



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

**“Asociación de Trauma temprano con Estilos de Apego en
pacientes de sexo femenino de la clínica de Trastorno Límite
de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Presenta:

Dra. Salazar Mendoza Marlene

Tutores:

**Teórico: Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez
Metodológico: Dra. Rebeca Robles García**

México, D.F., Mayo de 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

Dedico este proyecto de tesis a mi familia, gracias a mi mamá, mi mayor ejemplo de vida, mi papá que me guía y cuida desde el cielo, mis hermanos, cuñados y a mis pequeños sobrinos. A todos ellos, gracias por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a su apoyo, confianza, impulso, enseñanzas, ejemplo, compañía, por cada consejo y palabra que me han guiado durante mi vida y han dado lo necesario para cumplir mis objetos como persona y profesionista.

Le agradezco a mi segunda casa, mi amada universidad y a mi institución y en especial a mi tutora metodológica Dra. Rebeca Robles García y tutor teórico Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez; por sus conocimientos, orientación, motivación y su valioso tiempo que fueron fundamentales para la realización de esta tesis.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo y a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

INDICE

1. Introducción
2. Marco de referencia
 - Capítulo 1 El Trastorno Límite de la Personalidad
 - Capítulo 2 La teoría del apego
 - 2.1 Apego y Personalidad
 - 2.2 Teoría del Apego y Trastorno Límite de la Personalidad
 - Capítulo 3 Trauma temprano
 - 3.1 El trauma temprano y los Trastornos de la Personalidad
 - 3.2 El trauma temprano en el Trastorno Límite de la Personalidad
3. Metodología
 - Pregunta de investigación
 - Justificación

 - Objetivos
 - Objetivo general
 - Objetivos específicos

 - Hipótesis

 - Material y método
 - Diseño del estudio
 - Población en estudio; selección y tamaño de la muestra
 - Criterios de inclusión
 - Criterios de exclusión
 - Criterios de eliminación
 - Definición de las variables
 - Escalas de medición
 - Descripción de los instrumento de medición
 - Métodos de recolección de datos
 - Análisis estadístico

 - Implicaciones éticas
4. Resultados
5. Discusión
6. Conclusiones
7. Referencias bibliográficas

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones de funcionamiento desadaptativos persistentes que se dan en áreas estructurales del individuo, como son la afectividad, las relaciones interpersonales, la cognición y el control de los impulsos. Una característica esencial de estos trastornos es la dificultad que presentan en modificar el patrón de funcionamiento pese a los graves problemas vitales que les conduce esta forma de comportarse, sentir y relacionarse. Estas características hacen que los trastornos de la personalidad constituyan un reto importante para los profesionales de la salud mental.

En los últimos años, uno de los trastornos de la personalidad al que se ha prestado mayor atención es el Trastorno límite de la personalidad debido a la gravedad del trastorno y los importantes gastos sanitarios que conlleva dicho diagnóstico. Las conductas autolesivas y los intentos de suicidio son frecuentes en la población con trastorno de la personalidad límite y las tasas de suicidio son elevadas, estimándose en alrededor de un 10% de los casos y siendo 400 veces más alto que en la población general.

Al igual que en otros trastornos psiquiátricos, la etiopatogenia del Trastorno límite de la personalidad es compleja, en tanto no es posible explicar su desarrollo en términos mono-causales. En este sentido, existen múltiples estudios tanto de corte transversal como longitudinal que han planteado modelos que subyacen a la psicopatología del Trastorno límite de la personalidad; sin embargo, no existe modelo explicativo que permita entender la amplia heterogeneidad de las manifestaciones características de dicho trastorno.

Tomando en cuenta la evidencia disponible a la actualidad, comprendemos la etiopatogenia del Trastorno límite de la personalidad como el resultado de un proceso dinámico y multifactorial, determinado por el inter-juego de factores tanto genéticos como ambientales y sociales.

Ante esta situación, conscientes y conocedores de las limitaciones y deficiencias actuales sobre esta patología, el presente estudio tiene el objetivo de estudiar la posible asociación del trauma temprano con el estilo de apego predominante en los pacientes con Trastorno límite de la personalidad. De tal manera que contribuya a evidenciar la necesidad de nuevos estudios que despierten el interés sobre un tema tan polifacético y

de la necesidad de implementar nuevas estrategias en el manejo de estos pacientes y sobre la asistencia que debería ofrecerse para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus familiares, prestando especial atención a los hijos de los pacientes con dicho trastorno ya que como ha evidenciado la investigación hay mayor probabilidad de presencia de trastornos psiquiátricos y entre ellos el propio Trastorno límite de la personalidad que en el resto de la población en general.

MARCO DE REFERENCIA

Capítulo 1: Trastorno límite de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición psiquiátrica heterogénea y compleja, definida por problemas graves y persistentes en dominios amplios como interpersonal, cognitivo, conductual y emocional. Las características esenciales son una desregulación crónica de los afectos, inestabilidad de la auto-imagen y de la identidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales y pobre control de impulsos. Esta condición se relaciona a altas tasas de suicidio, severa discapacidad funcional y comorbilidad con otros trastornos mentales^{1,2}.

La prevalencia a nivel mundial se sitúa en una media del 2% ³. En Estados Unidos de América se estima que la prevalencia en vida del Trastorno Límite de la personalidad es entre 0.5-5.9%, siendo en hombres 5.6% y en mujeres 6.2% ⁴. Es el más común de los trastornos de la personalidad; situándose entre el 30% y el 60% de la población clínica con Trastornos de la personalidad ³. Esta condición se asocia a considerable discapacidad y comorbilidad psiquiátrica. La mortalidad por suicidio es del 8-10% (50 veces más que en la población general) ¹.

El momento de máxima expresión clínica se sitúa al inicio de la vida adulta, aunque son evidentes las primeras manifestaciones de este trastorno en la adolescencia y la pre-adolescencia. Los síntomas se atenúan con la edad y alrededor de los 40 o 45 años declinan los más relacionados con la impulsividad. Al llegar a este punto de la vida, la mitad de los pacientes se habrán estabilizado, pero la otra mitad se aislará progresivamente y es muy probable que acabe con un severo deterioro personal y relacional. Entre las personas diagnosticadas desde la adolescencia hasta la mediana edad, un 70% habrá cometido algún intento de suicidio y un 50% lo repetirá

incluso diversas veces a lo largo de su vida. Entre un 8% y un 10% lo consumará².

Los modelos teóricos etiopatogénicos vigentes en la actualidad se centran en diferentes determinantes biológicas, psicológicas y sociales, pero en estos momentos no disponen aún de suficiente soporte empírico.

Modelo de Clasificación psiquiátrica. El DSM (APA, 1994) se fundamenta en el modelo médico tradicional y utiliza el concepto de categoría entendido como un conjunto limitado de síntomas que se suponen relacionados y forman un prototipo frecuente en la clínica. Pretende ser ateórica y no plantea hipótesis explicativas. Se ha aceptado por consenso como taxonomía oficial. Trata de describir y clasificar operativamente los trastornos de la personalidad con el objetivo de aumentar la fiabilidad diagnóstica. Presupone la existencia de límites claros entre normalidad y patología y entre los diferentes trastornos, que se consideran entidades independientes³.

Modelos de rasgos. Se basan en un concepto dimensional de la personalidad. Los sujetos se sitúan a lo largo de unos rasgos continuos: neuroticismo-estabilidad; extraversión-introversión; afiliación-dureza; impulsividad-control. Presentan un mayor soporte empírico que los modelos categóricos y reflejan mejor la naturaleza continua de las diferencias individuales. Los trastornos de la personalidad son la expresión de características extremas en una o varias de estas dimensiones. Así pues, el diagnóstico de TLP se aplica a sujetos con rasgos extremos de neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación, dependencia, entre otros².

Modelos cognitivos. Utilizan conceptos de procesamiento de la información. Los trastornos de la personalidad son consecuencia de sesgos perceptivos, pensamientos irracionales o esquemas disfuncionales⁵.

Modelos psicodinámicos. Destacan las propuestas de Kernberg, basadas en el modelo de las relaciones objetales. El TLP se produce por un fallo en el proceso de diferenciación y se caracteriza por el síndrome de difusión de identidad, con prueba de realidad conservada, impulsividad, disregulación afectiva, predominio de afectos negativos, baja tolerancia a la frustración y ansiedades intensas. Como mecanismos de defensa inconscientes, el paciente con TLP utiliza la escisión, la idealización y la

devaluación, la negación, la omnipotencia y la identificación proyectiva. También se produce un establecimiento de reacciones transferenciales intensas, en ocasiones masivas⁶.

Modelos biosociales. El de Millon y Davis es un modelo categórico que integra, no obstante, variables dimensionales, postulados evolucionistas e hipótesis etiopatogénicas que incluyen factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje. En el TLP destacan tres características clínicas: ansiedad por separación, conflictos cognitivos e inestabilidad afectiva y comportamental. Este modelo considera que el TLP es la exacerbación de otros trastornos de gravedad más moderada⁷. Linehan introduce un modelo cognitivo-conductual del TLP que considera la desregulación emocional y el efecto de un ambiente invalidante como mecanismos etiopatogénicos y mantenedores del trastorno⁸.

Como consecuencia de la variada sintomatología que presenta el TLP, se encuentra asociado frecuentemente a trastornos afectivos, de ansiedad, por uso de sustancias y de la conducta alimentaria; así como es muy probable que este trastorno se manifieste con otros trastornos de la personalidad⁹.

93% presenta un trastorno afectivo

83% depresión mayor

38% distimia

9% bipolares II

88% presenta un trastorno de ansiedad

56% trastornos por estrés postraumático (61% de las mujeres y 35% de los hombres)

48% trastorno de angustia

46% fobia social

32% fobia simple

16% trastorno obsesivo compulsivo

13% trastorno por ansiedad generalizada

12% agorafobia

64% presenta un trastorno por uso de sustancias (65% de hombres y 41% de mujeres)

52% abuso/dependencia del alcohol

46% abuso/dependencia de otras sustancias

53% presenta un trastorno de la conducta alimentaria

26% bulimia (30% de mujeres y 10% de hombres)

21% anorexia (25% de mujeres y 7% de hombres)

El TLP suele ser comórbido con otros trastornos de la personalidad, en concreto con el trastorno antisocial, el evitativo, el histriónico, el narcisista y el esquizotípico ^{2,3}.

Dada la gran variabilidad de síntomas, el tratamiento del TLP se podría incluir entre los trastornos más difíciles de abordar desde cualquier perspectiva terapéutica. En los últimos años, se considera que el tratamiento más eficaz para estos pacientes es la combinación de abordajes farmacológicos y psicoterapéuticos, con la finalidad de mejorar los síntomas y las conductas que más alteran su calidad de vida. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) recomienda psicoterapia como tratamiento principal con farmacoterapia como adyuvante. Los algoritmos farmacológicos están dirigidos hacia diferentes clústeres de síntomas: síntomas cognitivo-perceptuales (neurolépticos), síntomas afectivos (ISRS) y descontrol de comportamientos impulsivos (ISRS y dosis bajas de neurolépticos)³. No obstante, ninguno de los dos tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica de acuerdo a la evidencia y a menudo generando una notable controversia ^{1,4}.

Capítulo 2: Teoría del Apego.

El desarrollo de la Teoría del Apego está estrechamente unido a la figura del psicoanálisis británico John Bowlby (1907-1990). En 1948 mientras trabajaba en el Departamento Infantil de la Clínica Tavistock en Londres, la Organización Mundial de la Salud le encomendó la tarea de investigar las necesidades de los niños sin hogar, huérfanos y separados de sus familias, producto de la Segunda Guerra Mundial. Esta teoría no sólo se basó en la observación clínica de niños institucionalizados, sino que también se conformó de importantes hallazgos provenientes de la etología¹⁰.

Harry Frederik Harlow (1905-1981) a través del desarrollo de investigación sobre la interacción social en primates no humanos (monos Rhesus) generó diversas estrategias de investigación en las que fue posible observar a los pequeños primates en situaciones de separación parcial y total de su madre¹¹.

En otras investigaciones en las que se aplicaba durante tres meses un aislamiento social total a los primates, se pudo observar los devastadores efectos del procedimiento: retraimiento extremo, síntomas de depresión, incluso, uno de ellos murió probablemente de inanición al rechazar la comida de su jaula¹².

El etólogo austriaco Konrad Zacharias Lorenz (1903-1989) trabajó en el desarrollo del concepto de aprendizaje programado o impronta (imprinting), en el cual descubrió que patos y gansos, inmediatamente después de su salida del cascarón, siguen a cualquier objeto en movimiento tal como si fuera su madre, siempre que dicho objeto sea el primero que observan y que no hayan pasado más de 30 horas después de nacer, este comportamiento es una herramienta de supervivencia de vital ayuda para lograr eficientemente llegar a la madurez¹¹.

Bowlby, integrando la observación clínica de niños institucionalizados junto con los hallazgos etológicos, pudo llegar a articular la Teoría del Apego, utilizando el psicoanálisis como marco de referencia. El término apego fue introducido por Bowlby, posteriormente estudiado por Mary Ainsworth. La propuesta fue combinar ideas clave del psicoanálisis, de la psicología del desarrollo y de la psicología cognitiva para crear una teoría de vinculación emocional y regulación de emociones. Bowlby propuso que los patrones de interacción con los padres son la matriz desde la cual los infantes construyen modelos representacionales, a los cuales Craik en 1943 denomina "*Modelos de trabajo internos*", que se entienden como el conjunto de representaciones o mapas cognitivos, sobre sí mismo y los otros, que le permite al sujeto organizar la experiencia emocional, cognitiva y la conducta adaptativa^{10,13,14,17}. El modelo propuesto por Bowlby se basaba en la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionadas entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. Bowlby definió la conducta de apego como "Cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a

llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”¹⁸. Se trata de conductas que se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenazas, poniéndose en marcha para restablecer la proximidad. El sistema de exploración está en estrecha relación con el anterior: cuando se activan las conductas de apego disminuye la exploración del entorno. El sistema de miedo a los extraños muestra también su relación con los anteriores, ya que su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego. Por último, y en cierta contradicción con el miedo a los extraños el sistema afiliativo se refiere al interés que muestran los individuos, no sólo de la especie humana, por mantener proximidad e interactuar con otros sujetos, incluso con aquellos con quienes no se han establecido vínculos afectivos¹⁷.

