



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Relación entre maltrato infantil e intentos de
suicidio en personas diagnosticadas con trastorno
bipolar tipo I.**

**CRISTÓBAL ALEJANDRO ASPILLAGA ANGIORAMA
KATHERINE BELÉN DUBO MORALES
RENZO IVÁN ORTIZ ESPINOZA**

Profesor Guía: Paula Solervicens Silva.

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso,
como requisito para optar al grado académico de licenciado en psicología

Enero, 2019
Valparaíso, Chile

DEDICATORIAS

A nuestra profesora Paula Solervicens, por su incansable paciencia, cariño y disposición para apoyarnos durante el arduo proceso de investigación.

Al profesor Javier Morán, por su trabajo con los programas estadísticos, sin su apoyo, éstas no habrían dado resultado.

A Ulises Ríos, por poner a disposición su trabajo y brindarnos la oportunidad de investigar.

A nuestras familias y amistades, por su apoyo, contención y risas durante los momentos difíciles de este proceso.

Y al equipo de investigación porque de no hacerlo juntos, todo el esfuerzo habría sido en vano.

AGRADECIMIENTOS

Katherine:

*A mi familia, por apoyarme durante este largo proceso
A mi compañero, por traer calma en tiempos difíciles
A mis profesoras y profesores, por tenerme infinita paciencia y creer en mí*

Cristóbal:

*A mi familia por apoyarme y soportarme durante mi vida universitaria y en especial este último año de tesis.
A mi hermana María Fernanda Aspillaga, mi hermana y mi ejemplo a seguir en la vida.
A las personas que conocí este último tiempo y que se volvieron un apoyo vital para todo este proceso.*

Renzo:

*A mis padres Ximena y Nelson, por ser mi modelo a seguir y por su apoyo incondicional durante este proceso y durante la vida, sin ellos nada hubiera sido posible.
A mi familia que siempre demostró su apoyo y cariño incondicional.
Al Coro Humanidades UV y Ximena Soto por tantos años de música y cariño, por ser uno de los lugares que me permitió aprender de la amistad, el cariño y el trabajo en equipo, que la música siempre nos vuelva a juntar.
A la gente que de una u otra forma siempre con buena onda demostró su apoyo y cariño, amigos y conocidos.
A mí mismo, por ser capaz de demostrar con hechos mis propias capacidades e ideales en la vida.*

Tabla de contenidos

I. Introducción.....	6
II. Marco teórico.....	9
Trastorno Bipolar.....	9
Abuso Infantil.....	12
Suicidio.....	17
III. Objetivos.....	19
IV. Hipótesis.....	20
V. Metodología.....	20
Participantes.....	20
Procedimientos.....	21
Antecedente de Trauma Infantil.....	22
Pruebas Estadísticas.....	22
VI. Resultados.....	23
Análisis Descriptivo.....	23
Estadísticos Descriptivos Demográficos.....	23
Estadísticos Descriptivos Clínicos.....	24
Correlaciones.....	27
VII. Conclusiones.....	29
VIII. Discusión.....	29
IX. Anexos.....	38

Lista de tablas

Tabla 1: Edad de participantes por rango etario.....	24
Tabla 2: Frecuencia de participantes por sexo.....	24
Tabla 3: Número de intentos de suicidio por intervalo.....	25
Tabla 4: Frecuencias en ausencia o presencia de abuso sexual.....	26
Tabla 5: Frecuencias en ausencia o presencia de abuso psicológico.....	26
Tabla 6: Frecuencias en ausencia o presencia de abuso físico.....	27
Tabla 7: Correlaciones.....	28

Lista de figuras

Figura 1: Edades por rango.....	24
Figura 2: Frecuencias por sexo de participantes.....	

Resumen

En el siguiente estudio se exploran relaciones entre antecedentes de distintos tipos de maltrato infantil como factor de riesgo para mayores intentos de suicidio, considerando el número de hospitalizaciones atribuibles esta causa en personas diagnosticadas con trastorno bipolar tipo I. Con estos propósitos, se obtiene la muestra a través de entrevistas clínicas, siguiendo las pautas del instrumento Childhood Trauma Questionnaire, en pacientes en controles regulares que se encuentran en etapa de eutimia, en el Hospital Salvador de Valparaíso. A través del análisis de los datos obtenidos, y teniendo en cuenta las limitaciones del estudio en cuanto a un tamaño muestral pequeño, se infiere que las relaciones reconocidas entre las variables no son estadísticamente significativas, para ninguno de tres tipos de abuso que fueron evaluados en las entrevistas.

I. Introducción

El Trastorno Afectivo Bipolar (TB) es una patología caracterizada por una alternancia de los estados anímicos polarizados entre un estado de ánimo exaltado, denominados episodios maníacos, y episodios depresivos, fase caracterizada por un estado emocional bajo, de inhibición y de pensamientos de muerte (MINSAL, 2013). En Chile se ha observado una prevalencia de vida de 2,2% para esta agrupación diagnóstica (Vicente, 2002). El trastorno bipolar es una condición crónica, de curso fásico y recurrente, que limita en gran parte funcionalidad de él o la consultante y que afecta ampliamente su calidad de vida. (Müller-Oerlinghausen et. al., 2002). De la misma manera, representa una gran carga socioeconómica y conlleva una alta estigmatización de no ser tratada de forma multidimensional; a partir del año 2013, se integra a las Garantías Explícitas en Salud (GES), garantizando acceso rápido y un tratamiento multidisciplinario de esta enfermedad y el acceso a redes especializadas. Debido a las características de esta enfermedad, está asociada a una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (Merikangas et. al., 2011) y, similarmente a otros trastornos afectivos, posee una alta y preocupante tasa de mortalidad (Angst et. al., 2002).

Se comprende por lo tanto la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento del trastorno bipolar, como también en los programas destinados a la prevención del suicidio.

El suicidio conceptualmente es entendido como la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. El suicidio es una urgencia vital ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino

también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida. (Echeburúa, 2015). Así, Chile se encuentra entre los países miembros de la OCDE con mayores tasas de suicidio: pasó de estar en el lugar 17, con una tasa de 11 muertes por cada 100.000 habitantes, en el informe de 2011 (OCDE, 2011), a ubicarse en el lugar 13 con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes en el informe de 2013 (OCDE, 2013). Esto se traduce en que a nivel nacional mueren por suicidio entre 5 a 6 personas al día, lo que representa cerca del 2% del total de muertes (Minsal, 2011).

