

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

HISTORY OF CHILD ABUSE ASSOCIATED WITH SUICIDAL BEHAVIORS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Vigo Novoa Claudia Katherine¹
Sánchez Rivera Hugo Martín²

Recibido: 11 de julio del 2018
Aceptado: 25 de julio del 2018

RESUMEN

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

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, prospectivo de tipo correlacional que evaluó a 39 pacientes del servicio de psiquiatría del Centro de Salud Mental "El Porvenir" con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite. Se usó la encuesta EPCA (escala de pensamientos y conductas autolesivas) modificada para conductas suicidas y el "cuestionario de trauma infantil" (CTQ-SF) versión corta y en español.

Resultados: La frecuencia de conductas suicidas fue de 67% del total de pacientes con TLP; el análisis bivariado para la asociación de ambas variables de estudio mostró que las variables con mayor significancia ($p < 0,05$) fueron el antecedente de abuso sexual infantil OR: 10,29 IC 95% [1.69-62.74] ($X^2=7.863$, $p=0.005$) y negligencia emocional OR: 15.63 IC 95% [1.58-154.28] ($X^2=7.977$, $p=0.005$). Los antecedentes de abuso físico durante la infancia OR: 7,5 IC 95% [0.69-80.96] ($X^2: 3.482$; $p=0,062$), abuso emocional ($X^2: 4.216$; $p=0.105$) y la negligencia física ($X^2: 4.216$; $p=0.105$) no mostraron asociación con el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con TLP.

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

Palabras Clave: Trastorno límite de la personalidad, abuso físico, suicidio

1 Escuela de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo-Perú
2 Centro de Salud Mental Comunitario "El Porvenir", Trujillo- Perú

ABSTRACT

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

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

Results: The frequency of suicidal behaviors was 67% of the total of patients with BPD; the bivariate analysis for the association of both study variables showed that the variables with the most significance ($p < 0.05$) were the history of childhood sexual abuse OR: 10.29 95% CI [1.69-62.74] ($X^2 = 7.863$, $p = 0.005$) and emotional negligence OR: 15.63 IC 95% [1.58-154.28] ($X^2 = 7.977$, $p = 0.005$). The history of physical abuse during childhood OR: 7.5 IC 95% [0.69-80.96] ($X^2: 3,482$; $p = 0.062$), emotional abuse ($X^2: 4.216$; $p = 0.105$) and physical neglect ($X^2: 4.216$; $p = 0.105$) showed no association with the development of suicidal behaviors in patients with BPD.

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

Key Words: Borderline Personality Disorder, Physical Abuse, Suicide

INTRODUCCIÓN

Pese a que se han realizado diversas investigaciones sobre las conductas suicidas durante las últimas décadas y tomando en cuenta la alta frecuencia de pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad vistos en los centros de salud mental, de los cuales el 75% son mujeres y el 75% de ellas registra en sus antecedentes haber sufrido de abusos sexuales o psíquicos⁽¹⁾, así como el 75 % de estas tiene conductas autolesivas y el 10% llega al suicidio consumado, lo que afecta gravemente el funcionamiento cotidiano del paciente^(2,3) el trastorno límite de la personalidad en la actualidad es la condición más frecuente del eje II según el DSM –IV y uno de los diagnósticos más costosos que enfrenta el sistema de salud⁽⁴⁾. Estos datos han sido identificados en el centro de salud mental comunitario "El Porvenir", en el distrito del Porvenir, en la ciudad de Trujillo.

El TLP es considerado, por lo tanto, como una condición psiquiátrica seria y compleja para el paciente que lo padece debido a las alteraciones que presenta como desregulación de los afectos, inestabilidad de la autoimagen e identidad y pobre control de los impulsos. Este trastorno alcanza su máxima expresión clínica al inicio de la vida adulta; siendo el mayor problema el pobre control de las emociones e impulsos, lo que los lleva a reaccionar de manera explosiva aumentando el riesgo de comportamientos autolesivos o incluso hasta intentos suicidas, por lo que la conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio^(5,6,7,8)

Una serie de investigaciones indican que en su origen se encuentran implicados tanto factores biológicos (ejemplo: el temperamento) como también psicosociales (ejemplo: acontecimientos adversos en la infancia)⁽⁹⁾. Al mismo tiempo el origen de las conductas podría ser explicado por tres teorías, la primera es dada porque los pacientes con TLP que se desarrollan en ambientes tempranos invalidantes son más vulnerables a las autoinjurias para poder regular dichos afectos negativos; la segunda indica que al desarrollarse en estos ambientes los sujetos aprenden a aceptar al castigo y la invalidación; finalmente el tercero explica que por medio de las autolesiones los pacientes intentan evadir alguna emoción displacentera, un recuerdo traumático o una experiencia de despersonalización.^(10, 11, 12)