Mary Ainsworth y sus colaboradores desarrollaron un procedimiento de laboratorio, que se denominó la Situación Extraña, situación de laboratorio que incluye distintas fases de separación y encuentro entre el infante y su cuidador principal, observó niños de 18 meses de edad y se clasifica el apego del niño según la conducta que manifestaban durante la separación, y sobre todo, por la actitud que éste presenta en el reencuentro. Según los resultados obtenidos, se establecieron distintas categorías de apego: apego seguro, apego ansioso evitativo, apego ansioso ambivalente-resistente¹⁵. Más tarde, utilizando el mismo paradigma de investigación Main y Solomon describieron el tipo no-resuelto, (desorganizado) con respecto al abuso o el trauma¹⁶.

Los tres patrones conductuales descritos por Ainsworth fueron¹⁵:

1. Niños de apego seguro: Inmediatamente después de entrar en la sala de juego, estos niños usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba claramente y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. Ainsworth examinó los hogares de estos niños y encontró que sus madres habían sido calificadas como muy sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

2. Niños de apego inseguro-evitativo: Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes de la Situación del extraño. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, aunque sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Las observaciones en estos hogares eran que las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación.
3. Niños de apego inseguro-ambivalente: Estos niños se mostraban tan preocupados por el paradero de sus madres que apenas exploraban en la Situación del extraño. Pasaban un mal rato cuando ésta salía de la habitación y ante su regreso se mostraban ambivalentes, desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres de estos niños habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitase.

Para Bowlby todos los modelos operativos construidos durante los largos años de inmadurez (infancia, niñez y adolescencia) eran relevantes desde el punto de vista clínico, proporcionando los prototipos para todas las relaciones posteriores¹⁷.

Capítulo 2.1: Apego y personalidad.

Si bien los procesos de apego son normativos y necesarios para la supervivencia humana, la teoría del apego está siendo utilizada cada vez más para investigar e intervenir en trastornos de la personalidad. Estos trastornos corresponden a patrones de comportamiento permanente que incluyen un componente intrapersonal, interpersonal y social. La teoría del apego da cuenta de estas características de los trastornos de la personalidad, proveyendo de una perspectiva ideal desde la cual entender estos trastornos a partir la integración de puntos de vista

psicológicos, psiquiátricos, genéticos, del desarrollo, neuro-científicos y clínicos ²⁰.

Existen estudios que han demostrado la estabilidad en el tiempo del estilo de apego oscilando entre un 68-75% de correspondencia entre la clasificación de apego en el infante y en adulto ²³. Según esto, se podría pensar que existiría equivalencia entre los tipos de apego que Ainsworth describió en los infantes con los tipos de apego que se describen en la adultez. Las experiencias y conductas de apego con la figura principal en los primeros años de vida servirán como prototipo de las relaciones interpersonales futuras, debido a que existiría una continuidad con el modelo de representaciones internas que se encuentra en la adultez ²⁰.

Muchas de las características del apego inseguro en el adulto se asemejan a los signos y síntomas de los trastornos de la personalidad. Existe una gran cantidad de estudios acerca de los patrones de apego en personas que presentan trastornos de la personalidad, especialmente del clúster B, que señalan que estos individuos exhiben mayores índices de apego inseguro que la población general ²².

Es común encontrar que los mismos factores genéticos predicen tanto estilos de apego como trastornos de personalidad al mismo tiempo. De esta evidencia se desprende que son los factores ambientales los que dan cuenta de la mayor parte de la variación en el desarrollo de los estilos de apego. Entre estos factores externos, el más importante es la presencia segura de una figura primaria de apego efectiva, sensible a las señales verbales y no verbales del infante, y que es capaz de responder a éstas sin ser inundada por la ansiedad. Un niño con apego seguro ha contado con un adulto capaz de reflejar sus estados emocionales agudos de una manera consistente, certera y no invasiva. Este proceso equipa al infante con una creciente capacidad para el procesamiento mental, particularmente con la capacidad de mentalización, entendida como la habilidad para entender el mundo interno y el mundo social en términos de estados mentales, es decir, la habilidad para imaginar que los demás poseen una mente que es esencialmente similar a la propia. Esta capacidad implica que un individuo con una personalidad saludable puede interpretar y responder a los sentimientos del otro, no sólo a la propia experiencia. En este sentido, la aparición del lenguaje acerca de los sentimientos está relacionada con la habilidad de la figura de apego de

poner la experiencia mental del niño en palabras: infantes con un estilo de apego seguro adquieren lenguaje más rápidamente y son más competentes verbalmente que niños inseguros. A la inversa, el apego inseguro conduce a un desarrollo disfuncional del léxico referido a los estados internos, lo que resulta en alexitimia en la adultez ^{20,21}.

Relaciones de apego de buena calidad son el elemento crítico en el desarrollo del apego seguro. A su vez, el apego seguro emocional más que la estimulación intelectual, es crucial para el desarrollo de una personalidad saludable. No es sorprendente entonces, que exista una alta prevalencia de trauma infantil tanto en individuos con apego inseguro como en pacientes con trastornos de la personalidad. Traumas durante la infancia se correlacionan especialmente con el estilo adulto de apego desorganizado. Sin embargo, no todos quienes han sufrido traumas infantiles desarrollan trastornos de la personalidad. Los efectos del trauma son influenciados tanto por predisposiciones biológicas, como por los estilos de apego ^{20,21}.

Capítulo 2.2 Teoría del Apego y Trastorno Límite de la Personalidad.

Los investigadores clínicos y teóricos han documentado los aspectos fundamentales del Trastorno límite de la personalidad, tales como las relaciones interpersonales inestables e intensas, sentimientos de vacío, estallidos de rabia, miedos crónicos de abandono, de soledad, de intolerancia y la falta de sentido estable de sí mismo derivados de deficiencias en la organización de apego subyacente ²⁴. Estas investigaciones han denotado que la impulsividad, inestabilidad afectiva y autolesiones que son sello del trastorno límite de la personalidad, ocurren en un contexto interpersonal y con frecuencia son precipitados por acontecimientos reales o imaginarios en las relaciones; sin embargo, de acuerdo a lo predicho por Bowlby, la investigación sugiere que los patrones de apego pueden ser modificados como consecuencia de grandes acontecimientos de la vida o modificaciones importantes en las relaciones y que el progreso terapéutico se acompaña de cambios significativos en las representaciones mentales relacionadas con el apego. Por lo tanto, los estilos de apego tienen sus primeras raíces en las relaciones con los cuidadores, pero estas son susceptibles de revisión en la edad adulta en base a la entrada del medio ambiente ^{14,25,26}.

En un estudio longitudinal, los participantes evaluados en una variedad de dominios desde la infancia hasta la edad adulta, se encontró que además del temperamento infantil y disposición, varios factores tempranos predijeron síntomas del TLP en adultos. En particular, apego infantil desorganizado (18 meses), el maltrato (12-18 meses), la hostilidad materna y confusión límite (18-42 meses), la ruptura familiar con la presencia del padre (12-64 meses) y el estrés familiar general (3-42 meses) fueron predictivos de los síntomas límites posteriores. Dicho estudio llega a la conclusión de que las experiencias tempranas de apego junto con la vulnerabilidad constitucional, parecen ser predictores robustos del TLP ²⁷.

Se estima que entre los individuos con TLP existe un claro predominio de apego inseguro, presentando sólo un 6-8% de éstos un apego de tipo seguro²⁸. Dos estudios longitudinales que siguieron a niños desde la infancia hasta la adultez temprana encontraron una asociación entre apego inseguro medido entre el año y los dos años y sintomatología de TLP en seguimiento a 20 años ²⁹. En uno de ellos se describe que las interrupciones maternas de la comunicación afectiva en la primera infancia, podían predecir en el 40% de los casos sintomatología de TLP en la adultez, siendo el retraimiento materno el mejor predictor ³⁰.

En cuanto a los estudios de asociación de corte transversal, existen distintos estudios que han utilizado a su vez diferentes instrumentos para medir los estilos de apego en adultos. En pacientes con diagnóstico de TLP, al menos 9 de ellos han demostrado un predominio de apego tipo no-resuelto o desorganizado, siendo el tipo ambivalente o preocupado el siguiente en frecuencia. Por otra parte, existen más de 10 estudios que han utilizado escalas auto-aplicables para evaluar los estilos de apego en individuos con TLP, siendo el evitativo o rechazante y el ambivalente o preocupado los más frecuentes ²⁹.

Capítulo 3 Trauma temprano

En las especies que requieren atención de sus padres, la evolución se ha asegurado de que los bebés aprendan rápidamente y expresen preferencias robustas a los cuidadores independientemente de la calidad de atención ³¹. Se ha postulado que un trauma o traumas producen ciertos cambios duraderos en el infante que se manifiestan como síntomas; sin embargo, los rasgos temperamentales del niño influirán en la reacción ante dichas experiencias traumáticas. De esta manera, el trauma psíquico en la

niñez parece ser un factor etiológico fundamental en el desarrollo de una serie de trastornos psiquiátricos graves tanto en la niñez y en la edad adulta; tales como cambios en el comportamiento, miedo, ansiedad y alteraciones en los circuitos neuronales y en particular aquellos que regulan el estrés y las emociones ³².

3.1 El trauma temprano y los Trastornos de la Personalidad

Abuso infantil y negligencia han sido fuertemente implicados como factores de riesgo en el desarrollo de Trastornos de la personalidad en varias muestras de estudios de corte longitudinal y transversal ³³.

El maltrato infantil es un importante problema de salud pública y de bienestar social. De acuerdo con un estudio realizado en países desarrollados, alrededor de 4 a 16% de los niños son abusados físicamente, aproximadamente 10% están descuidados o son abusados emocionalmente y de 5 a 10% de las niñas y hasta un 5% de los niños son abusados sexualmente ^{34,35}.

En un estudio realizado en Estados Unidos de América en 2011, los resultados indicaron que muchos tipos de adversidades en la niñez eran altamente prevalentes entre los individuos con Trastornos de la Personalidad en la población y la adversidad en general en la infancia se asoció más consistentemente con el trastorno Límite, Antisocial, Narcisista y Esquizotípico de la personalidad. Los tipos de adversidades más robustos en la niñez fueron el abuso y negligencia infantil de acuerdo a este estudio³⁶.

Otro estudio transversal de población estadounidense sugirió asociaciones específicas entre abuso físico y sexual en la infancia con Trastorno antisocial de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad fue asociado con todos los maltratos, excepto negligencia emocional y el Trastorno evitativo de la personalidad fue asociado sólo con negligencia emocional ³⁷.

De acuerdo a un estudio de Cohorte, la investigación analizó a individuos del nacimiento hasta los 25 años de edad de más de 1,000 jóvenes adultos de Nueva Zelanda, proporcionando datos en los que la exposición a Trauma en la infancia se asoció con un mayor riesgo de trastornos mentales tales como la depresión, trastorno de ansiedad, trastornos de la personalidad, dependencia a sustancias, ideación suicida e intentos de

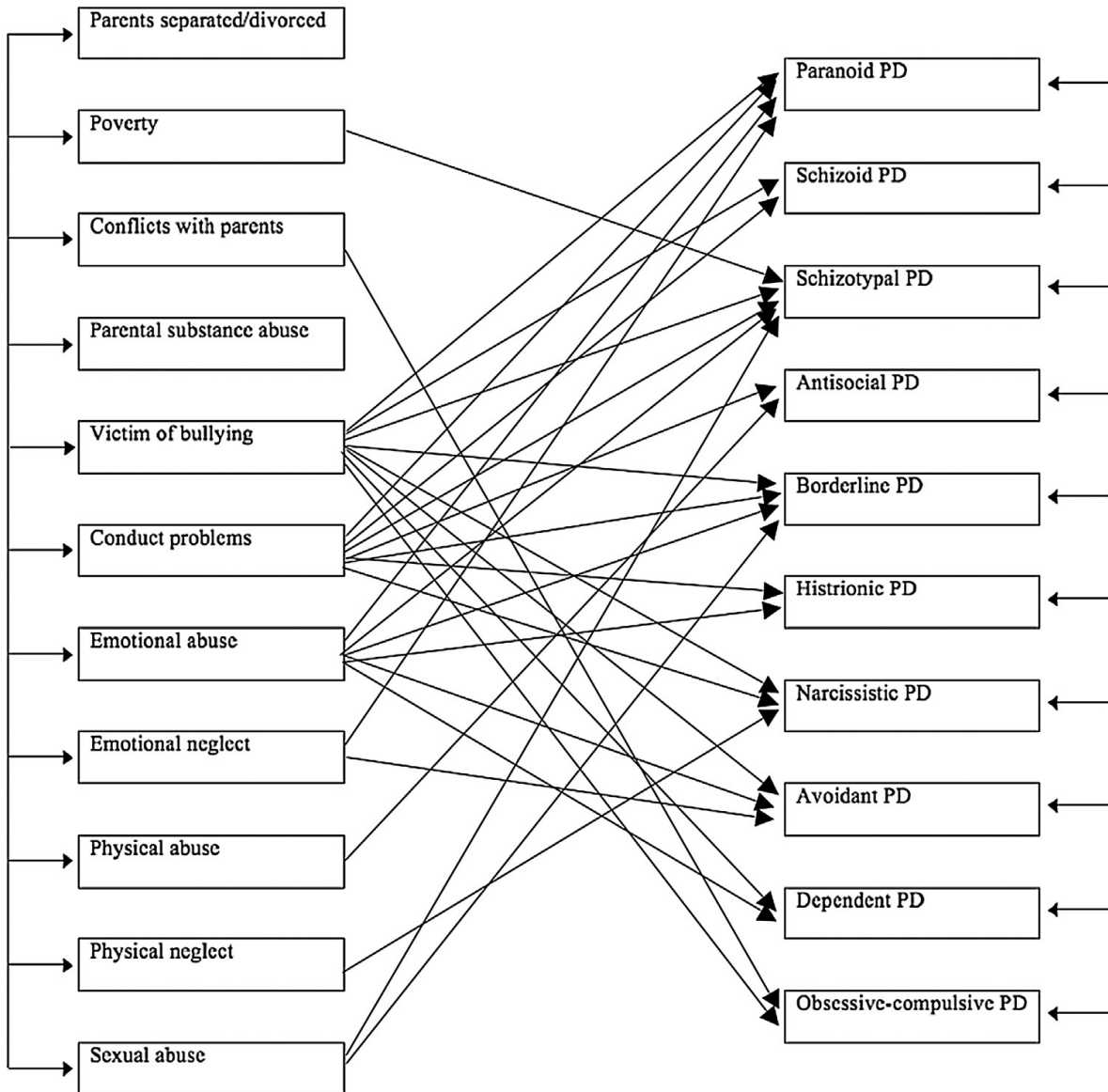
suicidio en edades entre los 16 y 25 años. Los individuos expuestos a abuso sexual tuvieron tasas de trastornos que eran 2.4 veces más alto que los no expuestos a dicho tipo de abuso. Los que estaban expuestos a algún tipo de abuso físico tenían tasas de trastornos que eran 1.5 veces más alto que los no expuestos. Por último se estimó que la exposición a algún tipo de maltrato infantil representó aproximadamente el 13% de los problemas de salud mental que sufrió la cohorte ³⁸.

