

Facultad de Medicina



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñiz*”

**LA RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS
DE LA PERSONALIDAD CON LA CONDUCTA
SUICIDA DE SUJETOS CON ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO**

Proyecto de tesis para obtener el Título de Especialista en
Psiquiatría, que presenta:

Dr. José Carlos Medina Rodríguez

Asesor Teórico: Dr. Ilyamín Merlín García

Asesor Metodológico: Dr. Ismael Aguilar Salas



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Páginas
Antecedentes.....	4
El suceso o evento traumático.....	4
Trastorno por estrés postraumático.....	4
Criterios diagnósticos.....	7
Epidemiología.....	9
Personalidad.....	10
Suicidio.....	12
El trastorno por estrés postraumático, las características de la personalidad y su evidencia respecto a la conducta suicida.....	15
Pregunta de investigación.....	17
Justificación.....	17
Objetivos.....	18
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos.....	18
Hipótesis.....	18
Hipótesis general.....	18
Hipótesis específicas.....	18
Metodología.....	18
Tipo de estudio.....	18
Tamaño de la muestra.....	19
Técnica de muestreo.....	19
Criterios de selección.....	19
Criterios de inclusión.....	19

Criterios de exclusión.....	20
Criterios de eliminación.....	20
Variables en estudio.....	20
Escalas e instrumentos de evaluación.....	26
Formato de datos socio demográficos.....	26
Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV.....	27
Inventario BIG-FIVE (NEO FFI).....	27
Recolección de los datos.....	28
Procedimiento.....	28
Análisis estadístico.....	29
Consideraciones éticas.....	30
Beneficios y riesgos.....	30
Experiencia de los investigadores.....	32
Recursos.....	32
Recursos humanos.....	32
Recursos materiales.....	32
Cronograma de actividades.....	33
Resultados.....	33
Discusión.....	40
Conclusión.....	42
Agradecimientos.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	48

1. ANTECEDENTES.

1.1 El suceso o evento traumático.

El término '*trauma*' no solamente se ha popularizado en la comunidad científica, sino en el marco de referencia actual de la salud mental, así como en los medios convencionales. De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE-11) (OMS, 2017) así como al Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM 5), (APA, 2013) se define a un evento traumático como a la *exposición ante la muerte, o a una amenaza con daño potencial a la integridad de uno mismo (y en ambas circunstancias se incluye a la violencia de tipo sexual)*. Fenomenológicamente, tal evento también se caracteriza por la presencia de una sensación marcada de indefensión, de disrupción de creencias y expectativas pertenecientes a uno mismo así como del mundo, y de la pérdida del control sobre las circunstancias que rodean a la víctima y al perpetrador (Kleber, 2019).

En la actualidad, los avances científicos respecto a la biología humana, así como en las neurociencias han elucidado más sobre la relación de la violencia respecto a la salud. Por ejemplo, algunos estudios han descrito que las personas receptoras de algún tipo de violencia presentarán mayor riesgo durante su vida de presentar síntomas depresivos (OR 1.54-3.06), ideación suicida o intentos de suicidio (OR 1.95-3.40) en comparación con grupos control (Rivara et al., 2019). El trauma y la violencia a menudo se acompañan de otras condiciones que asimismo afectan el estado de salud en general del individuo, por ejemplo, preceden al desarrollo de trastornos de naturaleza disociativa, y de los cuales el de mayor peso es el Trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Ford & Gómez, 2015). Finalmente y de forma paralela, los sucesos traumáticos también se han visto relacionados con alteraciones cognitivas, en la regulación del afecto, en el desarrollo de relaciones interpersonales, e inclusive con otras comorbilidades médicas (Marie et al., 2019).

1.2 Trastorno por estrés postraumático.

Dicho lo anterior, cabe destacar que más del 70% de los adultos a nivel mundial experimentarán un suceso traumático en algún momento de sus vidas, y hasta el 31% vivirán 4 o más eventos de dicha naturaleza en el mismo periodo de tiempo. El TEPT es la consecuencia psicopatológica más frecuente ante la vivencia del trauma. Su prevalencia varía de acuerdo con el contexto social, cultural y nacional, y radica entre el 1.3 al 12.2% de la población en un momento dado.

En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportan una prevalencia de 1.45% con una mayor prevalencia en mujeres (2.3%) y de 0.49% en hombres (Medina-Mora Icaza et al., 2005).

Las características principales de este trastorno son la presencia de reacciones de malestar psicológico intenso ante estímulos relacionados con el evento traumático, con la presencia de alteraciones cognitivas, del afecto, antelación recurrente respecto a las amenazas internalizadas que se vinculan con el evento, alteraciones del sueño, así como la presencia persistente de un estado hipervigilante acompañado de síntomas de descarga adrenérgica (Shalev, A. Liberzon, I., and Marmar, 2017). Algunos factores de riesgo asociados a esta condición incluyen a la vivencia previa de un suceso traumático, con especial importancia en el grupo de edad pediátrico, adolescentes, el sexo femenino, tener un bajo nivel socioeconómico, contar con una pobre red de apoyo, presentar comorbilidades depresivas o ansiosas previas, e inclusive contar con rasgos de personalidad particulares (Auxéméry, 2012).

De hecho, estudios biológicos antiguos y recientes han reforzado la noción de que el TEPT es un trastorno que afecta múltiples sistemas, y los cuales subsecuentemente cuentan con la capacidad para echar en marcha procesos tanto centrales como periféricos que giran en torno a la respuesta ante el estrés. Estos estudios también resaltan la marcada heterogeneidad de este trastorno entre individuos, la cual se piensa que puede atribuirse a la complejidad genética, del desarrollo, de los factores cognitivos, de las comorbilidades psiquiátricas, de la edad en la cual se suscita el suceso traumático, o inclusive, debido al número de eventos traumáticos que experimenta una persona. Por lo tanto, se considera que el curso de la psicopatología es dinámico y que fluctúa en su presentación a lo largo del tiempo. Por otro lado, aunque su historia natural es similar a la de otros trastornos psiquiátricos, aún no queda claro si esta condición pueda dividirse en otros subtipos o categorías, o si la diversidad de sus presentaciones puede ser interpretada en un futuro en modelos dimensionales de la salud (Yehuda et al., 2015). Un estudio reciente buscó identificar algunas asociaciones entre factores genéticos y la posibilidad de desarrollar el trastorno. En dicho ensayo, se identificaron tres *loci* candidatos, siendo estos el DCLK2, KLHL36 y SLC15A5. Asimismo, también existen algunos genes prometedores para su estudio a futuro, como el COMT (catecol-o-metiltransferasa), el gen del transportador de serotonina SLC6A4 y el gen neuropéptido Y, genes que sugieren algunas variantes hereditarias que

pudieran mediar la reacción ante la adversidad o la posibilidad de provocar cambios epigenéticos que faciliten el desarrollo del TEPT (Maul et al., 2019).

Paralelamente, modelos basados en neurocircuitos han relacionado a la amígdala, a la corteza prefrontal medial y al hipocampo con esta condición. En ellos, se ha visto que la amígdala se encuentra hiperactiva tanto en estados de estrés agudo, así como en aquellos que giran en torno a la reexperimentación, lo cual puede explicar las respuestas desmedidas de miedo y la persistencia de dichas memorias traumáticas. Adicionalmente, la corteza prefrontal medial se ha visto hiporreactiva e incapaz de contraregular a la amígdala, perpetuando el ciclo previamente descrito. Sin embargo, no queda clara la forma en que este modelo inicia, persiste o se autolimita, aunque se piensa que su actividad impide la extinción de los recuerdos vinculados tanto al suceso traumático, o con alteraciones en la regulación afectiva, con la atención, con el procesamiento contextual, o inclusive con desregulación neuroendócrina (Shin & Liberzon, 2009). Esto también se relaciona con estudios previos que atribuyen a la corteza prefrontal con la capacidad para extinguir respuestas condicionadas de miedo, es decir, confiriendo una capacidad protectora ante el afrontamiento de sucesos traumáticos, y la cual puede afectarse ante la perpetuidad de los circuitos alterados descritos previamente (Adolphs, 2013). Dicho lo anterior, y dando como ejemplo a otros estudios, se han reportado datos clínicos y preclínicos que describen la presencia de cambios proinflamatorios y de desregulación metabólica asociados a esta condición. Es posible que a raíz de ello se pueda entender al TEPT como una patología sistémica, o que al menos cargue con connotaciones multiorgánicas que acompañan a los cambios conductuales de la condición. Ya sea que dichos fenómenos precedan o se susciten posterior a diagnóstico inicial de TEPT, queda en debate. También, y como factor confusor, no se descarta la influencia de otras comorbilidades psiquiátricas o somáticas que pueda influenciar la historia natural de esta patología (Mellon et al., 2018).

Finalmente, en tiempos recientes se ha discutido sobre la naturaleza exacta del TEPT debido a su heterogeneidad de presentación y su capacidad para afectar diversos sistemas psico-biológicos. A pesar de la dificultad histórica para explicar algunos fenómenos presentes en dicha condición, continúa en estudio. Actualmente, algunas de las líneas de investigación más activas en relación de esta patología buscan factores premórbidos novedosos que pudieran asociarse a la evolución de esta condición (Carvajal, 2018).

1.3 Criterios diagnósticos.

El DSM 5 describe que para presentar TEPT se requiere características correspondientes a la exposición a la muerte, a una lesión grave o a violencia de tipo sexual, y que dicha exposición pueda ser interpretada como real o como una amenaza en una o más de las siguientes formas: (APA, DSM-5.) (criterio A):

- La experiencia directa del suceso traumático.
- La presencia directa del suceso ocurrido en terceros.
- Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o amistad cercana. En los casos en los cuales la amenaza o realidad de muerte afectara a familiar o amistad, el suceso debe ser de naturaleza violenta o accidental.
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.

Adicionalmente, debe encontrarse presente uno o más de los siguientes síntomas de intrusión relacionados con el suceso traumático (criterio B1):

- Recuerdos angustiantes, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático.
- La presencia de sueños angustiosos, recurrentes, y en los que el contenido y/o el afecto del sueño se encuentre relacionado con el suceso traumático.
- Reacciones disociativas (las cuales también pueden entenderse como fenómenos de *reexperimentación*) en las que el sujeto sienta o actúe como si se reviviera el suceso.
- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
- Reacciones fisiológicas intensas asociadas a factores internos o externos que simbolizan o se parezcan a un aspecto del suceso traumático.

También, debe encontrarse presente un elemento de evitación persistente, principalmente asociado a los estímulos asociados al suceso traumático, y que ésta debe comenzar tras dicho evento en conjunto con una o dos de las características siguientes (criterio C):

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Deben estar presentes alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que estas comiencen o empeoren después del evento, y que se acompañen de dos o más de las características siguientes (criterio D):

- Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático, debido típicamente al fenómeno de amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o uso de sustancias.
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático.
- Presencia de un estado emocional negativo persistente.
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas para el paciente.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento hacia terceros.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

De igual forma, se considera que debe estar presente una alteración importante del estado de vigilancia, así como de reactividad asociada al suceso traumático, y que dicha manifestación comenzó o empeoró después del evento, en conjunto con dos (o más) de las características siguientes (criterio E):

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuestas de sobresalto exagerado.
- Problemas de concentración.
- Alteraciones del sueño.

Finalmente, y con relación a las categorías previas, los síntomas presentes en el paciente deben estar presentes durante un periodo mínimo de un mes, deben causar pérdida en áreas de la funcionalidad de este, y que dichos síntomas no pueden ser atribuidos al uso de sustancias u otra afección médica.

1.4 Epidemiología.

La exposición a sucesos traumáticos no es rara. Estudios epidemiológicos recientes llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han reportado que, tras analizar datos recolectados en 27 países, se encontró que el 70.4% de la población adulta experimentó al menos un evento traumático en su vida. En específico, 14% de los 70,000 adultos estudiados presentó violencia de tipo sexual, el 22.9% presentó violencia de tipo físico, 13.1% fue víctima de actos de guerra, el 34.1% presenciaron la muerte inesperada y traumática de un ser querido y el 35.7% experimentó eventos traumáticos que afectaron a un ser querido (por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad peligrosa a un familiar) (Kleber, 2019). De acuerdo a la última encuesta mundial de salud mental de la OMS, se reporta que la exposición a eventos de naturaleza traumática es ubicua en el mundo, que esta exposición se encuentra distribuida en forma desigual en la población, y que el riesgo de desarrollar un trastorno por estrés posttraumático difiere substancialmente dependiendo del tipo de trauma, siendo la violencia de tipo sexual la que carga con mayor riesgo (Kessler et al., 2017). En nuestro país, se ha visto que los resultados muestran un índice importante de recepción de violencia en la población general, con variaciones considerables entre hombres y mujeres; tomando en cuenta que las segundas se encuentran expuestas con más frecuencia a sucesos relacionados con violencia de género, y se ha visto que presentan mayor riesgo de desarrollar un TEPT que los hombres. Por otro lado, los hombres presentan mayor exposición a sucesos relacionados con su presencia en los espacios públicos y con la exposición a comportamientos de otros hombres que pudieran ponerlos en riesgo de ejercer o experimentar violencia de tipo física, o de cualquier otra índole. Adicionalmente, los sucesos ocurren de manera diferente y acorde al estadio de desarrollo psicosocial de la persona afectada, mostrando mayor riesgo en periodos tales como la infancia, en la adolescencia o en adultos mayores. Dicho lo anterior, se distinguen a estos como los principales grupos vulnerables antes los sucesos traumáticos con el potencial de desarrollar un TEPT, y que esta información no dista de lo reportado internacionalmente (Medina-Mora Icaza et al., 2005).

1.5 Personalidad.

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana, al DSM-5 y a la CIE-10, se caracteriza a la personalidad como un *patrón constante de reacciones comportamentales evocadas ante cambios afectivos, de la cognición o ante estresores diversos, y que ésta carga con un componente de aprendizaje, de adaptabilidad y con tendencia a la inflexibilidad*. Dichos elementos cargan con un fuerte componente de supervivencia, aunque dependiendo de las circunstancias particulares del individuo, algunos de los rasgos de la personalidad pueden tornarse maladaptativos, y al permanecer en el tiempo cuentan con la capacidad para generar pérdidas de la funcionalidad en múltiples ejes de la salud. A estos fenómenos se les puede atribuir la connotación de trastorno de la personalidad (Widiger, Thomas A. Crego, Cristina, Rojas, Stephania, Oltmanns, 2018).

Sin embargo, antes de hablar sobre los trastornos de la personalidad, sería de importancia esclarecer la diferencia entre la normalidad y lo aberrante. El criterio estadístico más común que se ha empleado para dar marcha a dicha diferencia implica que la normalidad se determina con base en los comportamientos que con mayor frecuencia son hallados en un grupo social dado, y que la patología o anormalidad abarca a los rasgos que son poco frecuentes en dicha población. Asimismo, se considera que la normalidad también requiere de la capacidad para funcionar autónoma y competentemente, además de contar con habilidades para ajustarse adecuadamente al entorno social de uno mismo. En términos psicopatológicos, o de trastornos de la personalidad, se encontrarían déficits en dichas características (Millon, 2016).