En el marco de esta investigación, se considerarán las experiencias de abuso sexual infantil, en adelante ASI, como un factor que podría ayudar a explicar y predecir el número de intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar tipo I.

El ASI es una forma de maltrato infantil y es considerado una forma de vulneración grave de los derechos de la infancia. Se entiende como el involucramiento de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acordes a su desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad (MINSAL, 2011) En tanto a salud pública, la anteriormente citada Guía clínica de atención de niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, reconoce también eventos relacionados a la explotación sexual comercial infantil.

Este problema puede tener importantes consecuencias en el desarrollo de los y las niñas y/o adolescentes, tanto en esferas emocionales, conductuales, sociales y físicos, que van desde retrasos en el desarrollo, sintomatología ansiosa y relacionada al control de esfínteres, que posteriormente se puede expresar en conductas externalizantes como problemas de conducta en el colegio o bajo rendimiento escolar, incluso problemas derivados de la desregulación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal o trastornos disociativos en la edad adolescente. (Canton-Cortéz, 2015) Lo importante a destacar del estudio mencionado, es que muchas de las consecuencias a largo plazo están condicionadas por los métodos de afrontamiento que se pusieron en marcha tras la develación del abuso, identificando como variables intervinientes los métodos aproximativos de afrontamiento, las capacidades de resiliencia, y la formación de un apego seguro. Lo cual es un fuerte indicador de la importancia del estudio de los factores ambientales relacionados a la contención y acompañamiento de las personas víctimas de abuso sexual.

A la luz de estos hechos, se puede comprender por qué es referido como un “desafío clínico asistencial”, y es un problema en que la aproximación desde los programas de salud mental en general debe ser interdisciplinaria y compleja, que integre tanto tratamientos farmacológicos y seguimiento psiquiátrico, pero también debe verse reflejada en acciones que contemplen dinámicas de atención grupal, atención psicológica de contención y educación para la persona afectada, su familia y su comunidad.

Por lo tanto, respecto a las variables mencionadas se considera la asociación entre las variables de intentos de suicidio y los tres tipos de abuso en pacientes diagnosticados con TB I.

En concreto, las investigaciones en torno al trastorno bipolar y los factores que incidan en su curso o pronóstico pueden aportar evidencia que aporte a la inclusión de preguntas específicas en herramientas de screening que puedan detectar factores de riesgo a considerar para la orientación en un abordaje terapéutico, ya sea tanto en prácticas psiquiátricas o psicológico. Además, puede orientar la elaboración de políticas públicas, de educación comunitaria y concientización, educación para la diversidad y enfoques que incluyan la prevención en cuanto a la salud mental a nivel comunitario y nacional. Todo esto, con la finalidad de mejorar la calidad de las personas y sus familias.

Sobre la viabilidad de la investigación, al encontrarse al margen de una tesis doctoral, se encuentran aseguradas el acceso a la población objetivo y se encuentra aprobada por el comité de ética del Hospital El Salvador de Valparaíso.

II. Marco teórico

Trastorno Bipolar Aproximadamente 450 millones de personas sufren de trastornos mentales, como consecuencia de una compleja interacción entre los factores genéticos y ambientales (1). En ese contexto, el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB o TB) es considerado un trastorno crónico, cuya característica principal es la aparición de episodios agudos y constantes de alteraciones patológicas de humor. La recuperación luego de una fase aguda es generalmente significativa, incompleta y sin consecuencias (Miasso, A; Cassiani, S; Pedrão, L J. 2008).

Descrito en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) cuarta versión revisada (2008), el trastorno bipolar tiene un curso clínico caracterizado por la presencia de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Además, es frecuente que los sujetos hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Según Enciclopedia Salud (2016) la Eutimia es un estado de ánimo equilibrado y normal, caracterizado por una sensación de bienestar, relajación y tranquilidad. Está situado entre la distimia y la hipertimia.

Según Souza (2005), el tratamiento del trastorno bipolar se divide en tres fases: aguda, continuación y mantenimiento. Los objetivos del tratamiento de la fase aguda son: tratar manía sin causar depresión y / o consistentemente mejorar la depresión sin causar manía. La fase de continuación tiene como objetivo: estabilizar los beneficios, reducir los efectos colaterales, tratar hasta la remisión, reducir la posibilidad de recaída y aumentar el funcionamiento global. Finalmente, los objetivos del tratamiento de mantenimiento son: prevenir manía y / o depresión y maximizar la recuperación funcional, o sea, que el paciente continúe en remisión.

Los principales objetivos del tratamiento psicoterápico en el trastorno bipolar, según Perry et al. (1999), son: Adhesión: Resulta fundamental aumentar la adhesión del paciente al tratamiento; Funcionamiento social y ocupacional: Es importante además, mejorar el desempeño de los pacientes en actividades sociales y laborales Mejorar la detección de señales precoces de posibles recurrencias: Esto resulta ideal teniendo en cuenta que al lograr una detección oportuna se pueden prevenir los síntomas asociados a una recaída. Educar al paciente acerca de su enfermedad y sus medicamentos: Esto

implica explicar los síntomas, aclarar dudas respecto al pronóstico de la enfermedad, cambiar la mirada respecto a esta y establecer una visión a futuro más esperanzadora tanto para el paciente como su entorno más cercano, potenciando las redes de apoyo. Promover un estilo de vida saludable: Tomando medidas que ayuden a esto, como por ejemplo, regularizar el ciclo sueño-vigilia. Crear de forma colaborativa estrategias para lidiar con el proceso, las cuales si no son administradas adecuadamente pueden desencadenar en un episodio depresivo.

El curso de esta enfermedad es crónico y como tal, es un factor de riesgo importante en tanto comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y representa, como ha sido revisado en numerosas ocasiones (Becoña, 2001), un alto riesgo de suicidio de la misma forma que otros trastornos del ánimo (Retamal et al., 2007) (Luchinger et al., 2011) (Rhimer et al., 2015).

Según Souza (2005), la gravedad de la depresión bipolar y el riesgo de que el paciente bipolar cometa suicidio es alto. La tasa de prevalencia de suicidio comparada a la tasa observada en la población es en general 30 veces mayor (Jamison, 2000; Muller Oerlinghausen, 2001). Ésta es la primordial explicación para el retraso de 10 a 12 años en realizar el diagnóstico de enfermedad bipolar, sobre todo TB II. Situación de mucha importancia en vista de la magnitud del suicidio en la TB de tipo II, respecto del resto de las enfermedades del ánimo. En un estudio en Chile-Argentina casi todos los pacientes han tenido ideas suicidas de diversa intensidad y el 38% realizó algún intento de suicidio.