En 2007 Grover y colaboradores realizaron un estudio que evaluó el trastorno de la personalidad en una muestra de adultos en una muestra comunitaria sin trastornos psiquiátricos diagnosticados en el Eje I de acuerdo al DSM-IV-TR que informaron abuso infantil. Los sujetos en el grupo de abuso fueron más propensos a reportar rasgos de tipo paranoico, narcisistas, límite, antisocial, obsesivo, pasivo agresivo y trastornos de la personalidad depresiva. Estos hallazgos vinculan informes de abuso infantil con síntomas de trastornos de la personalidad en la ausencia de trastornos psiquiátricos del Eje I en una muestra comunitaria de adultos sanos ³⁹.

En una investigación multicéntrica realizada por Battle y colaboradores en 2004, se evaluó la historia de auto-reporte de experiencias de abuso y negligencia entre 600 pacientes diagnosticados con un Trastorno de la personalidad y trastorno depresivo mayor sin trastorno de la personalidad. Los resultados indicaron que las tasas de maltrato infantil entre los individuos con Trastornos de la personalidad son generalmente altos (73% informó abuso y el 82% reportó negligencia). De ellos, el trastorno límite se asoció de manera más consistente con el abuso infantil y la negligencia de otros trastornos de la personalidad. Sin embargo, otros diagnósticos del rubro de los trastornos de la personalidad se asociaron con determinados tipos de maltrato en la niñez ³³.

Así, mientras que los niveles reportados de maltrato emocional y físico de los adolescentes demostraron cierta especificidad para los distintos tipos de disfunción de personalidad, los niveles de maltrato sexual infantil parecen estar relacionados con la disfunción de la personalidad más generalizada en la adultez temprana ⁴⁰.

Ilustración 1. Resultados de un análisis de trayectoria: predictores multivariados de dimensiones de trastornos de la personalidad. Solamente los coeficientes de trayectoria significativas se representan ($P < 0,05$)³⁵.



Hengartner, Ajdacic-Gross. Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: new findings in an old debate. *European Psychiatry*, 2013; 28 (8): 476-482.

3.2 El trauma temprano en el Trastorno Límite de la Personalidad

Se han propuesto varios factores para explicar el origen del Trastorno de personalidad límite. Algunos autores han subrayado la importancia de los rasgos genéticos de la personalidad y su papel como factores de riesgo o protectores respecto a la sensibilidad al contexto. Otros han relacionado la sintomatología límite con las relaciones de apego temprano. Algunos investigadores señalan una alta prevalencia de trauma, en particular trauma temprano, grave y crónico entre los individuos con TLP. El estudio de factores aislados es importante para comprender el papel de distintos aspectos en el desarrollo de un trastorno. Pero se necesitan teorías más explicativas para incluir estos factores aislados en un marco global.

En los primeros estudios, Van der Kolk en 1988 describe: parece existir un espectro de trastornos relacionados con el trauma tales como el TLP y trastornos de personalidad múltiple, precipitados por acontecimientos traumáticos tempranos que se integran en la totalidad de la organización de la personalidad de una persona ⁴¹. Descripciones clínicas del trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático son muy similares, especialmente cuando existen antecedentes de traumatismos **repetidos en el tiempo, Van del Kolk afirma que “la discrepancia descriptiva más significativa entre el TLP y el trastorno de estrés postraumático crónico es la ausencia en los criterios para TLP de un factor estresante reconocible e la historia del paciente”** ⁴².

Adolf Stern⁴³ escribió el primer documento en 1938 que diferenció el límite de los trastornos neuróticos. La primera característica que describió era una especie de narcicismo, lo que significa una perturbación del desarrollo temprano de las funciones auto-preservativas, dando lugar a transferencias de tipo psicótico. Las características que incluía eran la falta de afecto maternal, peleas de los padres, incluyendo explosiones dirigidas a los niños, el divorcio, la separación o abandono temprano, crueldad, brutalidad y negligencia por parte de los padres durante muchos años de persistencia. Para muchos individuos limítrofes, la conexión entre el trauma temprano y los problemas actuales en las relaciones cercanas a menudo permanecen fuera de la conciencia; estas personas pueden recrear repetidamente escenarios en los que se sienten amenazados, atacados o abusados, y luego enfurecerse. Los comportamientos auto destructivos interpersonales y tormentosos característicos que siguen son un intento de

hacer frente a los sentimientos insoportables de la rabia, la vergüenza, la culpa y el terror asociado con la simbólica re experimentación del trauma.

Alder describe la patología límite como "un fracaso del desarrollo en la formación de capacidades auto calmantes a base de memorias evocativas. Estas capacidades se derivan de la capacidad del niño para evocar recuerdos reconfortantes de cuidadores significativos, incluso cuando no están presentes". Debido a esta incapacidad para internalizar, los individuos limítrofes son propensos a intensos sentimientos de soledad y pánico. En la mente de la víctima, incluso desaires menores evocan experiencias pasadas de abandono insensible y crueldad deliberada. Estas distorsiones no son fáciles de corregir por la experiencia, ya que el sobreviviente tiende a carecer de las habilidades verbales y sociales para resolver conflictos. Así, el sobreviviente se desarrolla en un patrón de intensas relaciones inestables, promulga repetidamente dramas de rescate, injusticia y traición. Hay una tendencia a estar o bien en la posición de poder, donde se "inspira miedo y odio" o para estar en la posición de subordinación en la que se sienten impotentes y se comportan sumisamente. En este último caso, la tendencia clásica en el límite va hacia la "división" que puede aparecer como la alternancia de la idealización a la devaluación de la pareja abusiva ⁴³.

Los primeros estudios que investigaron la relación entre el trauma temprano y el TLP datan de 1988. Links ⁴⁴ comparó las experiencias de la infancia en pacientes con TLP y controles, encontró que fue significativamente más probable que los controles a denuncias haber sido objeto de abusos sexuales por un cuidador, siendo abusados físicamente por un cuidador y estar separados de su cuidador principal durante tres meses o más.

Zanarini ⁴⁵ comparó las experiencias de pacientes con TLP y controles, encontrando un porcentaje significativamente mayor de individuos que denunciaron haber sido agredidos verbalmente y ser abusados sexualmente por su cuidador antes de los 18 años de edad; además, un porcentaje significativamente mayor reportó al menos una separación física de su cuidador primario durante la primera infancia.

Herman ⁴⁶ encontró que en una muestra de individuos con TLP, el 81% dio una historia de gran trauma infantil, incluido el abuso físico significativo (71%), abuso sexual (68%) y ser testigo de violencia grave en el hogar (62%).

Ogata y cols ⁴⁷ encontraron que un porcentaje significativamente mayor de pacientes con TLP que los controles reportaron haber sido víctimas de abuso sexual durante la niñez o la adolescencia. En términos de abuso físico, el 21% de los pacientes con TLP había sufrido maltrato por parte de sus padres, 4% de sus madres, el 29% por los hermanos, el 25% por otros familiares y el 50% por personas no emparentadas. Cincuenta y tres por ciento reportó haber sido abusado por varios autores y el 41% informó abuso sexual por penetración. La edad de inicio fue entre los 7 y 10 años de edad.

Westen⁴⁸ encontró que un porcentaje significativamente mayor de adolescentes con TLP que los controles reportó una historia de abuso sexual en la infancia y de abandono físico. El 29% de los pacientes con TLP informó haber sido víctima de abuso sexual por parte de sus padres, el 7.4% de sus madres y el 40.7% por otros (28% por vecinos y amigos, 8% por hermanos y 8% de los miembros de la familia extendida).

Shearer⁴⁹ encontró que 40% de la cohorte con TLP denunciaron haber sido abusados sexualmente antes de los 15 años de edad, el 27% reportó algún tipo de incesto, 17.5% reportó abuso sexual grave y el 25% había sufrido maltrato físico al punto de lesión.

Salzman ⁵⁰ encontró que el 16.1% de los pacientes con TLP informó haber sido víctima de abuso sexual durante la infancia y el 9.7% informó de una historia infantil de abuso físico.

Paris ⁵¹ encontró que un porcentaje significativamente mayor de pacientes con TLP respecto a controles tenía antecedentes de abuso sexual (71% vs 46%), abuso sexual con penetración (33% vs 6%), abuso sexual por parte de familiares distintos de los cuidadores o hermanos (24% vs 8%) y el abuso sexual por varios autores (37% vs 14%). En su estudio, sólo el abuso sexual resultó ser un predictor multivariado significativo del diagnóstico de TLP.

Nuevamente Zanarini ⁵² en 1997 publicó un segundo estudio de las experiencias de la infancia de pacientes con TLP y encontró que el 91% de estos pacientes reportó algún tipo de abuso en la infancia y el 92% reportó algún tipo de negligencia en la infancia. Dicha autora en el año 2000 revisó la literatura empírica y describió una estimación de abuso sexual en la infancia en el TLP entre un 40 y 70% en comparación con las tasas de

abuso sexual en otros trastornos del eje II (entre un 19 y 26%) de acuerdo al DSM-IV-TR ⁵³.

Graybar y Boutilier ⁵⁴ en 2002 revisaron la literatura empírica sobre TLP y varios traumas infantiles. Concluyeron que las tasas referidas de abuso sexual, maltrato físico, verbal y negligencia entre los pacientes límite iba del 60 al 80%. En el mismo año, Goodman y Yehuda ⁵⁵ revisaron un grupo de estudios empíricos y concluyeron que la tasa global de abuso sexual entre pacientes TLP iba del 40-70% comparado con el 19-26% entre los pacientes con otros trastornos de personalidad. De la misma manera en 2002 Yen y colaboradores⁵⁶ encontraron que entre distintos trastornos de personalidad, los participantes con TLP refirieron la tasa más alta de exposición traumática (particularmente trauma sexual, incluyendo abuso sexual en la infancia), las tasas más altas de trastorno de estrés postraumático, y una edad más temprana del primer evento traumático.

Ball y Links ⁵⁷ revisaron la literatura en el año 2009 sobre trauma y TLP en el contexto de los criterios clásicos de Hill de 1965⁵⁸ para demostrar causalidad (fuerza, consistencia, especificidad, temporalidad, gradiente biológico, plausibilidad, coherencia, evidencia experimental y analogía). Estos autores demostraron que el trauma puede ser considerado un factor causal en el desarrollo del TLP, como parte de un modelo etiológico multifactorial.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación entre la presencia de Trauma temprano con un Estilo de Apego en el Adulto determinado, en pacientes de sexo femenino con Trastorno límite de la personalidad?

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno límite de la personalidad es una enfermedad heterogénea que se distingue por problemas graves y persistentes en dominios como el interpersonal, cognitivo, conductual y emocional. Es un trastorno que se caracteriza por muchas dificultades, entre ellas, los problemas intensos y persistentes en las relaciones interpersonales. Dichos problemas suelen potenciar otras dificultades, como los comportamientos impulsivos, las conductas autolesivas, el temor a la soledad, las alteraciones de identidad y la sensación de vacío. Todos estos factores están interrelacionados y se retroalimentan entre sí. Afecta a cerca del 2-3% de la población general y tiene una tasa de suicidio de hasta el 10%. Entender los factores que influyen en las conductas más patológicas del TLP como son el suicidio y automutilación son críticos para el tratamiento y la prevención.

Se han propuesto varios factores que explican el origen del Trastorno límite de la personalidad. Algunos autores han subrayado la importancia de los rasgos genéticos de la personalidad y su papel como factores de riesgo o protectores respecto a la sensibilidad al contexto. Otros han relacionado la sintomatología límite con las relaciones de apego temprano. Algunos investigadores señalan una alta prevalencia de trauma, en particular trauma temprano, grave y crónico entre los pacientes con TLP. El estudio de factores aislados es importante para comprender el papel de distintos aspectos en el desarrollo de un trastorno. Pero se necesitan teorías más explicativas para incluir estos factores aislados en un marco global debido a que el manejo del paciente con TLP representa un desafío terapéutico hasta la actualidad.

Este trabajo tiene el objetivo de estudiar la posible asociación del trauma temprano con el estilo de apego predominante en los pacientes con Trastorno límite de la personalidad. Los estudios de neurobiología del desarrollo que analizan las capacidades de autorregulación muestran que la resiliencia del individuo depende en un grado importante de las experiencias tempranas de apego. Los estudios longitudinales de apego muestran la persistencia de los patrones de apego de la infancia en la adolescencia y en la edad adulta, Bowlby define la conducta de apego como una propensión instintiva, mostrada por los humanos y otras especies superiores a buscar seguridad en la cercanía a un individuo específico

percibido como protector, en situaciones donde se dispara el miedo u otros sentimientos asociados con la percepción de vulnerabilidad. Llamamos apego a la forma en cómo una persona, en el transcurso de su vida, se relaciona con sus figuras "protectoras" que comúnmente son sus padres, en estas figuras se da un lazo emocional, por lo tanto, dependiendo de cómo se dé la relación con dicha figura, las personas aprenden a relacionarse con las demás personas y aprenden a manejar las situaciones de la vida cotidiana y dependiendo del apego que se genere, este podría ser un indicador de cómo se manifiesten las emociones involucradas en la relación con diversas personas. De tal manera que comprendiendo que las experiencias y conductas de apego, con la figura principal en los primeros años de vida, servirán como prototipo de las relaciones interpersonales futuras, puede explicar parte importante de los problemas en las relaciones interpersonales que presentan los individuos con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad en la edad adulta, debido a que existe una continuidad con el modelo de representaciones internas que se encontrará presente en la adultez.

