

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI  
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**



**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**“IDENTIFICAR LOS INDICADORES DE ABUSO SEXUAL EN TEST PROYECTIVO H.T.P. DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA”**

**TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD  
MEDICA EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA**

**DR. PABLO ALAN MÉNDEZ AGUIRRE**

**ASESOR DE TRABAJO TERMINAL**

**DRA. ROSA ISELA VILLAGÓMEZ BEDOLLA**

**MEXICALI B.C., JUNIO DE 2017**

**CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN  
DE GRADO**

Mexicali, B.C. a, \_\_\_\_\_ de Junio de 2017.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito Denominado: "IDENTIFICAR LOS INDICADORES DE ABUSO SEXUAL EN TEST PROYECTIVO H.T.P. DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA"

que para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría, presenta:

C. Méndez Aguirre Pablo Alan.

Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado por unanimidad.

ROSA ISELA VILLAGÓMEZ BEDOLLA

Presidente

VICTOR SALVADOR RICO HERNÁNDEZ

Sinodal

LILIAN VALDES MAYA

Sinodal

MARCO ANTONIO BOLADO

Sinodal

RAUL MARTINEZ RAMIREZ

Secretario

## **AGRADECIMIENTOS**

Dedico estas líneas, a mis padres que como la mayoría de los padres que han criado, sino una gran águila, al menos una diminuta águila obsesionada con volar a través del espacio, y aunque no han logrado comprender esto, continúan impulsándome a volar, de igual forma agradezco a cada uno de mis maestros, compañeros, amigos, familiares y a los pacientes que me han dado la oportunidad de cultivar la paciencia para no caer en la desesperación, el aprendizaje para afrontar nuevos retos y la plenitud de disfrutar eso que comúnmente llamamos Trabajo.

P.D. También agradezco tu sonrisa, pues con ella, haces el día más bello.

## Contenido

1.- INTRODUCCIÓN.....	4
2.- ANTECEDENTES .....	5
3.- MARCO TEÓRICO.....	7
3.1 PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....	7
3.2 Trastornos de la personalidad:.....	10
3.3 Trastornos de la personalidad:.....	13
Grupo B (24) .....	13
3.4 Trastornos de la personalidad:.....	17
Grupo C (25) .....	17
3.5 Otros trastornos de la personalidad (26) .....	20
3.6 ABUSO SEXUAL .....	23
3.7 PRUEBAS PROYECIVAS Y DIBUJO PROYECTIVO H-T-P .....	28
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	32
5.- JUSTIFICACIÓN .....	33
6.- OBJETIVOS .....	34
7.- HIPÓTESIS .....	35
8.- METODOLOGÍA .....	36
9.- CRITERIOS.....	37
10.- VARIABLES:.....	38
11.- PLAN DE ANÁLISIS .....	42
12.- RESULTADOS: .....	43
13.- DISCUSIÓN: .....	50
14.- CONCLUSIÓN:.....	51
15.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	52
16.- BIBLIOGRAFIA.....	53
17.- ANEXOS .....	56

## 1.- INTRODUCCIÓN

La experiencia de abuso sexual en la infancia constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (1), aunque los estudios realizados hasta el momento no permiten confirmar la existencia de una relación causal entre esta experiencia y la presencia de psicopatología (2).

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación existente entre la presencia de indicadores de abuso sexual y trastornos de personalidad, de forma particular determinar si existe mayor incidencia de indicadores de abuso sexual en pacientes con trastorno de la personalidad del grupo B en comparación con los pacientes que desarrollan trastornos personalidad del grupo A, C y otros.

**Aunque existe muy poca información y revisiones previas sobre este tema (3), ninguna de ellas se ha centrado exclusivamente en la identificación de indicadores de abuso sexual y su relación con los diferentes grupos de trastorno de la personalidad mediante la aplicación de un dibujo proyectivo que muestre de forma estandarizada los rasgos característicos presentes en la elaboración de la prueba con la expectativa de elaborar nuevas líneas de trabajo que en un futuro podrían facilitar la intervención y/o el tratamiento de las consecuencias en relación con la presencia de trastornos de personalidad.**

## 2.- ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de la psiquiatría y la psicología, mucho se ha especulado acerca de la influencia de las experiencias potencialmente traumáticas acontecidas en la infancia en el desarrollo de la personalidad y su psicopatología (4,5). Actualmente, los diversos trabajos llevados a cabo en este ámbito han demostrado que en el desarrollo de la personalidad intervienen tanto factores biológicos como ambientales, así como la interacción entre ambos (6), sólo tomada en cuenta recientemente en estudios empíricos (7). Los estudios de las bases genéticas de la personalidad y la psicopatología ponen de manifiesto la importancia del entorno no compartido y la especial influencia de éste en el desarrollo de los trastornos de la personalidad (8). En los últimos años, el estudio del desarrollo de la personalidad se ha visto impulsado, entre otros factores, por los avances genéticos (9), mostrando que la personalidad viene dada por la combinación entre genes específicos y los acontecimientos vitales acontecidos por el individuo (10).

Son diversos los estudios que han observado la estabilidad de los rasgos de la personalidad a lo largo del ciclo vital y cómo el temperamento, presente desde la infancia (11), influye en el desarrollo de la personalidad adulta (12). El genotipo, sin embargo, se expresará de un modo u otro en función de las experiencias ambientales del individuo. Entre estos factores ambientales, destacan especialmente lo que se ha venido a llamar acontecimientos vitales o *life events*, de los cuales el abuso sexual infantil es uno de los más relevantes, tanto por sus implicaciones clínicas como sociales. La experiencia de abuso sexual en la infancia constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (13), aunque los estudios realizados hasta el momento no permiten confirmar la existencia de una relación causal entre esta experiencia y la presencia de psicopatología (14).

Pocos estudios han abordado de forma empírica y específica cómo afecta el abuso sexual infantil al desarrollo de la personalidad, siendo el de Tong y colaboradores (15) uno de los más importantes. En este trabajo, los autores llevaron a cabo un seguimiento longitudinal, durante tres años, a niños y niñas que habían sido víctimas de abuso sexual. Encontraron que, al cabo de ese tiempo, tres de cada cuatro menores tenían menos confianza en los adultos que antes de la experiencia traumática, un 30% tenía menos amigos, un 20% se mostraba más agresivo, un 24% presentaba mayor conciencia sexual, un 28% tenía problemas de comportamiento, un 17% había repetido un curso académico en la escuela, e incluso otro 17% había empeorado su rendimiento académico en la escuela. Los autores concluyeron que el abuso sexual infantil podía tener implicaciones en la capacidad de las víctimas para relacionarse con los demás, tanto para las relaciones de amistad que podían establecer con adultos, como para la forma de relación con sus iguales.

### 3.- MARCO TEÓRICO

#### 3.1 PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El término *personalidad*, descrito por Allport como una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje, se utiliza de diferentes maneras, desde una forma coloquial hasta la más técnica empleada por los profesionales de la salud mental. Como explica Michael Stone, el origen de la palabra se remonta a los anfiteatros griegos y romanos, en los cuales a los actores les resultaba difícil hacerse oír, por lo que a alguien se le ocurrió colocar un pequeño megáfono tras la abertura de la boca de las máscaras que llevaban por (*per-*) el cual el sonido (*sona*) podía ser magnificado. La *personalidad*, entonces, representaba la intensificación de los rasgos individuales de cualquier carácter que el actor intentaba representar. «Persona» era, de hecho, la palabra latina para *máscara*, subrayando así lo externo de los aspectos de lo que se entiende ordinariamente por «personalidad». El término griego actual para personalidad, *prosopikotes*, procede del antiguo para «máscara» *prosopeion*; únicamente esta máscara derivaba de la palabra «cara» (*prosopon*), es decir, lo que estaba ante (*pros*) el ojo (*ops*). De nuevo se enfatiza lo que uno muestra al mundo exterior, aunque la palabra griega lo hacía sobre lo que se ve y la latina sobre lo que se oye (16).

La definición de *trastorno de personalidad* (TP) debería partir del conocimiento de la personalidad normal y de cómo están alteradas sus funciones. Sin embargo, las definiciones y caracterizaciones de los TP, no suelen aproximarse de este modo, listando rasgos que se considera que caracterizan un TP pero sin una racionalidad para su selección, un método que, entre otras cuestiones, no sería útil para el tratamiento; es necesario conocer mejor lo que funciona mal para intentar que vuelva a hacerlo adecuadamente. El término *personalidad*, de acuerdo con los investigadores del tema, se referiría a regularidades y consistencias en conducta y formas de experiencia, características permanentes que normalmente se describen como rasgos y que varían en cada individuo. La personalidad no sería una colección

de rasgos, sino que la mayoría de los estudios resaltan la naturaleza integrada y organizada de la personalidad. Así, un objetivo fundamental de la investigación en personalidad es explicar esta coherencia y organización, términos que también son pertinentes para los TP (17).

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

### **Trastornos de la personalidad**

- A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes (18):
  1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
  2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).
  3. Funcionamiento interpersonal.
  4. Control de los impulsos.
- B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.
- E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

### **Trastornos de la personalidad: Grupo A (19)**

**301.0 (F60.0).** Trastorno de la personalidad paranoide.

**301.20 (F60.1).** Trastorno de la personalidad esquizoide.

**301.22 (F21).** Trastorno de la personalidad esquizotípica.

**Trastornos de la personalidad: Grupo B (20)**

**301.7 (F60.2).** Trastorno de la personalidad antisocial.

**301.83 (F60.3).** Trastorno de la personalidad límite.

**301.50 (F60.4).** Trastorno de la personalidad histriónica.

**301.81 (F60.81).** Trastorno de la personalidad narcisista.

**Trastornos de la personalidad: Grupo C (21)**

**301.82 (F60.6).** Trastorno de la personalidad evasiva

**301.6 (F60.7).** Trastorno de la personalidad dependiente.

**301.4 (F60.5).** Trastorno de la personalidad obsesivo compulsiva.

**Otros trastornos de la personalidad (22)**

**310.1 (F07.0).** Cambio de la personalidad debido a otra afección médica.

*Especificar* si: Tipo lábil, Tipo desinhibido, Tipo agresivo, Tipo apático,  
Tipo paranoide, Otro tipo, Tipo combinado, Tipo no especificado

**301.89 (F60.89).** Otro trastorno de la personalidad especificado.

**301.9 (F60.9).** Trastorno de la personalidad no especificado.

## 3.2 Trastornos de la personalidad:

### Grupo A (23)

#### Trastorno de la personalidad paranoide 301.0 (F60.0)

1. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:
  1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
  2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
  3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
  4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
  5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
  6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
  7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.
2. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

**Nota:** Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” es decir, “trastorno de la personalidad paranoide (previo).”