De acuerdo a la investigación de Tondo et al., encontraron que en el transcurso del periodo de vida, los intentos de suicidio en individuos con trastorno bipolar tipo 2 fue significativamente superior al compararlos con individuos con trastorno bipolar tipo 1 (21,9% versus 15.9%, respectivamente).

A partir de lo encontrado en una revisión bibliográfica, Souza (2005) menciona que existen evidencias de que varios tipos de psicoterapia pueden funcionar en el proceso de mantener eutímicos a los pacientes, donde menciona el estudio de Scott et al. (2001) que habla de los aportes de la terapia cognitiva, además se refiere a que según Miklowitz (1997) la terapia familiar también resulta un aporte y que según Colom et al. (2001) los grupos de apoyo proporcionan información, mejoran la autoestima y la adhesión al tratamiento en los pacientes diagnosticados con TB I.

Abuso Infantil Según Ramírez y Vera, (2001) existen diversas formas de maltrato, entre las cuales podemos destacar relevantes para la siguiente investigación: (1) Físico: Actos que atentan o agreden el cuerpo de la persona. (2)Psicológico: Conducta que tiene por objetivo causar temor, intimidar y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a la que se está agrediendo. (3)Sexual: Imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la persona.

El maltrato infantil es uno de los temas más preocupantes a nivel mundial debido a los altos niveles presentes en el mundo. Solo en Chile, el 73,6% de los niños y niñas sufre violencia física o psicológica de parte de sus padres o parientes. El 53,9% recibe castigos físicos y un 19,7% violencia psicológica. Un 26,4% de los niños, niñas y adolescentes nunca ha vivido situaciones de violencia por parte de sus padres (UNICEF,

2000). Lamentablemente estos datos se relacionan directamente, con el hecho de que la violencia física infligida hacia un niño, niña o adolescente, en adelante, NNA, posee un carácter “educador”. Acorde a la Organización mundial de la salud (OMS), el maltrato infantil es definido como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia o explotación comercial.

Dentro del espectro de situaciones que abarca el término “maltrato infantil”, nos centraremos en el abuso sexual infantil (ASI). El ASI es una forma de maltrato infantil y es considerado una forma de vulneración grave de los derechos de la infancia. Se entiende como el involucramiento de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acordes a su desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad (MINSAL, 2011) En tanto a salud pública, la anteriormente citada Guía clínica de atención de niños, niñas o adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, reconoce también eventos relacionados a la explotación sexual comercial infantil

En esta categoría, se incluye cualquier actividad con un niño o niña en la cual no hay consentimiento o este no puede ser otorgado. Esto incluye el contacto sexual que se consigue por la fuerza o por amenaza de uso de fuerza —independientemente de la edad de los participantes— y todos los contactos sexuales entre un adulto y un niño o niña —independientemente de si el niño o niña ha sido engañado o de si entiende la naturaleza sexual de la actividad—.El contacto sexual entre un niño más grande y uno más pequeño también puede ser abusivo si existe una disparidad significativa de edad, desarrollo o

tamaño corporal, haciendo que el niño menor sea incapaz de dar un consentimiento informado. (Berliner y Elliot, 2002)

La violencia sexual infantil se considera como un rompimiento de la continuidad y seguridad del NNA, ya que los hechos sexuales no pueden ser integrados simbólicamente por la persona debido a su nivel de desarrollo evolutivo, tanto emocional como cognitivamente. Estas situaciones, son por lo tanto una disrupción en los vínculos de seguridad y el ambiente deja de ser predecible para la víctima. (Álvarez, 2005)

En Chile se ha encontrado una prevalencia entre 5 y 11%, y es la primera causa de ingresos al área de Protección de Derechos del Servicio nacional de menores (SENAME), constituyendo el 38% del total. (Observatorio Abuso Sexual Infantil y Adolescente en Chile, 2016) Se entiende por poli victimización la exposición a distintas o reiteradas experiencias disruptivas y/o de maltrato (Finkelhor, 2011). Entendemos de esta forma, que las consecuencias a largo plazo del maltrato y la violencia sexual pueden ser más profundas que las inmediatas, especialmente en la población infanto juvenil, que se encuentra en una etapa de desarrollo afectivo y social, en el cual son vulnerables a un pobre desarrollo de habilidades o recursos individuales si es que se mantienen en espacios de vulneración, abuso de poder o poca contención. (Finkelhor, Ormord, Turner y Hamby, 2005)

De acuerdo a los marcos jurídicos actuales, rectificando los acuerdos para la protección de la infancia de la UNICEF (2012), se debe regular y procurar la protección de la infancia, considerando a los niños, niñas y jóvenes como sujetos de derechos. Se

han establecido jurídicamente las condiciones que garantizarían las condiciones para el desarrollo adecuado tanto físico como psicosocial de las NNA. De esta forma, se propone el permitir a los niños, niñas y adolescentes a crecer en ambientes libres de todo tipo de violencia.

En este contexto y considerando el alto porcentaje de NNA que se encuentran viviendo o que vivirán una vulneración de sus derechos, es que resulta necesario y urgente el desarrollo de programas que tomen el rol de agentes interventores externos, es decir, que puedan interrumpir el contexto de violencia y de proteger a la infancia, dando apoyo psicosocial pero también operando a nivel jurídico, aportando recursos que puedan evitar que se mantengan estas situaciones y prevenir una cronificación de estas, finalmente marcando una diferencia en el curso de la vida y el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes que han visto no sólo sus derechos, sino que también su sano desarrollo que ha sido afectado.

En cuanto a las consecuencias observadas en los casos de ASI, estas se dan de distinta manera dependiendo de la edad en la que ocurra este tipo de violencia y la sintomatología cambia a través de tiempo (Cantón-Cortés, 2015). De esta forma las expresiones sintomáticas durante la infancia son mayormente somáticas, como enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales. Además, se pueden presentar retrasos en el desarrollo y problemas internalizantes, es decir, ansiedad y retraimiento. Una de las expresiones más comunes es la aparición de conductas sexualizadas. Sobre esto último se entiende como el conjunto de conductas provocativas o sexuales inadecuadas a la edad, así como también como la masturbación pública o compulsiva.

