre de que realmente les agrada?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
4. ¿Trata usted de evitar situaciones que involucre muchos contactos con otras personas?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
5. En situaciones sociales ¿se mantiene usted frecuentemente callado(a) debido a que tiene miedo de decir algo equivocado o ser incapaz de responder una pregunta?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
6. Cuando está enfrente de otras personas ¿tiene usted frecuentemente miedo de verse nervioso(a), de llorar o de sonrojarse?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
7. ¿Hay muchas cosas que le parezcan a usted peligrosas y que no le parezcan peligrosas a la mayoría de la gente?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
8. ¿Necesita usted mucho más consejos que la mayoría de las personas antes de poder tomar decisiones cotidianas?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
9. ¿Ha permitido que otras personas tomen decisiones importantes por usted, como dónde vivir y qué trabajo tomar?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
10. ¿Manifiesta usted frecuentemente estar de acuerdo con la gente, aún cuando usted piense que están equivocados?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
11. ¿Le es difícil hacer cosas si tiene que realizarlas totalmente por usted mismo(a)?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces
12. ¿Frecuentemente se ofrece usted para realizar cosas que no le son placenteras pero que deben hacerse y esto lo hace con el propósito de recibir la aprobación de la gente?  
1) casi nunca      2) algunas ocasiones      3) frecuentemente      4) la mayoría de las veces

13. ¿Le molesta a usted ocupar el tiempo en usted mismo(a)?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
14. Mucha gente se siente mal cuando una relación cercana termina. ¿Piensa usted que se siente más derrotado cuando esto le pasa en comparación con la mayoría de la gente?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
15. ¿Se preocupa mucho acerca de ser abandonado(a) o dejado solo(a) sin alguien que cuidará de usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
16. ¿Le sucede frecuentemente que gaste mucho tiempo al tratar de hacer las cosas a la perfección y finalmente tenga problemas para terminar el trabajo?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
17. ¿Se fija usted tanto en los detalles de algunas cosas que llega a perder la visión de la meta principal?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
18. ¿Es usted más obstinado(a) que la mayoría de las personas acerca de insistir que otros hagan las cosas exactamente de la manera que usted quiere que las hagan?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
19. ¿Frecuentemente hace cosas por usted mismo(a) debido a que sabe que nadie más las haría bien?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
20. ¿Es usted devoto(a) a su trabajo de manera que difícilmente tiene tiempo libre para sus amigos o simplemente para hacer cosas que son divertidas?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
21. ¿Frecuentemente tiene problemas en lograr que las cosas sean hechas debido a que no pueda decidir qué hacer primero o determinar la manera de resolver algún problema?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
22. ¿Se preocupa usted mucho acerca de qué pudo haber hecho moralmente indebido?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
23. ¿Se siente usted enojado(a) con otra persona porque ésta hizo algo moralmente indebido?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
24. ¿Es difícil para usted hacerles saber a las personas cuánto se preocupa por ellas?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
25. ¿Es usted una persona que rara vez hace regalos o favores a otras personas?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
26. ¿Tiene usted problemas para deshacerse de las cosas debido a que piensa que pueden serle útiles algún día?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
27. ¿Frecuentemente usted pospone hacer las cosas hasta el último minuto y entonces se encuentra con que éstas no podrán ser hechas a tiempo?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces

28. Algunas personas se irritan o molestan cuando alguien les pide que hagan cosas que realmente no quieren hacer ¿es usted así?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
29. Algunas personas trabajan despacio deliberadamente o hacen un mal trabajo cuando se les pide que hagan algo que realmente no quieren hacer ¿es usted así?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
30. ¿La gente frecuentemente le hace a usted demandas irracionales?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
31. ¿Está usted predispuesto(a) a olvidar a hacer cosas que supuestamente debería hacer, si es que realmente no quiere hacerlas?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
32. ¿Piensa usted frecuentemente que está haciendo un mejor trabajo en comparación con el crédito que otros le dan?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
33. ¿Le incomoda que la gente le haga sugerencias de cómo podría hacer mejor las cosas?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
34. ¿Se ha quejado constantemente la gente de que usted las ha demorado por no hacer la parte de su trabajo?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
35. ¿Frecuentemente acaba usted trabajando sometido a gente que no hace tan bien el trabajo como usted lo podría hacer?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
36. ¿Ha escogido a amigos o amantes quienes le hayan sacado ventaja o maltratado?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
37. ¿Se ha visto usted frecuentemente envuelto en situaciones conflictivas de trabajo o en la escuela, en las que termina contrariado o herido?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
38. ¿Rechaza usted con frecuencia la ayuda de otras personas?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
39. ¿Encuentra usted que la ayuda que la gente le ofrece no es usualmente la que usted necesita?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
40. Algunas personas se deprimen cuando tienen éxito, o sienten que ellas no sirven para el éxito, o hacen cosas para estropear el éxito ¿es usted así?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
41. ¿Frecuentemente se ha sorprendido o desconcertado al encontrarse que algo que usted ha dicho o hecho a alguien le ha puesto muy enojado?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
42. ¿Rechaza usted frecuentemente la oportunidad de hacer algo que realmente le divertiría?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
43. Cuando hace algo que debería ser divertido ¿le sucede frecuentemente que no se divierta usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces



44. ¿Frecuentemente usted no hace lo que tendría que hacer de manera adecuada para obtener el éxito u obtener lo que usted desea?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
45. ¿Frecuentemente usted se siente derrotado(a) debido a que no logra hacer algo que usted necesita hacer?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
46. Algunas personas encuentran gente que es amable pero para ellos aburrida, en cambio encuentran gente que no es amable y para ellos es más interesante ¿es usted de este tipo?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
47. ¿Está usted haciendo casi siempre lo que es bueno para otras personas más que lo que es bueno para usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
48. ¿Se queja la gente de que usted hace cosas para ellos aún cuando ellos no quieran que usted las haga?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
49. ¿Se mantiene usted frecuentemente a la expectativa para impedir que la gente abuse de usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
50. ¿Algunas veces se encuentra usted preocupado(a) de que amigos o compañeros de trabajo no sean realmente leales o confiables?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
51. ¿Frecuentemente usted observa o atribuye amenazas ocultas en lo que la gente dice o hace?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
52. ¿Le toma un largo tiempo perdonar a alguien si le ha insultado o herido?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
53. ¿Se ha dado cuenta que para usted es mejor no permitir que otras personas conozcan mucho acerca de usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
54. ¿Se ve usted frecuentemente enojado(a) debido a que alguien le ha insultado o menospreciado de alguna manera?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
55. ¿Es usted una persona muy celosa?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
56. ¿Ha sospechado usted constantemente que su esposo(a) o pareja le fue infiel?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
57. Cuando usted ve gente hablando entre ellos, ¿se pregunta si estarán hablando de usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
58. ¿Ha notado que un evento u objeto común parezca ser una señal especial para usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces

59. ¿Frecuentemente se siente nervioso(a) cuando está con un grupo de personas que no son familiares para usted?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
60. ¿Ha tenido usted experiencias con lo sobrenatural?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
61. ¿Ha tenido usted experiencias acerca de la astrología, visión del futuro, OVNIS, aspectos extrasensoriales o un "sexto sentido"?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
62. ¿Ha confundido usted frecuentemente objetos o sombras con personas o ruidos por voces?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
63. ¿Ha tenido usted constantemente la sensación de que alguna persona o fuerza está alrededor de usted, aún cuando no pueda ver a nadie?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
64. Cuando mira usted a otra persona o a usted mismo(a) en el espejo, ha visto que le cambie la cara justo ante sus ojos?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
65. ¿Podría usted ser feliz sin relaciones cercanas, como una familia o como amigos?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
66. ¿Haría usted mejor las cosas solo que con amigos?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
67. Algunas personas parecen nunca tener sentimientos fuertes, como estar muy enojados o muy felices ¿es usted de esta manera?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
68. ¿Podría usted vivir contento(a) sin verse constantemente envuelto en vida sexual con otra persona?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
69. Algunas personas no se preocupan de haber sido o no elogiadas por algo que han hecho ¿es usted de esta forma?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
70. ¿Frecuentemente usted está pendiente de los demás para sentirse aprobado, elogiado o confiado?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
71. ¿Coquetea usted mucho?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
72. ¿Le molesta a usted más que a la mayoría de la gente si usted no se ve atractivo(a)?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
73. Algunas personas expresan sus emociones muy fuertemente, por ejemplo, pueden abrazar gente que ellos no conocen muy bien o tienen berrinches temperamentales cuando las cosas van mal ¿es usted de esta forma?  
 1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces

74. ¿Le gusta ser el centro de atención?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
75. ¿Está usted frecuentemente muy interesado en algo o alguien y entonces repentinamente pierde interés?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
76. ¿Se irrita o enoja fácilmente y se calma con la misma rapidez?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
77. ¿Está usted usualmente más preocupado(a) con sus propias necesidades que con las necesidades de los demás?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
78. ¿Le han dicho a usted constantemente que solo se preocupa por usted mismo?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
79. Algunas personas pueden tolerar lo necesario hasta que ellos sepan que eventualmente obtendrán lo que quieren. A otras personas les cuesta trabajo esperar para obtener lo que quieren ¿es usted de este tipo de personas que no pueden esperar?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
80. Cuando usted es criticado(a) ¿frecuentemente se siente muy enojado, avergonzado o rebajado, inclusive horas o días después?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
81. ¿Varias veces ha tenido usted que usar a otras personas para obtener lo que quiere?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
82. ¿Ha estado usted en situaciones donde tuviera que pasar sobre alguien con el propósito de obtener lo que necesitaba?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
83. ¿Siente usted que es una persona con talentos especiales o habilidades que otros no han reconocido?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces.
84. ¿Le ha dicho alguna persona constantemente a usted que tiene una alta opinión de usted mismo?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
85. ¿Diría usted que los problemas que usted enfrenta son tan especiales que pocas personas pudieran llegar a entenderlos?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
86. ¿Tiene usted frecuentemente ensueños durante el día acerca de conseguir grandes cosas, como ser exitoso(a), poderoso(a), brillante, atractivo(a) o grandemente amado(a)?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
87. ¿Piensa usted frecuentemente que las reglas no deberían aplicarse a usted?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
88. ¿Es muy importante para usted que la gente le ponga atención o le admire de alguna manera?  
1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces

89. ¿Le han dicho otras personas que usted no es compasivo o comprensivo con los problemas de ellos?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
90. ¿Siente usted frecuentemente envidia de otras personas?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
91. ¿Sus sentimientos hacia las personas algunas veces cambian tanto que usted alguna vez ame y admire grandemente a alguien y repentinamente odie o se sienta terriblemente contrariado(a) por la misma persona en otra ocasión?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
92. ¿Ha hecho frecuentemente cosas que podrían haberlo envuelto en problemas como; ...Comprar cosas que no podría pagar?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
93. ... Tener sexo con alguien a quien apenas conoce?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
94. ...Beber mucho o hacer uso de drogas?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
95. ... Manejar imprudentemente?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
96. ...Comer desaforadamente?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
97. ... Robar en alguna tienda?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
98. ¿Tiene usted frecuentemente subidas y bajadas en su ánimo, algunos períodos de depresión, irritabilidad o ansiedad?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
99. ¿Tiene usted frecuentemente berrienes de mal genio o se siente tan enojado que pierde el control?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
100. ¿Le pasa que algunas veces le pegue a la gente cuando está muy enojado(a)?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
101. ¿Ha intentado usted en alguna ocasión herirse, matarse o ha amenazado con hacerlo?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
102. ¿Ha tratado usted algunas veces de herirse teniendo un accidente?  
1)casi nunca    2)algunas veces    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
103. ¿Es usted tan diferente con gente diversa o en diferentes situaciones de tal manera que algunas veces no sepa quién es realmente usted?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
104. ¿Está usted frecuentemente confundido acerca de... cuáles son sus metas a largo plazo o qué planes tiene en su carrera?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    4)frecuentemente    4)la mayoría de las veces
105. ...Qué tipo de amigos y amantes quiere?  
1)casi nunca    2)algunas ocasiones    3)frecuentemente    4)la mayoría de las veces

106. ...Cuáles son sus valores?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
107. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido o con un vacío interno?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
108. ¿Se siente fuera de control si usted piensa que alguien importante lo(a) va a dejar?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
109. ¿Presenta usted períodos momentáneos en que piense que algunas personas quieren dañarle sin tener una justificación para pensar en ello?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
110. ¿Le ha pasado a usted que adopte por espacio de unas horas una personalidad diferente o que no recuerde qué pasó en ese lapso de tiempo?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces

**Las siguientes preguntas son acerca de cosas que usted pudo haber hecho antes de cumplir los 15 años de edad**

111. ¿Se iba usted frecuentemente de "pinta"?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
112. ¿Se salía usted constantemente de su casa y permanecía afuera durante la noche?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
113. ¿Comenzaba usted las peleas?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
114. ¿Utilizó usted algún arma en las peleas?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
115. ¿Algunas veces forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
116. ¿Hirió alguna vez a cualquier animal a propósito?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
117. ¿Hirió usted alguna vez a otra persona a propósito? (diferente a una pelea)  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
118. ¿Dañaba usted deliberadamente cosas que no fuesen suyas?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
119. ¿Usted ha prendido fuego deliberadamente?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
120. ¿Miente usted con frecuencia?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
121. ¿Algunas veces roba usted cosas?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces
122. ¿En algunas ocasiones ha robado o asaltado a alguien?  
 1)casi nunca 2)algunas ocasiones 3)frecuentemente 4)la mayoría de las veces

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Elija la opción que mejor describa que tanto el problema le molestó a Ud. durante la semana pasada, incluido el día de hoy. Elija solamente una opción para cada problema y no deje vacío ningún punto.