## **Trastorno de la personalidad esquizoide (301.1) (F60.1)**

- A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:
1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
  2. Casi siempre elige actividades solitarias.
  3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
  4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
  5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
  6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
  7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

**Nota:** Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” es decir, “trastorno de la personalidad esquizoide (previo).”

**Trastorno de la personalidad esquizotípica** (F21)  
301.22

- A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:
1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
  2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
  3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
  4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superlaborado o estereotipado).
  5. Susplicacia o ideas paranoides.
  6. Afecto inapropiado o limitado.
  7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
  8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
  9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo.

**Nota:** Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” p. ej., “trastorno de la personalidad esquizotípico (previo).”

### 3.3 Trastornos de la personalidad:

#### Grupo B (24)

#### **Trastorno de la personalidad antisocial**      301.7      (F60.2)

- A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
  2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
  3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
  4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
  5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
  6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
  7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

**Trastorno de la personalidad histriónica** (F60.4)  
301.50

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

**Trastorno de la personalidad narcisista** 301.81 (F60.81)

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.

3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

### 3.4 Trastornos de la personalidad:

Grupo C (25)

#### **Trastorno de la personalidad evasiva**

**301.82**

**(F60.6)**

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

## Trastorno de la personalidad dependiente

301.6

(F60.7)

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (**Nota:** No incluir los miedos realistas de castigo.)
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

## **Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva**

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

### 3.5 Otros trastornos de la personalidad (26)

#### **Cambio de la personalidad debido a otra afección médica 310.1 (F07.0)**

A. Alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al anterior patrón característico de la personalidad del individuo.

**Nota:** En los niños, la alteración implica una desviación notable del desarrollo normal o un cambio significativo de los patrones de comportamiento habitual del niño, que dura al menos un año.

B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido otro trastorno mental debido a otra afección médica).

D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un síndrome confusional.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

*Especificar si:*

**Tipo lábil:** Si la característica predominante es la labilidad afectiva.

**Tipo desinhibido:** Si la característica predominante es un control insuficiente de los impulsos como se pone de manifiesto por las indiscreciones sexuales, etc.

**Tipo agresivo:** Si la característica predominante es el comportamiento agresivo.

**Tipo apático:** Si la característica predominante es la apatía e indiferencia intensa.

**Tipo paranoide:** Si la característica predominante es la suspicacia o las ideas paranoides.

**Otro tipo:** Si la presentación no se caracteriza por ninguno de los subtipos anteriores

**Tipo combinado:** Si en el cuadro clínico predomina más de una característica.

**Tipo no especificado**

**Nota de codificación:** Incluir el nombre de la otra afección médica (p. ej., 310.1 [F07.0] cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal). La otra afección médica se codificará y hará constar por separado inmediatamente antes del trastorno de la personalidad debido a otra afección médica (p. ej., 345.40 [G40.209] epilepsia del lóbulo temporal; 310.1 [F07.0] cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal).

**Otro trastorno de la personalidad especificado**                      **301.89**                      **(F60.89)**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad. La categoría de otro trastorno de la personalidad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de la personalidad específico. Esto se hace registrando “otro trastorno de la personalidad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “características mixtas de la personalidad”).

**Trastorno de la personalidad no especificado**

301.9 (F60.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad. La categoría del trastorno de la personalidad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno de la personalidad específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

## 3.6 ABUSO SEXUAL

### DEFINICIÓN

Abuso o maltrato: es la acción de un sujeto en condiciones superiores (edad, fuerza, posición social o económica, inteligencia, autoridad) que comete un daño físico, psicológico o sexual, en contra de la voluntad de la víctima o por consentimiento obtenido a partir de inducción o seducción engañosa (Deslandes 1994) (27).

### TIPOS DE ABUSO

Si bien un evento de abuso presenta varias características (o tipos asociados), con fines pedagógicos y de nomenclatura se puede clasificar en:

- Abuso por acción (abuso físico)
- Abuso por omisión (negligencia)
- Abuso emocional (que incluye el abuso espiritual)
- Abuso sexual.
- Abuso institucional
- Síndrome de Munchausen por poderes
- Abuso prenatal

Según su persistencia en el tiempo el abuso puede ser agudo o crónico.

### ABUSO SEXUAL

El abuso sexual constituye una de las principales causas de maltrato infantil, que por sus implicaciones sobre la dignidad de la persona, la genealogía familiar, los efectos morales, sociales y psicológicos merecen un estudio aparte.

El abuso sexual se define como la utilización de un niño o niña con la finalidad de satisfacer o gratificar sexualmente a un adulto o grupo de adultos. Este se puede presentar en forma de **abuso sexual** propiamente dicho, generalmente propiciado por una figura cercana, de autoridad o cuidador. Cuando es practicado por un

familiar consanguíneo se conoce como incesto. Otra forma de abuso sexual es producida por un agresor desconocido por el niño o niña y se denomina **ataque sexual**. Un tercer tipo es la **explotación sexual**, en la que el niño o niña son utilizados como objetos comerciales. Comprende la prostitución infantil, la pedofilia, el tráfico de niños para turismo sexual y la pornografía con presencia del niño o a través de Internet. También se puede dar en el interior de la familia (28).

Los tres criterios más utilizados para establecer el concepto de abuso sexual infantil son:

- **Asimetría de edad** de la víctima y del agresor
- **Coerción:** las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima
- **Tipo de conductas sexuales** que tienen lugar entre ambos.

**Asimetría de edad:** La diferencia en edad entre la víctima y el agresor impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

**Coerción:** El uso de fuerza física, presión o engaño deben ser considerados, por sí mismos, criterios suficientes para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual a menores, independientemente de la edad del agresor.

**Tipos de abusos sexuales a menores:** Siempre que exista coerción o asimetría de edad (o ambas cosas a la vez) entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas.

Estas se pueden manifestar de la siguiente manera:

- **Con contacto físico;**
  - Violación: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto.
  - Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano.
  - Penetración vaginal o anal con el pene.
  - Penetración vaginal o anal con un objeto.
  - Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual y exceptuando la penetración.
  - Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo.
  - Contacto genital oral.
  - Involucramiento del niño en contactos sexuales con animales.
  
- **Sin contacto físico;**
  - Propuestas verbales de actividad sexual explícita.
  - Exhibicionismo: acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada.
  - Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas. Ejemplo: padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito o ver pornografía.
  - Falsas alegaciones en procesos de divorcio.
  
- **Explotación sexual;**
  - Implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de pornografía.
  - Promover la prostitución infantil.
  - Turismo sexual.
  
- **Culturales;**
  - Ablación quirúrgica del clítoris.
  - Casamiento de niños sin su consentimiento.

- Rituales satánicos.

### **Factores epidemiológicos:**

Existen algunas circunstancias sociales que facilitan la aparición del abuso sexual:

- Vivir separado de los padres biológicos.
- La pobreza relacionada con la soledad que presentan algunos niños.
- Discapacidad infantil.
- Alcoholismo y adicciones en alguno de los miembros de la familia.
- Prostitución en casa.
- Permanencia temporal de visitas o familiares en casa.
- Enfermedad mental.
- Presencia de pacientes sospechosos de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

### **Alteraciones en las víctimas de abuso sexual:**

El grado de alteración sufrida por un niño víctima de abuso sexual depende de los factores descritos a continuación:

- **Tipo de acto sexual:** se debe distinguir si el abuso se limitó a besos; caricias de los senos o de los genitales o si se emplearon objetos y si hubo penetración, determinando si la víctima estaba vestida o no y si adicionalmente se practicó sexo oral o anal.
- **Frecuencia y duración:** están íntimamente relacionadas con la gravedad de la alteración mental asociada con el abuso o ataque sexual.

- **Intensidad de violencia utilizada:** va desde el convencimiento, pasando por soborno y amenaza, hasta la agresión física. En el caso del convencimiento, la víctima se puede sentir complacida, con la probabilidad que se conduzca al menor de edad a la prostitución.
- **Relación con el agresor:** se debe determinar la relación entre la víctima y su agresor. Esta relación puede ser de tipo incesto, por conocido que represente figura de autoridad para el niño, por desconocido o como parte de una red de prostitución o satanismo
- **Edad de la víctima:** es fundamental considerar este factor por su implicación sobre la supervivencia, desarrollo posterior o posibilidad de embarazo, entre otros factores
- **Número de agresores:** este factor puede condicionar al niño como culpable de lo sucedido, generando procesos de victimización en edad adulta
- **Efectos de la denuncia:** este factor debe manejarse con precaución debido a que puede revictimizar al niño por el conflicto familiar generado y la actitud de los miembros de la familia y de otras personas que intervengan en el proceso de atención
- **Agresión institucional:** la agresión a la que son sometidas las víctimas por parte de los miembros del equipo multidisciplinario para lograr esclarecer los hechos y tomar las medidas respectivas en muchas ocasiones es más humillante para la víctima y su familia que la violación en sí. De allí la importancia de dividir las tareas y determinar los tiempos para la evaluación de las víctimas en el momento y lugar apropiados por la persona adecuada. La intervención multidisciplinaria coordinada es de gran ayuda para evitar estas situaciones indeseadas.