(Observatorio de la infancia, 2006) Este conjunto de sintomatología ha sido considerado uno de los signos principales al momento de detectar abuso sexual infantil. (Ortega, Baz & Sánchez, 2012)

Siendo que algunos de los síntomas físicos y fisiológicos podrían mantenerse durante la edad escolar y la adolescencia, también se han identificado en ámbitos socio-emocionales, el desarrollo de sintomatología depresiva, ansiosa y/o retraimiento social, así como problemas externalizantes, caracterizados por agresividad, problemas de atención, bajo rendimiento escolar y conducta delictiva.

Se han identificado desregulaciones en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) de los cuales se ha encontrado evidencia de una mayor frecuencia en NNA víctimas de ASI que entre no víctimas (Trickett et al, 2001). En cuanto a los adolescentes, la sintomatología expresada puede variar, existe evidencia de aparición de trastornos de la alimentación, consumo problemático de sustancias, conductas sexuales de riesgo y más relevantemente para esta investigación, se han observado tendencias a conductas auto lesivas y un mayor número de conductas suicidas. (Feiring, Miller-Johnson y Cleland, 2007). Una de las expresiones que trasciende edades de aparición es el Trastorno por estrés post-traumático.

En su estudio, David Cantón y María Cortés (2015) Identifican, a través de su extensa revisión bibliográfica, algunas consecuencias a largo plazo del ASI. Entre estas, se identifica evidencia en que víctimas de abuso sexual infantil son más propensas a desarrollar trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad. Se menciona que a partir de Berliner y Elliot (2002) que la sintomatología depresiva es uno de los síntomas más

frecuentes en víctimas de abuso sexual infantil. Entre otros síntomas, se menciona que existe una propensión a presentar la baja autoestima, problemas para establecer relaciones de confianza con otras personas o sexuales. Los mismos autores citados anteriormente mencionan que las personas que han sido víctimas de ASI muestran una probabilidad de hasta cinco veces mayor de presentar trastornos de ansiedad, categoría de en la cual se encuentran los trastornos de pánico, de ansiedad generalizada, fobias, obsesivo compulsivo, entre otros.

En su conjunto, se entiende que el haber sido víctima de abuso sexual en la infancia es un factor de riesgo alto para la aparición de cuadros entre los que se incluye uno de los trastornos con mayor índice de suicidabilidad. Sin embargo, la aparición de estas consecuencias se ven intervenidas en gran medida por algunas variables.

Como se ha expuesto con anterioridad, el abuso sexual infantil puede generar importantes problemas en la vida y el desarrollo psicosocial de las víctimas. Éste es un problema en el cual intervienen factores de re victimización y estigmatización, y en el cual pueden pasar años antes de que ocurra la develación.

Suicidio El suicidio constituye un grave problema de salud pública en todo el mundo, experimentando un importante crecimiento en sus tasas en los últimos 50 años. Actualmente mueren alrededor de un millón de personas al año y se espera que para el 2020 esta cifra llegue a 1,5 millones (World Health Organization, 2014). Chile ha alcanzado una tasa de suicidio de 11 por 100.000 habitantes, ocupando el lugar número 21 entre los países miembros de la Organización Para la Cooperación y Desarrollo Económico (2015).

Resulta alarmante el aumento de adolescentes que fallecen por “causas externas”, tales como homicidio, accidentes de tránsito y suicidio, representando en la actualidad un 60% del total de muertes para este grupo etario (Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2013).

La conducta suicida la entenderemos como un espectro el que cual podemos encontrar 3 conductas y acorde a Nabuco (2009) se podrían definirlas de la siguiente manera:

- **Ideación suicida:** Se refiere a los pensamientos sobre el deseo, intentos y métodos para cometer suicidio. La ideación suicida puede variar en intensidad, en un rango de pensamientos ocasional a rumiación con respecto a la muerte de uno mismo y el plan para lograr el suicidio.
- **Intento suicida:** Un acto auto lesivo hecho con al menos la intención de morir (la intención no necesariamente es un 100%). Si es que hay alguna intención de morir asociada al acto, entonces puede ser considerado como un intento de suicidio. A veces, incluso el individuo negara el intento, pero se puede inferir clínicamente a partir de las circunstancias del comportamiento.
- **Suicidio consumado:** El suicidio consumado ocurre cuando la persona logra finalmente poner fin a su vida.

En la conducta suicida interactúan diversas variables de tipo medioambiental, sociocultural, familiar, individual y genético. Estos factores influyen de manera particular en cada persona, de acuerdo a su historia, situación vital presente y

personalidad (Bellos, Papadopoulos, Fotiadis & Rosso, 2011; Gaynes et al., 2004; MINSAL, 2013b; Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016).

Otro factor que resulta importante considerar a la hora de hablar de conducta suicida, es el sexo de la persona que busca suicidarse. La incidencia del suicidio entre las mujeres es tres o cuatro veces menor que entre los hombres porque su habilidad letal o, lo que es más importante, su determinación para provocarse la muerte resulta inferior. Entre las posibles razones de este hecho se encuentran la misión de la mujer como protectora de la vida y su mayor rechazo hacia la violencia, por lo que recurre a métodos más pasivos y silenciosos, tales como la intoxicación con fármacos o la inhalación de monóxido de carbono (Echeburúa, 2015). Es decir, las mujeres realizan tres veces más tentativas de suicidio (intento suicida) que los hombres, pero estos consiguen consumar el suicidio tres veces más que las mujeres, ya que estos últimos utilizan métodos más agresivos a la hora de intentar suicidarse tales como: ahorcamiento, precipitarse o el uso de armas de fuego.

En relación con la variable etaria de las personas que presentan conductas suicidas, a medida que la edad de las personas aumenta, también lo hacen las tasas de suicidio. Más del 70 por ciento de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia se ve dramáticamente aumentada en aquellas mayores de 60 años, sobre todo en los varones. A pesar de lo anterior, recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Actualmente, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15-24 años después de los accidentes y el homicidio (OMS 2005).

Los trastornos psiquiátricos están altamente asociados a la conducta suicida. En estudios realizados en atención primaria de salud, 90% de las personas que murieron por suicidio tenían un diagnóstico psiquiátrico. De estos, un 80% presentaba sintomatología depresiva (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2011). Además, existe una importante relación entre la conducta suicida y los trastornos de personalidad, en especial el trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association, 2013).