La Organización Mundial de la Salud señala que el maltrato en la infancia, también denominado abuso y negligencia, incluye todas las formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia y explotación que dan lugar a daño actual o potencial en la salud, desarrollo o dignidad del niño⁽¹³⁾

En el presente artículo se busca demostrar la asociación entre el antecedente de abuso infantil con el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite, ya que al establecer dicha relación se pueda concientizar a las autoridades sobre el gran problema que genera el abuso en los menores y de esta manera incitar a mejorar la leyes relacionadas con la protección de menores.

Así mismo se busca estimar la frecuencia del abuso infantil, debido a que si es detectado de manera temprana y se logra dar un tratamiento oportuno cuando el paciente es expuesto se disminuirá en un futuro la incidencia de pacientes con diagnóstico de TLP, también se buscará la frecuencia de las conductas suicidas y se describirán sus características generales debido a que con el tiempo estos comportamientos llegan a dañar las relaciones del individuo con su entorno y a largo plazo lo vuelven más invalidante y resentido⁽¹⁴⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

Área de estudio

Se realizó en el centro de salud mental comunitario "El Porvenir", ubicado en el distrito de El Porvenir en la ciudad de Trujillo

Población y muestra

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, de tipo correlacional donde se evaluaron a 39 pacientes con TLP que acuden a consulta externa y que cumplieron con los criterios de inclusión, utilizándose un muestreo probabilístico que permitió que todos y cada uno de los participantes de la muestra tengan la misma probabilidad de ser seleccionados⁽¹⁵⁾

El periodo de reclutamiento tuvo lugar entre agosto del 2017 a enero del 2019. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que sufrieron abuso después de los 18 años o que recibieron tratamiento en la infancia posterior al abuso, así como también aquellos en que las conductas suicidas estuvieron influenciadas por el consumo de otras sustancias o por otros diagnósticos psiquiátricos.

Definiciones-Mediciones

Se considera como antecedente de abuso infantil cuando el participante obtiene más de 5 puntos para cualquiera de las 5 subescalas del "Cuestionario de trauma infantil" (CTQ-SF) versión en

español. Las conductas suicidas son definidas como las alteraciones tanto conductuales como el intento de suicidio o las autolesiones de quien responde con un sí al ítem de "autolesiones" de la encuesta EPCA (Escala de pensamientos y conductas autolesivas) modificada.

Procedimientos

Para obtener los datos de dicha investigación se usaron dos técnicas de recolección de datos como fueron la observación para lograr identificar a los pacientes con diagnóstico de TLP en las historias clínicas evaluadas y el uso de la encuesta para recoger datos de ambas variables⁽¹⁶⁾, por lo que una vez obtenido el permiso por el director del centro de salud mental se inició la recolección de los datos, seleccionándose al azar a los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite. A continuación se aplicó la encuesta para conductas suicidas EPCA modificada a los pacientes con TLP, la cual es una versión traducida de la escala Self-Injurious Thoughts ad Behaviors Interview (SITBI) donde se evalúan 6 subescalas, de las cuales se tomaron en cuenta solo 2 que fueron los pensamientos relacionados con las autolesiones y las autolesiones que contienen 26 y 27 ítems respectivamente.⁽¹⁷⁾

Posteriormente se aplicó la encuesta CTQ-SF versión corta y en español, la cual evalúa cinco subescalas, entre ellas el abuso emocional, físico y sexual y dos evalúan el abandono físico y emocional, repartidas en el cuestionario en 28 ítems con una escala de respuesta tipo Likert para cada ítem del 1 al 5, donde se consideró para cada subescala una puntuación entre 5 (sin antecedentes de abuso o abandono) a 25 (muy extremo historia de abuso y abandono)⁽¹⁸⁾

Después de obtener los datos en ambas encuestas, se plasmaron los resultados en la ficha de recolección de datos "Antecedentes de las conductas suicidas del paciente límite" elaborada por la autora y una vez alcanzada la población objetivo se procedió al análisis estadístico

Análisis de datos

Los datos encontrados que estuvieron consignados en las hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el software estadístico SPSS V 25 (IBM Statistics for Windows, Versión 25.0: Armonk NY: IBM Corp). Para la estadística descriptiva de las variables cualitativas como antecedente de abuso infantil, conductas suicidas y género se calcularon porcentajes que correspondan a las categorías de las variables, para la variable cuantitativa edad se calculó las medidas de tendencia central y de dispersión: promedio y desviación estándar⁽¹⁹⁾.