La presencia de estas situaciones está relacionada con la antigüedad del maltrato, generando en los casos agudos trastornos emocionales con implicaciones en el desempeño en los diferentes contextos, principalmente en el educacional y de aprendizaje. Además, modifica las relaciones sociales. En los casos recurrentes y de larga data pueden ocurrir trastornos mentales como depresión, suicidio, autoagresiones, pobre autoestima y adicciones de todo tipo (29).

### 3.7 PRUEBAS PROYECIVAS Y DIBUJO PROYECTIVO H-T-P

#### **LOS TEST PROYECTIVOS FORMAN PARTE DE LOS TEST DE PERSONALIDAD**

Una de las características más importantes de este tipo de test es que las respuestas desencadenadas serán ser originales en cada caso, no habrá mejores o peores, ni serán preestablecidas, siendo en cada situación particular fiel reflejo o proyección de la personalidad del sujeto.

Los test proyectivos tienen como objetivo explorar la personalidad o algún aspecto específico de ésta en su relación al contexto global, pero con el claro propósito de llegar a los niveles más profundos de la misma, incluido el inconsciente. Revelan la posición de la persona con respecto al mundo circundante, al acontecer social, su actitud en situaciones difíciles de la vida o su comportamiento moral (30).

Los test proyectivos asociados a otras técnicas de expresión como el juego, el dibujo, la dramatización, conforman lo que se denominan las **técnicas proyectivas**, imprescindibles para el conocimiento amplio y profundo de la personalidad, ya que aportan datos que resultan, en la mayoría de ocasiones, reveladores de síntomas psicopatológicos (31).

La utilidad de los test proyectivos facilita el contacto con el paciente.

Es muy válido en particular cuando el sujeto tiene inhibiciones para hablar de sí mismo, relatar su historia o indicar sus conflictos, estando más dispuesto para relatar historias a partir de unas láminas, o para hacer un dibujo, que para una conversación confidencial (32).

Aunque no siempre es así y en ocasiones, aunque poco frecuentes, hay personas que reaccionan con cierta agresividad ante la iniciación del examen con test proyectivos calificándolos como infantiles, mostrando resistencia y repulsión. El test permite el establecimiento de un contacto inicial que favorece considerablemente las relaciones y exámenes posteriores. **Da muchas veces en un tiempo relativamente breve una impresión de la personalidad del paciente**, de su estructura, de sus conflictos, de sucesos importantes que han determinado su pasado.

## **TEST DEL H.T.P**

### **El Test Proyectivo Gráfico del H.T.P. -Casa, Árbol y Persona- (Buck- Hammer.)**

Apareció a través de Buck en 1984 como una derivación de una escala de inteligencia en la que el autor trabajaba en la época en que Wechsler publicaba su test. Esta revisión amplía el uso que la técnica de Buck (1970) hace (parecida a la que Machover hizo a partir del test Goodenough) e indica el pasaje de una tabulación esencialmente cuantitativa a una más cualitativa e interpretativa del mismo test (33).

Al observar que los dibujos se saturaban de factores no intelectuales, decide sistematizarlo como test proyectivo, siendo esa tarea luego ampliada por otros autores, especialmente Hammer en 1969. En interés de la estandarización, han debido imponerse algunas restricciones a la expresión completamente libre.

Se piden los mismos temas gráficos, en el mismo tamaño de papel; solo se ofrece una hoja por vez y el dibujo debe ser manual. La casa, el árbol y la persona, son ítems familiares para todos, pero también son conceptos de gran potencia simbólica que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad, las que luego proyectan cuando esos conceptos son dibujados.

El orden de presentación de los estímulos es siempre el mismo: primero la casa, luego el árbol y por último la persona, permitiendo así, que de forma gradual se vaya desde las representaciones más neutrales hasta las más cercanas a la propia persona. La **casa**, como lugar de vivienda, provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones interfamiliares. Si se trata de niños, pone de manifiesto la actitud que tienen con respecto a la situación en sus hogares y a las relaciones con sus padres y Hermanos.

El Árbol y la persona, son conceptos que captan la imagen corporal y el concepto de sí mismo. El dibujo del **árbol** parece reflejar los sentimientos más profundos e inconscientes que el individuo tiene de sí mismo, y la **persona** constituye el vehículo de transmisión de la autoimagen más cercana a la conciencia y de las relaciones con el ambiente.

Son instrumentos especialmente sensibles para detectar y revelar aspectos inconscientes de la persona, estimulando la imaginación del sujeto mediante la ambigüedad, para que realice un análisis global.

Tienen como finalidad: Conocer el porqué de las cosas. Nos Aportan: Traspasar el umbral de conciencia burlando las barreras de:

- Conciencia: cuando no se es consciente de los propios motivos, deseos o actitudes.

- Irracionalidad: cuando se consigue ir más allá de los pensamientos juiciosos y racionales.

- Inadmisibilidad: cuando el sujeto no está dispuesto a incriminarse o a admitir algo negativo sobre sí mismo.

- Educación: cuando se comportan como lo que se espera de una persona con su nivel de educación.

Obviamente en todos los test la **Interpretación** desempeña un papel destacado y es innegable que en ella interviene un factor subjetivo, pero con bastantes conocimientos de psicología y suficiente experiencia en el test se comprueba que ese factor puede tener una importancia menor, pues interpretaciones realizadas por distintas personas dan generalmente los mismos resultados. Más difícil parece la interpretación de dibujos, ya que la expresión gráfica es más ambigua que la verbal, pero Karen Machover demostró a través de amplias investigaciones con cuánta exactitud es posible evaluar dibujos tan sencillos como los de la persona humana.

## RASGOS DEL H-T-P ASOCIADOS CON ABUSO SEXUAL

Obtenido de manual y guía de interpretación de John N. Buck y W.L. Warren

Nubes en cualquier dibujo	Piernas de la persona juntas
Genitales dibujados en la persona	Árbol fálico
Manos demasiado grandes	Sombreado de la cara, cuerpo, extremidades, manos o cuello de la persona
Ojos de la persona enfatizados, grandes	Formas triangulares acentuadas en los dibujos de la persona
Ojos de la persona pequeños u omitidos	Énfasis vertical en el dibujo de la casa

FUENTE: Manual del H.T.P. pg. 132.

#### 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a lo anteriormente expuesto se puede señalar que la personalidad está determinada por diferentes factores biopsicosociales y a la vez estas alteraciones son el resultado de múltiples causas que condicionan el desarrollo de los diferentes trastornos de la personalidad. El abuso sexual es una de las formas más graves de ejercer violencia sobre todo a edades tempranas, cuando la personalidad aún no se ha consolidado. El abuso sexual se ha observado como factor de gran importancia para desarrollar algún trastorno de la personalidad en la edad adulta, las investigaciones se inclinan en el grupo B de trastornos de la personalidad y se desconoce la relación que pueda existir entre los otros grupos, por lo cual se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Es mayor el porcentaje de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. en los pacientes con trastornos de la personalidad?

## 5.- JUSTIFICACIÓN

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Aún existe muy poca información y revisiones previas sobre este tema<sup>23-28</sup>, ninguna de ellas se ha centrado exclusivamente en el área del abuso sexual y su relación con los trastornos de personalidad mediante la identificación de indicadores de abuso sexual en una prueba proyectiva, con la expectativa de elaborar nuevas líneas de trabajo que en un futuro podrían facilitar la identificación, intervención o el tratamiento de las formas más severas de los diferentes trastornos de personalidad en cada uno de los grupos.**

- Por lo tanto el objetivo de esta investigación es identificar si existe relación entre la presencia de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. en pacientes con trastornos de personalidad, y de forma particular determinar si existe mayor incidencia de indicadores de abuso sexual en alguno de los 3 grupos de trastornos de la personalidad en pacientes del instituto de psiquiatría del Estado de Baja California.

## 6.- OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. de pacientes con trastornos de la personalidad del instituto de psiquiatría del Estado de Baja California.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar ficha de identificación de los usuarios.
- Identificar a los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la personalidad del grupo A, B y C.
- Identificar los indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva de dibujo H-T-P. de un periodo de tiempo de 2009 a 2013.
- Identificar aquellos pacientes que refirieron abuso sexual.

## 7.- HIPÓTESIS

- El porcentaje de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. es mayor en los pacientes con trastornos de la personalidad del instituto de psiquiatría del Estado de Baja California.

### **HIPÓTESIS NULA**

- El porcentaje de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. es menor en los pacientes con trastornos de la personalidad del instituto de psiquiatría del Estado de Baja California.

## 8.- METODOLOGÍA

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

El siguiente es un estudio retrospectivo y descriptivo.

### **TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA**

**Tamaño de la población general: 12036.**

**Tamaño de la población con probable trastornos de la personalidad: 2124.**

**Error máximo aceptable: 7%.**

**Porcentaje estimado de la muestra: 15%.**

**Distribución de la respuesta: 50%**

**Nivel de confianza: 95%.**

**Tamaño de la muestra: 180.**

### **INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Recolectar las pruebas proyectivas de dibujo H-T-P (Home, Tree, Person) [Anexo 3] del 2009 a 2013, realizadas en pacientes del instituto de psiquiatría del Estado de Baja California.

## 9.- CRITERIOS

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes de ambos sexos que cuenten con prueba proyectiva H.T.P.
- Tener edad mínima de 18 años y edad máxima de 65.
- Contar con ficha de identificación.
- Contar con diagnóstico de Trastorno de personalidad en expediente clínico.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que cuenten con más de dos diagnósticos concomitantes de diferente grupo de trastornos de la personalidad.
- Presencia de síntomas psicóticos durante la realización de la prueba descrito en expediente clínico.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Información incompleta del paciente.

### **DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN**

No aplica.