III. Objetivos

Objetivo general

Identificar la asociación entre experiencias de abuso infantil y el número de intentos de suicidio reportados en pacientes diagnosticados con trastorno bipolar tipo I

Objetivos específicos

1. Determinar si existe una asociación entre el número de intentos de suicidio con la existencia de Abuso sexual Infantil.
2. Determinar si existe una asociación entre el número de intentos de suicidio con la existencia de Abuso psicológico infantil.
3. Determinar si existe una asociación entre el número de intentos de suicidio con la existencia de Abuso físico infantil.

IV. Hipótesis

“Existe una asociación entre la presencia de una experiencia de abuso infantil, y el número de intentos de suicidio reportados por los pacientes con trastorno bipolar tipo I en eutimia”

V. Metodología

Participantes El universo de pacientes en estudio corresponderá a individuos que se encuentren ingresados al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo 1, y que hayan registrado al menos 1 control en prestadores de salud tanto del sistema público como del sistema privado en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. De esta forma se espera acceder a una muestra de pacientes con diferentes grados de adherencia al tratamiento y heterogeneidad en cuanto a nivel socioeconómico y nivel educacional.

Sobre las condiciones de elegibilidad, los criterios de inclusión para esta investigación contemplan: ser mayor de 18 años y haber completado proceso de consentimiento informado; poseer diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I según criterios DSM IV- TR y encontrarse en eutimia (sin clínica de fases anímicas depresivas o manía/hipomanía) al momento de la evaluación. Los criterios de exclusión consideran el antecedente de patología neurológica asociada a disfunción cognitiva, antecedente de terapia electro convulsivo durante los últimos 6 meses y consumo de drogas durante los últimos 3 meses.

Considerando un universo de aproximadamente 400 pacientes bipolares en control en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, con un nivel de confianza del 95%, se estima una muestra necesaria de 153 individuos.

Procedimientos El ingreso de pacientes al protocolo de estudio será mediante el análisis de base de datos de personas ingresadas al sistema de garantías explícitas en salud (GES) con diagnóstico de Trastorno Bipolar , tanto de la red de salud pública (FONASA) como privada (ISAPRES). Todo paciente que haya registrado al menos un control asistencial en modalidad ambulatoria será invitado a ingresar al estudio e iniciar el proceso de consentimiento informado, donde recibirá información pertinente al proyecto de investigación, y se constatará clínicamente la autonomía para suscribir acuerdo de participación.

Completado procedimiento anterior, el paciente será evaluado por equipo clínico de investigación para constatar diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I mediante entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje-1 del DSM-IV (SCID -I). En la misma instancia se utilizarán escalas de impresión clínica sobre sintomatología anímica para confirmar estado de eutimia (ausencia de fases anímicas). Las escalas de sintomatología anímica que serán utilizadas serán: “Hamilton Depression Scale-17” para sintomatología depresiva y “Young Mania Rating Scale” para sintomatología de polaridad maniaca. Ambos instrumentos serán aplicados por médicos con formación clínica en salud mental (médico-psiquiatra o residentes de psiquiatría).

El antecedente de trauma infantil será medido a través de instrumento de auto-reporte Childhood Trauma Questionnaire – short form (CTQ-SF), validado al español (Hernandez 2013). Dicho instrumento será aplicado en una sesión guiada por profesional del equipo de salud (médico, enfermera, psicólogo o asistente social) con objeto de ofrecer asesoría pertinente.

Finalmente se medirán variables clínico-asistenciales de relevancia en la historia natural de la enfermedad bipolar, así como variables sociodemográficas de interés. Al respecto de los métodos de recopilación de información se expone a continuación el instrumento utilizado

Antecedente de Trauma Infantil El antecedente de trauma infantil será medido a través del Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF) en su versión de 28 ítems validada al español (Hernández, 2013). Dicho instrumento ha sido utilizado en numerosos estudios sobre población clínica con patologías psiquiátricas como esquizofrenia y trastorno bipolar, tal como lo constatan las referencias en el marco teórico. El presente instrumento de auto-reporte provee un puntaje total, y cinco puntuaciones según diferentes dimensiones: negligencia física, negligencia emocional, abuso emocional, abuso físico y abuso sexual. El estudio de validación mostró adecuadas propiedades psicométricas, apoyando su confiabilidad y validez (Hernández 2013)

Pruebas Estadísticas Luego de obtenida la muestra, con los resultados provenientes de la aplicación de instrumentos y el posterior análisis de correlación se aplicarán la prueba U de Mann – Whitney para determinar o descartar la distribución normal de la muestra. Posteriormente, se utilizara el coeficiente de correlación de Pearson para analizar las varianzas entre las variables estudiadas en la investigación. Los resultados de las correlaciones bivariadas de Pearson oscilan entre -1 y 1. El valor de significancia, para ser considerado como significativo, debe ser menor a 0,05.

VI. Resultados

Análisis descriptivo Un total de 128 personas fueron partícipes de este proceso de muestreo y, en función de los siguientes análisis de datos solo serán considerados sólo aquellos que en el CTQ-SF (Childhood Trauma Questionnaire Short Form) hayan reportado el haber sido víctimas de abuso sexual infantil (ASI). Físico y emocional. En base a esto, se trabajará con un N= 82.

A través de la prueba Shapiro Wilk se establece que la muestra no se distribuye en forma normal, y por lo tanto, se utilizan pruebas no paramétricas.

Estadísticos descriptivos demográficos

Sexo y edad La muestra utilizada en el estudio cuenta con una población total de 82 (n=82). Como se expone en la tabla 1, los participantes se encuentran en un rango de edad entre 20 y 75 años, con una media de 48,06 años.

En la tabla 2, se expone que de estas personas, 28 son de sexo masculino y 68 de sexo femenino, representando un 20,6% y un 46,1% del total de la muestra. Esta variable fue considerada como co-variable para este estudio.

Tabla 1

Edad de participantes por rango etario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 – 29	12	9,5	14,6	14,6
30 – 39	15	11,9	18,3	32,9
40 – 49	11	8,7	13,4	46,3
50 – 59	29	23,0	35,4	81,7
60 – 69	11	8,7	13,4	95,1
70 – 79	4	3,2	4,9	100
Perdidos sistema	44	34,9		
Total	82	100,0	100,0	

En la figura 1 se puede apreciar los datos de la edad de los participantes por rango etario.