Para el análisis estadístico se usó la prueba Chi Cuadrado (χ^2) y test exacto de Fisher; también se obtuvo el OR con su IC al 95 % correspondiente para cada antecedente en relación a las conductas suicidas. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).⁽²⁰⁾

Aspectos éticos

La investigación se realizó respetando la ética médica en la recolección y análisis de datos, teniendo en cuenta los principios éticos de privacidad y de confidencialidad establecidos por la declaración de Helsinki II; así mismo se obtuvo el permiso del Comité de Investigación y Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego.

RESULTADOS

De los pacientes con TLP se encontró que el 79% habían presentado abuso sexual, otro 90% tenía el antecedente de abuso físico en la infancia, el 95% sufrió abuso emocional, otro 95%

fue víctima de negligencia física y el 85% pasó por negligencia emocional tal como se muestra en la tabla 1.

La frecuencia de conductas suicidas fue de 67% del total de pacientes con TLP y de estos 22 (84.6%) fueron mujeres y 4 (15.4%) hombres, tal como se observa en la tabla 2. Así mismo la edad promedio de los participantes con conductas suicidas fue de 24.19 años con una desviación estándar de ± 6.56 años; frente a una edad promedio de 25.84 años con una desviación estándar de ± 5.38 años para quienes no presentaron conductas suicidas.

La tabla 3 muestra el análisis bivariado para la asociación de ambas variables del estudio donde se mostró que las variables con mayor significancia ($p < 0,05$) fueron el antecedente de abuso sexual infantil OR: 10,29 IC 95% [1.69-62.74] ($X^2=7.863$, $p=0.005$) y negligencia emocional OR: 15.63 IC 95% [1.58-154.28] ($X^2=7.977$, $p=0.005$).

No se encontró asociación entre el antecedente de abuso físico durante la infancia OR: 7,5 IC 95% [0.69-80.96] ($X^2: 3.482$; $p=0,062$) y el desarrollo de conductas suicidas; así como tampoco el abuso emocional ($X^2: 4.216$; $p=0.105$) y la negligencia física ($X^2: 4.216$; $p=0.105$) mostraron asociación al encontrar un valor de p mayor de 0,05.

Finalmente, al caracterizar las conductas suicidas según la EPCA se encontró que el promedio de edad de inicio fue temprano tanto para los pensamientos relacionados con las autolesiones como las autolesiones se obtuvieron valores de 13.9 ± 6 años y 12.2 ± 7.1 años respectivamente. En relación con el origen se encontró que la gran mayoría lo hizo para deshacerse de pensamientos negativos o sentimientos de vacío, así como para aumentar el reforzamiento positivo social (llamar la atención de una persona o comunicarse con alguien). El número de veces que se realizaron las autolesiones fue de 17,5 veces en promedio y los métodos más usados fueron los cortes con un valor de 59% seguidos de golpearse a propósito (44%), morderse (41%), arrancarse el cabello (29%).

DISCUSIÓN

En base a los resultados presentados se logró validar la hipótesis propuesta de que al experimentar un niño algún evento traumático, este hecho aumentaría la posibilidad de ser diagnosticado con TLP y presentar conductas suicidas.

En la población estudiada se encontró una alta prevalencia de eventos adversos durante la infancia; de los cinco tipos de abuso el de mayor valor fue el abuso emocional y la negligencia física con un 95%, seguidos del abuso físico con un 90%, un 85% por negligencia emocional y en menor medida un 79% por abuso sexual. La investigación realizada por Álvarez y Pueyo reveló que los pacientes con trastorno de personalidad límite presentan una mayor tasa recurrente de ser atacados ya sea sexual y/o físicamente, aumentando incluso hasta 10 veces el intento de suicidio en quienes lo padecen⁽²¹⁾. En nuestro caso, la frecuencia de abuso sexual fue menor comparada con otros tipos de abuso, pero igual se puede encontrar una asociación con las conductas suicidas debido a que según Meza Rodríguez dichos eventos durante la infancia activan el sistema hipotalámico- pituitario adrenal-, el que relacionado con una hiperactivación del sistema serotoninérgico, llevan a que se manifiesten en conductas impulsivas⁽²²⁾

Una investigación presentada por Soloff P y Chiappetta H en el 2012 reconoce que más del 70% de pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite ha intentado suicidarse, en nuestro estudio se encontró que la frecuencia de conductas suicidas fue de un 67%.⁽²³⁾