Recordemos que hablar de problemas de apego no implica necesariamente hablar de padres maltratadores y negligentes. En los casos de maltrato o abandono emocional es evidente que el apego también será disfuncional, no solo con el progenitor maltratador, sino también con el victimizado. La respuesta (o ausencia de ella) del progenitor no abusivo suele relacionarse tanto o más con la psicopatología posterior que el maltrato más evidente. Pero más allá de estos casos hay muchas situaciones aparentemente normales que suponen disrupciones en el apego: padres con historias en su propia infancia que se activan bloqueándoles en la atención a sus propios hijos, padres enfermos, deprimidos o con preocupaciones crónicas.

Por lo tanto, la importancia de conocer el tipo de apego y la presencia de Trauma temprano en individuos con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad apoyaría la necesidad de nuevos estudios que implementen nuevas estrategias que apoyaría un mejor abordaje en el tratamiento de las personas con estas características.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y asociación de Trauma temprano con los Estilos de apego seguro o inseguro en el Adulto en pacientes de sexo femenino de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la presencia o ausencia de Trauma temprano en pacientes de sexo femenino de la Clínica de Trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría.
2. Determinar el Estilo de Apego en el adulto en pacientes de sexo femenino de la Clínica de Trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría.
3. Determinar el tipo de Trauma temprano con mayor prevalencia en pacientes de sexo femenino de la Clínica de Trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría.
4. Determinar si alguna de los estilos de apego seguro vs inseguro se asocian con mayor frecuencia con los diferentes tipos de trauma temprano en las pacientes de sexo femenino con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad.

HIPOTESIS DE TRABAJO

El tipo de trauma temprano más frecuente en pacientes con Trastorno límite de la personalidad es el abuso sexual.

El estilo y tipo de apego más frecuente en pacientes con Trastorno límite de la personalidad es de apego no seguro de tipo alejado.

Los pacientes de sexo femenino con Trastorno límite de la personalidad que cuentan con un estilo de apego inseguro presentan con mayor frecuencia algún tipo de trauma temprano.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Tipo de estudio de acuerdo a la clasificación de Feinstein⁵⁷:

Por la finalidad del estudio: Analítico.

Por el control de la maniobra experimental por el investigador: Observacional.

Por la captación de la información: Prospectivo en relación a la evaluación del estilo de apego, y retrospectivo en cuanto a la evaluación de trauma temprano.

Por la medición de un fenómeno en el tiempo: Transversal.

Por la presencia de diferentes grupos: Comparativo (de dos grupos: con estilo de apego seguro vs. con estilos de apego inseguro (alejado, preocupado y temeroso).

Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto (no ciego).

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se hizo un muestreo tipo censo por conveniencia a lo largo de un año, para incluir a un total de 100 pacientes de sexo femenino con diagnóstico confirmado de Trastorno límite de la personalidad (mediante entrevista estructurada SCID-11), que aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron la carta de consentimiento correspondiente. Es importante mencionar que el motivo por el cual sólo se incluyeron a pacientes de sexo femenino de la Clínica de Trastorno Límite de la personalidad, fue una decisión tomada de acuerdo a la base de datos con la cual cuenta la clínica, encontrando que la cantidad de individuos del sexo masculino no podían ser comparados con pacientes de sexo femenino, formando tan sólo cerca del 1.6% de la población general de la Clínica.

Criterios de inclusión

- Edad entre 18 y 60 años.
- Sexo: Femenino.
- Pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la Personalidad elaborado con el SCID-II (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders) que pertenezcan a la Clínica de Trastorno límite de la Personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Pacientes con o sin presencia de diagnóstico comorbido en Eje I dentro del espectro de Trastornos depresivos y Trastornos de ansiedad de acuerdo a la clasificación del DSM-IV TR.
- Las pacientes aceptaron voluntariamente su participación en el estudio y firmaron el documento de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes con diagnóstico comórbido en Eje I dentro del espectro de trastornos esquizofrénicos, trastornos maniatiformes y/o trastornos secundarios a causa médica.
- Pacientes con diagnóstico comórbido en Eje I dentro del espectro de trastorno por uso de sustancias.
- Pacientes con diagnóstico comórbido en Eje II de algún trastorno de la personalidad diferente al trastorno a evaluar.

Criterios de eliminación

- Pacientes que durante la aplicación del estudio decidieron suspender su participación.
- Pacientes con respuestas incompletas en los instrumentos de medición de las variables de investigación.

Definición de las variables

Variable	Categorización	Definición conceptual	Valores
Registro	Cualitativa nominal	Número secuencial que otorga el investigador para llevar el orden de los pacientes y guardar el anonimato.	Sin unidad
Edad	Cuantitativa discreta	Por medio de un cuestionario de datos sociodemográficos, se obtendrá la información de los años cumplidos al momento de la entrevista.	Años
Sexo	Cuantitativa nominal dicotómica	Por medio de un cuestionario de datos sociodemográficos, se obtendrá la información del sexo del paciente.	Masculino o Femenino (Sólo serán incluidos individuos de sexo femenino)
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Por medio de un cuestionario de datos sociodemográficos, se obtendrá la información en relación a si el paciente tiene o no pareja.	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Por medio de un cuestionario de datos sociodemográficos, se obtendrá la información en relación a la ocupación del paciente.	Desempleado Hogar Estudiante Empleado Trabajador eventual Profesionista
Máximo grado de estudios	Cualitativa nominal politómica	Por medio de un cuestionario de datos sociodemográficos, se obtendrá la información en relación al máximo grado de estudios del paciente.	Ninguno, primaria, secundaria, nivel medio superior incompleto, nivel medio superior completo, licenciatura incompleta, licenciatura completa, posgrado
Trauma temprano	Dimensional	Por medio del Inventario de Trauma temprano auto aplicable (ETI-SR) se evaluará el castigo físico, abuso emocional, acontecimientos sexuales y acontecimientos generales durante la infancia.	Puntos.
Estilos de apego	Dimensional	Por medio del Cuestionario de Apego se clasificará a los individuos en Estilo de Apego en Seguro, Inseguro Alejado, Inseguro Preocupado o Inseguro Temerario Hostil.	Puntos.

Escalas de medición

1. Estilo de Apego: Cuestionario de Apego en el Adulto

Se aplicó a las participantes el Cuestionario de Apego Adulto, compuesto por 40 ítems que se agrupan en 4 escalas. La primera escala, Baja autoestima necesidad de aprobación y miedo al rechazo, evalúa necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional. Explica el 14% de la varianza con un alpha de Cronbach de 0.86. La segunda escala, Resolución hostil de conflicto, rencor y posesividad, evalúa ira hacia los demás, resentimiento, facilidad a la hora de enfadarse, posesividad y celos explica el 10% de la varianza con un alpha de Cronbach de 0.80. La tercera escala, Expresividad emocional y comodidad con la intimidad, evalúa sociabilidad, facilidad para expresar emociones y confianza en los demás a la hora de expresar y solucionar los problemas interpersonales explica el 9.4% de la varianza con un alpha de Cronbach de 0.77. La cuarta escala, Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad, valora la priorización de la autonomía frente al establecimiento de lazos afectivos, la evitación del compromiso emocional y la sobrevaloración de la independencia personal y explica el 6.6% de la varianza con un alpha de Cronbach de 0.68. Estas 4 escalas representan dimensiones donde los sujetos se sitúan en un continuo. Además de la evaluación dimensional, este cuestionario permite obtener un diagnóstico por categorías de apego.

En el Cuestionario de Apego Adulto, la persona con un Estilo de Apego Seguro se caracteriza por ser sociable, con facilidad para expresar sentimientos y con estrategias de resolución de conflicto bilateral. La persona con un Estilo de Apego Inseguro Preocupado tiene baja autoestima, alta necesidad de aprobación, miedo al rechazo, expresividad emocional y comodidad con las relaciones. Por su parte, la persona con un Estilo de Apego Inseguro Alejado prioriza su autosuficiencia al establecimiento de lazos afectivos; rehúye al compromiso emocional, pero no presenta problemas de autoestima. Por último, la persona con un Estilo de Apego Inseguro Temerosa Hostil se caracteriza por enfado, hostilidad, rencor, posesividad, baja autoestima, necesidad de aprobación, miedo al rechazo y autosuficiencia emocional; es, por tanto, una persona que combina aspectos típicos de los estilos alejado y preocupado ⁵⁹.

Calificación del Cuestionario de Apego en el Adulto:

En la versión de Melero y cols. ⁵⁹ que se utilizó en el presente estudio, pueden obtenerse dos formas generales de clasificación del apego: 1) temeroso hostil/preocupado/seguro/alejado, que a su vez, puede

reducirse a 2) seguro/inseguro. Para llegar a estas conclusiones es necesario primero calificar el instrumento con base en las cuatro dimensiones que los autores extrajeron de un análisis factorial de los 40 reactivos de la escala original. En este análisis los reactivos fueron agrupados en 4 factores que explican el 40% de la varianza total. El primer factor de la escala agrupa 13 reactivos que explican el 14% de la varianza, el segundo factor agrupa a 11 reactivos que explican el 10% de la varianza, el tercer factor agrupa a 9 reactivos que explican el 9.4% de la varianza y por último, el cuarto factor agrupa a 7 reactivos que explican el 6.6% de la varianza total. En la tabla 1 se muestran los cuatro factores, los reactivos que les componen y los valores de saturación factorial de cada uno.

La suma del valor de saturación de cada reactivo y su comparación con cada uno de los puntos de corte en función de las categorías ya fuese por análisis de dos o cuatro conglomerados nos permitió la interpretación de los resultados obtenidos en la muestra. En las siguientes dos tablas, Tabla 2 y 3, se exponen los puntos de corte por tipología de apego en el adulto en función al tipo de conglomerados evaluados.

Tabla 2. Estilo de apego en dos conglomerados y puntos de corte

	APEGO INSEGURO	APEGO SEGURO
Escala: 1 Baja Autoestima, Necesidad de Aprobación y Miedo al Rechazo	ALTO 48.30	BAJO 32.32
Escala: 2 Resolución Hostil de Conflictos, Rencor y Posesividad	MOD/ALTO 36.30	BAJO/MOD 25.32
Escala: 3 Expresión de Sentimientos y Conformidad con las Relaciones	BAJO/MOD 37.25	MOD/ALTO 42.54
Escala: 4 Autosuficiencia Emocional e Incomodidad con la Intimidad	MOD/ALTO 18.97	BAJO/MOD 15.51

Tabla 3. Estilo de apego por tipología y puntos de corte

	TEMEROSO HOSTIL	PREOCUPADO	SEGURO	ALEJADO
Escala: 1 Baja Autoestima, Necesidad De Aprobación Y Miedo Al Rechazo	MUY ALTO 52	ALTO 49.15	MUY BAJO 28.94	BAJO/MOD 35.73
Escala: 2 Resolución Hostil De Conflictos, Rencor Y Posesividad	MUY ALTO 43.73	MODERADO 28.17	BAJO 22.34	MODERADO 32.70
Escala: 3 Expresión De Sentimientos Y Conformidad Con Las Relaciones	BAJO 35.51	MOD/ALTO 40.40	ALTO 43.13	BAJO/MOD 38.29
Escala: 4 Autosuficiencia Emocional E Incomodidad Con La Intimidad	MOD/ALTO 18.41	MODERADO 17.97	BAJO 13.99	ALTO 18.73

Tabla 1. Factores de la escala y valores de saturación factorial

Factores	% var	Reactivos: Saturación factorial y número de reactivos por factor
Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	14.0	(.69) ítem 14. Tengo sentimientos de inferioridad (.68) ítem 26. Me preocupa mucho lo que la gente piense de mi (.67) ítem 18. Soy muy sensible a las críticas de los demás (.64) ítem 30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mi mismo (.64) ítem 21. Tengo confianza en mí mismo (.62) ítem 23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás (.59) ítem 8. No suelo estar a la altura de los demás (.55) ítem 10. Me gusta estar en pareja ,pero tengo temor ser rechazado/a por ella (.55) ítem 12. Cuando tengo un problema con otra persona no puedo dejar de pensar en ello (.54) ítem 34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas. (.53) ítem 39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente. (.53) ítem 37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo (.52) ítem 3. Con frecuencia.... me siento solo/a y o falto/a de cariño.
Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	10.0	(.69) ítem 4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente" (.63) ítem 2. No admito discusiones si creo que tengo razón (.61) ítem 36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas (.60) ítem 7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me llevan la contraria me enfado con facilidad. (.59) ítem 29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse (.55) ítem 20. Cuando existe una diferencia de opiniones insisto mucho para que se acepte mi punto de vista (.54) ítem 24. Soy rencoroso (.51) ítem 31. Si tuviera pareja... alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho (.48) ítem 9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos (.48) ítem 17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable (.46) ítem 13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones
Expresión de sentimientos y conformidad con las relaciones	9.4	(.63) ítem 1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones (.62) ítem 38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer (.61) ítem 32. Cuando tengo un problema , se lo cuento a una persona con la que tengo confianza (.59) ítem 40. Noto que la gente confía en mí y valora mis opiniones (.58) ítem 16. Me siento cómodo en las fiestas o reuniones sociales (.57) ítem 27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo (.54) ítem 5. Necesito compartir mis sentimientos (.53) ítem 11. Tengo problemas para hacer preguntas personales (.43) ítem 35. Soy una persona que prefiere la soledad a las reuniones sociales
Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	6.6	(.71) ítem 28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia (.65) ítem 22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autoestima (.60) ítem 6. Nunca llevo a comprometerme seriamente en mis relaciones (.56) ítem 25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas (.53) ítem 19. Cuando alguien se muestra dependiente a mí, necesito distanciarme (.44) ítem 15. Valoro mi independencia por encima de todo (.43) ítem 33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incomoda

Ya obtenido el análisis de cada uno de los factores o escalas se obtuvo un común denominador acorde a la moda de los resultados obtenidos y en el caso de que las dimensiones o continuos fueran empates, se diferenció acorde al porcentaje de varianza que representaba cada escala.