0 = NO    1 = MUY POCO    2 = MODERADAMENTE    3 = BASTANTE    4 = EXTREMADAMENTE

¿QUE TANTO LE HA MOLESTADO?:

Dolor de cabeza	_____
Nerviosismo o inestabilidad interior	_____
Malos pensamientos, ideas o palabras	_____
Debilidad o mareos	_____
Pérdida del interés o placer sexual	_____
Actitud crítica hacia los demás	_____
Sensación de que alguien puede controlar sus pensamientos	_____
Cree que a otros se les debe culpar por sus problemas	_____
Problemas para recordar las cosas	_____
Preocupación por su descuido o actitud indiferente	_____
Fácilmente molesto (a) o irritable	_____
Dolor en el corazón o en el tórax	_____
Siente miedo en los espacios abiertos o en las calles	_____
Sentimientos de falta de energía o lentitud	_____
Pensamientos de acabar con su vida	_____
Oye voces que los demás no oyen	_____
Temblor	_____
Sentimiento de que la mayoría de la gente no es de confianza	_____
Poco apetito	_____
Llora fácilmente	_____
Se le hace difícil el trato con el sexo opuesto	_____
Se siente atrapado (a)	_____
Se asusta de repente sin razón	_____
Explosiones temperamentales incontrolables	_____
Tiene miedo a salir solo de casa	_____
Sentimiento de culpabilidad	_____
Dolor en la parte inferior de la espalda	_____
Se siente limitado para hacer las cosas	_____
Se siente solo (a)	_____
Tristeza	_____

0 = NO    1 = MUY POCO    2 = MODERADAMENTE    3 = BASTANTE    4 = EXTREMADAMENTE

¿QUE TANTO LE HA MOLESTADO?:

Se preocupa demasiado por las cosas

No tiene interés

Siente miedo

Se siente herido (a) en sus sentimientos

Cree que los demás están enterados de sus pensamientos privados

Cree que los demás no lo (a) entienden o que no es simpático (a)

Cree que la gente no es amigable

Hace las cosas muy despacio para asegurarse de que están bien hechas

Siente que el corazón le golpea o está acelerado

Naúseas o malestar en el estómago

Se siente inferior a los demás

Dolor muscular

Sentimiento de que está siendo observado (a) o que los demás hablan de Usted

Problemas para quedarse dormido (a)

Tiene que comprobar lo que hace, una o dos veces

Dificultad para tomar decisiones

Siente miedo a viajar en autobuses, metro o trenes

Sensación de ahogo

Ataques de calor o frío

Evita ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan

Se le queda la mente en blanco

Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo

Siente un nudo en la garganta

Se siente desesperado frente al futuro

Dificultad para concentrarse

Sentir debilidad en partes de su cuerpo

Sentirse tenso (a) o excitado (a)

Pésadez en brazos o piernas

Pensamientos de muerte o agonía

Comer en exceso

Sentirse incómodo (a) cuando la gente le mira o le habla

Tener pensamientos que no son los suyos propios

Tener necesidad urgente de golpear, dañar o herir a alguien

Despertarse pronto por la mañana

Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar

Sueño inquieto o alterado

0 = NO    1 = MUY POCO    2 = MODERADAMENTE    3 = BASTANTE    4 = EXTREMADAMENTE

¿QUE TANTO LE HA MOLESTADO?:

- Tener necesidad de romper o destrozar cosas \_\_\_\_\_
- Tener ideas o creencias que otros no comparten \_\_\_\_\_
- Sentirse muy tímido delante de otras personas \_\_\_\_\_
- Sentirse incómodo en las multitudes, tal como al ir de compras o en el cine \_\_\_\_\_
- Sentir que todo cuesta un esfuerzo \_\_\_\_\_
- Períodos de terror o pánico \_\_\_\_\_
- Sentirse incómodo al comer o beber en público \_\_\_\_\_
- Involucrarse en frecuentes discusiones \_\_\_\_\_
- Sentirse nervioso cuando se queda solo \_\_\_\_\_
- Que otros no le reconocen méritos apropiados por sus logros \_\_\_\_\_
- Sentirse solo aún cuando está con otra gente \_\_\_\_\_
- Sentirse tan intranquilo que no podría quedarse quieto \_\_\_\_\_
- Sentimientos de inutilidad \_\_\_\_\_
- Sentir que las cosas conocidas son extrañas o irreales \_\_\_\_\_
- Gritar o tirar cosas \_\_\_\_\_
- Sentir miedo a que pueda desmayarse en público \_\_\_\_\_
- Creer que los demás se aprovecharán de Usted si les deja \_\_\_\_\_
- Tener pensamientos sobre el sexo que le molestan mucho \_\_\_\_\_
- Que debe ser castigado por sus pecados \_\_\_\_\_
- Sentirse obligado a que las cosas estén hechas \_\_\_\_\_
- Tener la idea de que algo grave le pasa en su cuerpo \_\_\_\_\_
- No sentirse nunca cerca de otra persona \_\_\_\_\_
- Culpabilidad \_\_\_\_\_
- La sensación de que algo malo está pasando en su mente \_\_\_\_\_