Dicho lo anterior, Millon, considerado como uno de los padres de las teorías de la personalidad, describió que la misma es un constructo biopsicosocial complejo, por lo cual desarrolló la taxonomía siguiente: al espectro *interpersonalmente desequilibrado* (el cual incluye subcategorías como a los espectros dependiente, antisocial, narcisista e histriónico), al *espectro conflictuado* (donde se encuentran sub-espectros como el compulsivo, negativista, masoquista y sadista), al *espectro emocionalmente-extremo* (esquizoide, evitativo, melancólico y turbulento) y finalmente al espectro *estructuralmente defectuoso* (incluyendo a los sub espectros esquizotípico, fronterizo o límite y al paranoide). Sin embargo, aunque rico en teoría deduccional, el modelo de Millon carece de la complejidad que otros modelos más modernos sí presentan (Pincus & Krueger, 2015).

En la actualidad, el modelo de los 5 factores (BIG-FIVE) es el modelo dimensional predominante y explicativo respecto a la estructura de la personalidad, y el más utilizado en la investigación contemporánea. Este modelo consiste en 5 dominios amplios de Estabilidad emocional (o *neuroticismo*), Energía (o *extraversión*), Apertura mental, Afabilidad y Tesón (o *conciencia*). Cada dominio incluye dimensiones tanto adaptativas como maladaptativas (Widiger, Thomas A. Crego, Cristina, Rojas, Stephania, Oltmanns, 2018). Este modelo ha sido tan permeado en las disciplinas contemporáneas que estudian a la conducta y personalidad que algunos estudios, inclusive, han visto que ciertas dimensiones de la personalidad descritas en este modelo se mantienen estables en el tiempo hasta por 40 años, o que otras aumentan o declinan a lo largo de la vida. Por ejemplo, la afabilidad y el tesón aumentan, mientras que el neuroticismo y la extraversión disminuyen (Costa et al., 2019). También se ha visto que las dimensiones son más estables que los trastornos en la vida del individuo, al menos en un periodo de 10 años (Hopwood & Bleidorn, 2018).

Epidemiológicamente, y hablando en términos de la diferencia entre ambos sexos, grandes estudios transculturales han mostrado que ciertos rasgos se presentan con mayor frecuencia en hombres que en las mujeres. Por ejemplo, se describe que los hombres presentan con mayor frecuencia dimensiones como el neuroticismo, la afabilidad, el tesón y la extraversión, mientras que las mujeres presentan otras dimensiones asociadas con una menor estabilidad del afecto con mayor frecuencia (Schmitt et al., 2017). De hecho, una revisión sistemática encontró que el neuroticismo se correlacionaba con elevada magnitud de efecto y con peor calidad de vida, lo que siembra la duda de la relación de otros rasgos con distintos diagnósticos del DSM-5 (Huang et al., 2017). Evolutivamente, y como se mencionó previamente, los rasgos de personalidad pueden atribuirse a mecanismos ontogénicos que responden a cambios del ambiente. Dentro de estos, el sistema de mayor importancia es el neuroendócrino, y el cual se ha visto que a través de la influencia del entorno puede permitir la plasticidad de los endofenotipos del comportamiento. De hecho, el eje hipotálamo-hipófisis–adrenal así como el eje hipotálamo-pituitaria-gonadal conducen cascadas neurohormonales en respuesta a estresores específicos alteran la variabilidad y estabilidad de rasgos de la personalidad en las distintas etapas de la vida, lo cual puede explicar la persistencia o extinción de algunos rasgos a lo largo de la vida (Trillmich et al., 2018). En el área de la genética, estudios han mostrado que los gemelos idénticos son más concordantes respecto a los rasgos de la personalidad que los gemelos no-idénticos, dando estimados de

heredabilidad de ciertos rasgos en el rango de 40%, sugiriendo que quizás la variabilidad de estos puede atribuirse a efectos aditivos en el genoma. Inclusive, los autores de dichos estudios describen que la dimensión de la personalidad con mayor evidencia respecto a su heredabilidad es el neuroticismo, por poner un ejemplo (Sanchez-Roige et al., 2018). Científicamente, otra característica asociada a la personalidad es la variabilidad del procesamiento cognitivo y afectivo, definido como la capacidad para integrar exitosamente a los estresores de la vida diaria, y el cual promueve el progreso del individuo hacia experiencias más adaptativas, o maladaptativas dependiendo su caso (Kramer, 2019).

Finalmente, en términos psicobiológicos, se puede entender que la formación o estructuración de las características de la personalidad depende de una secuencia conformada por un estresor-integración-afrontamiento, y se determina que los rasgos de la personalidad pueden generarse o influir en cualquier punto de la secuencia, ya sea en la exposición ante factores del ambiente, como un estresor, reactividad ante el mismo y en la modulación del modo de afrontamiento (Segerstrom & Smith, 2019). Sin embargo, aunque ha existido gran esfuerzo para estudiar la variabilidad normal de rasgos de personalidad normales y aberrantes, históricamente ha sido difícil obtener muestras largas de participantes que favorezcan la disminución de errores estadísticos en dichos estudios (Abram & DeYoung, 2017). Por lo tanto, no se descarta la importancia de los rasgos maladaptativos de la personalidad y su relación otras comorbilidades psiquiátricas (Huang et al., 2017).

1.6 Suicidio.

El suicidio es la decimoquinta causa de muerte a nivel mundial, es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, y cada 15 segundos muere una persona a través de este medio. Por lo tanto, es considerado como un importante problema de salud pública (Bolton et al., 2015). De acuerdo con la OMS, en el 2015 se reportaron 800,000 suicidios globalmente, y el 78% de los mismos se registraron en países en vías de desarrollo. El suicidio consumado es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres, mientras que lo inverso es cierto respecto a los intentos de suicidio. Localmente, su tasa de mortalidad estimada en México se encuentra entre el 5.0 a 9.9. muertes por cada 100,000 habitantes (Bachmann, 2018). Este suceso puede entenderse como una secuencia caracterizada por una serie de redes pobremente estructurada de estímulos interconectados, las cuales cuentan con la capacidad para provocar una respuesta afectiva que se

acompaña de la presencia y persistencia de ideas de muerte, de una sensación de desesperanza y de alteraciones cognitivo-conductuales de índole catastrófica. También, se ha visto que este esquema se refuerza cada vez que es activado, en cada ocasión permitiendo la incorporación de nuevos esquemas cognitivos maladaptativos que en turno perpetúan el malestar del sujeto (Panagioti et al., 2015). La conducta suicida, o *suicidalidad*, hace alusión a múltiples fenómenos interrelacionados, aunque distintos entre sí, como la *conducta autolesiva no-suicida*, la *ideación suicida* y finalmente al *suicidio*. La primera hace alusión sobre la autoprovocación de daño al cuerpo de uno mismo sin la intención de morir, mientras que la segunda involucra a la estructuración de pensamientos que giran en torno a la muerte, y al último como la acción de terminar con la vida de uno mismo. Otra definición de la *conducta autolesiva no-suicida* es la destrucción deliberada y dirigida hacia uno mismo sin intento suicida, y que esta permanece fuera de las normales culturales o religiosas de la persona afectada. De hecho, algunas revisiones previas han asociado la presencia de síntomas postraumáticos con esta conducta, siendo esta un posible mediador o regulador afectivo en aquellos sujetos que presenten malestar asociado a un suceso traumático (Smith et al., 2014).

Epidemiológicamente, algunas de las características de las personas que realizan actos suicidas son la presencia de un estado de hiperalerta en situaciones de frustración, la realización de intentos repetidos para reprimir pensamientos o sentimientos negativos dificulta para comunicarse o resolver problemas, un constante sentimiento de auto-depreciación, impulsividad, mayor tolerancia ante el dolor, y finalmente y en forma paradójica, una reacción analgésica ante el mismo. Dichos elementos pueden ser evaluados a través *screening* con herramientas clínicas como dirigidas a la estimación de la ideación, intencionalidad y letalidad del suicidio. (Ford & Gómez, 2015). Sin embargo, la valoración de la conducta suicida no es sinónimo con el uso de clinimetrías, aunque éstas sean de utilidad. Estrictamente, la valoración integral de la conducta suicida se lleva a cabo en un entrevista clínica donde se aborda múltiples factores y antecedentes, como intentos previos de suicidio, un intento presente, ideación suicida o planeación de la muerte autoprovocada (Bolton et al., 2015). Biológicamente, se ha visto que las adversidades en etapas tempranas de la vida se asocian con modificaciones epigenéticas relacionadas con la plasticidad neuronal, con el crecimiento neural y con otros mecanismos de neuroprotección. De hecho, estudios comparativos en sujetos con suicidio consumado han mostrado que en contraste con grupos control, dichos pacientes muestra disminución en la regulación del mRNA que

codifica la síntesis de BDNF en la corteza prefrontal y el hipocampo, pudiendo considerarse como potenciales correlatos neurobiológicos del suicidio (Turecki & Brent, 2016).

Integralmente, en la actualidad, el modelo que da mayor entendimiento a la conducta suicida es el modelo de estrés-diátesis. En este modelo, los factores principalmente asociados con dicha conducta son la *impulsividad*, la *agresión* y la *desesperanza* (Giner et al., 2016). Con base en lo anterior, se han buscado algunos correlatos biológicos asociados a la impulsividad y agresión, y se ha visto que una teoría que podría explicar dichos fenómenos es la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que la elevación de niveles de cortisol puede ser un potencial factor de riesgo, ya que un ensayo clínico previo demostró que los pacientes que llevaron a cabo un intento de suicidio durante el último año de vida contaban menores niveles séricos de esta sustancia en contraste con el grupo control (O'Connor et al., 2017).

El futuro contempla buscar la relación, explicación e interpretación de las características psicosociales y su asociación con la biología de la conducta suicida. Esto no ha sido sencillo, aunque en la actualidad se busca la manera de identificar a los procesos involucrados en dicha conducta, con el objetivo de formar blancos novedosos para la prevención de la suicidalidad. A manera de ejemplo, trabajos recientes observan que sí existe evidencia que demuestra que los rasgos de la personalidad pueden cargar importancia para la atención de la conducta suicida, aunque ha sido difícil por su solapamiento con varias comorbilidades psiquiátricas (Lutz et al., 2017). De hecho, estudios recientes teorizan que probablemente algunos rasgos de la personalidad faciliten déficits en cuanto a estrategias de regulación emocional, lo que también puede asociarse con la presencia y persistencia de ideación suicida y/o intentos de suicidio (Zhang et al., 2017).

1.7 El trastorno por estrés postraumático, las características de la personalidad y su evidencia respecto a la conducta suicida.

El TEPT, al menos en términos epidemiológicos, cuenta con una importancia particular dentro de las comorbilidades y su riesgo de suicidio. Globalmente, el riesgo de suicidio en esta población es de aproximadamente 20% (Bachmann, 2018). Previamente, ya se había determinado la frecuencia entre la conducta suicida y su relación con el TEPT. Sin embargo, lo que se ha visto, es que, en realidad, esta relación no dista mucho de otros diagnósticos del Eje I

del DSM, como el trastorno depresivo mayor, del uso nocivo de sustancias y con otros trastornos psicóticos. De hecho, dentro de estos diagnósticos, queda claro que la comorbilidad con mayor peso para el desarrollo de conducta suicida son los trastornos depresivos. Esta asociación, describen autores previos, puede atribuirse a la exacerbación de constructos previamente mencionados como la desesperanza aprendida, derrota y esquemas cognitivos de catastrofismo y abstracción selectiva (Panagioti et al., 2012). Sin embargo, aún queda en duda sobre cuales tipos de eventos traumáticos, independientemente de que lleguen a producir un diagnóstico de TEPT, cargan con mayor riesgo de presentar conducta suicida (Nock et al., 2009). Por otro lado, un estudio determinó que el 59% de las mujeres y el 43% de los hombres que cumplían criterios para TEPT, también cumplían criterios para 3 más comorbilidades psiquiátricas. En el mismo estudio, también se asoció el diagnóstico con mayor frecuencia de ideación suicida e intentos de suicidio, independientemente de la presencia de síntomas depresivos (Marshall et al., 2001).

En el caso de la población pediátrica (niños y adolescentes), un meta análisis recaló que aquellos sujetos que fueron expuestos a un suceso traumático durante este periodo formativo tienen una probabilidad 5 veces mayor de llevar a cabo conducta suicida hasta 15 años después de dicho evento (Vibhakar et al., 2019). Otro estudio determinó que la violencia de tipo sexual en la infancia se asocia fuertemente no solo con el diagnóstico de TEPT, sino con mayor número de intentos de suicidio en la etapa adulta (Lopez-castroman et al., 2015). También, una revisión sistémica con meta análisis de 28 ensayos clínicos asoció mayor conducta suicida en población adolescente con diagnóstico de TEPT independientemente de otros factores como el sexo o la edad (Panagioti & Gooding, 2014).

En adultos, estudios recientes sugieren que más del 50% de los pacientes con diagnóstico de TEPT experimentarán hasta el 20 o 30% ideación suicida que desencadene un intento de suicidio (Panagioti et al., 2015). El riesgo de por vida de ideación suicida en una persona que no ha padecido un evento traumático es de 5.7%, mientras que en un individuo con TEPT alcanza hasta 51.9%. Por otro lado, el riesgo de por vida de que una persona que no haya experimentado un evento traumático realice un intento de suicidio es de 0.9%, mientras que el de una persona con TEPT es de 39.6%. Además, se ha visto que por cada evento traumático experimentado se aumenta el riesgo de presentar ideación suicida por 20.1% y de realizar un intento de suicidio por 38.9% (LeBouthillier Daniel M., McMillan Katherine A., 2015). También, se ha visto que los

pacientes que cursan con un trastorno psiquiátrico y que han realizado un intento de suicidio corren el riesgo de presentar mayor mortalidad dentro de medios hospitalarios o de estancias prolongadas posterior a un evento traumático (Clous et al., 2017). También, se ha visto que los pacientes con TEPT tienen afectado el sistema de recompensa y el centro de control cognitivo, y que ambos sistemas se solapan en la corteza perigenual, situaciones que se han corroborado mediante neuroimagen (Barredo et al., 2019).