### **CRITERIOS PARA EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN**

No aplica.

## 10.- VARIABLES:

- **Definición conceptual, operacional y operacionalización de variables**
  - **Trastornos de personalidad de grupo A, variable:**  
independiente
    - **Escala de medición:** Dicotómicas
    - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0)
    - **Instrumento de medición:** criterios diagnósticos para TP del DSM 5.
    - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de criterios diagnósticos para TP grupo A del DSM 5.
    - **Instrumento:** información presente en expediente clínico (entrevista clínica con el paciente para la obtención de signos y síntomas).
  - **Trastornos de personalidad de grupo B, variable:**  
independiente
    - **Escala de medición:** Dicotómicas
    - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0)
    - **Instrumento de medición:** criterios diagnósticos para TP del DSM 5.
    - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de criterios diagnósticos para TP grupo B del DSM 5.
    - **Instrumento:** información presente en expediente clínico (entrevista clínica con el paciente para la obtención de signos y síntomas).
  - **Trastornos de personalidad de grupo C, variable:**  
independiente
    - **Escala de medición:** Dicotómicas
    - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0)

- **Instrumento de medición:** criterios diagnósticos para TP del DSM 5.
- **Fuente de aplicación directa:** aplicación de criterios diagnósticos para TP grupo C del DSM 5.
- **Instrumento:** información presente en expediente clínico (entrevista clínica con el paciente para la obtención de signos y síntomas).
- **Abuso sexual, variable:** independiente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento:** información presente en expediente clínico.
- **Prueba proyectiva H-T-P:** aplica cuando se obtienen indicadores de abuso sexual, mediante la realización de 3 dibujos.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independiente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Nubes en cualquier dibujo.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independiente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Genitales dibujados en la persona.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independiente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas

- **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
- **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
- **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
- **Instrumento:** identificar en la prueba; Manos demasiado grandes.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independienciente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Ojos de la persona enfatizados, grandes.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independienciente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Ojos de la persona pequeños u omitidos.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independienciente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Piernas de la persona juntas.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independienciente

- **Escala de medición:** Dicotómicas
- **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
- **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
- **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
- **Instrumento:** identificar en la prueba; Árbol fálico.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independienciente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Sombreado de la cara, cuerpo, extremidades, manos o cuello de la persona.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independienciente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Formas triangulares acentuada en el dibujos de la persona.
- **Prueba proyectiva H-T-P: variable:** independienciente
  - **Escala de medición:** Dicotómicas
  - **Unidad de medición:** presente/ausente (1/0).
  - **Instrumento de medición:** test de prueba proyectiva H-T-P.
  - **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la prueba proyectiva, previa indicación.
  - **Instrumento:** identificar en la prueba; Énfasis vertical en el dibujo de la casa.

## 11.- PLAN DE ANÁLISIS

Se recolectaran los test proyectivos de dibujo H-T-P de 2009 a 2013 de los pacientes seleccionados para el estudio, se identificarán los indicadores de abuso para obtener un puntaje final, se utilizará la estadística descriptiva, y para probar la hipótesis se aplicará la fórmula de **Chi2 y p de Pearson**.

Se utilizará el paquete descriptivo del programa estadístico **SPSS**, versión 20.

### 11.1 RECURSOS HUMANOS

- Psicólogos adscritos que proporcionen test proyectivo de 2009 a 2013.
- Residente de psiquiatría (investigador principal) quien identificara los indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P.
- Residente de psiquiatría (investigador principal) quien obtendrá los datos necesarios para el anexo 2, de los expedientes clínicos.

### 11.2 RECURSOS MATERIALES

Se necesitó de los siguientes recursos materiales para la realización de este proyecto de investigación:

- Hojas blancas ----- \$ 100.00  
MN
- Impresiones ----- \$ 200.00 MN
- Plumas ----- \$ 20.00 MN
- Engargolado ----- \$ 45.00 MN
- Total \_\_\_\_\_ \$ 365.00 MN

## 12.- RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra total de 193 usuarios, de los cuales 188 contaban con diagnóstico de Trastorno de la personalidad, 5 con rasgos de Trastorno de la personalidad.

En cuanto a la distribución por grupo: 49 correspondían al Grupo A, 85 al Grupo B, 54 al Grupo C, y solo 5 contaban con rasgos de algún trastorno de la personalidad.

Respecto a la presencia de indicaciones de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. se identificaron un total de 1031 indicadores entre los 193 de los cuales; 1 no presentó indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P., 3 presentaron 1 indicador, 6 presentaron 2 indicadores, 14 presentaron 3 indicadores, 25 presentaron 4 indicadores, 43 presentaron 5 indicadores, 54 presentaron 6 indicadores, 41 presentaron 7 indicadores, y 6 presentaron 8 indicadores, como se muestra en la gráfica de ITEMS.

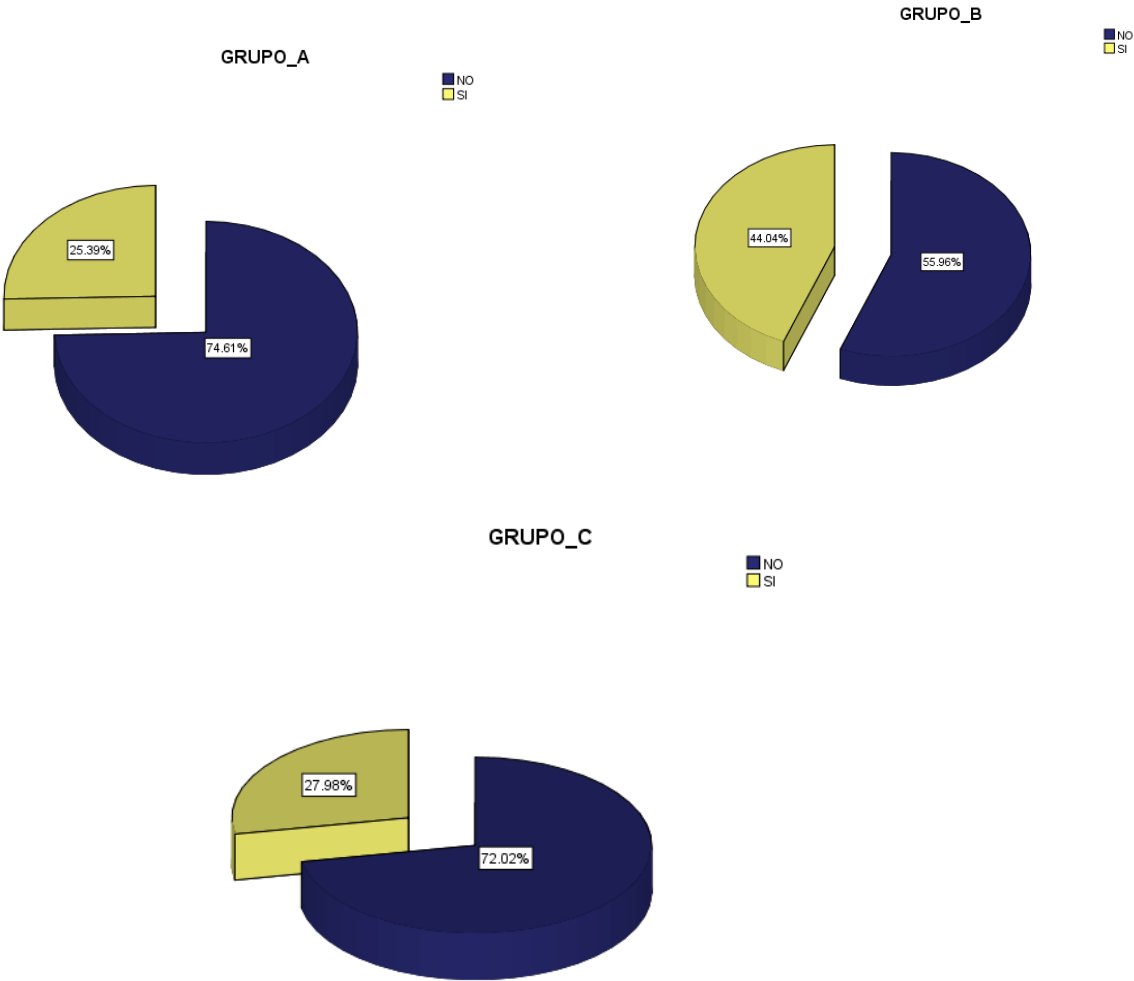
La distribución total por sexo fue de 86 Hombre y 107 Mujeres, de los cuales 27 hombres y 49 mujeres, refirieron haber sufrido algún tipo de abuso sexual.

La edad promedio fue de 35.99 con una desviación estándar de  $\pm 12.016$ .

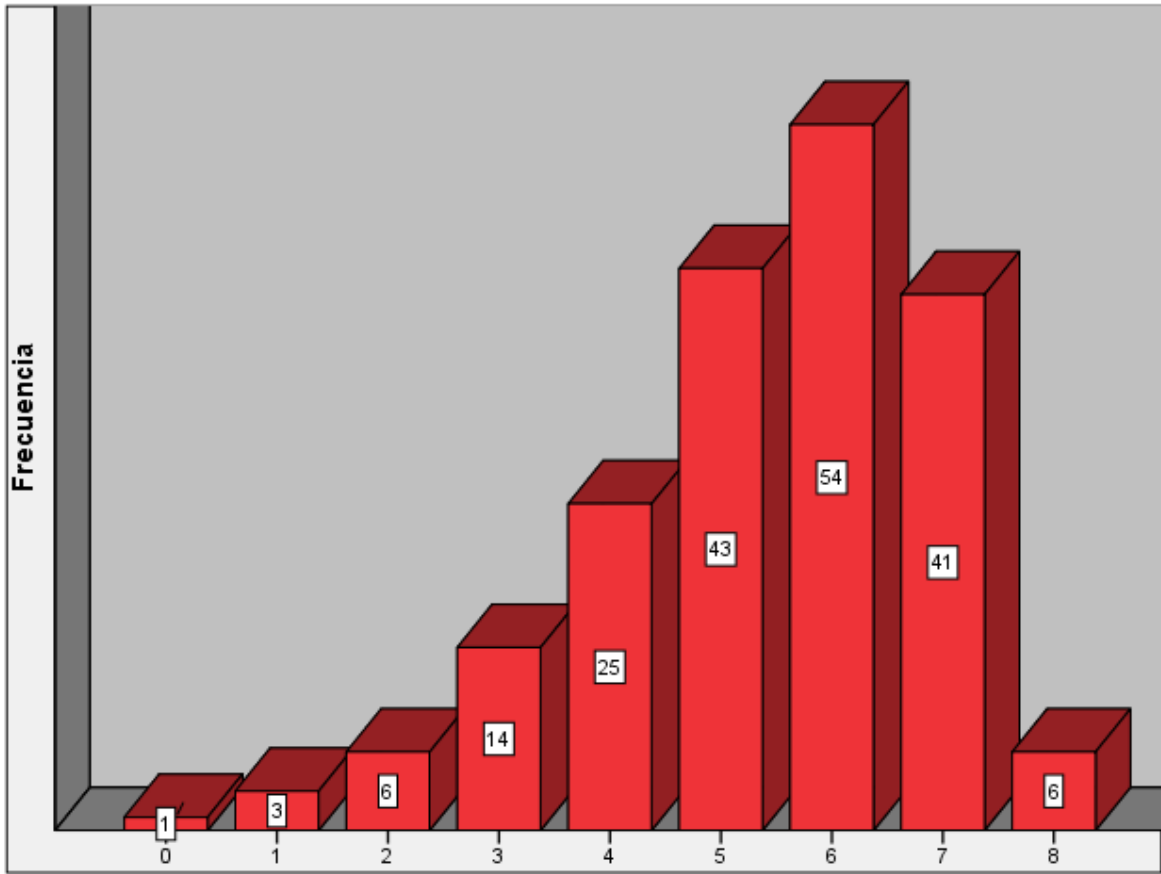
Se realiza la prueba de  $\chi^2$  para los grupos del total de indicadores de abuso sexual obtenidos en la prueba proyectiva H.T.P. obteniéndose un resultado de  $p=0.000$ , lo que indica que la presencia de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. son estadísticamente significativos. Los Trastornos de la personalidad obteniéndose un resultado de  $p=0.000$ , lo que indica que la presencia de los Trastorno de la personalidad son estadísticamente significativos. Para la presencia de abuso sexual, obteniéndose un resultado de  $p=0.003$  indicando que la presencia del abuso sexual es estadísticamente significativa en el grupo de usuarios.

Se estimó la correlación entre los indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. y los trastornos de personalidad mediante la prueba p de Pearson encontrándose un valor de -0.033 lo que indica una relación inversamente proporcional entre estas variables, es decir ante la presencia de trastornos de la personalidad es mayor la prevalencia de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P.

Se agregan los gráficos correspondientes a la edad, escolaridad, religión, ocupación y distribución de los diferentes subgrupos de Trastornos de la personalidad, de los cuales se observa como dato de mayor relevancia la prevalencia de usuarios solteros y predominio de Trastorno Límite de la Personalidad de los subgrupos de los Trastornos de personalidad.

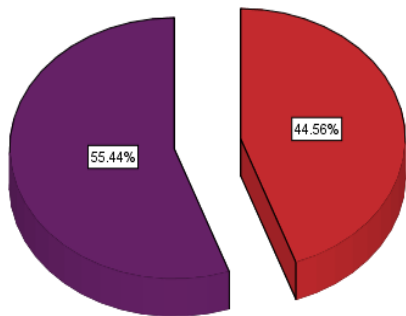


TOTAL\_DE\_ITEMS



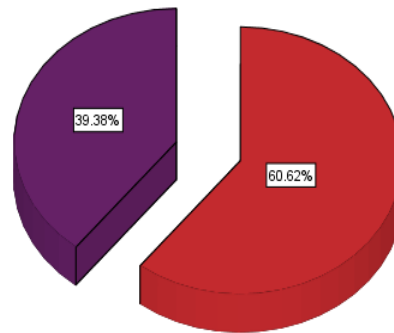
SEXO

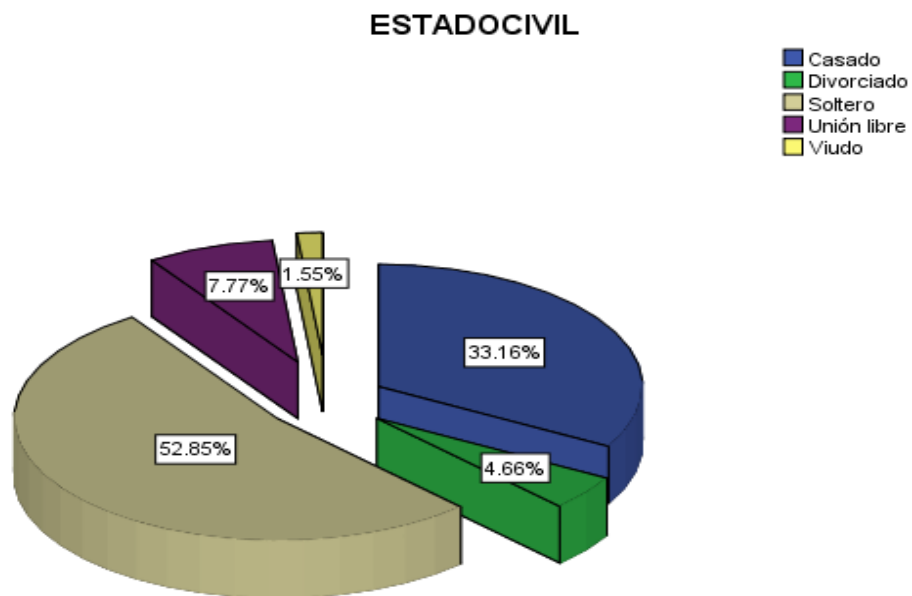
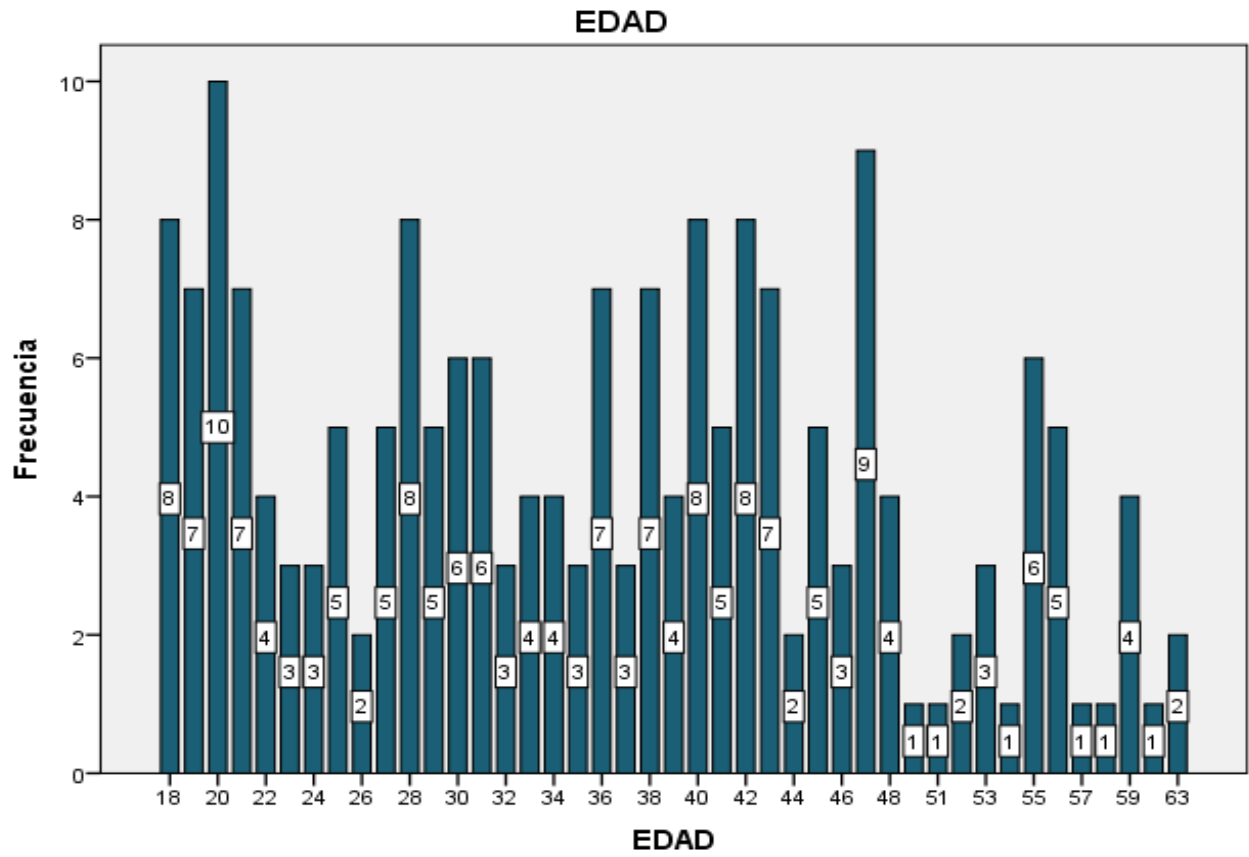
■ Hombre  
■ Mujer



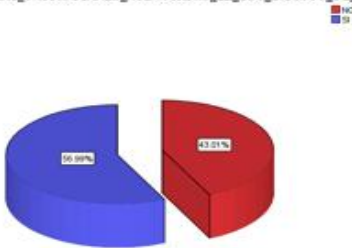
ABUSO\_SEXUAL

■ NO  
■ SI

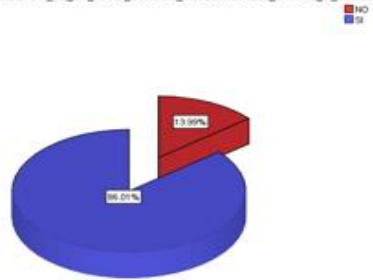




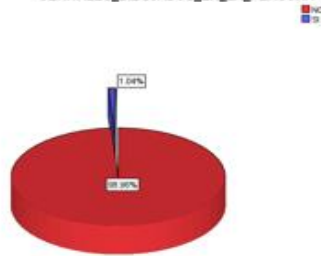
FORMAS\_TRIANGULARES\_ACENTUADAS\_EL\_LOS\_DIBUJOS\_DE\_LA\_PERSONA



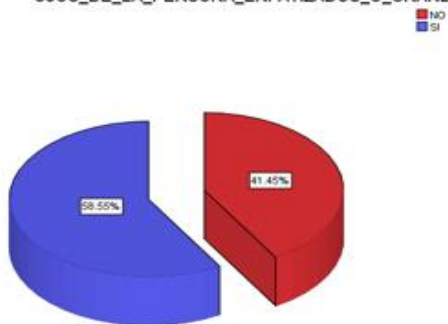
SOMBREADO\_DE\_LA\_CARA\_CUERPO\_EXTREMIIDADES\_MANOS\_O\_CUELLO\_DE\_LA\_PERSONA



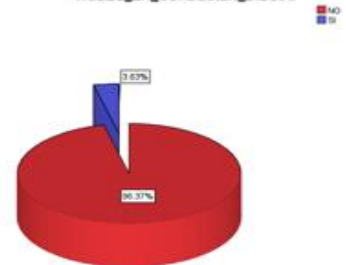
GENITALES\_DIBUJADOS\_EN\_LA\_PERSONA



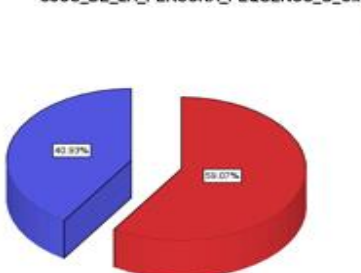
OJOS\_DE\_LA\_PERSONA\_ENFATIZADOS\_O\_GRANDES



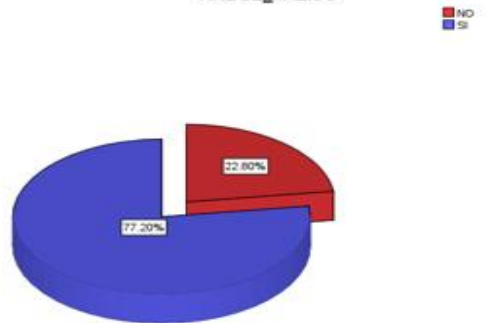
NUBES\_EN\_CUALQUIER\_DIBUJO



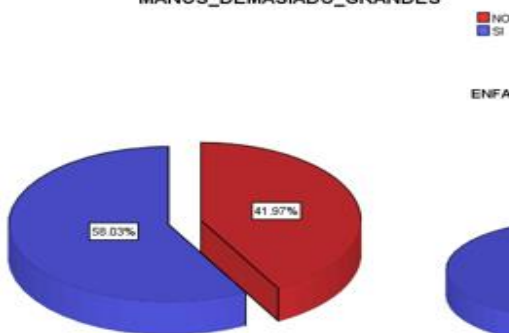
OJOS\_DE\_LA\_PERSONA\_PEQUEÑOS\_U\_OMITIDOS



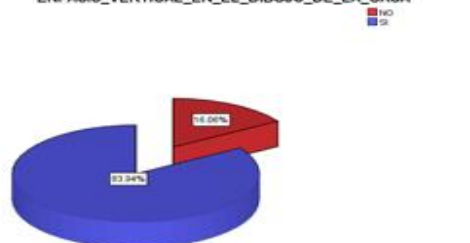
ARBOL\_FALICO



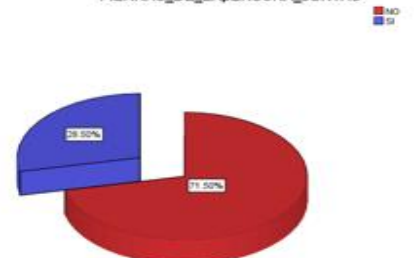
MANOS\_DEMASIADO\_GRANDES



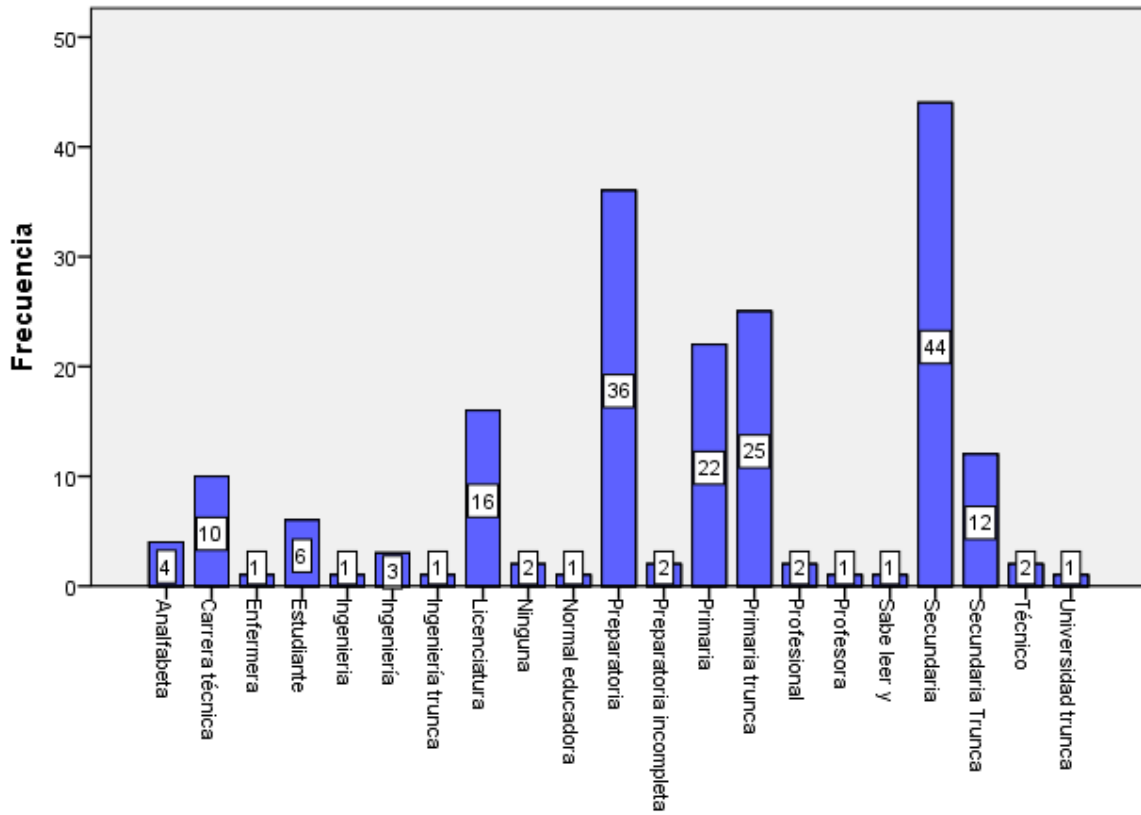
ENFASIS\_VERTICAL\_EN\_EL\_DIBUJO\_DE\_LA\_CASA



PIERNAS\_DE\_LA PERSONA JUNTAS

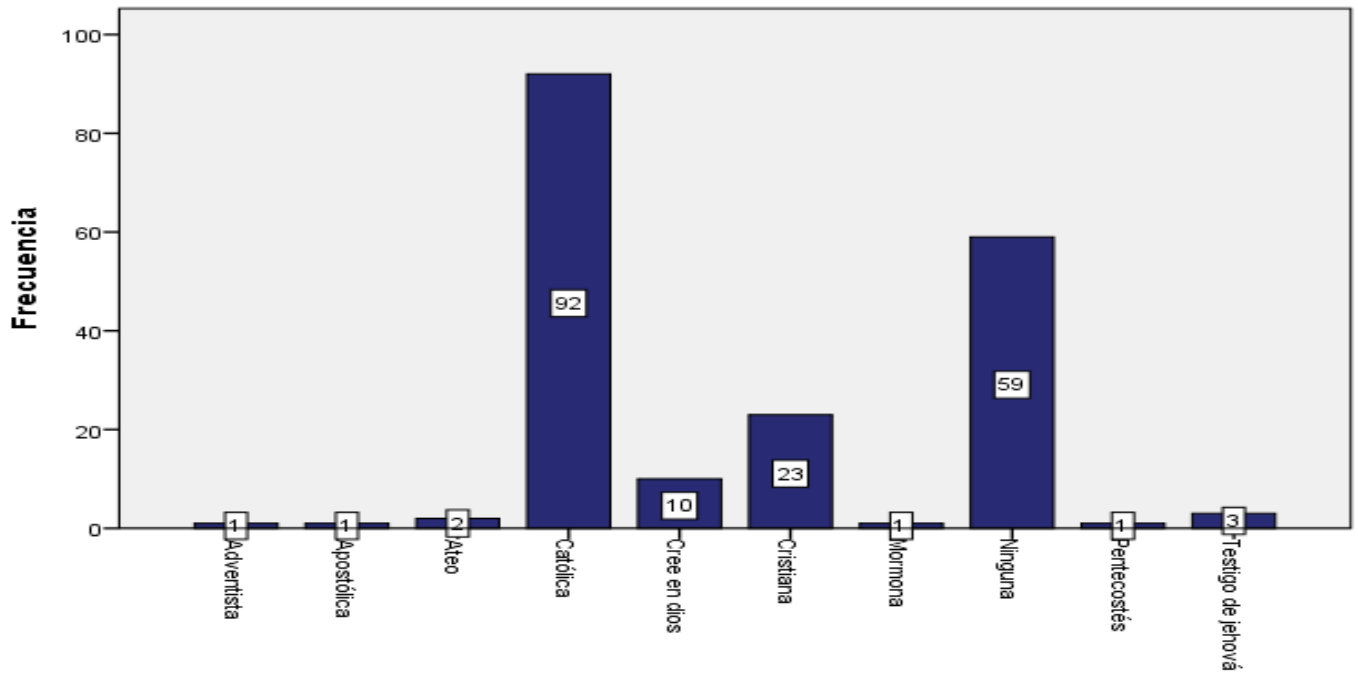


### ESCOLARIDAD



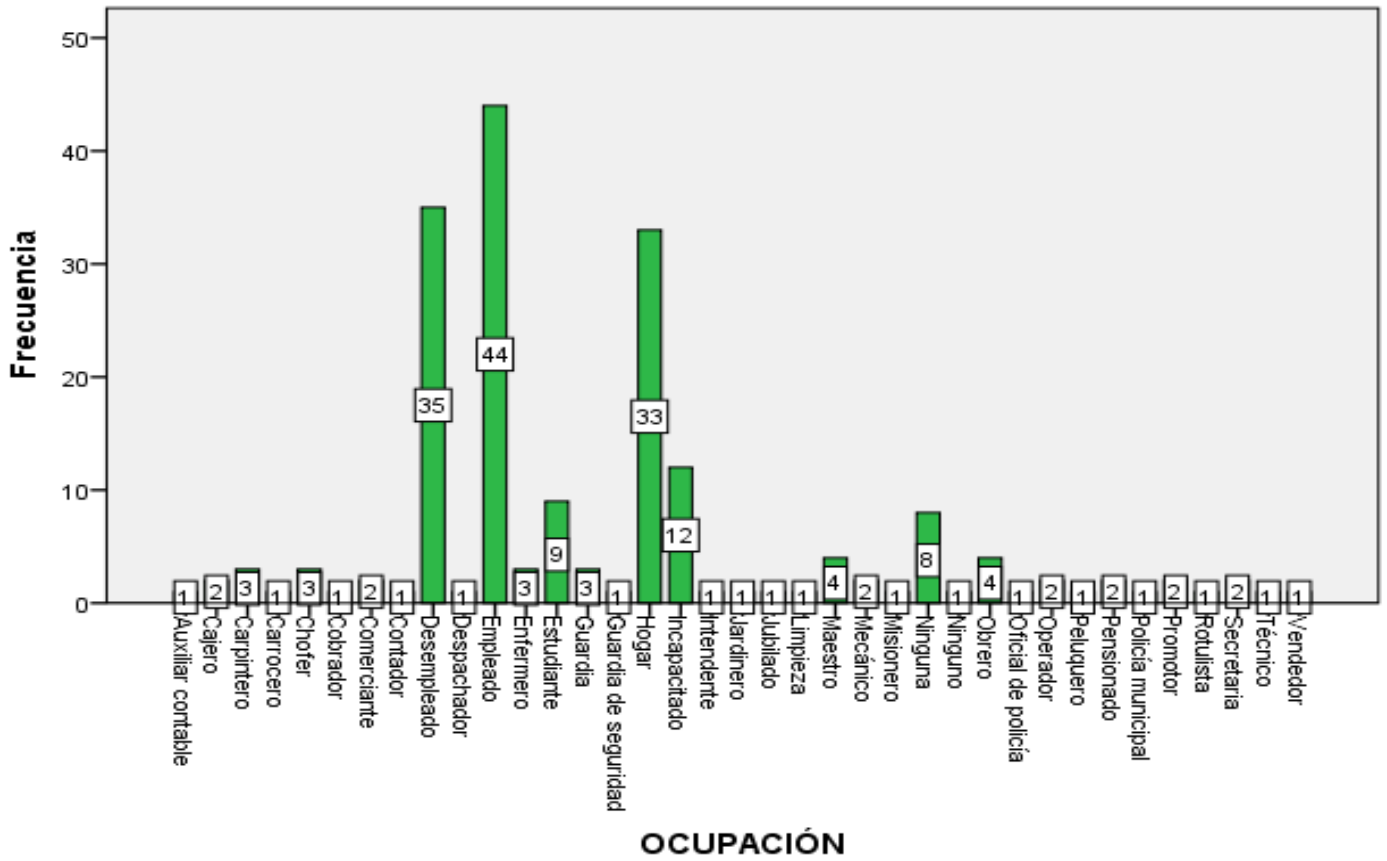
### ESCOLARIDAD

### RELIGIÓN

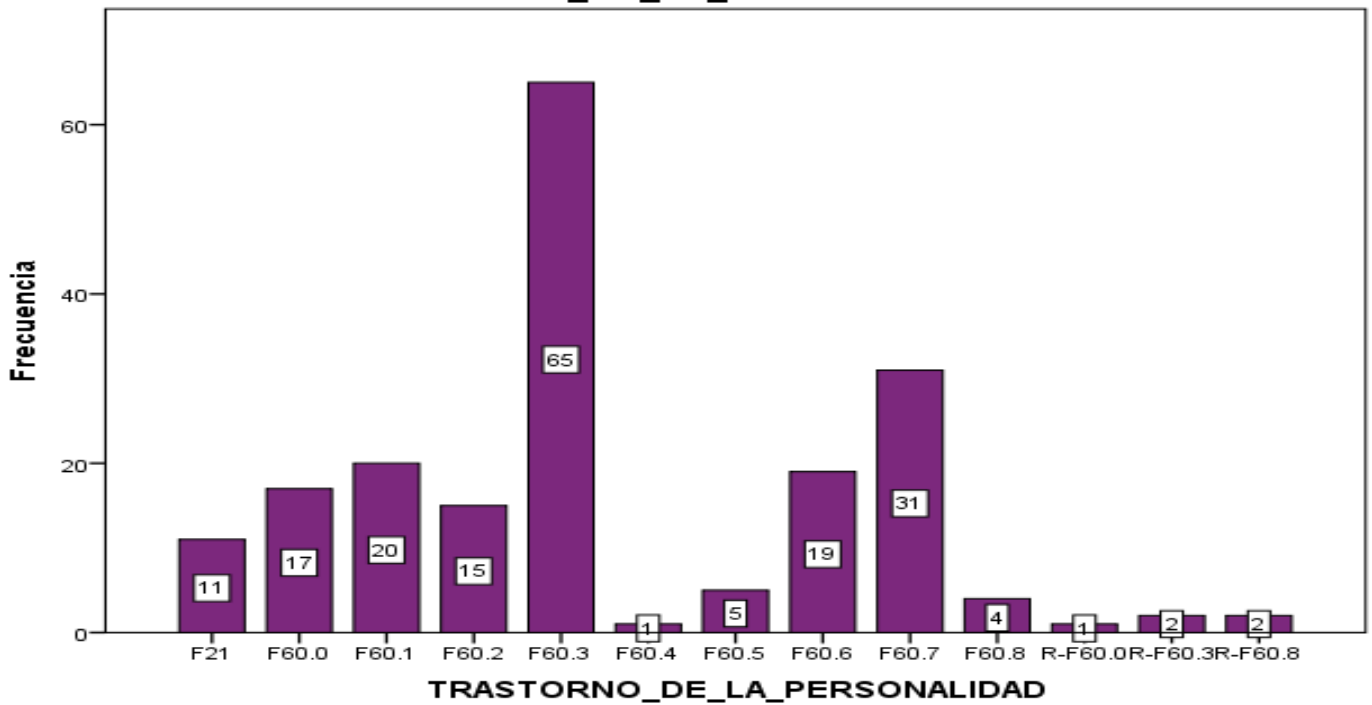


### RELIGIÓN

### OCUPACIÓN



### TRASTORNO\_DE\_LA\_PERSONALIDAD



### 13.- DISCUSIÓN:

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que el porcentaje de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. es mayor en los pacientes con trastornos de personalidad, observándose mayor prevalencia de indicadores de abuso sexual en los pacientes del grupo B de trastornos de personalidad, seguido del grupo C y A de los trastornos de personalidad.

Demostrándose que es mayor el porcentaje de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. en los pacientes con trastornos de la personalidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación tras la identificación de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. se encontró que el porcentaje de indicadores de abuso sexual, es mayor en los pacientes con trastornos de personalidad y de forma particular se encontró mayor prevalencia de indicadores de abuso sexual en los pacientes del grupo B, seguido del grupo C y A de los trastornos de personalidad.

Se identificaron 76 pacientes que refirieron abuso sexual de un total de 193 usuarios.

El porcentaje de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. fue mayor en los pacientes con trastornos de la personalidad del instituto de psiquiatría del Estado de Baja California.

Es difícil parrear esta investigación con alguna otra, puesto que no existen otros estudios con los criterios y población similares a las expuestas.

Se resalta como fortaleza que es un estudio no realizado anteriormente y los datos obtenidos pueden utilizarse como base y sustento para líneas de investigación posteriores. Poniendo como ejemplo de perspectiva a futuro la identificación específica de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P. en los usuarios con trastornos de personalidad para generar intervenciones enfocadas en mejorar el pronóstico del padecimiento.

## 14.- CONCLUSIÓN:

Ante los resultados obtenidos en el presente estudio, y de acuerdo a lo anteriormente expuesto se puede señalar que la personalidad está determinada por diferentes factores biopsicosociales y a la vez estas alteraciones son el resultado de múltiples causas que condicionan el desarrollo de los diferentes trastornos de la personalidad, siendo el abuso sexual una de las formas más graves de ejercer violencia sobre todo a edades tempranas, cuando la personalidad aún no se ha consolidado.

El abuso sexual se ha observado como factor de gran importancia para desarrollar algún trastorno de la personalidad en la edad adulta, observándose en el presente estudio la alta prevalencia de indicadores de abuso sexual en los pacientes con trastornos de personalidad, predominando el grupo B seguido del C y finalmente el A en menor prevalencia.

Es de gran importancia recalcar que dentro de los resultados obtenidos se observa una relación inversamente proporcional, ante la presencia de trastornos de la personalidad, resultando mayor la prevalencia de indicadores de abuso sexual en la prueba proyectiva H.T.P.

Finalmente debido a la vulnerabilidad de las personas con antecedentes de abuso sexual a desarrollar algún trastorno de personalidad, se considera confiable recurrir a la aplicación de la prueba proyectiva H.T.P. de forma protocolaria ante la posibilidad de haber sido víctimas de algún tipo de abuso sexual para generar intervenciones tempranas y un seguimiento oportuno en dichos usuarios.

## 15.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2013-2014																			
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Realización del protocolo																				
Actividad	2015-2017																			
	Julio 2015				Agosto 2016				Diciembre 2016				Enero 2017				Febrero 2017			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Realización del protocolo																				
Valoración por Comité de Ética																				
Obtención del instrumento																				
Vaciamiento de datos																				
Análisis estadístico																				
Análisis final y redacción																				
Presentación de tesis																				

## 16.- BIBLIOGRAFIA

1. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:174–186
2. Asato MR, Terwilliger R, Woo J, Luna B (2010) White matter development in adolescence: a DTI study. *Cereb Cortex* 20:2122–2131
3. Barakat LP, Kazak AE, Meadows AT, Casey R, Meeske K, Stuber ML (1997) Families surviving childhood cancer: a comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children. *J Pediatr Psychol* 22:843–859
4. Bond L, Clements J, Bertalli N, Evans-Whipp T, McMorris BJ, Patton GC, Toumbourou JW, Catalano RF (2006) A comparison of self-reported puberty using the Pubertal Development Scale and the Sexual Maturation Scale in a school-based epidemiologic survey. *J Adolesc* 29:709–720
5. Bremner JD (2007) Neuroimaging in posttraumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroimaging Clin N Am* 17:523–38, ix
6. Breuer J, Freud S. *Studies in Hysteria (1893–1895)*. London: Hogarth; 1895.
7. Roberts BW, Wood D, Caspi A. The development of Personality Traits in adulthood. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford Press; 2008.
8. Caspi A, M
9. Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2006;7:583-90.
10. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Strategy for Investigating Interactions Between Measured Genes and Measured Environments. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:473-81.
11. Bouchard TJ, McGue M. Genetic and environmental influences on human psychological differences. *J Neurobiological* 2002;54:4-45.
12. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality development: Stability and change. *Annu Rev Psychol* 2005;56:453-84.

13. Belsky J, Jaffee SR, Caspi A, Moffitt T, Silva PA. Intergenerational relationships in young adulthood and their life course, mental health, and personality correlates. *J Fam Psychol* 2003;17(4):460-71.
14. Chess S, Thomas A. *Temperament: theory and practice*. New York: Brunner/Mazel; 1996.
15. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*, edit. Medica panamericana.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013, pp. 363- 366
17. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013, pp. 366- 368.
18. American Psychiatric Association. *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013, pp. 321- 332.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Ed*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013, pp. 761- 781.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Ed*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013, pp. 771- 772
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Ed*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013, pp. 775- 778.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Ed*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
23. Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. *Massachusetts General Hospital. Comprehensive Clinical Psychiatry. 2nd Ed*. Toronto:Elsevier;2016: 433- 444.

24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013., pp. 773- 791
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. 5th Ed. Washington DC, American Psychiatric Publishing; 2013, p. 764- 765
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. 5th Ed. Washington DC, American Psychiatric Publishing; 2013, p. 766- 767
27. Caspi A. The Child Is Father of the Man: Personality Continuities From Childhood to Adulthood. *J Pers Soc Psychol* 2000;78:158-72.
28. Browning CR, Laumann EO. Sexual contact between children and adults: A life course perspective. *Am Sociol Rev* 1997;62:540-60.
29. Tong L, Oates K, McDowell M. Personality development following sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1987;11:371-83.
30. Flitter JMK, Elhai J, D., Gold SN. MMPI-2 F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *J Trauma Stress* 2003;16:269-74.
31. Bellak, L. y Bellak, S.: *test de apercepción temática con figuras humanas cat-h*. Paidós, buenos aires, 1966
32. Bergeret , j. 1975. *Manual de psicología patológica* .editorial toray-masson. Barcelona. (pp.105 111).
33. Buck, J. N. (2010). Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo (Primera ed.) México, D. F., México: El Manual Moderno. P.129-132.

# 17.- ANEXOS

INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA  
DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

CONSENTIMIENTO  
OTORGADO POR AUTORIDADES DEL IPEBC

A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, Mexicali, B.C.

Solicito autorización por parte de la institución y comité de ética para el proyecto de investigación dirigido por el Dr. Méndez Aguirre Pablo Alan, residente de la especialidad de Psiquiatría en el IPEBC, en colaboración con la Universidad Autónoma de Baja California, requiriendo acceso a los expedientes clínico y pruebas psicológicas para el llenado de una ficha de identificación de los datos que correspondan a los usuarios que sean seleccionados para el estudio, así como recopilar el test proyectivo de dibujo H.T.P. en el cual se identificarán los indicadores de Abuso sexual la información recabada se mantendrá en anonimato y será utilizada para fines meramente académicos y de investigación.

ATENTAMENTE

---

Nombre y firma de autorización

**Anexo 1**

## INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

A \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, Mexicali, B.C.

Número de expediente: \_\_\_\_\_

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Diagnóstico (s) psiquiátrico (s) por jerarquía:

---



---

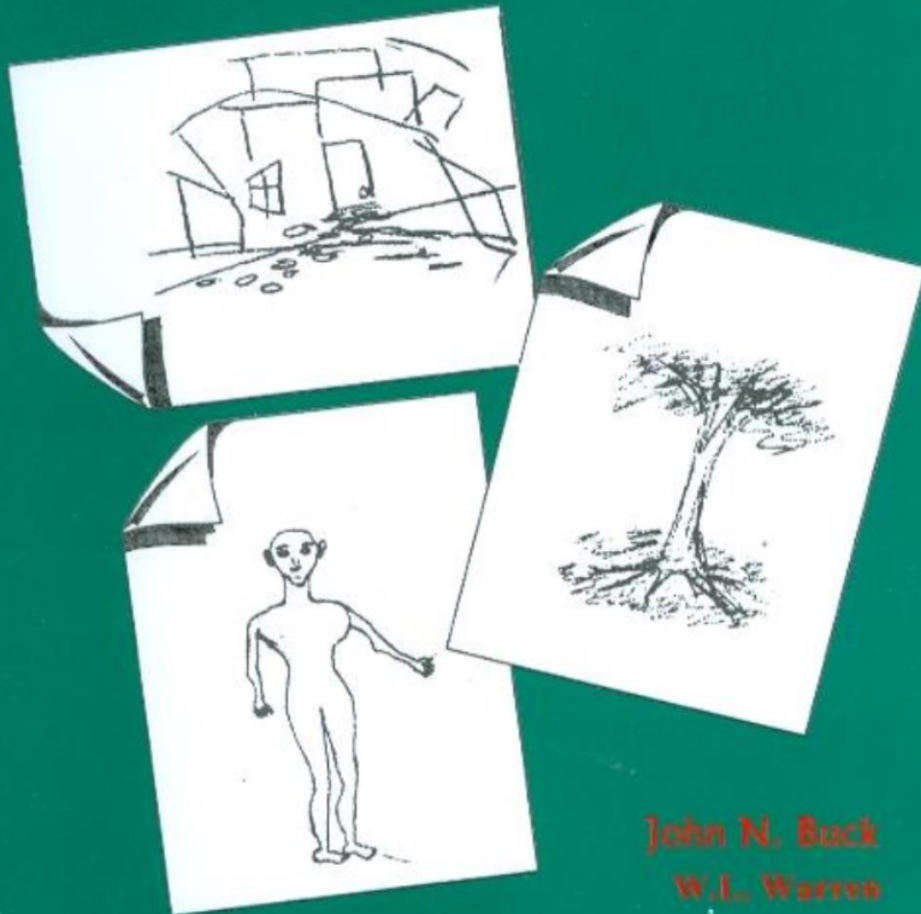
Presencia de:

- Trastorno de personalidad del grupo A: ( 0 ) ( 1 )
- Trastorno de personalidad del grupo B: ( 0 ) ( 1 )
- Trastorno de personalidad del grupo C: ( 0 ) ( 1 )
  
- Abuso sexual: ( 0 ) ( 1 )
  
- Nubes en cualquier dibujo: ( 0 ) ( 1 )
- Genitales dibujados en la persona: ( 0 ) ( 1 )
- Manos demasiado grandes: ( 0 ) ( 1 )
- Ojos de la persona enfatizados, grandes: ( 0 ) ( 1 )
- Ojos de la persona pequeños u omitidos: ( 0 ) ( 1 )
- Piernas de la persona juntas: ( 0 ) ( 1 )
- Árbol fálico: ( 0 ) ( 1 )
- Sombreado de la cara, cuerpo, extremidades, manos o cuello de la persona: ( 0 ) ( 1 )
- Formas triangulares acentuada en el dibujos de la persona: ( 0 ) ( 1 )
- Énfasis vertical en el dibujo de la casa: ( 0 ) ( 1 )

**Anexo 2**

Manual y guía de interpretación  
de la técnica de dibujo proyectivo

# H-T-P



John N. Buck  
W.L. Warren

 **Manual Moderno®**