2. Trauma temprano: Inventario de Trauma temprano auto-aplicable (ITT-SR).

Se aplicó el Inventario de Trauma Temprano auto-aplicable conformado por 62 ítems desarrollado como una versión del ITT realizado por Bremner y colaboradores en el año 2000 ⁶⁰. Formato de cuatro dominios de eventos traumáticos de la infancia: traumas en general (31 ítems), físicos (9 ítems), emocionales (7 ítems), y el abuso sexual (15 ítems).

- Eventos estresantes: contemplan la vivencia de eventos como haber experimentado la muerte u homicidio de familiares y/o amigos, el haber sido testigo de actos violentos, de violencia intrafamiliar, de la separación de los padres, el haber vivido en hogares distintos al propio, y haber sufrido accidentes, hospitalizaciones, robos o privación de la libertad.
- Abuso físico: contempla el haber sido víctima de castigos físicos por ejemplo golpes con la mano, con objetos, estrangulación, quemaduras o haber sido encerrado en lugares pequeños.
- Abuso emocional: contempla el haber sido víctima de insultos o violencia verbal, haber sido ridiculizado, tratado con frivolidad, además de haber sido privado de las necesidades básicas.
- Abuso sexual: contempla la vivencia de eventos sexuales no deseados por ejemplo el tocar o ser tocado en partes íntimas por terceros, el ser observado o espiado sin ropa, el ser forzado a observar actos sexuales, y a participar en actos sexuales de cualquier tipo incluyendo prostitución.

Los cuatro dominios del inventario de trauma temprano, eventos estresantes, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual, tienen una consistencia interna igual a α de Cronbach= 0.78-0.90 y validez de $r=$ 0.39-0.47 en correlación con la Escala clínica aplicada de TEPT.

Calificación del Inventario de Trauma temprano autoaplicable

En la versión de Bremner y cols. ⁶⁰, cuya traducción al español se utilizó en el presente estudio, el inventario se califica de acuerdo con el análisis factorial de los 62 reactivos que componen el inventario, de acuerdo al cual, son cuatro los dominios de eventos traumáticos: trauma general (31

reactivos), trauma físico (9 reactivos), trauma emocional (7 reactivos) y abuso sexual (15 reactivos).

La evaluación se realizó con la suma de saturación factorial de cada ítem que conforma cada dominio y comparando con los puntos de corte propuestos por el autor de la escala ⁶⁰. Estos puntos de corte son: Trauma General = 6.5, Trauma físico = 4.1, Trauma emocional = 3.9, Abuso sexual = 1.6. En la tabla 4 se muestran las dimensiones, reactivos que las conforman y los valores de saturación para cada uno.

Tabla 4. Reactivos por tipo de trauma y valores de saturación

Reactivos Trauma General	Correlación total del reactivo	Alpha
T1. Desastre natural	0.28	0.82
T2. Accidentes graves	0.47	0.81
T3. Lesiones graves	0.40	0.81
T4. Enfermedades graves	0.26	0.82
T5. Muerte de un progenitor	0.32	0.82
T6. Enfermedad grave de un progenitor	0.35	0.81
T7. Separación de padres	0.36	0.81
T8. Crianza en hogar distinto al del padre	0.29	0.82
T9. Muerte de hermano	0.27	0.82
T10. Enfermedad grave de hermano	0.35	0.82
T11. Muerte de amigo	0.36	0.81
T12. Lesión grave de un amigo	0.35	0.81
T13. Muerte o lesión de otras personas	0.46	0.81
T14. Divorcio o separación de padres	0.31	0.82
T15. Presenciar actos violentos	0.57	0.80
T16. Familiar con enfermedad mental	0.36	0.81
T17. Padres alcohólicos	0.37	0.81
T18. Padres con abuso de drogas	0.28	0.82
T19. Víctima de robo	0.25	0.82
T20. Víctima de robo a mano armada	0.24	0.82
T21. Víctima de asalto	0.46	0.81
T22. Víctima de violación	0.36	0.81
T23. Presenciar algún asesinato	0.30	0.81
T24. Asesinato de alguien cercano	0.31	0.81
T25. Alguien cercano fue víctima de violación	0.25	0.81
T26. Trabajo de riesgo	0.36	0.81
T27. Prisionero de guerra	0.13	0.82
T28. Combate	0.05	0.82
T29. Muerte de hijo	0.26	0.82
T30. Aborto espontáneo	0.37	0.81
T31. Muerte de pareja	0.17	0.82

Reactivos Trauma Físico	Correlación total del reactivo	Alpha
P1. Golpes con la mano	0.34	0.78
P2. Bofetada en la cara	0.48	0.76
P3. Quemaduras	0.39	0.77
P4. Puñetazos o patadas	0.60	0.74
P5. Golpes con objetos	0.40	0.77
P6. Golpes con objetos lanzados	0.56	0.75
P7. Intento de asfixia	0.40	0.77
P8. Empujones	0.63	0.73
P9. Atado o encerrado en algún sitio	0.40	0.77

Reactivos Trauma Emocional	Correlación total del reactivo	Alpha
E1. Humillado o ridiculizado	0.76	0.84
E2. Ignorada o que no contaba	0.71	0.84
E3. Le decían que no era buena	0.68	0.85
E4. Regañada o reprendida a menudo	0.58	0.86
E5. Tratada fríamente y desatendida	0.56	0.86
E6. Padres controban su vida	0.52	0.87
E7. Padres no atendían sus necesidades	0.71	0.84

Reactivos Abuso sexual	Correlación total del reactivo	Alpha
S1. Exposición a comentarios de sexo	0.65	0.90
S2. Exhibición de genitales	0.65	0.90
S3. Ser espiado	0.50	0.90
S4. Forzado a presenciar actos sexuales	0.59	0.90
S5. Tocamiento de alguna parte íntima	0.71	0.90
S6. Frotamiento de genitales	0.74	0.89
S7. Forzado a tocar	0.77	0.89
S8. Mantener relaciones sexuales	0.66	0.90
S9. Forzado a practicar sexo oral	0.68	0.90
S10. Le practicaron sexo oral	0.60	0.90
S11. Práctica de sexo anal	0.47	0.90
S12. Intento de mantener relaciones sexuales	0.51	0.90
S13. Posar para fotografías sexuales	0.36	0.91
S14. Obligaron a tener relaciones por dinero	0.38	0.91
S15. Obligaron a besar	0.63	0.90

Adicionalmente, se califica si la persona percibe o no la presencia de cada tipo de trauma, sea que lo haya experimentado o no. La percepción del trauma para cada individuo de la muestra se evaluó con tres reactivos al finalizar cada apartado en el que se interrogaba si los sucesos del dominio habían tenido un efecto emocional en la actualidad y si habían afectado en el trabajo, escuela, en las relaciones sociales o familiares, dando por respuesta una variable nominal dicotómica (Si/No).

Métodos de recolección de datos

Se detectaron a pacientes de sexo femenino con el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad que pertenecían al servicio de la consulta externa de la clínica de Trastorno límite de la personalidad del Instituto Nacional de Psiquiatría y que cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio.

A las pacientes que pudieran formar parte del estudio, se les otorgó de forma verbal una explicación breve de la investigación, se comentaron características de relevancia del marco teórico de las variables a evaluar y se enfatizó en las escalas de medición a realizar. Aquellas pacientes que aceptaron participar, se les otorgó un consentimiento informado; así como la solicitud de datos de identificación socio-demográfica para localización de las pacientes. En dicho documento se especificaron con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio. Se hizo una revisión personalizada de la carta de consentimiento con los sujetos para confirmar que el contenido del mismo, así como el procedimiento de la investigación fue comprendido por las pacientes. Una vez realizados estos procedimientos se aplicaron los dos instrumentos anteriormente descritos y al finalizar se dio por terminada la participación en el estudio.

Análisis de datos

En primer lugar se llevó a cabo la descripción de las variables socio-demográficas de la muestra con base en medias, desviaciones estándar y rangos para las variables continuas y con frecuencias y porcentajes para las categóricas.

Posteriormente, se describió la frecuencia de presencia y tipos de trauma temprano así como de estilos de apego, por medio de frecuencias y porcentajes.

Para las pruebas centrales de hipótesis se incluyeron en un mismo grupo a las pacientes con estilos de apego inseguro (fuera de tipo alejado, preocupado o temeroso-hostil) a compararse con otro grupo general de pacientes con apego seguro. Las comparaciones se hicieron en relación tanto a la presencia como a la percepción del tipo de trauma temprano. Esto se llevó a cabo con base en pruebas exactas de Fisher dado que las pruebas chi cuadrada (y las z) no resultaban las más adecuadas antes las francamente pequeñas frecuencias esperadas de los diferentes tipos de trauma temprano en el grupo de pacientes con apego seguro, de por sí reducido. El nivel alpha prefijado fue en todos los casos de 95%.

Adicionalmente, se describen los eventos específicos de abuso sexual y de trauma emocional más frecuentes de la muestra. Finalmente, se eligió al evento de mayor repetición de cada tipo de trauma (abuso sexual, trauma emocional) para comparar la proporción de pacientes con apego seguro o inseguro. Para esto, se llevó a cabo una recodificación de cada reactivo (evento) para detectar a las pacientes con alto número de repetición del evento (categoría en donde se incluyeron respuestas afirmativas en las subcategorías de alta repetición= 1 a 6 veces por semana, una vez al día y más de una vez al día) y compararlas con las pacientes con nulo o bajo número de repeticiones del evento (categorías en donde se incluyeron respuestas afirmativas a las subcategorías de nula o bajo repetición: ninguna vez, una vez al año, una a diez veces al año y una vez cada tres meses).

Implicaciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en la Declaración de Helsinki ⁶¹.

A todas las participantes se les otorgó un consentimiento informado y sin excepción se les informó de manera verbal los procedimientos a llevar a cabo, objetivos y consignas del estudio; respetando su confidencialidad y conformidad para reportar los resultados.

Se trata de un estudio con riesgo mínimo acorde con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I) que estipula que la investigación sin riesgo son aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generales en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos acorde al Diario Oficial de la Federación publicado del año 1983.

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de las pacientes que aceptaron participar se les asignó un código numérico para los análisis estadísticos, por lo que su nombre y datos generales quedaron bajo el resguardo de los investigadores del estudio y no aparecen en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra final del estudio estuvo comprendida por 100 mujeres con diagnóstico confirmado de Trastorno Límite de la Personalidad. En la Tabla 5 se muestran sus características socio demográficas.

Tabla 5. Características socio demográficas de la muestra

Variable	Medida descriptiva
Edad (media \pm DS, rango)	32.16 \pm 10.25 (18-58)
Estado civil (%)	
Soltero	46
Casado	19
Unión libre	22
Divorciado o separado	13
Escolaridad (%)	
Primaria	3
Secundaria	12
Medio superior incompleto	21
Medio superior completo	22
Licenciatura incompleta	23
Licenciatura completa	15
Posgrado	4
Ocupación (%)	
Desempleado	17
Hogar	28
Estudiante	16
Empleado	15
Trabajador eventual	7
Profesionista	10
Otro	7
Religión (%)	
Ninguno	22
Católica	57
Cristiana	11
Testigo de Jehová	3
Otra	7
Hijos (%)	
Si	66
Número de hijos (n/66)	
1 hijo	25
2 hijos	32
3 hijos	8
Más de 3 hijos	1
Hijos en tratamiento psiquiátrico	37

Frecuencia de tipos/estilos de Apego y trauma temprano

Tabla 6. Estilos/tipología de apego y trauma temprano en la muestra

Variable		Medida descriptiva
Estilo de apego (%)	Seguro	4
	Inseguro	96
Tipología de apego (%)	Seguro	4
	Alejado	63
	Temeroso Hostil	28
	Preocupado	5
Trauma General (%)	Presencia	3
	Percepción	84
Trauma Físico (%)	Presencia	4
	Percepción	64
Trauma Emocional (%)	Presencia	44
	Percepción	81
Abuso Sexual (%)	Presencia	45
	Percepción	43

De acuerdo con el Cuestionario de Trauma Temprano, hasta un 65% de la muestra presentó trauma temprano. Un 39% reportó haber experimentado solo un tipo de trauma, seguido de un 23% que registro haber experimentado dos tipos de trauma diferentes. La experiencia de tres o los cuatro tipos de traumas por la misma paciente fue poco frecuente (1 y 2%, respectivamente).

Asociación entre apego y trauma

En la Tabla 7 se compara el porcentaje de la muestra con apego seguro/inseguro y reporte de abuso sexual, que resultó el tipo de trauma más frecuente en la muestra. Como puede observarse, la presencia de abuso sexual fue mayor entre quienes presentan apego inseguro en comparación con quienes muestran apego seguro. El porcentaje de pacientes con apego inseguro y abuso sexual es cerca del doble de aquellas con apego seguro y abuso sexual. Es claro también que la sola presencia de abuso sexual no condiciona en todos los casos el desarrollo de apego inseguro. Poco más de la mitad de las pacientes con apego inseguro no reportaron indicios de abuso sexual.

Cabe mencionar que lo mismo ocurrió al comparar la frecuencia de apego seguro e inseguro entre quienes reportaron percepción o no de abuso sexual.

Tabla 7. Presencia de abuso sexual por estilo de apego (seguro/inseguro)

	Presencia de Abuso sexual	Ausencia de Abuso sexual	Estadístico exacto de Fisher
Apego seguro (n=4)	1(25%)	3 (75%)	p(bilateral)=.625
Apego Inseguro (n=96)	44 (45.83%)	52 (54.16%)	

En la tabla 8 se presentan los eventos de abuso sexual con una frecuencia superior al 20%, así como la frecuencia en las categorías relacionadas con el número de repeticiones de cada evento.

En relación con el trauma emocional, que resultó el segundo tipo de trauma más frecuente en la muestra, se observó que el porcentaje de la con apego seguro/inseguro y presencia de trauma emocional (según el cuestionarios) es muy similar entre las pacientes que desarrollaron apego seguro o inseguro (Trauma emocional: 50% de apego seguro y 50% de apego inseguro; estadístico exacto de Fisher no significativo). Lo mismo ocurrió en relación con la percepción del trauma emocional.