La frecuencia de conductas suicidas fueron mayores en mujeres con diagnóstico de TLP que en los hombres. Esto reafirma lo descrito en la bibliografía en la que se describe que las conductas

suicidas, sobre todo los intentos de autolisis, son más frecuentes en el sexo femenino, mientras que los hombres se suicidan con mayor frecuencia. Esta diferencia podría deberse a que los hombres usan métodos más peligrosos y radicales. ^(24,25)

De los antecedentes propuestos, los únicos que mostraron asociación con el desarrollo de conductas suicidas fueron el abuso sexual y la negligencia emocional. En estudios anteriores también se destacó como el factor más influyente en las conductas suicidas el abuso sexual. Lopez-Castroman J y cols en el 2013 reportaron que características del abuso sexual como fueron su aparición temprana ($r = -0,273$; $p = 0,048$) y la duración del abuso ($r = 0,293$; $p = 0,004$) se asociaron con más intentos de suicidio durante toda la vida. Yoshiyama M, Apaza E en el 2011 encontraron que en el Perú el 58,1% de la población que intentó suicidarse tenían antecedente de abuso sexual. ^(26,27)

En cuanto a las características de las conductas suicidas se encontró que el promedio de edad de inicio fue temprano tanto para los pensamientos relacionados con las autolesiones como con las autolesiones: se obtuvieron valores de 13.9 ± 6 años y 12.2 ± 7.1 años respectivamente. Estos resultados contrastan con el estudio de Mollá y cols (2015) en el que se encontró que la edad más frecuente de inicio se sitúa entre los 11 y los 15 años, y la media a los 12.5 años ⁽²⁸⁾. Por otra parte, se encontró que las autolesiones practicadas con mayor frecuencia fueron los cortes superficiales seguidos de los golpes a propósito y de las mordeduras, lo cual contrasta con la bibliografía descrita debido al poco control de las emociones, la inestabilidad y el descontrol de los impulsos que llevan a dichos pacientes a autolesionarse ⁽⁷⁾. Estudios anteriores, como el propuesto por Villarroel y cols, señalan que uno de los orígenes de las autoinjurias son los afectos negativos agudos e intensos que, sumados a ambientes tempranos invalidantes, vuelven a los pacientes más vulnerables a la inestabilidad emocional. Así las conductas autolesivas se convierten en un medio para regular estos afectos negativos. Esto se demuestra en los resultados debido a que la gran parte de los pacientes que se autolesionaron lo hizo para deshacerse de pensamientos negativos y de sentimientos de vacío. ^(10,11, 12)

LIMITACIONES

En esta investigación no se tomó en cuenta algunas variables intervinientes que también podrían influir en alguna medida en el desarrollo de dichas conductas. Estas variables son las actitudes del entorno tanto familiar y social que fomentaría la dependencia emocional y el consumo de sustancias, los antecedentes familiares y la comorbilidad con otros trastornos del estado del ánimo, ya que la presencia de síntomas afectivos condiciona en estos paciente una peor calidad de vida, un elevado número de hospitalizaciones y alto riesgo de suicidio ⁽²⁹⁾.

Se debe considerar que al aplicar el CTQ-SF en español pudieron aparecer sesgos de memoria como de información por parte de los encuestados. Se aconseja que estudios posteriores aumenten el tamaño de la muestra para obtener una mayor validez de los resultados, ya que en la presente investigación no se encontró asociación entre el abuso físico, el abuso emocional y la negligencia física con las conductas suicidas. Este resultado podría ser explicado por la cantidad de pacientes encuestados y porque algunos de ellos no aceptaron contestar la encuesta, lo cual limitó la ejecución de esta.

CONCLUSIONES

Se demostró que el abuso sexual y la negligencia emocional durante la infancia se asociaron con el desarrollo de conductas suicidas en pacientes con TLP. También se encontró que el antecedente de abuso físico, abuso emocional y negligencia física no estuvieron asociados de manera independiente con las conductas suicidas en pacientes con TLP.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que con base en los resultados obtenidos en esta investigación, las autoridades mejoren las leyes para controlar y reducir la frecuencia de abuso infantil. También se aconseja que al detectar el abuso infantil se brinde un tratamiento adecuado y oportuno para disminuir la incidencia de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que llegan a desarrollar conductas suicidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno M, Medina A. Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de la personalidad. *Psiquiatría.com*. 2006; 10(1): 1-16
2. Vásquez-Dextre E. Terapia dialéctico conductual en el trastorno límite de la personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Rev Neuropsiquiatría*. 2016; 79 (2): 108-118.
3. Rodríguez S, Gómez A, Ramírez A. Eficacia del tratamiento ambulatorio versus internamiento en pacientes con trastorno límite de personalidad. *Revista Cuidándote digital*. 2015; 11 (3): 1-25.
4. Hughes A, Crowell S, Uyeji L, Coan J. A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 ; 40 (1): 21–33.
5. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de la personalidad límite. *Rev Med Chile*. 2014; 142 (1): 204-210.
6. Díaz R. Psicoterapia evolutivo - constructivista: revisión de un caso de trastorno límite de la personalidad. *Cipra*. 2013: 1-33
7. Cuevas C, López A. Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12 (1): 97-114.
8. Vargas H, Saavedra J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista Neuropsiquiatría*. 2012; 75 (1): 19-28
9. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New A, Leweke F. Borderline personality disorder. *Focus*. 2013; 11(2): 249-260.
10. Villarroel J, Jerez S, Montenegro M, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatría*. 2013; 51 (1): 38-45.
11. Méndez M. Trastorno de la personalidad borderline: claves de la lectura desde la teoría analítica de C.G.Jung. *Rev GPU*. 2014; 10 (4): 427-436.
12. Mosquera D, González A. Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de la personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2013; 3 (3): 1-35.
13. Kokoulina E, Fernández R. Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2014; 19(2): 93-103.
14. Reyes M, Vargas A, Tena A. Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*. 2015; 23 (2): 66-76.
15. Pineda E, De Alvarado E, De Canales F. Metodología de la investigación (Manual para el desarrollo del personal de salud), 2da edición. Panamá: Paltext²; 1994: 84-114.
16. López V, Pérez J. Técnicas de recopilación de datos en la investigación científica. *Revista de actualización clínica*. 2011; 10(1): 485-48

17. García R, Blasco H, Paz M, Baca E. Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. *Revista Psiquiatría Salud Mental (Barcelona)*. 2013; 6(3):101-108
18. Clemens V, Huber M, Plener P, Brähler E, Brown R, Fegert J. Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European journal of psychotraumatology*. 2018, 9 (1): 1-10
19. Mata P, Reynoso F, Salazar A. Conceptos básicos de estadística descriptiva útiles para el médico. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*. 2006;7(1):42-46
20. Gonzalez J, Lázaro C, Romero P. Estadística analítica –Capítulo 23 [Capítulo en línea]. Consultado en 2017; 177-186. Disponible en :https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Romero_Aroca/publication/275021061_Estadística_analitica/links/55bfd44d08aed621de13a24c/Estadística-analitica.pdf
21. Venta A, Kenkel-Mikelonis R, Sharp C. A preliminary study of the relation between trauma symptoms and emerging BPD in adolescent inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2012; 76(2):130-146.
22. Pereda N, Gallardo- Pujol D, Jiménez R. Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas Psiquiatría*. 2011; 39(2):131-139
23. Soloff P, Chiappetta L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in BPD at 6 Year Follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012; 169 (5): 484-490
24. Gonzales M, Lorenzo M, Luna A, Gómez M, Imbernón E, Ruiz J. Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud 2008-2010. *Semergen*. 2012; 38 (7): 439-444
25. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016; 3(1): 9-18.
26. Lopez-Castroman J, Melhem N, Brimaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 2013; 12:149–154.
27. Yoshiyama M, Apaza E. Antecedente de abuso sexual en pacientes mujeres hospitalizadas por intento de suicidio y trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizan”*. 2011; 12 (2): 37-42
28. Mollá L, Batlle S, Treen D, López J, Sanz N, Martín L, et al. Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2015; 20 (1): 51-61.
29. Fortes J, Sánchez A, Antequera J. Trastorno límite de la personalidad. ¿Sabemos de qué estamos hablando? Cómo reconocerlo. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*. 2012; 16 (12): 1-9.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Antecedente de abuso infantil en pacientes con diagnóstico de TLP que acuden al servicio de psiquiatría del centro de salud mental comunitario “El Porvenir”

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

Fuente: Datos provenientes de la ficha de recolección

Tabla 2: Conducta suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite que acuden al servicio de psiquiatría del centro de salud mental comunitario “El Porvenir”

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

Distribución de género y edad en pacientes con TLP y conductas suicidas

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

Tabla 3: Antecedente de abuso infantil según conducta suicida en pacientes con TLP que acuden al servicio de psiquiatría del centro de salud mental comunitario “El Porvenir”

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

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

Fuente: Datos procesados en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25

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