Por otro lado, y con la intención de buscar modelos novedosos biopsicosociales, algunos estudios han buscado relacionar ciertos factores como predictores de conducta suicida en pacientes con TEPT, como la presencia de resiliencia o inestabilidad del afecto (Marie et al., 2019). Otros estudios han tratado de explorar cuales rasgos de personalidad se pudieran asociar con ciertos factores del TEPT. Por ejemplo, algunos autores han descubierto que en principio, los sujetos con esta condición son más propensos a presentar ideación suicida, y que aunque históricamente ha sido difícil estudiar la personalidad en pacientes expuestos a sucesos traumáticos, se ha visto que aquellos sujetos que cuenten con dimensiones tales como alto *neuroticismo* y poca *extraversión* se relacionan con mayor frecuencia en el diagnóstico de TEPT, y que posiblemente, aquellos con mayor *afabilidad* y *tesón* puedan tener un menor riesgo de desarrollar conducta suicida (Yoo et al., 2018). Otro estudio también asoció la presencia de rasgos de la personalidad como *impulsividad* como factor de riesgo para llevar a cabo conducta suicida, independientemente de que exista o no una comorbilidad psiquiátrica (Bi et al., 2017). Por otro lado, una revisión sistemática reciente encontró evidencia que asocia a la violencia de tipo sexual con el desarrollo de rasgos de la personalidad fronteriza o limítrofe, y que esta subsecuentemente se asocia con mayor frecuencia no solo con conducta suicida, sino con la presencia de un diagnóstico comórbido de TEPT (de Aquino Ferreira et al., 2018). Curiosamente, un ensayo realizado en veteranos estadounidenses con el diagnóstico de TEPT encontró que aquellos participantes con dicho diagnóstico y rasgos límite de la personalidad también presentaron mayor probabilidad de experimentar *conducta autolesiva no-suicida* (OR 2.57) (Cunningham et al., 2019). Otro estudio también llevado a cabo en personal militar con diagnóstico previo de TEPT trató de buscar factores protectores contra conducta suicida, describiendo que aquellos que obtenían alto puntaje en escalas de autoidentificación presentaban menor riesgo de la misma, aunque en dicho abordaje no se describió asociación alguna con rasgos de la personalidad (Adams et al., 2019). Otros autores también han asociado a la *extraversión* y *neuroticismo* como

predictores de conducta suicida en general (Giner et al., 2016). Alternativamente, otros investigadores sugieren que probablemente algunos rasgos de personalidad premórbidos como la tendencia al perfeccionismo, la impulsividad o los rasgos límite de la personalidad pueden contribuir al riesgo de presentar conducta suicida (Krysinska & Lester, 2010). Por lo tanto, la comorbilidad entre el TEPT y otras formas de psicopatología es un factor de importancia para llevar a cabo el estudio de la conducta suicida en esta población. Puede que otros diagnósticos psiquiátricos sean factores de confusión o modificadores en dicha asociación, pero se concluye que como otros fenómenos psiquiátricos, su entendimiento es complejo y puede variar entre individuos, lugares y periodo en el tiempo (Gradus, 2018).

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la relación de las características de la personalidad con la conducta suicida en participantes con diagnóstico de TEPT?

3. JUSTIFICACIÓN.

Los sucesos traumáticos son ubicuos en el mundo. La situación actual tanto social, como política y cultural ha influido en que dichos eventos aumentasen en frecuencia en nuestra sociedad inmediata en los últimos años, poniendo en riesgo a la población mexicana de desarrollar patologías con alta carga de enfermedad. No obstante, aunque no todos los individuos expuestos a un suceso traumático desarrollaran TEPT, aquellos que sí cuentan con mayor riesgo de desarrollar comorbilidades psicopatológicas que favorezcan el deterioro de la salud. Una de las consideraciones más importantes a tomar en cuenta de trastorno es su asociación con el aumento en la conducta suicida de los sujetos que lo padecen. Sin embargo, dada la gran variedad de comorbilidades presentes en esta psicopatología, así como la heterogeneidad clínica de su presentación, no ha sido sencillo determinar factores de riesgo asociados al desarrollo de conducta autolesiva no suicida, de ideación suicida o de intentos de suicidio. Aunado a esto, históricamente ha sido particularmente difícil estudiar las características de la personalidad en los sujetos con TEPT. Por otro lado, estudios recientes han encontrado hallazgos prometedores respecto a rasgos de personalidad que pudieran ser facilitadores o protectores de la conducta suicida. Dicho lo anterior, el propósito de la presente tesis es identificar las características de la personalidad y su relación con la conducta suicida en sujetos con TEPT.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general.

Determinar la asociación entre las características de la personalidad con la conducta suicida de participantes con trastorno por estrés postraumático que acuden a recibir atención en el INPRFM.

4.2 Objetivos específicos.

1. Describir las características demográficas, clínicas y de la conducta suicida actual de participantes con trastorno por estrés postraumático que acuden a recibir atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñíz*”.
2. Determinar las características de personalidad, mediante el SCID-II y el Cuestionario NEO-FFI en participantes con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático.

5. HIPÓTESIS.

5.1 Hipótesis general.

H_i Los sujetos con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, con rasgos del grupo B de la personalidad (SCID-II) y/o características de neuroticismo, presentaran una mayor asociación con conducta suicida.

H₀ Los sujetos con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, con rasgos del grupo B de la personalidad (SCID-II) y/o características de neuroticismo, no presentarán asociación con conducta suicida.

6. METODOLOGÍA.

6.1 Tipo de estudio.

De acuerdo con la clasificación de Feinstein (Feinstein, 1985):

1. Por el control de la maniobra experimental por el investigador: observacional.
2. Por la captación de la información: prospectivo.
3. Por la medición de un fenómeno en el tiempo: transversal.
4. Por la ausencia de un grupo control: descriptivo (asociación).
5. Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto.

6. Por la población estudiada: homodémico.

Población en estudio, selección y tamaño de la muestra.

Se reclutaron sujetos que acudieron al servicio de Atención Psiquiátrica Continúa, que se encontraron en el servicio de hospitalización o que acudieron al servicio de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñíz*”, y que cumplieron con los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5.

Tamaño de la muestra.

Se utilizaron datos del INEGI para determinar el tamaño de la población el cual es de 119'938,473 al 2015 en México. Se utilizó un margen de error del 5% y un Intervalo de Confianza del 95% con una proporción del 1.45% ya que es la prevalencia estimada de esta condición. Debido a que se desconoce la incidencia y prevalencia del TEPT en el INPRFM, se determinó mediante la fórmula de tamaños muestrales de *Spiegel* para proporciones en población finita una muestra mínima estadísticamente significativa de 67 participantes, ajustada a la población nacional.

$$n = NZ2pq/d2(N-1) + Z2pq$$

Técnica de muestreo.

Se realizó una selección no-aleatoria, así como un muestreo por conveniencia.

6.2 Criterios de selección.

6.2.1 Criterios de inclusión.

1. Hombres o mujeres, de 18 años hasta 65 años que cursaron con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático de acuerdo con criterios diagnósticos del DSM-5, corroborado por entrevista clínica y mediante la aplicación de la herramienta PCL-5.
2. Se admitió la comorbilidad de trastorno depresivo mayor, de trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, corroborados mediante los apartados correspondientes de la entrevista MINI.
3. Que supieran leer y escribir.

6.2.2 Criterios de exclusión.

1. Que presentaran comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, trastornos por control de los impulsos, trastorno neurocognitivo menor o mayor, trastornos psicóticos de cualquier origen, episodio de manía actual, trastorno obsesivo compulsivo, discapacidad intelectual o cualquier gravedad sintomática que limitara la aplicación de cuestionarios de evaluación.
2. Que tuvieran dificultades para comunicarse y/o cooperar.

6.2.3 Criterios de eliminación.

1. Que no completaran las evaluaciones competentes al proyecto de investigación.

6.2.4 Variables de estudio.

Se consideró como variable independiente a las *características de la personalidad*, y como variable dependiente a la *conducta suicida*. Respecto al resto de variables a considerar, se presenta la siguiente tabla:

Variables	Nivel de Medición	Valores	Definición conceptual	Definición operacional
Datos sociodemográficos				
Sexo	Nominal Dicotómico	Hombre/Mujer.	Conjunto de características psicobiológicas asignadas a hombres y mujeres.	Identificación que hace el participante de su sexo, al marcar el espacio correspondiente a la letra F si pertenece al sexo femenino, o a la letra M si responde al sexo masculino, en la sección de datos personales del Cuestionario de variables sociodemográficas.
Edad	Intervalar	18 años de vida en adelante.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Identificación que hace el participante de su edad, al marcar el espacio correspondiente el número de años vividos, en la sección de datos personales del Cuestionario de variables sociodemográficas.
Escolaridad	Ordinal	Primaria, secundaria, educación media	Nivel educativo que ha alcanzado una persona	Identificación que hace el participante de su nivel

		superior, educación superior	desde su nacimiento.	educativo, al marcar el espacio correspondiente el número de años vividos, en la sección de datos personales del Cuestionario de variables sociodemográficas.
Estado civil	Nominal dicotómico	Casado, divorciado, unión libre, viudo, soltero y separado.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Identificación que hace el participante de su edad, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos personales del Cuestionario de variables sociodemográficas.
Ocupación	Nominal politómico	Trabajo remunerado, no remunerado, hogar, estudiante, no trabajo con remuneración (pensionado), no trabajo y no remuneración	Ocupación de una persona en una actividad.	Identificación que hace el participante de su edad, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos personales del Cuestionario de variables sociodemográficas.
Datos clínicos				
Comorbilidad	Nominal Politómico	Sin comorbilidades / Trastorno depresivo/Trastorno de ansiedad/ Otros trastornos.	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Identificación que hace el participante de su o sus comorbilidades, al marcar el espacio correspondiente en la sección de comorbilidades en la sección de datos clínicos, o corroborado mediante expediente clínico.
Antecedente de intento de suicidio	Nominal Dicotómico	Si/No.	Acto de quitarse deliberadamente la propia vida.	Identificación que hace el participante del antecedente de intento de suicidio, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos, o corroborado mediante expediente clínico.
Numero de intentos suicidas previos	Intervalar	1 o más intentos de suicidio.	Número de actos de quitarse deliberadamente la propia vida.	Identificación que hace el participante del antecedente de número de intentos de suicidio, al marcar el espacio

				correspondiente en la sección de datos clínicos, o corroborado mediante el expediente clínico.
Conductas autolesivas no-suicidas	Nominal Dicotómico	Si/No.	Conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte	Identificación que hace el participante del antecedente de conducta autolesiva no suicida, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Antecedente de hospitalizaciones psiquiátricas	Nominal Dicotómico	Si/No.	Acto de haber permanecido durante un tiempo indefinido en un servicio de hospitalización de un centro hospitalario que brinda atención en salud mental.	Identificación que hace el participante del antecedente hospitalizaciones psiquiátricas previas, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Numero de hospitalizaciones psiquiátricas previas	Intervalar	Número de hospitalizaciones.	Haber permanecido 1 o más veces en un servicio de hospitalización en psiquiatría.	Identificación que hace el participante del antecedente de número de hospitalizaciones psiquiátricas previas, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Antecedente de violencia de tipo sexual	Nominal Dicotómico	Si/No.	Agresiones a través de la fuerza física, psíquica o moral, rebajando a una persona a condiciones de inferioridad, para implantar una conducta sexual en contra de su voluntad	Identificación que hace el participante del antecedente de violencia de tipo sexual, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)				
Riesgo de suicidio				
Riesgo leve	Ordinal	Sí/no	Probabilidad baja de que el individuo realice actos con la finalidad de quitarse la vida.	Identificación que hace el entrevistador respecto a conducta de riesgo suicida del participante en el módulo C de la MIN, obteniendo entre 1 a 5 puntos.
Riesgo moderado	Ordinal	Sí/no	Probabilidad moderada de que el individuo realice actos con la finalidad de quitarse la vida.	Identificación que hace el entrevistador respecto a conducta de riesgo suicida del participante en el módulo C de

				la MIN, obteniendo entre 6 a 9 puntos.
Riesgo alto	Ordinal	Sí/no	Probabilidad alta de que el individuo realice actos con la finalidad de quitarse la vida.	Identificación que hace el entrevistador respecto a conducta de riesgo suicida del participante en el módulo C de la MIN, obteniendo más de 10 puntos.
SCID- II (Entrevista Clínica Estructurada Auto aplicable para el Eje II del DSM-IV / <i>Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II</i>)				
Rasgos de la personalidad.				
Evitativo	ítems nominales	Si/No.	Evitación que se caracteriza por eludir situaciones sociales o interacciones que impliquen un riesgo de rechazo, crítica o humillación.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Dependiente	ítems nominales	Si/No.	Excesiva y generalizada necesidad de ser cuidado que conduce a una conducta sumisa y dependiente y el miedo a ser abandonado.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Obsesivo – compulsivo	ítems nominales	Si/No.	Patrón general de preocupación por el orden, perfeccionismo, control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Pasivo-agresivo	ítems nominales	Si/No.	Comportamientos de falta de cooperación en las relaciones, hasta llegar al obstruccionismo, obstinación, ineficiencia o a la posposición de los compromisos	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Depresivo	ítems nominales	Si/No.	Patrón caracterizado por pesimismo, tristeza,	Identificación que hace el participante respecto a las

			tendencia a la soledad, baja autoestima y sentimientos de inadecuación.	características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Paranoide	ítems nominales	Si/No.	Patrón generalizado de desconfianza injustificada y sospecha de los demás que implica la interpretación de sus motivos como maliciosos.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Esquizotípico	ítems nominales	Si/No.	Patrón general de malestar intenso con las relaciones personales y una menor capacidad de mantenerlas, distorsión cognitiva y perceptiva y comportamiento excéntrico.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Esquizoide	ítems nominales	Si/No.	Patrón caracterizado por la falta de interés en relacionarse socialmente y por una restricción de la expresión emocional.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Histriónico	ítems nominales	Si/No.	Patrón de excesiva búsqueda de atención, que generalmente comienza en la edad temprana adulta, incluyendo un comportamiento seductor inapropiado y una excesiva necesidad de aprobación.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Narcisista	ítems nominales	Si/No.	Patrón caracterizado por una profunda búsqueda de atención excesiva y admiración, relaciones conflictivas y una carencia de empatía por los demás.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de

				datos clínicos.
Fronterizo	ítems nominales	Si/No.	Parón que se caracteriza principalmente por inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico, impulsividad y relaciones interpersonales caótica	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Antisocial	ítems nominales	Si/No.	Patrón repetitivo y consistente del comportamiento en el cual se violan los derechos de los demás o las normas sociales propias de la edad.	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
No especificado	ítems nominales	Si/No.	Presencia de características de más de un tipo específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno de la personalidad	Identificación que hace el participante respecto a las características interrogadas durante la entrevista auto aplicable, al marcar el espacio correspondiente en la sección de datos clínicos.
Inventario de la personalidad BIG-FIVE (NEO FFI Reducido).				
Dimensiones de la personalidad.				
Afabilidad (A)	ítems ordinales	Muy bajo, bajo, promedio, alto, muy alto.	Capacidad de ser altruista, compasivo, confiado, franco y sensible con los demás.	Identificación que hace el participante al marcar el espacio correspondiente un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Neutral, En desacuerdo y Total Desacuerdo.
Tesón, o Responsabilidad (T)	ítems ordinales	Muy bajo, bajo, promedio, alto, muy alto.	Incluye la tendencia al sentido del deber, a la organización, el orden, la búsqueda de objetivos, la autodisciplina y la eficiencia.	Identificación que hace el participante al marcar el espacio correspondiente un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Neutral, En desacuerdo y Total Desacuerdo.

Estabilidad emocional, o Neuroticismo (EE)	ítems ordinales	Muy bajo, bajo, promedio, alto, muy alto.	Equivale a la inestabilidad emocional y la experiencia de estados emocionales negativos.	Identificación que hace el participante al marcar el espacio correspondiente un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Neutral, En desacuerdo y Total Desacuerdo.
Apertura mental (AM)	ítems ordinales	Muy bajo, bajo, promedio, alto, muy alto.	Refleja el mantenimiento de valores e ideas no convencionales, y la amplitud de intereses.	Identificación que hace el participante al marcar el espacio correspondiente un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Neutral, En desacuerdo y Total Desacuerdo.
Energía, o Extraversión (E)	ítems ordinales	Muy bajo, bajo, promedio, alto, muy alto.	Implica aspectos como el asertividad y el dinamismo.	Identificación que hace el participante al marcar el espacio correspondiente un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Neutral, En desacuerdo y Total Desacuerdo.

6.3 Escalas e instrumentos de evaluación.

6.3.1 Formato de datos socio demográficos.

Se trató de un formato diseñado *exprofeso* por el investigador principal y el cual se compuso por dos áreas conformadas por diversos reactivos, y los cuales cuentan con la finalidad de registrar la información de las principales características demográficas y clínicas de los participantes de importancia para el presente estudio. Dicho formato fue elaborado de tal forma que contó con una naturaleza auto aplicable, por lo cual no requirió de la intervención de terceras personas al momento de ser contestado. Los apartados del formato fueron los siguientes:

- **Datos generales:** Contiene el sexo, edad actual del participante, escolaridad, estado civil y ocupación.

- **Datos clínicos:** Contiene comorbilidades como el trastorno depresivo mayor, intentos previos de suicidio, la presencia de conductas autolesivas no-suicidas, antecedente de hospitalizaciones psiquiátricas previas, el número de hospitalizaciones psiquiátricas previas y el antecedente de violencia de tipo sexual.

6.3.2 Cuestionario auto aplicable para los trastornos del eje II del DSM-IV (SCID-II).

La entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV (SCID-II) puede emplearse mediante un cuestionario auto aplicable, y el cual evalúa los criterios involucrados en el diagnóstico del Eje II de los trastornos de la personalidad del DSM-IV. Se compuso por 119 reactivos en los cuales el individuo pudo contestar dicotómicamente Si/No, y los cuales consisten y se basan en las características de la personalidad, incluyendo patrones de comportamiento, relaciones interpersonales y sobre capacidad de reflexión acerca uno mismo. Estudios previos (Ekselius, 1994) han disertado acerca de la sensibilidad y especificidad de esta herramienta, concluyendo de que cuenta con una tasa baja rango de falsos negativos. (Williams & Gibbon, 1992). Respecto a lo anteriormente expuesto, tanto la sensibilidad como la especificidad de esta herramienta se encuentra en 0.78 (para ambos valores), colocándola como un método efectivo para el diagnóstico de rasgos y trastornos de la personalidad (Germans et al., 2010).

6.3.3 Inventario de personalidad BIG-FIVE (NEO-FFI Reducido).

Se trató de un cuestionario diseñado *exprofeso* con 60 elementos de respuesta múltiple (tipo Likert) para identificar las cinco dimensiones fundamentales de la personalidad humana: - **Extraversión**, inherente a una visión confiada y entusiasta de múltiples aspectos de la vida, principalmente de tipo interpersonal. - **Amabilidad**, preocupación de tipo altruista y de apoyo emocional a los demás. - **Responsabilidad**, propia de un comportamiento de tipo perseverante, escrupuloso y responsable. - **Neuroticismo**, rasgo de amplio espectro, con características tales como capacidad para afrontar los efectos negativos de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad o de la frustración. - **Apertura** mental, sobre todo de tipo intelectual ante nuevas ideas, valores, sentimientos e intereses (Caprara et al., 1993). Esta herramienta se ha validado en población latinoamericana, contando con sensibilidad y especificidad en 0.70 (para ambos valores) (Uribe & Bardales, 2011).

6.3.4 Cuestionario PCL-5 para los criterios diagnóstico de TEPT.

Se trató de un cuestionario diseñado *exprofeso*, auto aplicable, y el cual valida a través de 20 ítems a los 20 síntomas cardinales del TEPT de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM 5. Además de ser útil para realizar un diagnóstico provisional de este padecimiento, puede ser utilizado con diversos fines, por ejemplo, para la realización de tamizaje en población con riesgo, para la monitorización de síntomas de TEPT posterior al inicio de tratamiento o para descartar el diagnóstico. Esta herramienta se aplicó en aproximadamente 5 minutos, y cuenta con una sensibilidad de 0.74 y especificada de 0.70 y ha sido validada en población latinoamericana (Blevins et al., 2015).

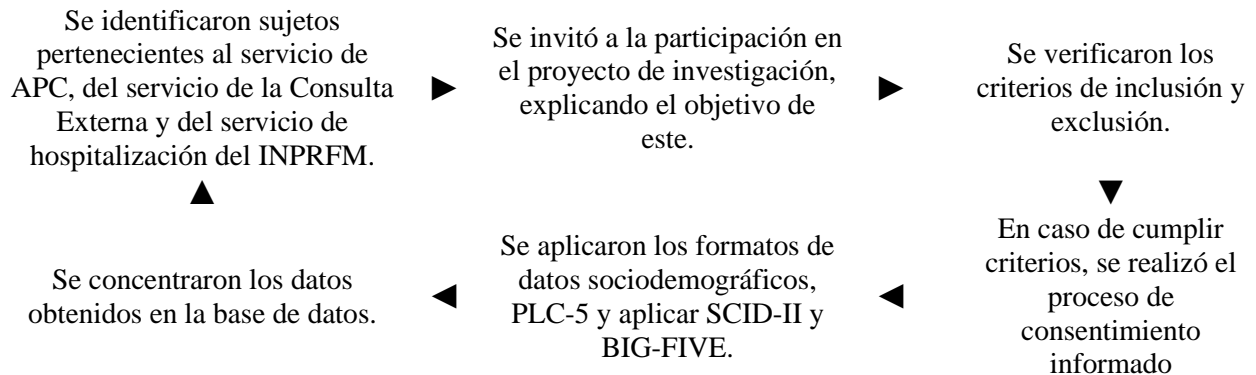
6.4 Recolección de los datos.

6.4.1 Procedimiento.

El reclutamiento de sujetos se realizó de forma consecutiva en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua, en el servicio de la Consulta Externa y en el servicio de Hospitalización del INPRFM de aquellos usuarios que cumplieron con los criterios de selección del estudio. A aquellos sujetos candidatos se les explicó el objetivo del estudio de manera verbal, mencionando que el propósito del trabajo fue conocer los principales rasgos y dimensiones de la personalidad y asociarlos a características demográficas y clínicas de la conducta suicida en sujetos con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. A aquellos interesados, se les entregó la carta de consentimiento informado, en donde se proporcionó más información sobre estudio. Tras la resolución de dudas y aclaraciones que surgieron respecto a este trabajo de investigación, aquellos que aceptaron firmar el consentimiento informado fueron incluidos en el estudio. Inicialmente se realizó una entrevista clínica para llevar a cabo el llenado del formato de datos demográficos y clínicos, así como para corroborar las comorbilidades presentes y su intensidad. Respecto al riesgo de suicidio, se evaluó en una entrevista clínica, basándose en el Módulo C de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI 5.0, tomando en cuenta a la presencia de fantasías de muerte, ideación autolesiva, ideación suicida pasada o activa, así como intentos de suicidio pasados o activos, pudiendo alcanzar un riesgo nulo, leve, moderado o alto. En el caso de haber detectado riesgo de suicidio activo, se canalizó al participante al servicio de APC para realizar su valoración y manejo clínico, señalando que, de ser el caso, se explicó que el costo corrió a cargo del participante. De la misma manera, se utilizó la herramienta PCL-5, el cual es

un cuestionario auto aplicable basado en los criterios del DSM-5 para el TEPT, con la finalidad de corroborar dicho diagnóstico. Posteriormente se aplicó el cuestionario SCID-II para determinar los rasgos de la personalidad, así como el inventario NEO-FFI para determinar las dimensiones de la personalidad. Respecto a lo previamente descrito, se contempló un tiempo estimado de 60 minutos para llevar a cabo estos procedimientos. Posteriormente, el investigador principal llevó a cabo la calificación y evaluación de las herramientas previamente descritas. Se tomó en cuenta un tiempo aproximado de 15 minutos para la evaluación de dichas herramientas. Subsecuentemente, los resultados de estas fueron agregados a la base de datos, posteriormente realizando el análisis estadístico de las mismas.

6.4.2. Flujograma de actividades.



6.5 Análisis estadístico.

Para el análisis estadístico de las características clínicas y demográficas de los participantes se utilizó la medición de frecuencias y porcentajes. De la misma manera, para las variables categóricas, se utilizaron frecuencias y porcentajes, así como promedios para las variables continuas.

Como pruebas de contrastación de hipótesis en la asociación se empleó una correlación de Pearson entre la variable de Riesgo de suicidio y los Rasgos de Personalidad. Como prueba de contraste de hipótesis en la asociación se empleó una correlación de Spearman entre la variable de Riesgo de suicidio y las Dimensiones de la personalidad.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El titular de la tesis se inscribió, cursó y aprobó un curso en línea de bioética del *CITI Program Group*. A los participantes se les informó verbalmente acerca los procedimientos que se realizaron y se les solicitó su consentimiento por escrito para su participación en el presente estudio, asegurando su confidencialidad y pidiendo su aprobación para el reporte de los resultados. Se solicitó el consentimiento de dos testigos para garantizar la comprensión de los procedimientos del estudio.

Los apartados que caracterizaron este consentimiento informado son:

- La justificación y objetivos de la presente investigación.
- Los procedimientos para seguir durante la investigación.
- La garantía de recibir respuesta ante cualquier pregunta, así como la aclaración respecto a cualquier duda sobre de los procedimientos involucrados en el estudio, riesgo, beneficios y otros temas relacionados con la presente investigación.
- Con relación a la confidencialidad, a cada uno de los individuos que acepten participar se les asignará un código alfanumérico, por lo que el nombre y datos del participante estarán bajo resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes de la investigación.

En el caso de detectarse riesgo suicida activo en los participantes durante la entrevista estructurada realizada para el presente proyecto de investigación, se contempló el envío de estos al servicio de Atención Psiquiátrica Continua de nuestra institución para tomar las medidas pertinentes, explicando, que cuyo costo corrió a cargo del participante.

Debido a que se revisó la presencia del diagnóstico de TEPT, así como de las comorbilidades de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno de pánico en los expedientes clínicos de los participantes, se solicitó la autorización por escrito del responsable del Archivo Clínico.

7.1 BENEFICIOS Y RIESGOS.

Como beneficio directo e inmediato, se explicaron los pasos del “*Plan de Seguridad*”, apoyados en un folleto diseñado por el investigador principal, el cual es considerado como una

intervención fácil y rápida para actuar en caso de que se presente alguna crisis emocional, esto sin costo alguno a los participantes del presente proyecto de investigación (Stone D., Holland K. Bartholow B., Crosby A., Davis S., 2017).

Como beneficio indirecto, se estudiaron las características de la personalidad de sujetos con el diagnóstico de estrés postraumático, lo cual podría influir en el desarrollo futuro de estrategias de detección oportuna y de intervención temprana de riesgo de suicidio en dicha población en riesgo.

Respecto a los riesgos implicados, se agrega el siguiente recuadro describiendo los mismos implícitos en el presente proyecto de investigación:

Tipo de riesgo	Consideraciones	Medidas de afrontamiento
Psicológico	Se consideró el riesgo de presentar estados afectivos negativos, tales como ansiedad, tristeza, culpa u otras sensaciones afines durante la valoración del participantes y realización de los instrumentos pertinentes.	El investigador del presente proyecto contó con entrenamiento clínico para brindar contención verbal en el caso de presentarse cualquier episodio de malestar psicológico o emocional durante la realización de la entrevista clínica o en la aplicación de las herramientas pertinentes del estudio.
Físico	No aplica.	No aplica.
Social/Económico	No aplica.	No aplica.
Pérdida de la confidencialidad	No aplica.	No aplica.
Legales	No aplica.	No aplica.

7.2 EXPERIENCIA DE LOS INVESTIGADORES.

El presente autor cuenta con experiencia formativa en salud mental y quien se encuentra en entrenamiento de posgrado en el programa único de especialidades médicas en psiquiatría, diariamente entrando en contacto con sujetos con el antecedente de haber presentado un suceso traumático o de contar con un diagnóstico previo de TEPT, y quien, a su vez, ha realizado valoraciones médicas sobre riesgo de suicidio, así como de pruebas psicométricas referentes a la evaluación de la personalidad.

El tutor teórico cuenta con experiencia formativa de ser médico adscrito de un servicio de hospitalización en salud mental, diariamente entrando en contacto con sujetos con diagnósticos variados, tales como TEPT, así como de diversos trastornos de la personalidad.

El tutor metodológico del presente estudio, asimismo, cuenta con la experiencia formativa de ser médico adscrito de un servicio que brinda atención en salud mental en poblaciones diversas, tales como psicogeriatría, y quien cuenta con experiencia y acercamiento con sujetos que presenten los antecedentes nosológicos previamente descritos. Ambos tutores cuentan con experiencia en metodología de la investigación, estadística, medicina basada en la evidencia, así como en ética de la investigación médica.

8. RECURSOS.

8.1 Recursos Humanos.

- **Presentador de Tesis:** Dr. José Carlos Medina Rodríguez, residente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- **Tutor Metodológico:** Dr. Ismael Aguilar Salas, médico adscrito del servicio de la consulta externa de geriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- **Tutor Teórico:** Dr. Ilyamín Merlín García, médico adscrito del servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- **Participantes:** Se solicitó acceso a las instalaciones del INPRFM para la realización de las valoraciones descritas, así como del llenado de las escalas requeridas.

8.2 Recursos Materiales.

- Fotocopias para las herramientas que se aplicaron a los participantes.
- Hojas blancas.
- Las instalaciones del INPRFM para la aplicación de escalas.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Fecha	R1 2019	R2 2020	R3 2021
Entrega de anteproyecto.	X		
Dictamen del comité de ética y tesis del INPRFM.	X		
Recolección de la muestra.		X	
Concentración de datos.		X	
Análisis de los resultados.			X
Elaboración del informe final y entrega del proyecto de investigación.			X

10. RESULTADOS.

Se reclutaron los 67 participantes previstos acorde al cálculo de muestra. Todos los participantes completaron las escalas e instrumentos pertinentes al proyecto de investigación. Se reclutaron 59 mujeres (81.1%) y 8 hombres (11.9%) que cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 31.88 años, con una mediana de 28 y moda de 25. El resto de los hallazgos y comorbilidades reportadas por los participantes se puede apreciar con mayor detalle en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Escolaridad en años			
6	4	6.0	6.0
9	3	4.5	4.5
12	45	67.2	67.2
16	13	19.4	19.4
18	2	3.0	3.0
Total	67	100.0	100.0
Estado Civil			
Casado	19	28.4	28.4
Divorciado	1	1.5	1.5
Unión libre	3	4.5	4.5
Soltero	41	61.2	61.2
Separado	3	4.5	4.5
Total	67	100.0	100.0
Ocupación			
Remunerado	30	44.8	44.8
No remunerado	1	1.5	1.5
Hogar	13	19.4	19.4
Estudiante	13	19.4	19.4
No trabajo, con remuneración	7	10.4	10.4
No trabajo, no remuneración	3	4.5	4.5
Total	67	100.0	100.0
Edad en grupos			
18 a 29 años	34	50.7	54.0
30 a 39 años	14	20.9	22.2
40 a 49 años	8	11.9	12.7
50 a 59 años	5	7.5	7.9
60 a 65 años	2	3.0	3.2
Total	63	94.0	100.0
67	100.0		

Tabla 2. Características de las comorbilidades de los participantes.

Numero de Comorbilidad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguna	2	3.0
	Comorbilidad presente	65	97.0
	Total	67	100.0
Trastorno depresivo mayor			
Válidos	No	48	71.6
	Si	19	28.4
	Total	67	100.0
Trastorno depresivo mayor recurrente			
Válidos	No	22	32.8
	Si	45	67.2
	Total	67	100.0
Trastorno de ansiedad generalizada			
Válidos	No	27	40.3
	Si	40	59.7
	Total	67	100.0
Trastorno de pánico			
Válidos	No	56	83.6
	Si	11	16.4
	Total	67	100.0

Respecto a las comorbilidades permitidas en los criterios de inclusión, 2 (3.0%) participantes negaron haberlas presentado, mientras que el resto, es decir, 65 participantes (97%), integraron al menos una de estas acorde a los criterios presentes en la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI. 48 (71.6%) sujetos integraron un trastorno depresivo mayor, 22 (32.8%) trastorno depresivo mayor recurrente, 27 (40.3%) trastorno de ansiedad generalizada y 56 (83.6%) trastorno de pánico.

Referente a la conducta suicida de los participantes, 39 (58.2%) refirieron no haber realizado intentos de suicidio, 19 (28.4%) 1 intento, 6 (9.0%) 2 intentos, 1 (1.5%) 3 intentos y 2 (3.0%) 4 intentos. Respecto a estos, 15 (22.4%) personas refirieron haber requerido de un servicio de hospitalización psiquiátrica. Nuevamente acorde a los criterios de esta entrevista estructurada, y referente al grado de riesgo de suicidio, se detectó que 39 (58.2%) sujetos integraron un riesgo leve, 25 (37.3%) moderado y 3 (4.5%) grave. Del total de la muestra, 57 (85.1%) expresaron ser receptores de violencia, sin especificar el tipo de esta.

Acorde al resto de las variables, y referente al instrumento PCL-5, se integró una media de 36.0 puntos, superando el umbral permitido por el instrumento, e integrando un diagnóstico provisional o probable de trastorno por estrés postraumático (>33 puntos) (Blevins et al., 2015). De acuerdo con los rasgos de personalidad del SCID-II, se detectaron 2 (3.0%) participantes con rasgos evitativos, 3 (4.5%) dependientes, 5 (7.5%) obsesivo-compulsivos, 2 (3.0%) paranoide, 3 (4.5%) esquizotípico, 5 (7.5%) esquizoide, 2 (3.0%) histriónico, 10 (14.9%) narcisista y 35 (52.2%) límite. Las frecuencias y grado de presentación de las dimensiones de la personalidad del instrumento NEO-FFI se describen en la tabla 3.

Tabla 3. Dimensiones de la personalidad de los participantes acorde al instrumento NEO-FFI.

Neuroticismo			
		Frecuencia	Porcentaje
Intensidad	Bajo	2	3.0
	Medio	11	16.4
	Alto	17	25.4
	Muy Alto	37	55.2
	Total	67	100.0
Extraversión			
Intensidad	Muy bajo	9	13.4
	Bajo	12	17.9
	Medio	12	17.9
	Alto	22	32.8
	Muy Alto	12	17.9
	Total	67	100.0
Apertura			
Intensidad	Muy bajo	4	6.0
	Bajo	16	23.9
	Medio	19	28.4
	Alto	20	29.9
	Muy Alto	7	10.4
	32	1	1.5
	Total	67	100.0
Amabilidad			
Intensidad	Muy bajo	8	11.9
	Bajo	13	19.4
	Medio	19	28.4
	Alto	18	26.9
	Muy Alto	9	13.4
	Total	67	100.0

Responsabilidad			
Intensidad	Muy bajo	7	10.4
	Bajo	20	29.9
	Medio	22	32.8
	Alto	11	16.4
	Muy Alto	7	10.4
	Total	67	100.0

Respecto a la pregunta de investigación, y referente a los correlatos descubiertos en esta muestra, se detectó una correlación positiva de Pearson entre la variable ‘Rasgo de personalidad límite’ con el diagnóstico de ‘Trastorno depresivo mayor recurrente’, negativa con el de ‘Trastorno de pánico’, positiva con el antecedente de ‘Intentos de suicidio’, positiva con la dimensión de personalidad de ‘Extraversión’ y positiva con la dimensión de ‘Apertura’. La dimensión de ‘Neuroticismo’ se correlacionó positivamente con el antecedente de ‘Comorbilidades psiquiátricas’. La dimensión de ‘Responsabilidad’ se correlacionó negativamente con el ‘Riesgo de suicidio’ y con los ‘Rasgos límite de la personalidad’. Igualmente, se encontró una correlación positiva entre la dimensión de ‘Apertura’ de la personalidad y ‘Riesgo de suicidio’. De la misma manera, se determinó la presencia de una correlación positiva de Spearman entre la dimensión de ‘Neuroticismo’ y la presencia de ‘Autolesiones’ y con el antecedente de ‘Hospitalizaciones’. También se encontró una correlación negativa de Spearman entre la dimensión de ‘Responsabilidad’ y el antecedente de ‘Hospitalizaciones’. El resto de los correlatos obtenidos en este análisis de datos se presentan con mayor detalle en las tablas 4, 5, 6 y 7.

Tabla 4. Correlaciones referentes a variables clínicas y suicidalidad.

		TDM^a	TDMr^b	TAG^c	TP^d	Riesgo de Suicidio
Sexo	Correlación de Pearson	-.027	-.233	.115*	.085	-.135
	Sig. (bilateral)	.826	.058	.355	.492	.277
	N	67	67	67	67	67
Edad (años)	Correlación de Pearson	-.042**	.039*	.232	.025	-.252**
	Sig. (bilateral)	.736	.752	.059	.839	.040
	N	67	67	67	67	67
No. Comorbilidad	Correlación de Pearson	.110	.251	.214	.078	.140
	Sig. (bilateral)	.374	.041	.083	.532	.260
	N	67	67	67	67	67
Riesgo de Suicidio	Correlación de Pearson	-.159	.338	.078*	.132	1

	Sig. (bilateral)	.199	.005	.530	.286	
	N	67	67	67	67	67
Intentos suicidas	Correlación de Pearson	-.282	.370	.096	-.039	.735
	Sig. (bilateral)	.021	.002	.440	.755	.000

a TDM: Trastorno depresivo mayor; b TDMr: Trastorno depresivo mayor recurrente; c TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; d TP: Trastorno de pánico.

Tabla 5. Correlaciones referentes a antecedente de violencia, puntaje PCL-5 y rasgo de la personalidad.

		Violencia	PCL-5	Rasgo
No. Comorbilidad	Correlación de Pearson	.173	.297	-.032
	Sig. (bilateral)	.162	.015	.799
	N	67	67	67
TDM ^a	Correlación de Pearson	-.015	.004	-.202
	Sig. (bilateral)	.902	.973	.101
	N	67	67	67
TDMr ^b	Correlación de Pearson	.153	.152	.326
	Sig. (bilateral)	.216	.219	.007
	N	67	67	67
TAG ^c	Correlación de Pearson	.254	.156	-.026
	Sig. (bilateral)	.038	.206	.836
	N	67	67	67
TP ^d	Correlación de Pearson	-.041	.212	-.291
	Sig. (bilateral)	.745	.085	.017
	N	67	67	67
Riesgo de Suicidio	Correlación de Pearson	.117	.276*	.082
	Sig. (bilateral)	.345	.024	.510
	N	67	67	67
Intentos suicidas	Correlación de Pearson	.148	.197	.195
	Sig. (bilateral)	.233	.110	.113

a TDM: Trastorno depresivo mayor; b TDMr: Trastorno depresivo mayor recurrente; c TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; d TP: Trastorno de pánico.

Tabla 6. Correlaciones de Pearson referentes dimensiones de la personalidad.

		Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
No. Comorbilidad	Correlación de Pearson	.273	-.035	.028	-.130	-.021
	Sig. (bilateral)	.025	.778	.824	.295	.867
	N	67	67	67	67	67
TDM ^a	Correlación de Pearson	-.087	-.318	-.126	.028	.016
	Sig. (bilateral)	.484	.009	.311	.824	.897
	N	67	67	67	67	67
TDMr ^b	Correlación de Pearson	.083	.396	.186	-.150	-.139
	Sig. (bilateral)	.505	.001	.131	.227	.261
	N	67	67	67	67	67
TAG ^c	Correlación de Pearson	.174	-.176	-.184	.021	.198
	Sig. (bilateral)	.160	.154	.135	.868	.108
	N	67	67	67	67	67
TP ^d	Correlación de Pearson	.160	-.359	-.145	.062	.124
	Sig. (bilateral)	.196	.003	.243	.621	-.038
	N	67	67	67	67	.762
Riesgo de Suicidio	Correlación de Pearson	.205	.149	.132*	-.047	.67
	Sig. (bilateral)	.096	.228	.285	.703	.003*
	N	67	67	67	67	.979
Intentos suicidas	Correlación de Pearson	.230	.320	.098	-.005	.67
	Sig. (bilateral)	.061	.008	.432	.967	.032

a TDM: Trastorno depresivo mayor; b TDMr: Trastorno depresivo mayor recurrente; c TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; d TP: Trastorno de pánico.

Tabla 7. Correlaciones de Spearman referentes dimensiones de la personalidad y Conducta suicida.

Rho de Spearman		Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
Riesgo de Suicidio	Coefficiente de correlación	.165	.202	.148	-.071	-.203
	Sig. (bilateral)	.183	.100	.233	.568	.099
	N	67	67	67	67	67
Intentos suicidas	Coefficiente de correlación	.179	.306	.218	-.068	-.294
	Sig. (bilateral)	.147	.012	.076	.583	.016
	N	67	67	67	67	67
Autolesión	Coefficiente de correlación	.210	.125	.106	-.192	-.147
	Sig. (bilateral)	.089**	.312	.395**	.120	.236**
	N	67	67	67	67	67
Hospitalizaciones	Coefficiente de correlación	.072	.094	.067	-.137	-.236
	Sig. (bilateral)	.563**	.448*	.590**	.269*	.055**
	N	67	67	67	67	67

11. DISCUSIÓN.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se determinó que la pregunta de investigación fue resuelta. Esto se debe a que se encontró una correlación positiva entre los rasgos *clúster B* de la personalidad, y en particular de los rasgos límite de la personalidad, con algunos elementos de la conducta suicida de los participantes. Asimismo, en este universo de estudio, se detectó un correlato significativo entre la dimensión de neuroticismo y la suicidalidad de los participantes, y en particular, con el antecedente de autolesiones y del número de hospitalizaciones previas; de la misma manera, la dimensión de apertura de la personalidad se correlacionó con el número de hospitalizaciones. Este resultado es congruente con algunos estudios previos que han encontrado asociaciones entre estas dimensiones de la personalidad y del riesgo de suicidio en personas con TEPT (Yin et al., 2019). Este hallazgo podría ser

interpretado de diversas formas. Por ejemplo, se sabe que esta dimensión de la personalidad puede reflejar inestabilidad emocional crónica, fenómeno típicamente concurrente con el diagnóstico de TEPT, padecimiento que cuenta con una amplia heterogeneidad clínica y, que, inclusive, puede ser precipitante de la exacerbación de dicha dimensión caracterológica (Carvajal, 2018). Por lo anterior expuesto, no se descarta la posibilidad de encontrar estas dimensiones de la personalidad en futuros estudios que empleen nuevas muestras de sujetos con TEPT. Ahora, respecto a los rasgos límite de la personalidad, el hallazgo de este estudio refuerza aquellos encontrados en estudios previos, que a su vez, han detectado relaciones entre esta variable y otros elementos de la suicidalidad en personas con este trastorno (Clous et al., 2017; Cunningham et al., 2019; de Aquino Ferreira et al., 2018; Rivara et al., 2019). Este hallazgo es congruente con aquellos del pasado, en particular tomando en cuenta que este constructo patológico de la personalidad se ha asociado de forma generalizada con conducta riesgo, impulsividad y con elevado riesgo de suicidio (Kramer, 2019). Asimismo, no es de ignorar la asociación que se ha descrito a lo largo del tiempo entre los eventos de violencia con el trastorno límite de la personalidad, eventos que por sí mismos podrían ser precipitantes de un TEPT en población vulnerable con estos rasgos de la personalidad (Rivara et al., 2019).

Fuera del marco de las preguntas de investigación, se encontraron algunos correlatos de interés. Por ejemplo, se encontró una asociación negativa entre la dimensión de responsabilidad e intentos de suicidio y el número de hospitalizaciones. Esto quiere decir que en el universo de esta muestra, esta dimensión de la personalidad podría ser interpretada como un factor protector ante este desenlace, situación que podría ser de interés clínico y rara vez descrita en otros estudios de investigación (McCann, 2010). El riesgo de suicidio, en general, se correlacionó con la presencia del trastorno depresivo recurrente, lo cual también refleja los hallazgos de estudios previos (Nock et al., 2009). En particular, el antecedente de violencia se correlacionó positivamente con el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, lo cual también es proporcional con la evidencia médica actual, así como con los rasgos límite de la personalidad, como fue descrito anteriormente (Kleber, 2019).

Estos hallazgos pueden tener implicaciones importantes tanto para la práctica clínica, así como para investigaciones futuras. Como se describió previamente, el TEPT es un padecimiento altamente heterogéneo, y, por este motivo, históricamente ha sido poco estudiado con relación a las características específicas de la personalidad de quienes lo viven (Yoo et al., 2018). Esto probablemente se debe a una compleja interacción entre factores individuales y específicos del trauma que podría dificultar la búsqueda de asociaciones específicas entre rasgos y dimensiones de la personalidad en sujetos con este diagnóstico, y, a su vez, la direccionalidad de estas variables con otros desenlaces clínicos de interés, y en particular, con el riesgo de suicidio (Barredo et al., 2019). El manejo de este trastorno a menudo se complica por la elevada tasa de comorbilidades que le acompañan, generando dificultades en la toma de decisiones clínicas, y por lo tanto, afectando el pronóstico de los pacientes (Yehuda et al., 2015). Si un rasgo o dimensión de la personalidad se correlaciona de manera definitiva con cualquiera de los elementos que comprenden al riesgo de suicidio (llámese, ideas de muerte, autolesiones o intentos propios de acabar con la vida de uno), se podrían desarrollar recomendaciones o guías de manejo más específicas que cuenten con la posibilidad de considerar estos elementos

individuales de los pacientes. Asimismo, en el ámbito de la investigación, no se descarta la influencia que pueden tener estas características de la personalidad y su putativa relación con los síntomas de este fenómeno, considerando que el campo de estudio sobre el estrés postraumático sigue en evolución.

No obstante, se resalta la presencia de algunas limitaciones pertinentes a este estudio. En principio, este es un trabajo de corte transversal y de naturaleza descriptiva, lo cual restringe la posibilidad de identificar las correlaciones descritas únicamente a este universo de muestra, aunque esta sea de carácter representativo. Sería interesante realizar que en un futuro se lleve a cabo un estudio de corte comparativo, en el cual se contemplen las características de la personalidad en sujetos con y sin estrés postraumático, con la finalidad de valorar si estas asociaciones permanecen, o inclusive, que desaparecieran. De la misma manera, y como se describió previamente, no se descarta el sesgo presente debido al tamaño de muestra. Si bien esta fue calculada con un método estandarizado, y se considera representativa al universo de estudio, finalmente incluye únicamente a 67 participantes; esto invita a pensar sobre la posibilidad de que estos resultados pudieran ser modificados en el supuesto de que el tamaño de muestra se ampliara. Asimismo, se tomó en consideración al sesgo atribucional que implica el haber realizado una recolección de muestra de forma no aleatoria y por conveniencia. Dicho lo anterior, se invita a que futuros estudios de investigación contemplen estas limitaciones en la formulación de su metodología con el fin de reforzar y/o descartar los hallazgos encontrados en el presente trabajo.

12. CONCLUSIÓN.

En conclusión, se considera con base en el universo de este estudio que los rasgos límite de la personalidad y la dimensión de neuroticismo se asocian positivamente con mayor riesgo de suicidio en los sujetos con TEPT. Se encontraron correlaciones respecto a comorbilidades depresivas y algunos elementos de la conducta suicida, asociaciones que respaldan lo encontrado en la literatura médica previa. De interés, se encontró que la dimensión de la personalidad de responsabilidad podría ser un factor protector ante este desenlace en personas con este padecimiento. Estos hallazgos, a su vez, podrían tener implicaciones clínicas y académicas, situación que se invita a ponderar para la realización de investigaciones futuras, preferentemente de corte comparativo y tomando en consideración las limitantes previamente descritas.

13. AGRADECIMIENTO.

Deseo brindar mi más amplio agradecimiento al Dr. Ilyamín Merlín García, así como al Dr. Ismael Aguilar Salas, tutores quienes gracias su apoyo constante e incondicional favorecieron el desarrollo de este proyecto sin eventualidades a lo largo de su realización.

14. BIBLIOGRAFÍA.

- Abram, S. V., & DeYoung, C. G. (2017). Using personality neuroscience to study personality disorder. *Personality Disorders*, 8(1), 2–13. <https://doi.org/10.1037/per0000195>
- Adams, R. E., Urosevich, T. G., Hoffman, S. N., Kirchner, H. L., Figley, C. R., Withey, C. A., Boscarino, J. J., Dugan, R. J., & Boscarino, J. A. (2019). Social and Psychological Risk and Protective Factors for Veteran Well-Being: The Role of Veteran Identity and Its Implications for Intervention. *Military Behavioral Health*, 0(0), 1–11. <https://doi.org/10.1080/21635781.2019.1580642>
- Adolphs, R. (2013). The biology of fear. *Current Biology*, 23(2), R79–R93. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.11.055>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In *American Psychiatric Association*. American Psychiatric Press.
- Auxéméry, Y. (2012). L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social. *Encephale*, 38(5), 373–380. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.12.003>
- Bachmann, S. (2018). *Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective*. 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Barredo, J., Aiken, E., Van 't Wout-Frank, M., Greenberg, B. D., Carpenter, L. L., & Philip, N. S. (2019). Neuroimaging correlates of suicidality in decision-making circuits in posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10(FEB), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00044>
- Bi, B., Liu, W., Zhou, D., Fu, X., Qin, X., & Wu, J. (2017). Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: Analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1453-5>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ (Online)*, 351. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The “big five questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281–288. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90218-R](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90218-R)
- Carvajal, C. (2018). Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity - Clinical perspectives. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 161–168.
- Clous, E., Beerthuisen, K., Ponsen, K. J., Luitse, J., Olf, M., & Goslings, C. (2017). Trauma and psychiatric disorders: A systematic review. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 82(4), 794–801. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001371>
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Löckenhoff, C. E. (2019). Personality Across the Life Span. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 423–448. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103244>
- Cunningham, K. C., Grossmann, J. L., Seay, K. B., Dennis, P. A., Clancy, C. P., Hertzberg, M. A., Berlin, K., Ruffin, R. A., Dedert, E. A., Gratz, K. L., Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Kimbrel, N. A. (2019). Nonsuicidal Self-Injury and Borderline Personality Features as Risk Factors for Suicidal Ideation Among Male Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*,

- 32(1), 141–147. <https://doi.org/10.1002/jts.22369>
- de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research, 262*, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>
- Ekselius, L. (1994). SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*, 120–123. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01566.x>
- Feinstein, A. (1985). *Clinical epidemiology : The architecture of Clinical Research*.
- Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma and Dissociation, 16*(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Germans, S., Van Heck, G. L., Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J. W. M., & Hodiament, P. P. G. (2010). Diagnostic Efficiency Among Psychiatric Outpatients of a Self-Report Version of a Subset of Screen Items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Personality Disorders (SCID-II). *Psychological Assessment, 22*(4), 945–952. <https://doi.org/10.1037/a0021047>
- Giner, L., Blasco-Fontecilla, H., De La Vega, D., & Courtet, P. (2016). Cognitive, Emotional, Temperament, and Personality Trait Correlates of Suicidal Behavior. *Current Psychiatry Reports, 18*(11). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0742-x>
- Gradus, J. L. (2018). *Posttraumatic Stress Disorder and Death From Suicide*.
- Hopwood, C. J., & Bleidorn, W. (2018). Stability and change in personality and personality disorders. *Current Opinion in Psychology, 21*, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.034>
- Huang, I. C., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A., & Wu, A. W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. In *PLoS ONE* (Vol. 12, Issue 3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173806>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kleber, R. J. (2019). Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Frontiers in Psychiatry, 10*(June), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
- Kramer, U. (2019). Personality, personality disorders, and the process of change. *Psychotherapy Research, 29*(3), 324–336. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1377358>
- Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research, 14*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/13811110903478997>
- LeBouthillier Daniel M., McMillan Katherine A., T. M. A. (2015). Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress, June*(28), 183–190. <https://doi.org/10.1002/jts.22010>
- Lopez-castroman, J., Jaussent, I., Beziat, S., Guillaume, S., Baca-garcia, E., Olié, E., & Courtet, P. (2015). Posttraumatic Stress Disorder following childhood abuse increases the severity of suicide

- attempts. *Journal of Affective Disorders*, 170, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.010>
- Lutz, P. E., Mechawar, N., & Turecki, G. (2017). Neuropathology of suicide: Recent findings and future directions. *Molecular Psychiatry*, 22(10), 1–18. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.141>
- Marie, L., Taylor, S. E., Basu, N., Fadoir, N. A., Schuler, K., McKelvey, D., & Smith, P. N. (2019). The protective effects of grit on suicidal ideation in individuals with trauma and symptoms of posttraumatic stress. *Journal of Clinical Psychology*, 75(9), 1701–1714. <https://doi.org/10.1002/jclp.22803>
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1467–1473. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1467>
- Maul, S., Giegling, I., Fabbri, C., Corponi, F., Serretti, A., & Rujescu, D. (2019). Genetics of resilience: Implications from genome-wide association studies and candidate genes of the stress response system in posttraumatic stress disorder and depression. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, April, 1–18. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32763>
- McCann, S. J. H. (2010). Suicide, big five personality factors, and depression at the american state level. *Archives of Suicide Research*, 14(4), 368–374. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524070>
- Medina-Mora Icaza, M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población Mexicana. *Salud Publica de Mexico*, 47(1), 8–22. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342005000100004>
- Mellon, S. H., Gautam, A., Hammamieh, R., Jett, M., & Wolkowitz, O. M. (2018). *Metabolism , Metabolomics , and In fl ammation in Posttraumatic Stress Disorder*. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.02.007>
- Millon, T. (2016). Invited Essay What Is a Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 289–306.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2017). Cortisol reactivity and suicidal behavior: Investigating the role of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in suicide attempters and ideators. *Psychoneuroendocrinology*, 75, 183–191. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.10.019>
- Panagioti, M., & Gooding, P. A. (2014). *Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents : a systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0978-x>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., Pratt, D., & Tarrier, N. (2015). An empirical investigation of suicide schemas in individuals with Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatry Research*, 227(2–3), 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.019>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 915–930. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.009>

- Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2015). Theodore Millon's Contributions to Conceptualizing Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 97(6), 537–540. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1031376>
- Rappaport, L. M., Flint, J., & Kendler, K. S. (2017). Clarifying the Role of Neuroticism in Suicidal Ideation and Suicide Attempt among Women with Major Depressive Disorder. *Psychological Medicine*, 47(13), 2334. <https://doi.org/10.1017/S003329171700085X>
- Rivara, F., Adhia, A., Lyons, V., Massey, A., Mills, B., Morgan, E., Simckes, M., & Rowhani-Rahbar, A. (2019). The Effects Of Violence On Health. *Health Affairs (Project Hope)*, 38(10), 1622–1629. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00480>
- Sanchez-Roige, S., Gray, J. C., MacKillop, J., Chen, C. H., & Palmer, A. A. (2018). The genetics of human personality. *Genes, Brain and Behavior*, 17(3), 1–13. <https://doi.org/10.1111/gbb.12439>
- Schmitt, D. P., Long, A. E., McPhearson, A., O'Brien, K., Remmert, B., & Shah, S. H. (2017). Personality and gender differences in global perspective. *International Journal of Psychology*, 52, 45–56. <https://doi.org/10.1002/ijop.12265>
- Segerstrom, S. C., & Smith, G. T. (2019). Personality and Coping: Individual Differences in Responses to Emotion. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 651–671. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102917>
- Shalev, A. Liberzon, I., and Marmar, C. (2017). Posttraumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, June(376), 25. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2009). The Neurocircuitry of Fear , Stress , and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169–191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Smith, N. B., Kouros, C. D., & Meuret, A. E. (2014). The Role of Trauma Symptoms in Nonsuicidal Self-Injury. *Trauma, Violence, and Abuse*, 15(1), 41–56. <https://doi.org/10.1177/1524838013496332>
- Stone D., Holland K. Bartholow B., Crosby A., Davis S., et W. N. (2017). Prevención del suicidio: paquete técnico de políticas, programas y prácticas. *National Center for Injury Prevention and Control (CDC)*.
- Trillmich, F., Müller, T., & Müller, C. (2018). Understanding the evolution of personality requires the study of mechanisms behind the development and life history of personality traits. *Biology Letters*, 14(2). <https://doi.org/10.1098/rsbl.2017.0740>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Uribe, P. M., & Bardales, M. C. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(1), 63–74.
- Vibhakar, V., Allen, L. R., Gee, B., & Meiser-Stedman, R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 255(May), 77–89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.005>
- Widiger, Thomas A. Crego, Cristina, Rojas, Stephania, Oltmanns, J. R. (2018). Basic personality model. *Curr Opin Psychol*, June 2018(21), 18–22.
- Williams, J. B., & Gibbon, M. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) II. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 630–636. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080038006>
- Yehuda, R., Mcfarlane, A., Vermetten, E., & Lanius, R. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature*

Publishing Group, October, 1–22. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>

- Yin, Q., Wu, L., Yu, X., & Liu, W. (2019). Neuroticism Predicts a Long-Term PTSD After Earthquake Trauma: The Moderating Effects of Personality. *Frontiers in Psychiatry*, *0*, 657. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00657>
- Yoo, Y., Park, H. J., Park, S., Cho, M. J., Cho, S. J., Lee, J. Y., Choi, S. H., & Lee, J. Y. (2018). Interpersonal trauma moderates the relationship between personality factors and suicidality of individuals with posttraumatic stress disorder. *PLoS ONE*, *13*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191198>
- Zhang, X., Ren, Y., You, J., Huang, C., & Jiang, Y. (2017). Distinguishing Pathways from Negative Emotions to Suicide Ideation and to Suicide Attempt: the Differential Mediating Effects of Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *January*. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0266-9>

15. ANEXOS

FOLIO APROBACIÓN CEI: CEI/028/2020

ENCUESTA GENERAL DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Fecha: __/__/__

Código: _____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas son acerca de datos sociales y personales en general (es decir, cuál es su edad, su sexo, a qué se dedica). Con una pluma escriba la respuesta en el apartado correspondiente.

Edad (en años): _____

Escolaridad en años: _____

Género:

1) Masculino _____ 2) Femenino _____

Estado civil:

1	Casado	
2	Divorciado	
3	Unión Libre	
4	Viudo	
5	Soltero	
6	Separado	

Escolaridad:

1	Primaria	
2	Secundaria	
3	Educación media superior	
4	Licenciatura	
5	Maestría	
6	Doctorado	

Ocupación:

1	Trabajo remunerado	
2	Trabajo no remunerado	
3	Hogar	
4	Estudiante	
5	No trabajo, con remuneración (pensionados, jubilados)	
6	No trabajo, no remuneración	

ENCUESTA DE DATOS CLÍNICOS

Fecha: __/__/__

Código: _____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas son acerca de datos sobre sus antecedentes médico-psiquiátricos (es decir, si le han diagnosticado algún padecimiento psiquiátrico previamente, etc.). Con una pluma escriba la respuesta en el apartado correspondiente.

1	¿Usted padece alguna otra condición médica psiquiátrica de las siguientes opciones?	Ninguna (), Depresión (), Ansiedad (), Otros trastornos ().
2	¿Alguna vez ha hecho un intento de suicidio?	Sí (), No ()
3	¿Cuántos intentos de suicidio ha realizado?	
4	¿Alguna vez ha llegado a lastimarse (llámese golpearse, tirar de su cabello, realizarse cortes, quemarse, etc.) sin la intención de morir?	Sí (), No ()
5	¿Alguna vez ha requerido estar hospitalizado en un servicio de que brinda atención de psiquiatría?	Sí (), No ()
6	Dicho lo anterior, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado en un servicio que brinda atención en psiquiatría?	
7	En alguna ocasión, usted ha sido receptor o receptora de algún tipo de violencia sexual (tocamientos, violación, etc.).	Sí (), No ()

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCID-II

Fecha: ___/___/___

Código: _____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted, en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Rodee con un círculo la palabra “SÍ” si la pregunta se adapta a usted, completamente o en general, o bien rodee con un círculo la palabra “NO” si no se adapta a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente?	NO	SI	CP4
2.	¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?	NO	SI	CP5
3.	¿Le resulta difícil ser “abierto” incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?	NO	SI	CP6
4.	¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI	CP7
5.	¿Permanece generalmente callado cuando conoce a gente nueva?	NO	SI	CP8
6.	¿Cree usted que no es tan bueno, tan listo o atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI	CP9
7.	¿Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SI	CP10
8.	¿Necesita usted frecuentemente dejarse aconsejar y tranquilizar su ansiedad por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?	NO	SI	CP11
9.	¿Depende usted de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?	NO	SI	CP12
10.	¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SI	CP13
11.	¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?	NO	SI	CP14
12.	¿Se ha ofrecido con frecuencia como voluntario para realizar tareas desagradables?	NO	SI	CP15
13.	¿Se siente usted generalmente incómodo cuando está solo?	NO	SI	CP16
14.	Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente usted que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?	NO	SI	CP17
15.	¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo (a)?	NO	SI	CP18
16.	¿Es usted la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SI	CP19
17.	¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?	NO	SI	CP20

18.	¿Le parece a usted o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?	NO	SI	CP21
19.	¿Tiene usted unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?	NO	SI	CP22
20.	¿Le cuesta a usted mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?	NO	SI	CP23
21.	¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como usted quiere?	NO	SI	CP24
22.	¿Le cuesta a usted mucho gastar dinero en usted mismo o en otros, incluso teniendo suficiente?	NO	SI	CP25
23.	¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SI	CP26
24.	¿Le han comentado otras personas que es usted terco o rígido?	NO	SI	CP27
25.	Cuando alguien le pide que haga algo que usted no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SI	CP28
26.	Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente “olvidarse” de hacerlo?	NO	SI	CP29
27.	¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que usted hace?	NO	SI	CP30
28.	¿Está usted a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SI	CP31
29.	¿Le ha parecido a usted que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?	NO	SI	CP32
30.	¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	CP33
31.	¿Se queja usted a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SI	CP34
32.	¿Rehúsa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI	CP35
33.	¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SI	CP36
34.	¿Cree usted ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?	NO	SI	CP37
35.	¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?	NO	SI	CP38
36.	¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SI	CP39
37.	¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SI	CP40
38.	¿Cree usted que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI	CP41
39.	¿Espera usted casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SI	CP42
40.	¿Se siente usted a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SI	CP43
41.	¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de usted o le hieran?	NO	SI	CP44
42.	¿Pasa usted mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?	NO	SI	CP45
43.	¿Cree usted que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre usted porque podrían utilizar la información en su contra?	NO	SI	CP46

44.	¿Detecta usted a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI	CP47
45.	¿Es usted la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?	NO	SI	CP48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI	CP49
47.	¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?	NO	SI	CP50
48.	¿Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?	NO	SI	CP51
49.	Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece que están hablando a usted?	NO	SI	CP52
50.	¿Tiene con frecuencia la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente, de hecho, contienen en realidad un mensaje especial para usted?	NO	SI	CP53
51.	Cuando está entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente?	NO	SI	CP54
52.	¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas?	NO	SI	CP55
53.	¿Ha tenido experiencias personales de tipo sobrenatural?	NO	SI	CP56
54.	¿Cree tener un “sexto sentido” que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?	NO	SI	CP57
55.	¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas?	NO	SI	CP58
56.	¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de usted, aunque no podía ver a nadie?	NO	SI	CP59
57.	¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI	CP60
58.	¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo a parte de su familia inmediata?	NO	SI	CP61
59.	¿Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI	CP62
60.	¿Es poco importante para Usted si tiene o no relaciones personales?	NO	SI	CP63
61.	¿Prefiere usted casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?	NO	SI	CP64
62.	¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SI	CP65
63.	¿Hay realmente muy pocas cosas que la proporcionan placer?	NO	SI	CP66
64.	¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de usted?	NO	SI	CP67
65.	¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SI	CP68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI	CP69
67.	¿Coquetea mucho?	NO	SI	CP70
68.	¿Se da cuenta a menudo que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SI	CP71

69.	¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su físico?	NO	SI	CP72
70.	¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?	NO	SI	CP73
71.	¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SI	CP74
72.	¿Tiene usted muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SI	CP75
73.	¿Considera a menudo que los demás no saben apreciar sus talentos o cualidades?	NO	SI	CP76
74.	¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SI	CP77
75.	¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SI	CP78
76.	¿Pasa usted mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SI	CP79
77.	Cuando tiene un problema ¿Insiste casi siempre en ser el máximo responsable?	NO	SI	CP80
78.	¿Considera usted que es importante dedicar tiempo a personas especiales o influyentes?	NO	SI	CP81
79.	¿Es importante para usted que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	SI	CP82
80.	¿Cree usted que es importante respetar ciertas reglas o convenciones sociales si estas suponen un cierto obstáculo en su camino?	NO	SI	CP83
81.	¿Considera usted que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI	CP84
82.	¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	SI	CP85
83.	¿Tiende con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?	NO	SI	CP86
84.	¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser usted quién es?	NO	SI	CP87
85.	¿A usted realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	SI	CP88
86.	¿Se han quejado algunas personas de que usted ni les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	SI	CP89
87.	¿Tiene a menudo envidia de otras personas?	NO	SI	CP90
88.	¿Cree usted que los demás a menudo le envidian?	NO	SI	CP91
89.	¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que usted les dedique su tiempo y atención?	NO	SI	CP92
90.	¿Se ha puesto furioso cuando ha creído que alguien a quien realmente quería	NO	SI	CP93

	iba a abandonarle?			
91.	Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere ¿tienen muchos altibajos extremos?	NO	SI	CP94
92.	¿Cambia de repente el sentido de quién es usted o hacia dónde va?	NO	SI	CP95
93.	¿Cambia a menudo en forma dramática su sentido de quién es?	NO	SI	CP96
94.	¿Es usted diferente con diferentes personas o en diferentes circunstancias, de tal manera que a veces no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	CP97
95.	¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	NO	SI	CP98
96.	¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	SI	CP99
97.	¿Ha tratado de hacerse daño, matarse o ha amenazado con hacerlo?	NO	SI	CP100
98.	¿Alguna vez se ha cortado, quemado, o herido a sí mismo a propósito?	NO	SI	CP101
99.	¿Experimenta usted muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	CP102
100.	¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SI	CP103
101.	¿Tiene usted con frecuencia arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SI	CP104
102.	Cuando se enfada, ¿golpea usted a las personas o arroja objetos?	NO	SI	CP105
103.	¿Se pone furioso, incluso por cosas sin importancia?	NO	SI	CP106
104.	Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	NO	SI	CP107
105.	Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SI	CP108
106.	Antes de los 15 años, ¿provocaba usted peleas?	NO	SI	CP109
107.	Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como, por ejemplo: un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?	NO	SI	CP110
108.	Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI	CP111
109.	Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió animales a propósito?	NO	SI	CP112
110.	Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?	NO	SI	CP113
111.	Antes de los 15 años ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a	NO	SI	CP114

	desvestirse delante de usted o a tocarle sexualmente?			
112	Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?	NO	SI	CP115
113	Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI	CP116
114	Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, edificios o coches de otras personas?	NO	SI	CP117
115	Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SI	CP118
116	Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?	NO	SI	CP119
117	Antes de los 15 años ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?	NO	SI	CP120
118	Antes de los 13 años ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde a la hora permitida?	NO	SI	CP121
119	Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?	NO	SI	CP122

INVENTARIO DE PERSONALIDAD REDUCIDO DE CINCO FACTORES (NEOFFI).

Fecha: __/__/__

Código: _____

Este cuestionario consta de 60 afirmaciones en referencia a su forma de ser o comportarse. Por favor, lea cada frase con atención. Debe indicar su grado de acuerdo según el siguiente código: Marque el dígito elegido en el espacio existente a la derecha del número de ítem. No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay tiempo límite, pero intente trabajar lo más deprisa posible. No se entretenga demasiado en la respuesta. No deje NINGUNA respuesta en blanco.

ITEM	REACTIVO	(1) Totalmente desacuerdo (2) Desacuerdo (3) Neutral (4) De acuerdo (5) Totalmente de acuerdo	ESCALA	ITEMD	DIRECCION
1	A menudo me siento inferior a los demás		N	1	P
2	Soy una persona alegre y animosa		E	2	P
3	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación		O	3	P
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente		A	4	P
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme		C	5	N
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso		N	6	N
7	Disfruto mucho hablando con la gente		E	7	P
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí		O	8	N
9	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero		A	9	N
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada		C	10	P
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores		N	11	P
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente		E	12	P
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales		O	13	P
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero		A	14	N
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas		C	15	P
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada		N	16	P
17	No me considero especialmente alegre		E	17	N
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza		O	18	P
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear		A	19	N
20	Tengo mucha autodisciplina		C	20	P

21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza		N	21	P
22	Me gusta tener mucha gente alrededor		E	22	P
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas		O	23	N
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar		A	24	P
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias		C	25	P
26	Cuando estoy bajo una fuente de estrés, a veces siento que me voy a desmoronar		N	26	P
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas		E	27	N
28	Tengo mucha fantasía		O	28	P
29	Mi primera reacción es confiar en la gente		A	29	P
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez		C	30	P
31	A menudo me siento tenso e inquieto		N	31	P
32	Soy una persona muy activa		E	32	P
33	Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía, y dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades		O	33	P
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador		A	34	N
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago		C	35	P
36	A veces me he sentido amargado y resentido		N	36	P
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros		E	37	N
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o la condición humana		O	38	N
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana		A	39	P
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo		C	40	P
41	Soy bastante estable emocionalmente		N	41	N
42	Huyo de las multitudes		E	42	N
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas o teóricas		O	43	N
44	Trato de ser humilde		A	44	P
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo		C	45	P
46	Rara vez estoy triste o deprimido		N	46	N
47	A veces reboso felicidad		E	47	P
48	Experimento una gran cantidad de emociones o sentimientos		O	48	P
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna		A	49	P
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso		C	50	N
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento		N	51	P
52	Me gusta estar donde está la acción		E	52	P
53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países		O	53	P
54	Puedo ser sarcástico y mordaz de ser necesario		A	54	N
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna		C	55	N

56	Es difícil que yo pierda los estribos		N	56	N
57	No me gusta mucho charlar con la gente		E	57	N
58	Rara vez experimento emociones fuertes		O	58	N
59	Los mendigos no me inspiran simpatía		A	59	N
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer		C	60	N

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (PCL-5)

Fecha: ___/___/___

Código: _____

Instrucciones: a continuación, se enlistan problemas que las personas pueden tener en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cuidadosamente cada problema y luego marque uno de los números de la derecha para indicar qué tanto le ha afectado cada uno en el último mes.

En el último mes, ¿qué tan afectado(a) estuvo por:	Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Recuerdos repetitivos, angustiantes y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Sueños repetitivos y angustiantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo de nuevo (como si realmente estuviera ahí reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy alterado(a) cuando algo le recordó la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le recordó la experiencia estresante (por ejemplo, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. Dificultades para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener intensas creencias negativas sobre usted, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo(a), hay algo muy mal conmigo, nadie puede ser confiable, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Culparse a sí mismo(a) o a otra persona por la experiencia estresante o por lo que sucedió después de ella?	0	1	2	3	4
11. Tener intensos sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. Pérdida de interés en las actividades que solía disfrutar?	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o desapegado(a) de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Dificultades para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, ser incapaz de sentir felicidad o tener sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Comportarse irritable, con arranques de ira o agresividad?	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño?	0	1	2	3	4
17. Estar "hiperalerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. Sentirse sobresaltado(a) o fácilmente asustado(a)?	0	1	2	3	4
19. Tener dificultades para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. Dificultades para iniciar o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

PLAN DE SEGURIDAD

Esto puede ayudar si:

- Ha estado pensando en suicidarse.
- Ha estado pensando en lastimarse.
- Se siente deprimido o con gran malestar emocional.

¿Por qué necesito un plan de seguridad?

- A veces, cuando uno se siente mal puede parecer que no hay nada que pueda hacer para sentirse mejor. Esto puede sentirse increíblemente abrumador, y en ocasiones puede ser difícil pensar con claridad o ignorar pensamientos suicidas o el impulso de hacerse daño. Al tener un plan de seguridad, se está asegurando de que hay estrategias que puede usar para mantenerse seguro cuando se sienta mal o que quiera que termine su vida. Piense en su plan de seguridad como su "*botiquín de primeros auxilios para la salud mental*"; incluye muchas cosas diferentes que lo ayudarán a sentirse en control en un momento de crisis.
- Una vez completado, usted y sus familiares / amistades / cuidadores deben guardar copias del plan de seguridad en un lugar accesible. El plan de seguridad debe ser útil para que la persona siempre pueda encontrarlo. Algunas personas optan por mantener siempre su plan con ellos, por ejemplo, en su teléfono o en su billetera.
- Tenga en cuenta que el plan de seguridad puede revisarse con la frecuencia que sea necesaria. El plan puede revisarse en cualquier momento, y especialmente si usted ha encontrado que alguna parte de este es ineficaz para ayudarle a enfrentar sus pensamientos. Por ejemplo, si se encontró que una persona de contacto es difícil para contactar en varias ocasiones, o si una estrategia de para ponerse en calma ya no es tan efectiva.

PASO 1 Identificar signos de alarma.

¿Cuándo debo usar este paso?

- Anote los desencadenantes de pensamientos suicidas, incluidas situaciones, pensamientos o sentimientos. ¿Qué (situaciones, pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales o comportamientos) experimenta que le hacen saber que está en camino de pensar en el suicidio o que le hacen saber que, en general, no se siente bien emocionalmente? Piense en algunas de las señales más sutiles.

Ejemplos:

- **Situación:** discusión con un ser querido.
- **Pensamientos:** "*estoy tan harto de esto y no puedo soportarlo más*", "*Cuando tengo pensamientos suicidas, dejo de responder las llamadas de mis amigos*", "*los pensamientos suicidas se desencadenan cuando me recuerdan los abusos que he experimentado*".
- **Sensaciones corporales:** el deseo de beber alcohol, dolor, etc.
- **Comportamientos:** ver películas violentas, horario de dormir irregular, etc.

¿Cómo implementar?

- Ser consciente de las propias señales de advertencia puede alertar a la persona del hecho de que puede tener un alto riesgo de pensar en el suicidio cuando surgen estas situaciones / pensamientos / sensaciones corporales.
- Pueden poner el plan en acción y pasar al siguiente paso: estrategias para calmarme.
- Conocer las señales de advertencia personales también puede ayudar a los amigos o cuidadores a identificar cuándo puedo necesitar más apoyo, incluso antes de que lo haya solicitado.

Anotar:

PASO 2 Estrategias para calmarme.

¿Qué puedo hacer para consolarme si me siento suicida?

- Elabore una lista de cosas que puede hacer y que le hagan sentir seguro y protegido cuando se encuentre molesto. ¿Qué (actividad de distracción, relajación o actividad física) ayuda a apartar su mente de los pensamientos incómodos o de suicidio?

Ejemplos

- **Actividad de distracción:** mirar una película divertida, tocar un instrumento musical, leer una novela, jugar un video juego
- **Técnica de relajación:** ejercicios de respiración profunda
- **Actividad física:** dar un paseo en bicicleta

¿Cuándo implementar?

- En cualquier momento antes de una crisis suicida, o cuando surgen pensamientos suicidas.

¿Cómo implementar?

- Si tiene pensamientos suicidas puede usar estas estrategias para ayudarse a distraerse de sus pensamientos y llevarlo a un espacio mental más en calma.
- Los amigos / cuidadores pueden sugerirle a usted que use una o más de sus estrategias y apoyarle si es necesario.

Anotar:

PASO 3 Personas o situaciones sociales que pueden calmarme.

¿Con quién puedo hablar?

- Recopile una lista de contactos que lo ayudarán si se siente deprimido y necesite alguien con quien hablar. Incluso vale la pena preguntarle a la gente si puede agregarlos a su lista de personas para llamar si siente que no puede hacer frente y tiene pensamientos suicidas. Incluya nombres, números de teléfono y otra información de contacto relevante. Haga la lista todo el tiempo que desee, de modo que, si su primer contacto no está disponible, tenga que llamar a otros.
- Ejemplo: un padre, un amigo, su pareja, su pastor / sacerdote / ministro, un maestro de confianza.

¿Cuándo implementar?

- En cualquier momento antes de una crisis suicida, o cuando surgen pensamientos suicidas y se vuelven más intensos.

¿Cómo implementar?

- Puede llamar a estas personas en cualquier momento, para distraerse de sus pensamientos o para hacerles saber cuándo sus pensamientos se vuelven intensos, lo que indica que necesita apoyo. Los amigos y cuidadores pueden responder a usted, apoyándole en este momento difícil: escuchándole, yendo a visitarle, asegurándose de qué pueden hacer específicamente para ayudar.

Anotar:

PASO 4 Personas a las que les puedo pedir ayuda.

¿A quién puedo contactar para obtener ayuda profesional?

- También vale la pena crear una lista de personas profesionales que puedan ayudarlo con asesoramiento profesional si lo necesita. Esto puede incluir líneas de ayuda de servicios de apoyo y profesionales de salud mental que conozca. Incluya nombres, números de teléfono, direcciones de sitios web y direcciones de correo electrónico si es posible.
- **¿Cuándo implementar?** Cuando los pensamientos suicidas se han vuelto muy intensos, usted experimenta pensamientos que cree que no puede hacer frente por sí mismo.
- **¿Cómo implementar?** Si tiene pensamientos suicidas debe llamar o visitar de inmediato a estos contactos de crisis.

PASO 5 Lugares a los que puedo contactar o acudir cuando esté en crisis.

Ejemplos:

- Instituto Nacional de Psiquiatría, todos los días de 08:00 a 21:00 hora
- Atención psicológica UNAM 56-22-22-88 (de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 hora)
- Línea UAM de apoyo psicológico 58-04-64-44 (Martes y jueves de 09:00 a 13:00 hora) <http://www.lineauam.uam.mx/>

Anotar:

PASO 6 Haciendo el ambiente más seguro.

- Planifique algunos pasos que puede seguir para proteger su entorno. Esto puede significar asegurar objetos que podría usar para lastimarse, o retirarse de una habitación o lugar donde siente que no está seguro, por cualquier razón. También podría significar pedirle a alguien más que lo ayude a mantenerse a salvo.
- ¿Qué podría usarse para lastimarse en su entorno (hogar, trabajo)? ¿Cómo ha pensado antes en morir por suicidio y cómo puede hacer que ese método sea más difícil de llevarse a cabo?

Ejemplos:

- Pastillas: darle a un familiar o amigo para su cuidado o resguardo.
- Objetos filosos, armas de fuego, cuerdas: Retirar de la casa (dar a un familiar, amigo, etc.)

¿Cuándo implementar?

- Antes de una crisis suicida, preferiblemente inmediatamente después de que se desarrolle el plan de seguridad.

¿Cómo implementar?

- La persona con pensamientos suicidas puede eliminar estos elementos de su entorno y dárselos a sus amigos o cuidadores. La persona que trabaja con ellos en su plan de seguridad debe confirmar que se han eliminado todos los medios de su entorno.
- Los amigos / cuidadores pueden ofrecer guardar o tirar estos artículos. Mantener a una persona a salvo de un método de suicidio puede significar cosas diferentes para cada persona y método. Las armas de fuego, en particular, siempre deben retirarse de la casa, independientemente de si se han señalado o no como un medio de suicidio.
- Otros ejemplos: "Cuando tenga ganas de lastimarme, iré a un lugar donde hay gente alrededor y donde no pueda hacerme daño, como una cafetería, supermercado, biblioteca o centro comercial". "Si me siento suicida, le diré a mi familia o a mi mejor amigo que me ayude a ocultar cualquier cosa que pueda usar para lastimarme".

Anotar:

PASO 7 Razones para vivir.

- ¿Cuándo se siente más a gusto durante el día?, ¿Quiénes son sus seres queridos? ¿Qué es lo que le gusta hacer? ¿Qué solía disfrutar haciendo? ¿Qué es importante para usted, o solía ser importante para usted? ¿Qué le ha mantenido vivo hasta ahora?

Ejemplos:

- “*Mi perro es lo suficientemente importante para mí como para mantenerme vivo para cuidarlo*”, “mi pareja, mi mejor amigo, mi familia, mi mascota, mi fe”.

¿Cuándo implementar?

- En cualquier momento antes o durante una crisis suicida.

¿Cómo implementar?

- Una persona con pensamientos suicidas puede referirse a estas razones para vivir en cualquier momento, con la frecuencia que desee, para recordarle los aspectos positivos de su vida.
- Los amigos / cuidadores también pueden usar estas razones para ayudar a recordarle sus razones para vivir.

Anotar:

MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Fecha: ___/___/___

Código: _____

ENTREVISTA: Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al participante que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de *sí* o *no*.

PRESENTACIÓN: La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo, se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al investigador indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

A. Episodio depresivo mayor

(☐ Significa: ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo no en cada una y continuar con el siguiente módulo).

A1

¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?

NO SÍ 1

A2

¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?

NO SÍ 2 ☐

¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?

NO SÍ

A3

En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p.ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?

NO SÍ 3

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

NO SÍ 4

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?

NO SÍ 5

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?

NO SÍ 6

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?

NO SÍ 7

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?

NO SÍ 8

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?

NO SÍ 9

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:
¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SÍ

SI EL PARTICIPANTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MODULO SIGUIENTE:

A4

- a **¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?**
NO SÍ 10
- b **¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?**
NO SÍ 11

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE

¿CODIFICÓ SÍ EN A4-b?

NO SÍ

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes: Puntos:

- C1 ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?**
NO SÍ 1
- C2 ¿Ha querido hacerse daño?**
NO SÍ 2
- C3 ¿Ha pensado en el suicidio?**
NO SÍ 6
- C4 ¿Ha planeado cómo suicidarse?**
NO SÍ 10
- C5 ¿Ha intentado suicidarse?**
NO SÍ 10
- A lo largo de su vida:**
- C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?**
NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO SÍ

**SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO**

RIESGO DE SUICIDIO

1-5 puntos Leve
6-9 puntos Moderado
10 puntos Alto

E. Trastorno de angustia

(☐ Significa: rodear con un círculo NO en E5 y pasar directamente a F1) ☐

E1

a **¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?** ☐

NO SÍ 1

b **¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?**

NO SÍ 2

E2

¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?

NO SÍ 3

E3

¿Ha tenido una de esta crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?

NO SÍ 4

E4

Durante la peor crisis que usted puede recordar:

a **¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o rápido?**

NO SÍ 5

b **¿Sudaba o tenía las manos húmedas? NO SÍ 6 c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?**

NO SÍ 7

d **¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?**

NO SÍ 8

e **¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?**

NO SÍ 9

f **¿Notaba dolor o molestia en el pecho?**

NO SÍ 10

g **¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?**

NO SÍ 11

h **¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?**

NO SÍ 12

i **¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?**

NO SÍ 13

j **¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?**

NO SÍ 14

k **¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?**

NO SÍ 15

l **¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?**

NO SÍ 16

m **¿Tenía sofocaciones o escalofríos?**

NO SÍ 17

E5

¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?

NO SÍ = Trastorno de angustia de por vida

E6

SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?

NO SÍ = Crisis actual

SI E6 = SÍ, PASAR A F1 = con síntomas limitados.

E7

¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?

NO SÍ 18 = Trastorno de angustia actual

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(☐ Significa: ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo -NO- en cada una y continuar con el siguiente módulo) ☐

O1

a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? ☐

NO SÍ 1

b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?

NO SÍ 2 ☐

Codificar SÍ, si la ansiedad del participante es restringida exclusivamente, o mejor explicada por cualquiera de los trastornos previamente discutidos.

NO SÍ 3 ☐

O2

¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?

NO SÍ 4

O3 Codifique NO si los síntomas se limitan a rasgos de cualquiera de los trastornos previamente explorados.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?

NO SÍ 5

b ¿Se sentía tenso?

NO SÍ 6

c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?

NO SÍ 7

d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?

NO SÍ 8

e ¿Se sentía irritable?

NO SÍ 9

f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?

NO SÍ 10

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO SÍ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: LA RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD CON LA CONDUCTA SUICIDA DE SUJETOS CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Esta es una invitación a participar en un estudio de investigación que se realiza en el Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñiz*”. A continuación, se brinda la información sobre el estudio. Todas las preguntas serán contestadas, con el propósito de que se pueda decidir si participar o no, y otorgar o no el consentimiento informado.

Objetivo del estudio:

El objetivo es determinar la asociación entre las características de la personalidad (la forma de ser, relacionarse con otros, manejar las emociones y decidir sobre los comportamientos, que tiene cada persona) y la conducta suicida (se refiere a pensamientos, planes o actos que una persona puede tener en relación a causar su propia muerte), en personas con diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático (una condición que se puede presentar después de haber vivido un suceso sumamente estresante o amenazante).

El estudio consiste en la aplicación de cuatro cuestionarios y una entrevista: el primero para obtener algunos datos generales como edad, sexo, estado civil, actividad laboral; dos más dirigidos a evaluar las características de la personalidad, uno para evaluar síntomas de estrés posttraumático; en la entrevista se investigará la presencia de síntomas depresivos, de ansiedad y de suicidio.

La participación no tendrá costo alguno, la duración promedio de la colaboración será de aproximadamente **75** minutos.

La participación es voluntaria y en cualquier momento un participante puede retirarse del estudio sin previo aviso y sin que esto tenga alguna consecuencia en su atención en la Institución.

La información individual de los participantes obtenida durante el estudio será completamente confidencial. No se anotará el nombre ni otro dato de identificación de ninguno de los participantes, sino que se les asignará un código numérico para su registro. Ningún dato que permitiera identificar a algún participante aparecerá en ningún reporte o publicación. Todos los datos estarán bajo resguardo exclusivo del investigador principal, y solo tendrán acceso a ellos los involucrados en el estudio. Los datos se encontrarán guardados en un equipo electrónico, el cual se encontrará protegido con una contraseña y al que sólo tendrá acceso el investigador principal. Este equipo electrónico se encontrará bajo resguardo en un gabinete con seguro dentro de la institución. Adicionalmente, se aclara que la información se encontrará bajo resguardo el tiempo que dure el estudio (2 años) y posteriormente será eliminada.

Durante la aplicación de los cuestionarios, existe el riesgo de que algún participante presenten cierto descontrol emocional, ansiedad o intranquilidad, ante lo cual se brindará contención verbal amplia, es decir, un profesional de la salud mental hablará con la persona, hasta que se sienta en calma.

Como beneficio indirecto, los resultados del estudio aportarán conocimiento sobre la posible asociación entre el diagnóstico de estrés posttraumático, las características de la personalidad y el riesgo suicida, información que podría ser útil para desarrollar programas de atención que ayuden a la prevención de riesgo suicida de futuras personas con estas condiciones.

Como beneficio directo se entregará un folleto en el cual se explicarán los pasos del “Plan de Seguridad”, el cual es una intervención efectiva y práctica para actuar en caso de crisis emocional, con el propósito de disminuir conductas de riesgo y de suicidio, esto sin costo alguno.

Se entregará una copia de esta carta a cada participante, con la finalidad de que se pueda consultar esta información en cualquier momento, así como para tener los datos del investigador principal en caso de que exista alguna duda con respecto a este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Estoy de acuerdo con que se consulte mi expediente clínico, por única ocasión, para propósitos de esta investigación.

SI NO

Nombre del Participante	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

Nombre Testigo 1	Firma	Fecha
------------------	-------	-------

Nombre del Testigo 2	Firma	Fecha
----------------------	-------	-------

Nombre del Investigador	Firma
-------------------------	-------

Dr. José Carlos Medina Rodríguez. **Instituto Nacional de Psiquiatría.** Calz. México-Xochimilco 101, Colonia, Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, CDMX. Teléfono: 4160-5467. Correo: jcmédinar@imp.edu.mx

Fecha: ____/____/____.

Autorización y permiso para revisión y uso en investigación de datos de expedientes clínicos.



LA RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD CON LA CONDUCTA SUICIDA DE SUJETOS CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO



Autorización para revisión y uso en investigación de datos de expedientes clínicos

Comité de ética en investigación

Ciudad de México a 23 de junio del 2020

Presente.

Por medio de la presente se hace de su conocimiento que se ha solicitado la autorización a el Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco, responsable del resguardo de la información contenida en los expedientes del archivo clínico de 67 individuos con trastorno por estrés posttraumático que sean atendidos en la consulta externa.

Lo anterior tiene como objetivo complementar datos necesarios para el proyecto de tesis titulado "*La relación de las características de la personalidad con la conducta suicida de sujetos con estrés posttraumático*", el cual presenta el médico residente José Carlos Medina Rodríguez para la obtención del grado de especialización en psiquiatría, teniendo como tutores al Dr. Ilyamín Merlín García y al Dr. Ismael Aguilar Salas. Este proyecto ya ha sido aprobado por el Comité de tesis y tiene como finalidad investigar la relación que existe entre las características de la personalidad y la conducta suicida de sujetos con diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático que son atendidos en el servicio de la consulta externa del INPRFM.

Agradecemos la atención prestada a la presente por parte del Dr. Raúl I. Escamilla, y quedamos a sus órdenes para la aclaración de cualquier duda que surja durante la realización del proyecto.

Médico residente que solicita:

Dr. José Carlos Medina Rodríguez

Universidad Autónoma Mampelizana
Dr. Ismael Aguilar Salas
Ciudad Provenzal Comité de Especialidad en Geriatria
Dr. Ismael Aguilar Salas

Tutores: Dr. Ilyamín Merlín García.

ve. Bo.

Autoriza: Dr. Raúl Iván Escamilla Orozco.