En la tabla 9 se presentan los eventos de trauma emocional con una frecuencia superior al 70%, así como la frecuencia en las categorías relacionadas con el número de repeticiones de cada evento (Tabla 9).

Finalmente se realizaron las comparaciones entre personas con apego seguro e inseguro en relación a los dos tipos de trauma menos frecuentes, el general y el físico. En estos casos solo se llevó a cabo el análisis para la percepción de cada uno de estos tipos de trauma, no así para la presencia de los mismos (de acuerdo a la escala) en tanto que era muy baja (Tablas 10 y 11).

Tabla 8. Eventos de abuso sexual más frecuentes en la muestra

Evento de abuso sexual	% de la muestra	Repeticiones del evento (del % de la muestra que lo experimentó)	
Pregunta 5. Tocamiento de alguna parte íntima	58%	1 vez al año (%)	19
		1 a 10 veces al año	10
		1 vez cada 3 meses	10
		1 a 6 veces por semana	7
		1 vez al día	7
		Más de 1 vez al día	5
Pregunta 1. Comentarios inapropiados acerca del sexo o partes sexuales	54%	1 vez al año (%)	10
		1 a 10 veces al año	14
		1 vez cada 3 meses	12
		1 a 6 veces por semana	13
		1 vez al día	4
		Más de 1 vez al día	1
Pregunta 2. Alguien le enseñó o exhibió sus genitales	49%	1 vez al año (%)	15
		1 a 10 veces al año	9
		1 vez cada 3 meses	9
		1 a 6 veces por semana	9
		1 vez al día	4
		Más de 1 vez al día	3
Pregunta 12. Alguien intentó mantener algún tipo de relación sexual	40%	1 vez al año (%)	7
		1 a 10 veces al año	4
		1 vez cada 3 meses	4
		1 a 6 veces por semana	16
		1 vez al día	8
		Más de 1 vez al día	1
Pregunta 6. Alguien frotó sus genitales contra usted	36%	1 vez al año (%)	10
		1 a 10 veces al año	7
		1 vez cada 3 meses	9
		1 a 6 veces por semana	3
		1 vez al día	4
		Más de 1 vez al día	3
Pregunta 7. Le obligaron a tocar a otra persona en alguna parte íntima	29%	1 vez al año (%)	8
		1 a 10 veces al año	3
		1 vez cada 3 meses	6
		1 a 6 veces por semana	5
		1 vez al día	5
		Más de 1 vez al día	2
Pregunta 8. Le obligaron a mantener relaciones sexuales	25%	1 vez al año (%)	8
		1 a 10 veces al año	5
		1 vez cada 3 meses	2
		1 a 6 veces por semana	5
		1 vez al día	4
		Más de 1 vez al día	1
Pregunta 3. Alguien la espío o la observó mientras se bañaba, vestía o usaba el baño	24%	1 vez al año (%)	3
		1 a 10 veces al año	3
		1 vez cada 3 meses	7
		1 a 6 veces por semana	3
		1 vez al día	6
		Más de 1 vez al día	2
Pregunta 4. Le forzaron u obligaron a presenciar actos sexuales, incluida la masturbación o sexo entre otras personas	23%	1 vez al año (%)	9
		1 a 10 veces al año	0
		1 vez cada 3 meses	6
		1 a 6 veces por semana	4
		1 vez al día	3
		Más de 1 vez al día	1

Tabla 9. Eventos de trauma emocional más frecuentes en la muestra

Evento de trauma emocional	% de la muestra	Repeticiones del evento (del % de la muestra que lo experimentó)	
Pregunta 1. Fue humillada o ridiculizada a menudo	77%	1 vez al año (%)	14
		1 a 10 veces al año	18
		1 vez cada 3 meses	11
		1 a 6 veces por semana	12
		1 vez al día	13
		Más de 1 vez al día	9
Pregunta 4. La regañaban o reprendían a menudo	75%	1 vez al año (%)	9
		1 a 10 veces al año	12
		1 vez cada 3 meses	15
		1 a 6 veces por semana	12
		1 vez al día	9
		Más de 1 vez al día	18
Pregunta 2. Fue ignorada a menudo o le hacían sentir que no contaba para nada	72%	1 vez al año (%)	13
		1 a 10 veces al año	12
		1 vez cada 3 meses	11
		1 a 6 veces por semana	16
		1 vez al día	11
		Más de 1 vez al día	9
Pregunta 7. Sus padres o cuidadores no supieron comprenderla o entender sus necesidades	70%	1 vez al año (%)	12
		1 a 10 veces al año	5
		1 vez cada 3 meses	11
		1 a 6 veces por semana	15
		1 vez al día	14
		Más de 1 vez al día	13

Tabla 10. Percepción de trauma general por estilo de apego (seguro/inseguro)

	Percepción de trauma general	Ausencia de percepción de trauma general
Apego seguro (n=4)	4 (100%)	0 (0%)
Apego Inseguro (n=96)	80 (83.33%)	16 (16.67%)

Tabla 11. Percepción de trauma físico por estilo de apego (seguro/inseguro)

	Percepción de trauma físico	Ausencia de percepción de trauma físico
Apego seguro (n=4)	2 (50%)	2 (50%)
Apego Inseguro (n=96)	62 (64.58%)	34 (35.41%)

Como puede observarse, un alto porcentaje de pacientes que percibe trauma general y/o trauma físico presentan apego inseguro (más del 80% y más del 64%, respectivamente), aunque es claro también que la percepción de la presencia de trauma físico se registró también en la mitad de las pacientes con apego seguro (por lo que las comparaciones entre los grupos por medio de la prueba exacta de Fisher no resultados estadísticamente significativas).

DISCUSIÓN

Las características socio-demográficas de la muestra de este estudio ejemplifican diversos elementos ya encontrados en estudios previos que cuentan con un enfoque psicosocial. Parecen existir subpoblaciones de edad en los que el diagnóstico de TLP sería diagnosticado con una frecuencia más elevada, siendo la edad más frecuente de manifestación en el periodo de transición de la adolescencia a la edad adulta, y un diagnóstico poco frecuente cuando se rebasan los 40 años de edad⁶²; en nuestro estudio, se obtuvo que el rango de edad de la muestra estudiada fue de una media de 32 años de edad, teniendo un límite inferior de 18 años y un límite superior de 58 años.

En el estudio se observó que la mayor parte de las pacientes evaluadas eran solteras (46%), resultados que son similares a otros estudios que mencionan que el trastorno se encuentra más frecuente en solteros que en personas que en algún momento estuvieron casadas.

Al evaluar el nivel educacional, determinar una dirección causal sigue siendo un enigma, dado que los trastornos de personalidad graves inician a edades precoces e intervienen en desempeño social y educativo, un trabajo publica que la mayoría de los pacientes, siendo un 85% de la muestra terminó la educación secundaria⁶².

En este estudio se observa que la muestra cuenta con una frecuencia mayor de escolaridad de nivel medio superior, y en segundo lugar el nivel superior, en su mayor parte con el desarrollo incompleto; sin embargo, en relación a la ocupación, en su mayor parte se dedican al hogar ocupando un 30% del total de la muestra.

Dentro de los datos socio demográficos obtenidos en la muestra, se interrogó cuántas de las pacientes tenían al menos un hijo, siendo un 66%; sin embargo, es muy importante destacar que la alta frecuencia de hijos que han recibido tratamiento psiquiátrico, que constituye más de la tercera parte. Esto puede tener relación con los estilos de crianza de las mujeres con Trastorno límite de la personalidad y con los eventos adversos compartidos por la madre y el hijo que explican parte de la vulnerabilidad a presentar un trastorno mental –así como un estilo de apego inseguro⁶³.

Trauma temprano y trastorno límite de la personalidad

El primer objetivo específico de este trabajo consistió en determinar la frecuencia de trauma temprano en pacientes con trastorno límite de la personalidad. De acuerdo a la escala de trauma temprano utilizada en el presente estudio, prácticamente dos terceras partes de la muestra alcanzaron puntuaciones para algún tipo de trauma temprano. Este dato coincide con estudios previos que estiman la frecuencia de trauma temprano entre el 60 al 80% de estas pacientes^{46,52,54}.

Tal como se hipotetizó, en congruencia con diversos reportes previos en la literatura internacional^{46-49,51-52,54}, el tipo de trauma temprano más frecuentemente reportado en esta muestra fue el abuso sexual, seguido de forma cercana del trauma emocional.

Lenor Terr y colaboradores hacen la propuesta de dividir las condiciones traumáticas experimentados en la infancia en dos grandes categorías, llamadas trauma tipo I y II. El primero de ellos caracterizado por un único evento traumático y el segundo se refiere a la experiencia de múltiples eventos traumáticos. Propone que los infantes que presentan trauma tipo I y II difieren en el impacto que estos eventos producen a corto y largo plazo, al estar involucrados con un mayor índice de comorbilidad de trastornos psiquiátricos los segundos⁶⁴. Pudiendo ser explicado por el número de repeticiones del evento y en otras ocasiones porque en el trauma tipo II existe una mayor frecuencia de eventos que implican un vínculo interpersonal (vs impersonal), reportándose una frecuencia importante de agresores que forman parte de las mismas figuras primarias teniendo como consecuencia que ocasionen en el infante pérdida de confianza hacia otras personas, sentimiento de indefensión y desamparo, sexualización traumática, que suelen comportar dificultades para establecer relaciones interpersonales y estigmatización personal. Otra consecuencia a largo plazo del trauma repetido es la violencia transgeneracional, ya que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta⁶⁵.

En este sentido, en aquellos individuos que experimentan situaciones traumáticas de manera repetitiva, como ha sido descrito en este grupo de pacientes, se puede generar una alteración de los patrones de pensar, sentir y comportarse así como el conocimiento de cómo otras personas experimentan estos patrones. Una de las características de los trastornos de

personalidad es precisamente este pobre auto-conocimiento, en concreto un sentido distorsionado de sí mismo y una mala comprensión del yo en relación con otras personas. Como resultado, varios investigadores han planteado la hipótesis de que el deterioro social, y la alteración de la cognición emocional son componentes primarios del Trastorno Límite de la Personalidad⁶⁶. Como ejemplo, Bateman y Fonagy postulan que estos fenómenos resultan de problemas asociados a la mentalización, que se describe como la capacidad de comprender las emociones de los demás y de uno mismo, así se cita que las personas con Trastorno límite de la personalidad presentan una incapacidad para diferenciar las emociones (es decir, como son percibidas) que conduce a respuestas sociales inapropiadas, ya que, para que existan interacciones sociales exitosas depende de la capacidad de ambas partes para poder reconocer y procesar de manera adecuada las señales sociales y la información emocional. Mientras que los individuos con Trastorno límite de la personalidad pueden ser hipersensibles a los estímulos sociales y emocionales, su incapacidad para etiquetar adecuadamente las señales puede dar lugar a interpretaciones erróneas, lo que resulta en una mayor percepción de emociones negativas ⁶⁷. Así, el individuo que ha sido expuesto a situaciones de violencia y emociones negativas importantes a lo largo de su vida, uno podría hipotetizar que muchos de los eventos ulteriores sean experimentados como traumáticos a pesar de que al ser comparados con el impacto que ha sido reportado en la población general, no pueda ser categorizado como tal, lo que nos hablaría de una posible alteración en la percepción en este grupo de pacientes ⁶⁸.

Estilo de apego y trastorno límite de la personalidad

Como en la literatura se menciona, se estima que entre los individuos con Trastorno límite de personalidad existe un claro predominio de apego inseguro, y acorde a la revisión realizada se encuentra en tan sólo el 6 a 8% el tipo de apego seguro²⁸. Esto concuerda con los hallazgos de nuestro estudio, en el que se encontró que solo un 4% del total de la muestra presenta apego seguro.

En relación a la tipología de apego, este estudio apoya a las investigaciones realizados por Guendelman y colaboradores ²⁹, que han encontrado al apego ALEJADO como el más frecuente en esta población. De acuerdo a Melero y colaboradores, el estilo de apego inseguro alejado

implica la presencia de modelos internos de trabajo en los que predomina una percepción positiva de sí mismo y negativa de los demás, lo que se interpreta como un remanente adulto de modelos internos de trabajo del estilo de apego inseguro evitativo o derogante infantil¹⁵.

Estos mismo autores proponen que el estilo de apego temeroso hostil implica la presencia de modelos de trabajo en los que predomina una percepción negativa de sí mismo y de los demás, lo que se considera como un remanente adulto de un estilo de apego infantil de tipo desorganizado, ya que combina elementos de apego evitativo y resistente-ambivalente y expresa un alto nivel de desorganización de la conducta con respuestas afectivas habitualmente caóticas. Cuando permanecen hasta la vida adulta, estos modelos internos de trabajo dificultan el desarrollo de vínculos adecuados, en los que se vive la necesidad de los demás, pero al mismo tiempo se les teme, se les ve como agresores y por lo tanto se les agrede; predominando la ansiedad, los sentimientos negativos y las conductas hostiles en torno al vínculo¹⁵.

Cabe mencionar, que aunque este tipo de apego temeroso-hostil fue menos frecuente que el alejado, lo presenta casi el treinta por ciento de la muestra, lo que hablaría de un grupo importante de pacientes con problemas graves de relación interpersonal. Es probable que la alta frecuencia de este tipo de pacientes tenga que ver con la muestra del estudio, en el sentido de que se trata de pacientes que asisten a un escenario de atención especializada, con lo que podría tratarse de personas más graves que las que no reciben tratamiento en estos escenarios.

Relación entre trauma temprano y apego inseguro

En este trabajo, contrario a lo que se esperaba, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el porcentaje de pacientes con los dos estilos de apego sujetos a estudio (seguro/inseguro) que reportaba tener o no la experiencia o percepción de trauma sexual o de otro tipo.

Es claro que la tendencia de los datos iba en razón a una alta frecuencia de pacientes con apego inseguro que además presentaban o percibían algún tipo de trauma; pero también es cierto que lo mismo ocurría con la mitad de las pocas pacientes que registraron un apego seguro. Esto puede

deberse a que el desarrollo de un tipo de apego, sea seguro o inseguro, tiene que ver no solo con la exposición al trauma; que es pues multicausal^{1,2}. Una persona que experimenta trauma temprano, incluso de tipo sexual, podría contar con otros factores protectores, sobre todo sociales y especialmente de interacción con sus cuidadores, que permiten el desarrollo de apego seguro; en ausencia de los cuales, la experiencia traumática tendría un impacto sinérgico en el desarrollo de un apego más bien inseguro.