Edad de participantes por rango etario

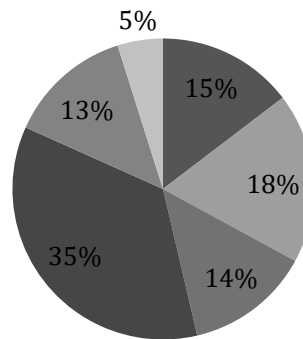


Fig.
1
Tab
la 2

■ 20 - 29 ■ 30 - 39 ■ 40 - 49 ■ 50 - 59 ■ 60 - 69 ■ 70 - 79

Frecuencia de participantes por sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombres	28	22,2	29,2	29,2
	Mujeres	68	54,0	70,8	100,0
	Total	96	76,2	100,0	
Perdidos sistema		30	23,8		
Total		126	100,0		

Frecuencia de participantes por sexo

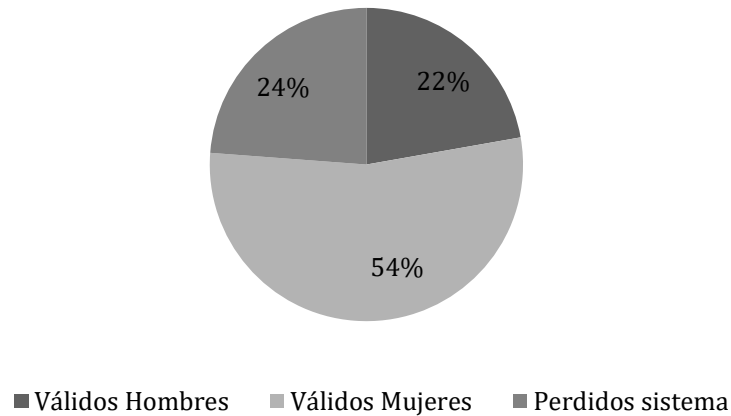


Fig. 2

Estadísticos descriptivos clínicos

Número de intentos de suicidio Entendidos como el acto auto lesivo hecho con al menos la intención de morir. Se registra a través de la entrevista clínica. Se registraron 24 casos con al menos un intento de suicidio entre la 102 entrevistados, considerando 43 datos perdidos. Con una media de 1,27 y una desviación típica de 2,196.

Tabla 3

Número de intentos de suicidio por intervalo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Intervalos por número de intentos de suicidio	0	58	72,5	73,4	73,4
	1 o más	21	26,3	26,6	100
Perdidos por sistema		1	1,3		
Total		80	100	100	

Tipos de abuso Dentro de los datos que fueron recolectados, se tomó en consideración la presencia o ausencia de abuso sexual infantil (ASI). Se entiende el ASI cómo el involucramiento de un niño, niña o adolescente en actividades sexuales no acordes a su desarrollo emocional cognitivo y/o social.

El maltrato psicológico lo entenderemos cómo comportamientos hacia la víctima ya sean de carácter físico, verbal, activo o pasivo, que agrede la estabilidad emocional de la persona. El objetivo de dicho comportamiento es hacer sufrir a la persona. Generalmente es asociado a relaciones de pareja, pero perfectamente puede ocurrir dentro de otros escenarios como el familiar.

En la tabla 5, se expone que un 59,7% de la muestra no reporta haber sido víctimas sobrevivientes de abuso sexual en la infancia, mientras que un 40,3% de la muestra sí reporta haber sufrido este tipo de abuso.

Tabla 4

<i>Frecuencias en Ausencia o Presencia de Abuso Sexual</i>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia	46	57,5	59,7	59,7
Presencia	31	38,8	40,3	100,0
Total	77	96,3	100,0	
Perdidos Sistema	3	3,8		
Total	80	100,0		

En la tabla 6 se expone el número de personas que reporta ausencia de abuso psicológico en la infancia representando un 68,8% de la muestra, y personas que reportan haber sufrido este tipo de abuso, siendo estas un 31,2% de la muestra.

Tabla 5

Frecuencias en Ausencia o Presencia de Abuso Psicológico

	<u>Frecuen</u>	<u>Porcenta</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Porcentaje</u>
	<u>cia</u>	<u>je</u>	<u>válido</u>	<u>acumulado</u>
Ausencia	53	66,3	68,8	68,8
Presencia	24	30,0	31,2	100,0
Total	77	96,3	100,0	
Perdid	3	3,8		
os				
Siste				
ma				
Total	80	100,0		

En la tabla 7 se exponen los datos en cuanto a las frecuencias de los reportes de abuso físico representando un 76,6% del total de la muestra, mientras que un 23,4% de la muestra reporta presencia de este tipo de maltrato en la infancia.

Tabla 6

Frecuencias en Ausencia o Presencia de Abuso Físico

	<u>Frecuen</u>	<u>Porcenta</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Porcentaje</u>
	<u>cia</u>	<u>je</u>	<u>válido</u>	<u>acumulado</u>
Ausencia	59	73,8	76,6	76,6
Presencia	18	22,5	23,4	100,0
Total	77	96,3	100,0	
Perdid	3	3,8		
os				
Siste				
ma				
Total	80	100,0		

Correlaciones

Se realizaron correlaciones entre las variables de número de intentos de suicidio con los tres tipos de abuso descritos por separado. Los resultados de estas correlaciones se indican a continuación.

Tabla 7

Correlaciones

		Número de intentos de suicidio	Sexo	Abuso Físico	Abuso Psicológico	Abuso sexual
Número de intentos de suicidio	Correlación de Pearson	1	0,193	0,106	0,168	0,119
	Sig. (bilateral)		0,073	0,343	0,132	0,288
	N	87	87	82	82	82
Sexo	Correlación de Pearson	0,193	1	0,075	0,058	0,115
	Sig. (bilateral)	0,073		0,485	0,589	0,285
	N	87	96	89	89	89
Abuso Físico	Correlación de Pearson	0,106	0,075	1	,411**	0,141
	Sig. (bilateral)	0,343	0,485		0,000	0,152
	N	82	89	104	104	104
Abuso Psicológico	Correlación de Pearson	0,168	0,058	,411**	1	,368**
	Sig. (bilateral)	0,132	0,589	0,000		0,000
	N	82	89	104	104	104
Abuso sexual	Correlación de Pearson	0,119	0,115	0,141	,368**	1
	Sig. (bilateral)	0,288	0,285	0,152	0,000	
	N	82	89	104	104	104

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

VII. Discusión

Limitaciones del estudio

Luego de la aplicación de la Prueba de Correlación de Pearson y observación de las tablas de frecuencia obtenidas, se considera que una de las grandes limitaciones a la cual se vio enfrentado en este estudio, fue el difícil acceso a una muestra de usuarios que mostrara disposición a participar del estudio dentro de la población objetivo que acude al sistema público de salud para obtener una muestra que resultara estadísticamente significativa en los análisis.

Como limitación se debe considerar además la problemática asociada a la recopilación de información, donde no todos los datos obtenidos resultaron del proceso formal de toma de muestra y debieron ser recabados a posteriori, esto debido a errores en la aplicación de los instrumentos de medición que resultaron en información incompleta.

Al momento de comenzar a los análisis de los datos obtenidos, la obtención de acceso a la base de datos resultó demorosa, y al momento se encontraba incompleta y con datos perdidos, esto debido a la aplicación de las cláusulas de confidencialidad asociados a la toma y manipulación de datos de la muestra, según lo estipulado por el comité de ética del Hospital Salvador a las cuales se rige este estudio.

Otra limitación a considerar dentro de la investigación fue la necesidad de realizar un cambio de las variables involucradas, ya que al momento de tener acceso a la muestra, quedó en evidencia que la información obtenida mediante la aplicación del instrumento CTQ-SF específicamente referidos a la presencia o ausencia de al menos una experiencia o terapia reparatoria durante su vida, se evaluaba a través de tres preguntas

incluidas en el test anteriormente mencionado, las cuales eran los reactivos correspondientes a la (1) pregunta número 5: Había alguien de mi familia que me hacía sentir especial e importante, (2) pregunta número 13: Las personas de mi familia nos cuidábamos unas a las otras y por último (3) pregunta número 26: Había alguien que me llevara al médico si lo necesitaba.

En cuanto a lo anterior, el concepto de Experiencia Reparatoria (TR) se define como el conjunto de respuestas y servicios ofrecidos a víctimas tras la develación de una situación de abuso sexual, estando orientados a aliviar el sufrimiento y controlar la sintomatología asociado a los casos de violencia y maltrato, facilitando a la recuperación e inserción (Dussich, 2008).

Además, el concepto maltrato infantil es mencionado por Barudy en 1999, señalando específicamente (1) que es necesario facilitar conversaciones con las familias en las que se ha dado maltrato, con la finalidad de re-construir contextos de confianza y seguridad; esto quiere decir, que el trabajo reparatorio no debe darse en forma focalizada reparando sólo el daño o la sintomatología que ha aparecido como consecuencia del maltrato, si no que los terapeutas involucrados se ha de comprometer en la protección de las víctimas pero también con la rehabilitación de los entornos que han sido agresivos y con la nutrición de un tejido familiar que pueda proporcionar seguridad a los niños, niñas y adolescentes. (2) Es necesario enfocar el trabajo terapéutico reparatorio hacia el encuentro de un consenso en una nueva forma de entender y definir los problemas y tensiones al interior de las relaciones familiares, para poder encontrar soluciones adecuadas y a tiempo. En este proceso, será de particular importancia la resignificación

de la memoria familiar o histórica, co-construyendo en conjunto a un profesional, una nueva narrativa que externalice las situaciones de violencia, entendiendo el maltrato como una disfuncionalidad en las habilidades parentales y (3) trabajando tanto con la familia como núcleo como también con las personas que componen una familia, orientando el trabajo hacia el cambio en las dinámicas que facilitan o conducen al maltrato y violencia (1999b)

Barudy expresa la existencia de dos ejes centrales que orientan la acción en una terapia reparatoria de maltrato, que se explican mejor en dos grandes pasos, igualmente importantes en el proceso reparatorio, esto es: (1) Evaluación y tratamiento del sufrimiento infantil y la reparación de los daños provocados por la situación de maltrato y (2) evaluación y Rehabilitación de las incompetencias parentales, responsables del maltrato

Si bien es cierto, Rosentreter (2013) afirma que no existe un consenso sobre un modelo único de terapia reparatoria en Chile, sí existen lineamientos generales que surgen desde diversos centros nacionales de apoyo víctimas de delitos, como lo es el Centro de Apoyo a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS), el cual explicita que la terapia reparatoria incluye el conjunto de praxis clínicas y judiciales con orientación a la protección de la víctima (Policía de Investigaciones de Chile, 2004). En Llanos y Sinclair (2011) se explica las tres etapas que debe caracterizan a un proceso de reparación, de acuerdo a Dolan (1997), estas serían (1) reconocerse como víctima, (2) reconocerse como sobreviviente (3) celebrar la vida. Para fines de esta investigación, se planteó en un inicio la consideración de experiencias reparatorias de origen no clínico, que cumplan al

menos con las condiciones de protección, acompañamiento y contención de la persona víctima tras la develación del abuso, se incluyen en esta sección por lo tanto, interacciones familiares u otras figuras significativas, como por ejemplo, provenientes del ámbito educacional, religioso o comunitario.

Teniendo en cuenta esta revisión bibliográfica, los reactivos incluidos en la entrevista de trauma infantil no resultan suficientes para afirmar la presencia de esta variable en los resultados ya que no se puede dar cuenta efectivamente que se cumplan las condiciones mínimas para que una experiencia o terapia sean consideradas reparatorias.

Consideraciones

Es importante destacar que, pese a la evidencia consistente sobre las consecuencias del Maltrato Infantil, en poblaciones con las características estudiadas, los resultados de este estudio indican que, en esta muestra en particular, se presentan considerablemente disminuidas las consecuencias negativas de estos eventos. Para esto se toma en consideración la adherencia al tratamiento, atención oportuna, intervenciones eficaces por parte del equipo del Hospital Salvador, factores que podrían explicar la diferencia estadística observada.

Futuras líneas de investigación

Considerando que los resultados obtenidos no resultan significativos estadísticamente, se considera que la investigación no se muestra como un posible aporte significativo para la comunidad científica, pero, tomando en consideración el hecho de que no existen publicaciones anteriores que refieren este tópico, puede entenderse como un futuro punto de partida para el desarrollo de nuevas investigaciones en el área de la salud

mental y el TB1, entregando como recomendación el tomar en consideración otro conjunto de variables y disponer de un tamaño muestral superior al referido en esta investigación.