Otra razón puede ser que, en la dirección de lo propuesto por los teóricos del trauma complejo, la influencia de la experiencia y/o percepción del trauma temprano en el desarrollo de un modo usual de responder afectiva, emotiva y conductualmente (y en este caso de un estilo de apego seguro o inseguro) tiene que ver más bien con la repetición de los eventos traumáticos y no tanto con la presentación única o pocas veces de los mismos^{65,68}.

Por esta razón, aunque este estudio no fue diseñado para evaluar el impacto de la repetición de experiencias traumáticas específicas en la formación de apego seguro o inseguro (y no constituye un objetivo específico del trabajo) se determinó la necesidad de incluir un análisis al menos descriptivo al respecto, que podría retormarse como base para estudios futuros que pretendan evaluar expresamente tal hipótesis.

En esta muestra, el evento específico de abuso sexual acerca de que alguien haya intentado mantener algún tipo de relación sexual en contra de la voluntad de la paciente, es en el que se registran más altas frecuencias en las categorías de alta repetición (incluyendo una a seis veces por semana, una vez al día y más de una vez al día); un total de 25 pacientes reportaron haber experimentado este evento una o más veces a la semana, y la totalidad de estas pacientes presentaron también un apego inseguro, mientras que ninguna de las pacientes con apego seguro experimentaron este evento.

Finalmente, el evento específico de trauma emocional acerca de si los padres o cuidadores no pudieron comprenderla o entender sus necesidades, es en el que se registraron más altas frecuencias en las categorías de alta repetición (incluyendo una a seis veces por semana, una vez al día y más de una vez al día), y la totalidad de estas pacientes

presentaron también un apego inseguro, mientras que ninguna de las que reportaron apego seguro (n=4) experimentaron este evento.

CONCLUSIONES

Con base en los hallazgos del presente estudio es posible concluir que las experiencias traumáticas tempranas así como un estilo de apego inseguro son características altamente frecuentes en mujeres con trastorno límite de la personalidad.

Así también, se aporta evidencia adicional en relación con la alta probabilidad de percepción de trauma general, emocional y físico con o sin suficientes datos objetivos de haberlo experimentado. Cabe reconocer en este punto la limitante de los estudios como el presente, que evalúan de forma retrospectiva la experiencia y percepción de trauma temprano, lo que implica problemas de recuerdo de sucesos vitales que han ocurrido mucho tiempo atrás. Desde luego, una investigación prospectiva al respecto tendría graves problemas éticos, lo que explica que la forma en que se ha evaluado la relación entre experiencias traumáticas tempranas y desarrollo de apego inseguro ha sido de manera más bien retrospectiva.

Además, en lo relacionado con la asociación entre trauma temprano y tipo de apego, en este estudio se evidencia que la experiencia y percepción de experiencias traumáticas no condiciona forzosamente la presencia de un apego inseguro, lo que pone de manifiesto la multicausalidad de los estilos de apego y la necesidad de confirmar, en futuras investigaciones diseñadas para este propósito, el peso de otros factores protectores y de riesgo que no se evaluaron en este trabajo, así como el impacto sinérgico de la experiencia de trauma temprano para el desarrollo de un apego inseguro.

Finalmente, se sugiere explorar la relación hipotética entre trauma temprano y desarrollo de apego inseguro evaluando el impacto de la repetición (más que de la sola presencia) de experiencias traumáticas específicas, sobre todo de abuso sexual y emocional.

El tamaño de la muestra y la distribución de frecuencias del tipo específico de experiencias traumáticas del presente estudio, no permitió explorar las

posibles repercusiones que podrían tener otras variables tales como la intensidad de la experiencia traumática así como la cercanía o familiaridad de las personas involucradas en el abuso físico o emocional. El que el evento haya o no tenido la intensidad suficiente para poner en riesgo la vida de la paciente y/o el que haya sido o no perpetrado por un familiar o una persona muy cercana podría tener desde luego una influencia en el desarrollo de algún estilo (seguro/inseguro) o incluso tipo específico (seguro, temeroso-hostil, alejado, preocupado) de apego; lo que se propone para futuras investigaciones en esta área.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leichsenring, Leibing. Borderline personality disorder. Lancet, 2011.
2. Consejo asesor de sobre asistencia psiquiátrica y salud mental, Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Quaderns de salut mental, Primera edición, Barcelona 2006.
3. APA, "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder". Washington, DC: American Psychiatric Association, 2001 [Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L., 2002].
4. Guendelman, Garay. Neurobiology of borderline personality disorder. Rev Med Chile, 2014.
5. Beck, Freeman. "Cognitive therapy of personality disorders". Nueva York: Guilford Press, 1992.
6. Kernberg O.F. "Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies". New Haven, Conn, Yale University Press, 1984.
7. Millon, Davis. "Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond". Nueva York: John Wiley & Sons, 1996.
8. Linehan M.M. "Cognitive-behavioral treatment of Bordeline Personality Disorder". New York: Guilford Press, 1993.
9. Dolan-Sewell, Krueger. "Co-Ocurrence with Syndrome Disorders". A Livesley WJ (Ed.), "Handbook of personality disorders". Nueva York: Guilford, 2001.
10. Bowlby J. Attachment and Loss, volumen II. La Separación Afectiva. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1976.
11. Department of child and adolescent health and development. The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review. Ginebra: World Health Organization, 2004.
12. Griffin, Harlow. "Effects of three months of total social deprivation on social adjustment and learning in the Rhesus monkey". Child Development, 1966.
13. Bowlby J. Vínculos afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida. Madrid: Ediciones Morata, 1986.
14. Bowlby J. Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Barcelona: Paidós ediciones, 1988.
15. Ainsworth, Blehar. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange situation. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1978.
16. Main, Solomon. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment patten: procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In: Brazelton TB, Yogman MW, Editors. Affective development in infancy. Norwood, NJ: Ablex Press; 1986.
17. Marrone M. Sobre los modelos representacionales. En: Marrone M, autor. La Teoría del Apego: Un Enfoque Actual. Madrid: Editorial Psimática, 2001.

18. Bowlby, J. La separación afectiva. El apego y la pérdida, 2. Barcelona: Paidós, 1993.
19. Bakermans-Kranenburg, Marian J. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 2009.
20. Fonagy P. "Attachment and personality pathology." *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*, 1st ed. Edited by Clarkin JF, 2010.
21. Fonagy, Luyten. Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 2011.
22. Donnellan, Brent. Genes, Personality, and Attachment in Adults: A Multivariate Behavioral Genetic Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2008.
23. Waters, Merrick. Attachment stability in infancy and early adulthood: A 20-year longitudinal study. *Child Dev*, 2000.
24. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000; 23(1):103–22.
25. Levy, Kenneth. "Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder." *Current psychiatry reports*, 2011: 50-59.
26. Blatt, Auerbach. Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 1997; 1(4):351–374.
27. Carlson, Egeland. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 2009; 21:1311–1334.
28. Allen, Fonagy. Borderline Personality Disorder. In: Allen, Fonagy. *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008: 259-91.
29. Guendelman, Miño. Apego, neurobiología y etiopatogenia del Trastorno de Personalidad Límite. *Rev GPU*, 2012; 8: 443-452.
30. Lyons-Ruth, Yellin. Expanding the concept of unresolved mental status: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol*, 2005; 17: 1-23.
31. Breidenstine, Angela. Attachment and trauma in early childhood: A review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2011; 4: 274-290.
32. Terr, Lenore. Childhood traumas: An outline and overview. *American journal of psychiatry*, 1991; 148: 10-20.
33. Battle, Shea. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord*, 2004; 18(2):193–211.

34. Gilbert, Widom. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 2009; 373: 68–81.
35. Hengartner, Ajdacic-Gross. Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: new findings in an old debate. *European Psychiatry*, 2013; 28 (8): 476-482.
36. Afifi, Tracie. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of psychiatric research*, 2011; 45 (6): 814-822.
37. Waxman, Fenton. Childhood maltreatment and personality disorders in a US representative population sample. *Comprehensive Psychiatry*, 2011; 52 (6).
38. Fergusson, Boden. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, 2008; 32 (6): 607-619.
39. Grover, Kelly. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of personality disorders*, 2007; 21(4): 442-447.
40. Gibb, Wheeler. Emotional, Physical, and Sexual Maltreatment in Childhood versus Adolescence and Personality Dysfunction in Young Adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 2001; 15 (6): 505-511.
41. Van der Kolk. *Psychological trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1987.
42. Van der Kolk. Trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress*, 1988; 1(3): 273-290.
43. Perry, Herman. Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 1990; 26: 33-43.
44. Links, Steiner. The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *J Personal Disord*, 1988; 2: 14-20.
45. Zanarini, Gunderson. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*, 1989; 30:18-25.
46. Herman, Perry. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1989; 146: 490-495.
47. Ogata, Silk. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1990; 147: 1008-1013.
48. Westen, Ludolph. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 1990; 60: 55-66.
49. Shearer, Peters. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry*, 1990; 147: 214-216.
50. Salzman, Wolfson. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry*, 1993; 34: 254-257.
51. Paris J. *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.

52. Zanarini, Williams. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 1101-1106.
53. Zanarini, Ruser. Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis*, 2000 188(1): 26-30.
54. Graybar, Boutilier. Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 2002; 39: 152–162.
55. Goodman, Yehuda. The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 2002; 33: 337–345.
56. Yen, Shea, Battle. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*, 2002; 190: 510-518.
57. Ball, Links. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 2009; 11: 63-68.
58. Hill, AB. The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1965; 58: 295–300.
59. Melero, Cantero. Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y Salud*, 2008; 19 (1): 83-100.
60. Bremner, Vermetten. Development and preliminary psychometric properties of an instrument of the the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depression and Anxiety*, 2000; 12: 1-12.
61. Asociación médica mundial (AMM). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008
62. Cervera . Trastorno Límite de la Personalidad, Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Edit Medica Panamericana, España, 2005.
63. Terr, L. *Unchained memories: True stories of traumatic memories, lost and found*. New York: Basic Books; 1994.
64. Finkelhor, D. The Trauma of Child Sexual Abuse: Two Models. En G. Wyatt, *The lasting effects of child Sexual Abuse*. Newbury Park, CA; 1988.
65. Erika N. The role of metaperception in personality disorders: Do people with personality problems know how others experience their personality?. *J Pers Disord*. Agosto, 2015; 29 (4): 449-467.
66. Bateman, Fonagy. The development of an attachment based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2003; 67, 187-211.
67. Zanarini. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am*, 2000; 23, 89–101.

ASOCIACIÓN DE TRAUMA TEMPRANO Y ESTILOS DE APEGO EN PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del presente estudio es investigar los efectos del Trauma temprano y el Estilo de apego sobre los rasgos de personalidad. Este estudio forma parte de una investigación de esta Institución (Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"). Solicitamos su participación en el presente estudio, la cual es voluntaria y consistirá en llenar dos cuestionarios que le ocuparán aproximadamente 30 minutos. Se aplicará el Cuestionario de Apego en el Adulto y el Inventario de Trauma Temprano.

Usted tiene la decisión de tomar parte o abandonar el estudio en cualquier momento; en cualquiera de los dos casos, usted no perderá ninguno de los beneficios que posee como paciente de esta Institución. En caso de presentar alguna duda respecto a los objetivos del presente proyecto podrá obtener la información necesaria en cualquier etapa del estudio de así solicitarlo.

BENEFICIOS

El estudio no representa un beneficio directo para quienes participan en él, los fines del estudio son sólo de investigación y proporcionará información que aportará conocimiento valioso para mejorar las estrategias en el manejo de pacientes con diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad en un futuro.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación. Su identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

RIESGOS

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que de ser necesario recibirá ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto. Existe la posibilidad de presentar sintomatología afectiva tipo depresiva o ansiosa, ya que al momento de llenar los dos cuestionarios se recordarán eventos previos que no son agradables para el participante y que por voluntad propia no se busca recordar; sin embargo, en caso de presentar alguna molestia médica podrá acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua en caso de no existir mejoría ante la atención inmediata por parte de los psiquiatras involucrados en la investigación.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado de que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo en esta Institución.

COSTOS

Las evaluaciones correspondientes a esta investigación no tienen ningún costo; sin embargo, en caso de recurrir a algún otro servicio médico como efecto de la realización de esta investigación, los costos de dichos servicios correrán a su cargo.

CONTACTO

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a la Dra. Marlene Salazar Mendoza mediante el conmutador del INPRFM al teléfono 41 60 52 77 o al correo electrónico marlene_salmen@gmail.com

Nombre del paciente

Firma del Paciente

Fecha

He leído el consentimiento informado y entiendo el objetivo del presente estudio. De manera voluntaria participaré en esta investigación y estoy de acuerdo en llenar el apartado de datos socio-demográficos anexo a este documento. Entiendo que puedo abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación sin que esto tenga consecuencias en mi seguimiento y atención recibida en esta Institución.

Nombre y firma del investigador

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo2

Fecha

Hoja concentración de datos socio-demográficos

Nombre completo _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente los siguiente datos, llene a mano los recuadros correspondientes con letra de molde y coloque una X en los incisos que así lo soliciten

Edad: _____ Género (M) (F) Fecha de Nacimiento: _____

Número de expediente: _____

Religión

- (1) ninguna
- (2) católica
- (3) cristiana
- (4) testigo de Jehová
- (5) otra, especifique cuál _____

Máximo grado de estudios

- (1) Ninguno
- (2) Primaria
- (3) Secundaria
- (4) Medio Superior (Preparatoria/Bachillerato/Carrera Técnica) incompleto
- (5) Medio Superior (Preparatoria/Bachillerato/Carrera Técnica) completo
- (6) Licenciatura incompleta
- (7) Licenciatura completa
- (8) Posgrado, especifique cuál _____

Estado civil

- (1) Soltero(a)
- (2) Casado(a)
- (3) Unión libre
- (4) Divorciado o separado(a)
- (5) Viudo(a)

Ocupación, puede ser más de una opción (Ejemplo: estudiante y trabajador eventual)

- (1) Desempleado _____
- (2) Hogar
- (3) Estudiante
- (4) Empleado, especifique tiempo _____
- (5) Trabajador eventual
- (6) Profesionista, especifique la carrera _____
- (7) Otro, especifique cuál _____

Especifique la persona que se encargó principalmente de su crianza a lo largo de su infancia (desde el nacimiento hasta los 18 años de edad):

- (1) Madre
- (2) Padre
- (3) Ambos padres
- (4) Abuelo(a) materno
- (5) Abuelo(a) paterno
- (6) Hermano(s)
- (7) Hermana(s)
- (8) Tío(a) materno
- (9) Tío(a) paterno
- (10) Otro (especifique quién): _____

Especifique el número de hijos que tiene:

- 0
- 1
- 2
- 3
- Más de tres (especifique cuantos): _____

Especifique si alguno de sus hijos ha recibido atención psicológica o psiquiátrica y el motivo:

- SI
- NO

En caso de que la respuesta sea sí, especifique el motivo de seguimiento o el diagnóstico que le hayan proporcionado: _____

Lugar que ocupa usted entre sus hermanos (cuente a todos sus hermanos del uno en adelante, incluyéndolo(a) a usted; en el primer espacio especifique el número que ocupa usted entre ellos; en el segundo espacio coloque el número total de sus hermanos incluyéndolo a usted; si es hijo único, llene ambos espacios con un 1).

_____/_____

¿Alguna vez ha estado internada en un Hospital Psiquiátrico?

- SI
- NO

En caso afirmativo, especifique el número de hospitalizaciones psiquiátricas que ha tenido (incluyendo aquellas fuera de esta institución): _____

Cuestionario de Estilos de Apego

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones, rodee el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe sus sentimientos o su forma de comportarse en sus relaciones. Puede que no encuentre la respuesta que defina exactamente lo que siente, en ese caso marque la respuesta que más se aproxime a sus sentimientos. **LA REACCIÓN INICIAL A CADA UNO DE ESTOS ENUNCIADOS SUELE SER LA RESPUESTA.**

Para responder a las afirmaciones, utilice la siguiente escala de respuesta:

1	2	3	4	5	6
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>Fuertemente en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente en desacuerdo</i>	<i>Moderadamente de acuerdo</i>	<i>Fuertemente de acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>

1	Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2	No admito discusiones sí creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3	Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sola y falta de cariño	1	2	3	4	5	6
4	Soy partidaria del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5	Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6	Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7	Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8	No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9	Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10	Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11	Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12	Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13	Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14	Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15	Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16	Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17	Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18	Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19	Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20	Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6
21	Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22	No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23	Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24	Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25	Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26	Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27	Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28	Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29	Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30	Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31	Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32	Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33	Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34	Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35	Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36	Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37	Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38	Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39	Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40	Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

Inventario De Trauma Tempano

Nombres Y Apellidos.....
Nª Identificación.....
Fecha De Nacimiento..... **Edad**.....
Fecha De Evaluación.....
Entrevistador.....

Esta entrevista ha sido diseñada para evaluar las experiencias de la niñez que han podido tener un impacto sobre usted en la actualidad. Empieza preguntándole hechos generales se su niñez para seguir preguntando hechos más detallados sobre su infancia.

Algunas personas pueden hablar de estos acontecimientos sin muchas dificultades, sin embargo para otras puede ser difícil. Algunas pueden considerarlo tan duro que mantienen estos hechos que las hieren en secreto durante mucho tiempo. Hemos aprendido, hablando con ellas, que estos acontecimientos pueden producirles malestar en su vida adulta. Por este motivo, resulta realmente importante entender como transcurrió su infancia. Hágalo lo mejor que pueda. No se trata de un examen y no hay respuestas equivocadas.

A veces la gente experimenta acontecimientos que pueden ser considerados estresantes. Antes de los 18 años, ¿experimento alguno de los siguientes acontecimientos? Para cada uno de ellos que vivió antes de los 18 años, marque SI y el número de veces que mejor corresponde a la frecuencia con que vivió este aconteciendo. Si tiene alguna duda, pregunte sobre ella o anote una explicación al lado de la pregunta

ANTES DE LOS 18 AÑOS. ACONTECIMIENTOS GENERALES

1. ¿Vivió Algún Desastre Natural Que Le Hizo Temer Por Su Vida?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
2. ¿Tuvo Algún Accidente Grave?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
3. ¿Sufrió Lesiones Graves?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
4. Tuvo Enfermedades Graves?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
5. ¿Vivió La Muerte De Un Progenitor O De Su Cuidador Principal?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
6. ¿Vivo Una Enfermedad O Lesión Grave De Un Progenitor, O De Su Cuidador Principal?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
7. ¿Sufrió La Separación De Su Padre?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
8. ¿Se Crio En Otro Hogar Distinto Al De Sus Padre?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
9. ¿Vivo La Muerte De Un/A Hermano/A?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
10. ¿Vivió Una Lesión O Enfermedad Grave De Un/A Hermano/A?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
11. ¿Vivió La Muerte De Un/A Amigo/A?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
12. ¿Vivió La Lesión Grave De Un Amigo/A?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
13. ¿Vivió La Muerte O Enfermedad Grave De Otras Personas?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
14. ¿Sus Padres Se Divorciaron?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
15. ¿Presencio Actos Violentos Hacia Otras Personas, Incluyendo Miembros De La Familia?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
16. ¿Algun De Su Familia Padeció Alguna Enfermedad Mental O Sufrió Alguna Crisis Nerviosa Grave	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces

17. ¿Sus Padres O Su Cuidador Tuvieron Problemas Con El Alcohol?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
18. ¿Sus Padres O Su Cuidador Tuvieron Problemas Con Las Drogas?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
19. ¿Fue Víctima De Un Robo Importante, Como Por Ejemplo Que Los Ladrones Entraran A Su Casa?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
20. ¿Fue Víctima De Un Atraco A Mano Armada?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
21. ¿Fue Víctima De Un Asalto?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
22. ¿Fue Víctima De Una Violación? Contesto SI ¿Cuantas Veces?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
23. ¿Presencio Alguna Vez Un Asesinato?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
24. ¿Vivio Al Asesinato De Alguien Cercano/A?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
25. ¿Alguien Cercano/A A Usted Fue Víctima De Violación?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
26. ¿Tuvo Algún Trabajo De Riesgo?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
27. ¿Fue Prisionera De Guerra O Rehen'?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
28. ¿Estuvo En Combate?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
29. ¿Vivió La Muerte De Algún Hijo?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
30. ¿Tuvo Algún Aborto Espontaneo?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces
31. ¿Vivió La Muerte De Su Pareja?	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10 veces

Si contestó "SI" a alguno de los acontecimientos estresantes ocurridos durante la infancia/o adolescencia mencionados en el apartado anterior, considere qué efectos puede tener ACTUALMETE sobre usted.

1. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Tiene Afecto Emocionales Actualmente Sobre Usted?							SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos		
2. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Su Rendimiento Actual En El Trabajo O En La Escuela?							SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos		
3. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Sus Relaciones Sociales O Familiares Actuales?							SÍ	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos		

PARTE B. CASTIGO FISICO

A veces la gente es golpeada, castigada físicamente o sometida a una disciplina excesivamente rígida durante su infancia/o adolescencia. Antes de los 18, ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? para cada uno de ellos que vivió antes de los 18 años, marque si y cuantas veces ocurrió. (En caso de respuesta negativa pase a la siguiente pregunta).

1. ¿Recibió Palizas O Azotes Con La Mano?							SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?				0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años		
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día	
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido								
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?								
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos			

2. ¿Le dieron alguna bofetada?				SI	NO		
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

3. ¿Fue víctima de quemaduras con agua caliente, un cigarro o con algo parecido?				SI	NO		
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/ Adulto/Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

4. ¿Recibió puñetazos o patadas?				SI	NO		
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

5. ¿Le golpearon, o azotaron con algún objeto; un palo, una correa o una regla?				SI	NO		
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

6. ¿fue golpeada por algún objeto que le hayan tirado?				SI	NO		
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

7. ¿Intentaron asfixiarla alguna vez?				SI	NO		
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							

¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

8. ¿Fue empujada o zarandeada?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?			0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años		
¿Ocurría A Menudo?			1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

9. ¿Fue atada o encerrada en algún lugar?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?			0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años		
¿Ocurría A Menudo?			1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

Sin Contesto "SI" A Alguno De Estos Acontecimientos Mencionados Antes, Considere Actualmente Que Efectos Pueden Tener Actualmente Sobre Usted.

1. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Tiene Afecto Emocionales Actualmente Sobre Usted?						SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	
2. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Su Rendimiento Actual En El Trabajo O En La Escuela?						SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	
3. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Sus Relaciones Sociales O Familiares Actuales?						SÍ	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	

PARTE C. ABUSO EMOCIONAL

A veces al ir creciendo se tiene la impresión de que no hacemos nada correcto a los ojos de los padres. Los padres a menudo reprimen, gritan y afirman que sus hijos no son buenos. ¿Recuerda si algo parecido le paso antes de los 18 años? antes de los 18 años, ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? por cada uno de los que vivió antes de los 18 años, marque si y la frecuencia con que ocurrió.

1. ¿Fue humillada o ridiculizada a menudo?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera			0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años		
¿Ocurría A Menudo?			1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

2. ¿fue ignorada a menudo o le hacían sentir que no contaba para nada?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años		6-11 Años		12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año 1-10 Veces Al Año		1-3/ Meses 1-6/ Semana		1/Día Mas De 1 Vez/ Día	
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

3. ¿Le decían a menudo que no era buena?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años		6-11 Años		12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año 1-10 Veces Al Año		1-3/ Meses 1-6/ Semana		1/Día Mas De 1 Vez/ Día	
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

4. ¿La regañaban o reprendían a menudo?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años		6-11 Años		12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año 1-10 Veces Al Año		1-3/ Meses 1-6/ Semana		1/Día Mas De 1 Vez/ Día	
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

5. ¿Fue tratada tan fríamente o estuvo tan desatendida como para pensar que no la querían?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años		6-11 Años		12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año 1-10 Veces Al Año		1-3/ Meses 1-6/ Semana		1/Día Mas De 1 Vez/ Día	
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

6. ¿Sus padres o cuidadores controlaban habitualmente aspectos de su vida que los demás manejaban más libremente? (por ejemplo vestir, actividades etc.)						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años		6-11 Años		12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año 1-10 Veces Al Año		1-3/ Meses 1-6/ Semana		1/Día Mas De 1 Vez/ Día	
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

7. Sus padres o cuidadores ¿no supieron comprenderla o entender sus necesidades?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años		6-11 Años		12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año 1-10 Veces Al Año		1-3/ Meses 1-6/ Semana		1/Día Mas De 1 Vez/ Día	
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

Sin Contesto "SI" A Alguno De Estos Acontecimientos Mencionados Antes, Considere Actualmente Que Efectos Pueden Tener Actualmente Sobre Usted.

1. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Tiene Afecto Emocionales Actualmente Sobre Usted?						SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	
2. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Su Rendimiento Actual En El Trabajo O En La Escuela?						SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	
3. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Sus Relaciones Sociales O Familiares Actuales?						SÍ	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	

PARTE D. ACONTECIMIENTOS SEXUALES

Las personas cuando van creciendo pueden tener experiencias sexuales que no desean o que les incomodan. a veces estas experiencias se viven con personas conocidas y a veces con extraños. ¿Recuerda que le haya ocurrido algo parecido? antes de los 18 años. ¿ Ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? para cada uno de los que vivió antes de los 18 años marque si y la frecuencia con la que ocurrió.

1. ¿Escucho comentarios inapropiados acerca del sexo o las partes sexuales?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

2. ¿Alguien le enseño o exhibió sus genitales?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

3. ¿alguien la espió o la observo mientras se bañaba, vestía o usaba el baño?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?							
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos		

4. ¿Le forzaron u obligaron a presenciar actos sexuales, incluida la masturbación/ y o sexo entre personas?						SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años			
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana	1/Día	Mas De 1 Vez/ Día
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente? Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido							

¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

5. ¿le tocaron en alguna parte intima (pecho, caderas, genitales) creándole desconsiento o malestar?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

6. ¿Alguien froto sus genitales contra usted en contra de su voluntad?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

7. ¿Le obligaron a tocar a otra persona en alguna parte intima del cuerpo?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

8. ¿Le obligaron a mantener relaciones genitales en contra de su voluntad?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

9. ¿Le obligaron a practicar sexo oral?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

10. ¿Alguien practico sexo oral con usted en contra de su voluntad?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			

¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

11. ¿Alguien practico sexo anal con usted en contra de su voluntad?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

12. ¿alguien intento mantener algún tipo de relación sexual (oral, genital, anal) con usted en contra de su voluntad?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

13. ¿Le obligaron a posar para fotografías provocativas o sexys?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/ Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

14. ¿Le obligaron a mantener relaciones sexuales por dinero?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

15. ¿Le obligaron a besar a alguien con alguna intención más sexual que efectiva?				SI	NO
¿Qué Edad Tenia Usted Cuando Ocurrió Por Primera Vez?		0-5 Años	6-11 Años	12-18 Años	
¿Ocurría A Menudo?		1 Vez/Año	1-10 Veces Al Año	1-3/ Meses	1-6/ Semana
¿Quién Fue La Persona Que Más Lo Hacia Generalmente?		Padre/Madre/Cuidador Principal/Adulto/Conocido Hermano/Adulto/ Desconocido			
¿Qué Efectos Tuvo Sobre Usted A Nivel Emocional Cuando Ocurrió?					
Muy Negativos	Moderadamente Negativos	Ligeramente Negativos	Ningún Efecto	Ligeramente Positivos	Moderadamente Positivos

Sin Contesto "Si" A Alguno De Los Acontecimientos Mencionados Antes Respecto A Las Actividades Sexuales, Digamos Que Efectos Puede Tener Actualmente Sobre Usted.

1. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Tiene Afecto Emocionales Actualmente Sobre Usted?						SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	
2. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Su Rendimiento Actual En El Trabajo O En La Escuela?						SI	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	
3. ¿Cree Que Estos Acontecimientos Afectan A Sus Relaciones Sociales O Familiares Actuales?						SÍ	NO
Muy Negativo	Moderadamente Negativo	Ligeramente Negativo	Ningún Efecto	Ligeramente Positivo	Moderadamente Positivo	Muy positivos	