VIII. Conclusiones

Para el objetivo específico 1, la correlación entre las variables de número de intentos de suicidio y abuso sexual infantil, con un nivel de significancia de 0,05 y con un $(p=0,119)$ se determina que no es estadísticamente significativo.

Para el objetivo específico 2, la correlación entre las variables de número de intentos de suicidio y abuso emocional, con un nivel de significancia de 0,05 y con un $(p=0,168)$ se determina que no es estadísticamente significativo.

Para el objetivo específico 3, la correlación entre las variables de número de intentos de suicidio y abuso físico, con un nivel de significancia de 0,05 y con un $(p=0,106)$ se determina que no es estadísticamente significativo.

Para ninguna de las escalas utilizadas en este estudio, la co-variable de sexo fue estadísticamente significativa.

Se determina, por lo tanto que no existen asociaciones significativas entre las variables evaluadas en este estudio. Estos resultados empíricos, entregan información en un área poco estudiada hasta el momento y pueden dar pie a futuras investigaciones.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón Parco, D., Jód, B., & Patricia, S. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259.
- Álvarez, M. & Trápaga, M. (2005). Principios de neurociencias para psicólogos. Paidós: Buenos Aires
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Pub.
- Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J., & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 167-181.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil: ecología social, prevención y reparación*. Editorial Galdoc.
- Berliner, L. y Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. En Myers, J. E. B., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C. y Reid, T. A. (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage
- Cantón-Cortés, D., & Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31(2), 607-614.
- Cortez, C. P., & Sanhueza, K. V. (2015). Experiencias de victimización y poli victimización en jóvenes chilenos. *SENAME Señales*, 9, 5-25.

- Barudy, J., & Dantagnan, M. (1999). *Guía de valoración de competencias parentales*. Ed. IFIVF, Barcelona.
- Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13(3).
- Bedregal, P., Margozzini, P., Gonzales, C. (2007) Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. MINSAL, Gobierno de Chile
- Enciclopedia Salud (2016, Febrero 16), Definición de Eutimia, recuperado de <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/eutimia> .
- Feiring, C., Miller-Johnson, S. y Cleland, C. M. (2007). Potential pathways from stigmatization and internalizing symptoms to delinquency in sexually abused youth. *Child Maltreatment*, 12, 220-232.
- Finkelhor, D. (2011). La delincuencia, la violencia y el abuso en las vidas de los niños: Victimología del desarrollo. Reunión Milestone Prevención de la Violencia, Sudáfrica.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., y Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment*, 10 (1), 5-25.
- Hernandez et al (2013). Initial validation of the spanish Childhood Trauma Questionnaire – Short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of interpersonal violence* 28 (7) 1498-1518
- Luchinger, M. M., Ojeda, P. S., & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza*, 8, 15-25.

- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Llanos, M. T., & Sinclair, C. (2011). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Psyche*, 10(2).
- Miasso, A. I., Monteschi, M., & Giacchero, K. G. (2009). Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(4), 548-556.
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M. D. L. P., Armijo, I., Fischman, R.,... & Monari, M. (2017). Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: Estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psyche (Santiago)*, 26(1), 1-14.
- Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359(9302), 241-247.
- Observatorio de la Infancia (2006). Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ortega, E. G., Baz, B. O., & Sánchez, F. L. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicothema*, 24(3), 402-409.

- Perry, A.; Tarrier, N.; Morriss, R. et al. (1999) - Randomised Controlled Trial of Efficacy of Teaching Patients with Bipolar Disorder to Identify Early Symptoms of Relapse and Obtain Treatment. *BMJ* 318(7177): 149-153, 1999.
- Policía de investigaciones de Chile (2004) Centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales metropolitano: 16 años de experiencia.
- Ramirez, I., Vera, C. (2001) Experiencia de Intervención Preventiva de Violencia Intrafamiliar en el centro comunitario Padre Alberto Hurtado, Hogar de Cristo, Filial Puerto Montt. *Revista Psyckhe* 2001, Vol. 10. N° 2, 61-70.
- Retamal, P., Strejilvich, S., Fullerton, C., Botto, A., Gomez, D., Gonzales, D., Varela, P., Brahm, C. (2007) Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad bipolar: Experiencia y opinión de los pacientes en el Hospital del Salvador, Santiago de Chile. *Archivos de psiquiatría* 70-3; 211-222
- Rhimer, Z., Rhimer, A., Dome, P. (2015) Suicidal behaviour in patients with mood disorders. *Evidence-based Psychiatric Care* 2015 1;19-26
- Rosentreter, J. (2013).Terapia de reparación. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115627>
- Souza, F.G.M. (2005) Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. *Rev. Psiq. Clín.* 32, supl 1; 63-70, 2005
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, 29(115), Recuperado de

<https://link.galegroup.com/apps/doc/A16423314/AONE?u=googlescholar&sid=AONE&xid=93e8c7a8>

Tondo, L., Isacson, G., & Baldessarini, R. J. (2003). Suicidal behaviour in bipolar disorder. *CNS drugs*, 17(7), 491-511.

Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ (2007) Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Dec; 116(6):419-28

UNICEF (2012) Cuarto Estudio de Maltrato Infantil. Santiago de Chile, UNICEF.

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536

IX. Anexos

Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF)

Edad: Sexo:

Instrucciones: Este cuestionario aborda experiencias que pudo tener durante su infancia o adolescencia. Para cada cuestión, marque la casilla que mejor le convenga. Aunque algunas preguntas se refieren a temas íntimos y personales, es importante responder honestamente.					
Quando era pequeño y/o adolescente:	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi siempre
1.No tenía suficiente para comer					
2.Me sentía cuidado y protegido					
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban “tonto”, “flojo” o “feo”					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o “drogados” para ocuparse de la familia					
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial					
6. Tenía que vestirme con ropa sucia					
7. Me sentía querido					

8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido					
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital					
10. No he querido cambiar de familia					
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones					
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente					
13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros					
14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño					
15. Creo que he sido maltratado físicamente					
Cuando era pequeño y/o adolescente:	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi siempre

16. He tenido una infancia perfecta					
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, un vecino o un médico)					
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba					
19. Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí					
20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocaciones sexuales					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él o ella					
22. Tenía la mejor familia del mundo					
23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos					
24. He sido víctima de acoso sexual					

25. Creo que sufrí maltrato psicológico					
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba					
27. Pienso que han abusado de mi sexualmente					
28. Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo					