



## MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL EN LA INFANCIA Y CONDUCTA SUICIDA EN EL ADULTO

EKATERINA KOKOULINA<sup>1</sup> Y RAFAEL FERNÁNDEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Perpetuo Socorro, Vigo, España

<sup>2</sup> Unidad de Salud Mental de Coia, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, España

**Resumen:** La conducta suicida es un fenómeno complejo en el que parecen influir factores de riesgo distales, como las experiencias adversas de maltrato sufridas durante la infancia. Los objetivos del estudio fueron (1) comprobar si los pacientes con historia de maltrato físico y emocional durante la infancia informaban de mayor frecuencia de ideación y conducta suicida a lo largo de la vida que los pacientes sin dichas experiencias, y (2) examinar si las diferentes formas de maltrato se asocian de modo diferencial a la conducta suicida. Los resultados indican que el maltrato en la infancia se asociaba a más frecuencia de ideación suicida, aunque únicamente aquellos con historia de maltrato físico informaron de mayor frecuencia de conductas suicidas. Los resultados son coherentes con la propuesta teórica de T. Joiner que predice que la implicación en conducta suicida es predicha por la experiencia repetida de experiencias de daño físico.

**Palabras clave:** Maltrato físico; maltrato emocional; conducta suicida.

*Childhood physical and emotional maltreatment and adulthood suicidal behavior*

**Abstract:** Suicidal behavior is a complex phenomenon which is influenced by various distal risk factors, such as adverse experiences from childhood maltreatment. Our objectives were (1) to check whether psychiatric patients with a history of childhood physical and emotional abuse reported with higher frequency suicidal ideation and behavior throughout life than those without such experiences, (2) to examine whether the different forms of maltreatment were differentially associated with suicidal behavior. The results indicate that childhood abuse was associated with a higher frequency of suicidal behavior, although only in those subjects with a history of physical abuse. The results are consistent with the theoretical proposition by T. Joiner, predicting that the involvement in suicidal behavior is predicted by a repeated experience of physical harm.

**Keywords:** Physical maltreatment; emotional maltreatment; suicidal behavior.

### INTRODUCCIÓN

La investigación sobre la conducta suicida indica que son varios los factores asociados a un incremento en el riesgo a la misma, los cuales pueden clasificarse en individuales y familiares/contextuales (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Entre los individuales se incluyen los trastornos men-

tales (en especial síndromes depresivos, abuso de alcohol y trastorno límite de la personalidad), factores psicológicos como la desesperanza, sociodemográficos (determinados periodos evolutivos como la adolescencia y la edad avanzada se asocian a más riesgo de intentos y suicidios consumados y mayores tasas de suicidio en varones e intentos de suicidio en mujeres), genéticos y biológicos (los relevantes parecen ser los que reducen la actividad serotoninérgica) y enfermedad física y discapacidad.

Los principales factores de riesgo familiares y contextuales son la historia familiar de suicidio, las circunstancias vitales estresantes, factores sociales y ambientales como el escaso apoyo familiar, bajo nivel socioeconómico y

Recibido: 26 noviembre 2013; aceptado: 30 abril 2014.

*Correspondencia:* Rafael Fernández, Unidad de Salud Mental de Coia, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España. Correo-e: [rafael.fernandez.martinez@sergas.es](mailto:rafael.fernandez.martinez@sergas.es)

nivel educativo; y la religión (la afiliación y actividad religiosa se asocia a una reducción del riesgo). También se incluye en este apartado la historia personal de maltrato físico y abuso sexual en la infancia. Aunque separados en la clasificación, dichos factores difícilmente pueden aislarse en la realidad. Por ejemplo, los trastornos depresivos, que tienen una clara asociación con ideación y conducta suicida, también pueden asociarse a experiencias de maltrato en la infancia-adolescencia (Fryers y Brugha, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el maltrato en la infancia, también denominado abuso y negligencia, incluye todas las formas de maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia y explotación que dan lugar a daño actual o potencial en la salud, desarrollo o dignidad del niño (Butchart y Harvey, 2009). Se ha estimado que alrededor del 16% de la población general ha sufrido alguna forma seria de maltrato, situándose la tasa de maltrato físico en alrededor del 7% y del maltrato emocional en el 6% (May-Chanal y Cawson, 2005).

De modo general, la adversidad en la infancia constituye un factor de riesgo de psicopatología del adulto (Norman et al., 2012). Existe evidencia empírica amplia, incluidos estudios prospectivos, de su impacto en el desarrollo y en trayectorias vitales desadaptativas (Scott, Smith y Ellis 2010), así como en una evolución más desfavorable y respuesta al tratamiento más pobre en síndromes específicos como los trastornos depresivos (Nanni, Uher, y Danese, 2012). Es concebible que la parentalidad extremadamente disfuncional, que refleja el maltrato, dañe de modo directo una necesidad básica como es la formación y mantenimiento de vínculos afectivos seguros con los cuidadores primarios. En relación con ello, una amplia literatura en psicopatología del desarrollo indica procesos neurobiológicos (Beauchaine, Neuhau, Zalewski, Crowell, y Potapova, 2011) cognitivos (Gibb, 2002) y relacionales disfuncionales (Colman y Widom, 2004) vinculados al maltrato en la infancia que se relacionan con un ajuste psicosocial más pobre y manifestaciones psicopatológicas en el contexto de su ocurrencia (Cicchetti y Valentino, 2006) pero que con frecuencia se extienden en el tiempo y se

asocian a diversos resultados psicopatológicos como depresión recurrente (Kessler y Magee, 1993), trastornos de la personalidad (Johnson, Cohen, Chen, Kasen, y Brook, 2006) así como síntomas psicóticos, tradicionalmente vinculados a factores genéticos (Read, Van Os, Morrison, Ross, 2005).

Consistentemente, los estudios con muestras comunitarias y clínicas sugieren que las adversidades del desarrollo podrían también ser factores de riesgo de conducta suicida del adulto. Dicha asociación se ha observado en el caso del abuso físico y sexual (Brezo et al., 2008; Brodsky et al., 2001; Dube et al., 2001; Joiner et al., 2007). Además, el maltrato en la infancia se asocia a un riesgo incrementado de repetición de conducta suicida (Ystgaard, Hestetun, Loeb, y Mehlum, 2004) y se ha observado una relación gradual entre número de experiencias adversas en la infancia e incremento en el riesgo de psicopatología en el adulto y haber realizado al menos un intento de suicidio a lo largo de la vida (Dube et al., 2001).

Joiner (Joiner, 2005), considerando la evidencia disponible sobre los factores de riesgo, elabora una teoría de la conducta suicida que cuenta con algún apoyo empírico (Joiner et al., 2009). La teoría, denominada "Psicológica-Interpersonal", mantiene que los elementos centrales que explican la conducta suicida son dos. Por una parte, el deseo de morir y, por otra, la capacidad de actuar auto-lesivamente. Es necesario que se den simultáneamente ambos para la ocurrencia de conducta suicida. En el deseo de muerte son especialmente importantes dos clases de vivencia que ocasionan sufrimiento psicológico: por una parte, la desconexión, alienación o sentimiento de baja pertenencia social y, por otra, la percepción de uno mismo como una carga para otros (familia, amigos, sociedad). El segundo de los elementos, la capacidad de actuar autolesivamente implica vencer una fuerte tendencia a la autopreservación. Los autores consideran que una disminución de esta tendencia se adquiere a través de un proceso de habituación al dolor, daño y miedo a la muerte que es propiciado por la exposición repetida a situaciones con uno o más de esos elementos. Entre otras circunstancias, el maltrato físico puede estar implicado en la adquisición de la

capacidad de actuar autolesivamente a través de dicho proceso de habituación con aumento de la tolerancia al dolor y disminución del temor al daño físico y, en consecuencia, en el aumento de la probabilidad de actuación suicida en presencia del otro elemento: el deseo de morir.

Las diversas formas de adversidad y maltrato en la infancia muchas veces se dan de forma solapada (Briere y Runtz, 1988). Así, se han observado asociaciones entre diferentes formas de maltrato y conducta suicida del adulto. Es posible, sin embargo, que esas asociaciones se deban, más que a la forma de abuso estudiada, a otras que ocurrieron concurrentemente. De acuerdo con el modelo de Joiner, es esperable que solamente las experiencias de maltrato que implican daño físico se asocien a la conducta suicida. Otras formas de maltrato, aunque pueden influir en el deseo de morir y la contemplación del suicidio, es más difícil que lleven a actuación abierta al no haber tenido el sujeto experiencias implicadas en la disminución del temor al daño o potenciación de la capacidad de tolerarlo.

En consecuencia, el primer objetivo del estudio es estimar la asociación del maltrato físico y emocional en la infancia-adolescencia (hasta los 18 años) con la ocurrencia de ideación, planificación y conducta suicida. Un segundo objetivo es comprobar si existen diferencias entre el maltrato físico y emocional en las distintas facetas de la conducta suicida (ideación, planificación y actuación suicida). Sobre la base de la literatura existente esperamos que el maltrato físico y emocional en la infancia se asociarán a un riesgo incrementado de ideación, planificación y/o actuación suicida. También esperamos que solamente la experiencia de maltrato físico se asocie al informe de conducta suicida, tal y como predice el modelo de Joiner.

## MÉTODO

### *Participantes*

El estudio se elaboró con una muestra de 353 pacientes con distintas psicopatologías que acudieron a la Unidad de Salud Mental de Val

Miñor (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo) entre junio de 2009 y junio de 2013 con el fin de iniciar tratamiento psicológico. Se incluyeron todos aquellos pacientes mayores de 18 años y con estudios de al menos Enseñanza Secundaria Obligatoria. La edad media de la muestra fue 35.6 (rango 18-68). Los diagnósticos DSM IV se recogen en la Tabla 1. El número de diagnósticos fue superior que el número de sujetos ya que un mismo sujeto podía cumplir los criterios diagnósticos de más de un trastorno.

Tabla 1. Diagnósticos DSM-IV en la muestra total

Episodio Depresivo Mayor	123
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad, depresivos o mixtos	77
Trastorno de Ansiedad Generalizada	57
Trastorno de Angustia con o sin Agorafobia	48
Distimia	38
Fobia Social	33
Trastorno somatoforme	22
Trastorno Obsesivo Compulsivo	18
Trastorno de la Conducta Alimentaria	10
Fobia Específica	10
Trastorno de Estrés Postraumático	7
Trastorno Dismórfico	3
Trastorno de la Personalidad	101

### *Instrumentos*

*Entrevista clínica.* Para la evaluación del *maltrato físico* se formularon las dos cuestiones empleadas en el estudio Adverse Childhood Experiences (ACE; Dube et al, 2001) para la evaluación del maltrato físico: “En ocasiones los padres u otros adultos que viven en la casa: (1) empujan, pegan, golpean o tiran algo contra uno; (2) pegan tan fuerte que provocan marcas o heridas”. Se consideró presente el maltrato físico si el sujeto respondía “frecuentemente” o “muy frecuentemente” a la primera cuestión o “a veces”, “frecuentemente”, o “muy frecuentemente” a la segunda y ofrecía ejemplos conductuales concretos de dichos episodios. Para la evaluación del *maltrato emocional* se formu-

laron dos preguntas también empleadas en el estudio ACE: “¿Con qué frecuencia alguno de sus padres u otros adultos de la familia le insultaban o le humillaban en público?” y “¿Con qué frecuencia le hacían sentir asustado de que le pudieran hacer algún tipo de daño?” Respuestas de “frecuentemente” o “muy frecuentemente” a cualquiera de las dos preguntas, con ejemplos de episodios concretos, fueron valoradas como positivas para abuso emocional. Las cuestiones empleadas son las recomendadas en el documento de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención del maltrato infantil (Butchart y Harvey, 2009).

*Preguntas para la evaluación de la ideación y conducta suicida.* Se empleó un cuestionario con preguntas específicas, basadas en el protocolo de entrevista SCID I y II (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1999; First, Gibbon, Spitzer, Williams, y Benjamin, 1999), de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de los ejes I y II del DSM IV. El cuestionario es concebido como una medida de screening que permite orientar la evaluación clínica. Dentro de la escala del trastorno depresivo se recogen las tres cuestiones de respuesta dicotómica que se emplearon en la investigación para evaluar la ideación, planificación y conducta suicida (Tabla 2).

Tabla 2. Preguntas para la evaluación de la ideación, planificación y conducta suicida

¿LE OCURRE O LE HA OCURRIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES TRES COSAS?:
Pensamientos recurrentes de muerte o de hacerse daño a si mismo
¿Ha planeado cómo suicidarse?
¿Ha intentado suicidarse?

### Procedimiento

En una primera entrevista se obtuvo información acerca de experiencias adversas a lo largo de la infancia-adolescencia (hasta los 18 años). A todos los pacientes se les preguntó acerca de circunstancias familiares durante ese periodo con preguntas específicas acerca de maltrato físico y emocional. Al término de la primera entrevista se solicitó la cumplimenta-

ción del cuestionario clínico basado en los criterios diagnósticos DSM IV en el que se incluyen, dentro de la sección del trastorno depresivo, los tres ítems referidos a ideación, planificación y conducta suicida.

### Análisis estadístico de los datos

Se calcularon los odds ratio para la ideación, planificación y conducta suicida para los sujetos que informaron de maltrato físico y maltrato emocional y se realizaron tres análisis de regresión logística en los que la variable criterio fue la ideación, planificación y conducta suicida y las variables predictoras fueron el maltrato físico y el maltrato emocional.

## RESULTADOS

De los 353 pacientes que participaron en el estudio, 44 refirieron historia en su infancia-adolescencia de maltrato físico (veintinueve de los cuales informaron de maltrato emocional asociado) y 30 de maltrato emocional sin maltrato físico. Un total de 172 sujetos (48.7%) informaron de pensamientos recurrentes de muerte o hacerse daño, 89 (25.3%) de planificación y 54 (15.3%) de conducta suicida en al menos una ocasión a lo largo de la vida (Tabla 3). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la edad y distribución por sexo. Tampoco hubo diferencias significativas en el estado civil y nivel educativo aunque es destacable el elevado porcentaje de sujetos del Grupo de Maltrato Emocional con estudios universitarios (33.3%). Este porcenta-

Tabla 3. Antecedentes de maltrato físico y emocional en la infancia-adolescencia e ideación, planificación y conducta suicida a lo largo de la vida.

Maltrato Físico en la infancia-adolescencia	12.4%
Maltrato Emocional en la infancia-adolescencia	8.4%
Pensamientos recurrentes de muerte/hacerse daño	48.7%
Planificación suicida	25.2%
Intento de suicidio	15.3%

Tabla 4. Datos sociodemográficos

	GMF ( <i>n</i> = 44)	GME ( <i>n</i> = 30)	GCC ( <i>n</i> = 279)
Sexo	Mujeres: 72.8% Varones: 27.2%	Mujeres: 83.3% Varones: 16.6%	Mujeres: 76.2% Varones: 23.7%
Edad <i>M</i> ( <i>DT</i> )	34.9 (8.3)	33 (7.7)	35.8 (10.9)
Estado civil	Solteros: 40.9% Casados: 47.7% Separados: 11.3% Viudos: 0%	Solteros: 53.3% Casados: 36.6% Separados: 10% Viudos: 0%	Solteros: 44.8% Casados: 43% Separados: 8.9% Viudos: 2.8%
Estudios	ESO: 63.6% FP: 15.9% Bachillerato: 11.3% Universitarios: 9%	ESO: 36.6% FP: 16.6% Bachillerato: 13.3% Universitarios: 33.3%	ESO: 43.2% FP: 22.8% Bachillerato: 16.7% Universitarios: 17.1%

Nota. GMF: Grupo maltrato físico; GME: Grupo maltrato emocional; GCC: Grupo clínico de control.

Tabla 5. Diagnóstico DSM IV de los grupos de control, maltrato físico y maltrato emocional

Diagnóstico DSM-IV	GMF ( <i>n</i> = 44)	GME ( <i>n</i> = 30)	GCC ( <i>n</i> = 279)
Episodio Depresivo Mayor	26	12	85
Trastorno Adaptativo	3	4	70
Trastorno de Ansiedad Generalizada	5	7	45
Trastorno de angustia	3	5	40
Distimia	6	9	23
Fobia social	2	8	23
Trastorno somatoforme	1	3	18
Trastorno Obsesivo Compulsivo	3	2	13
Trastorno Conducta Alimentaria	0	3	7
Fobia específica	1	0	9
Trastorno de Estrés Postraumático	0	0	7
Trastorno dismórfico	1	0	2
Trastorno de la Personalidad	31	14	56

Nota. GMF: Grupo maltrato físico en la infancia-adolescencia; GME: Grupo maltrato emocional en la infancia-adolescencia; GCC: Grupo clínico de control.

je contrasta con el de los sujetos del Grupo de Maltrato Físico (9.09%) (Tabla 4). Los diagnósticos psicopatológicos de los sujetos de los tres grupos se recogen en la Tabla 5.

#### *Maltrato en la infancia, ideación, planificación y conducta suicida*

Se comparó la frecuencia de ideación, planificación y conducta suicida de pacientes con historia personal de maltrato físico y emocional

en la infancia-adolescencia con la frecuencia en dichas dimensiones de los pacientes que no informaron de ninguna de esas experiencias. Los dos grupos con historia personal de maltrato físico y emocional informaron de mayor frecuencia de pensamientos de muerte y contemplación del suicidio, pero solamente los pacientes del grupo con maltrato físico en su infancia informaron más frecuentemente que los de los otros dos grupos de haber realizado algún intento de suicidio a lo largo de la vida (Tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de pacientes con ideación, planificación y conducta suicida en los tres grupos

	GMF ( <i>n</i> = 44)	GME ( <i>n</i> = 30)	GCC ( <i>n</i> = 279)	Odds ratio (IC 95%)
Pensamientos de muerte o hacerse daño	71.4%	60%	44.08%	GMF vs. GCC = 3.02 (1.51-6.02) GME vs. GCC = 1.90 (0.88-4.09)
Planificación suicida	50%	40%	19.7%	GMF vs. GCC = 4.07 (2.10-7.88) GME vs. GCC = 2.71 (1.23-5.96)
Intento suicida	42.8%	10%	11.8%	GMF vs. GCC = 5.16 (2.55-10.41) GME vs. GCC = 0.82 (0.23-2.88)

*Nota.* GCC: Grupo clínico de control; GME: Grupo maltrato emocional en la infancia-adolescencia; GMF: Grupo maltrato físico en la infancia-adolescencia.

Se realizaron tres análisis de regresión logística (Tabla 7) en los que la variable criterio fue la ideación, planificación y conducta suicida. Las variables predictoras fueron el maltrato físico y el maltrato emocional en la infancia-adolescencia. En el primero de los análisis solo entró en el modelo de predicción el maltrato físico en la infancia-adolescencia que se asoció a un incremento de 2.8 en el riesgo de informar de pensamientos recurrentes de muerte o hacerse daño. En el segundo de los análisis las dos

variables de maltrato (físico y emocional) fueron predictores significativos del informe de planificación suicida. El maltrato físico en la infancia se asoció a un incremento en el riesgo de planificación suicida de 2.2 y el maltrato emocional de 2.1. En el tercer análisis de regresión logística solamente el maltrato físico fue predictor significativo del informe de conducta suicida a lo largo de la vida. La experiencia informada de maltrato físico se asoció a una probabilidad cinco veces mayor de informar de conducta suicida.

Tabla 7. Predicción de ideación, planificación y conducta suicida. Análisis de regresión logística

	<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>OR (IC 95%)</i>
<i>Pensamientos recurrentes de muerte/hacerse daño:</i>			
Maltrato físico en la infancia-adolescencia	1.044	8.922	2.8 (1.4-5.6)
<i>Planificación suicida:</i>			
Maltrato físico infancia-adolescencia	0.862	5.017	2.2 (1.1-5)
Maltrato emocional infancia-adolescencia	0.772	4.953	2.1 (1-4.2)
<i>Conducta suicida:</i>			
Maltrato físico infancia-adolescencia	1.658	21.917	5.2 (2.6-10.5)

*Nota.* OR = odds ratio.

## DISCUSIÓN

La ideación, planificación y actuación suicida reflejan un alto grado de perturbación emocional. En su aparición en el ciclo vital pueden intervenir factores diversos entre los que se ha considerado la experiencia de adversidad grave en la infancia como es la exposición a ambien-

tes familiares de abuso. Dichas experiencias podrían aumentar la probabilidad de entrada en trayectorias en el desarrollo disfuncionales que, en condiciones de estrés, aumentan la probabilidad de contemplación o actuación suicida (Brezo et al., 2008). En relación con ello, los principales objetivos del estudio fueron comprobar si dos clases de experiencia adversa en



la infancia-adolescencia (el maltrato físico y el maltrato emocional) se asocian a un riesgo incrementado de ideación, planificación y conducta suicida y si existen asociaciones diferenciales entre estas dos formas de maltrato y las tres dimensiones de la conducta suicida. Tomando como marco teórico el modelo propuesto por Joiner (2005), esperamos que, aunque ambas formas de maltrato se asociarían a ideación y contemplación suicida, solamente el maltrato físico se asociaría a actuación suicida.

En primer lugar, los resultados indican que los pensamientos recurrentes de muerte o hacerse daño, sin que lleguen a concretarse en planes específicos o conducta suicida, son informados con elevada frecuencia tanto entre pacientes con historia de maltrato emocional y físico como en aquellos que no informan de ese tipo de experiencia. El resultado sugiere un elevado grado de malestar emocional y afectación del estado de ánimo, claramente asociado a pensamientos de este tipo, en la muestra. A pesar de la elevada frecuencia con que los pacientes de los tres grupos informan de ello, se observan diferencias entre grupos. Así, los pacientes de los grupos con maltrato en la infancia-adolescencia es más probable que informen de pensamientos recurrentes de muerte o hacerse daño.

En segundo lugar, los resultados también indican que tanto el informe de planificación como los intentos autolíticos se asocian más específicamente a las experiencias adversas investigadas. Sin embargo, mientras que tanto el maltrato emocional como el físico lo hacen con una mayor probabilidad de informe de planificación suicida (OR = 2.71 y OR = 4.07), solamente el maltrato físico se asocia al informe de haber llegado a realizar algún intento a lo largo de la vida con un aumento de la probabilidad de cinco veces (OR = 5.16).

En los análisis de regresión logística se confirman estas asociaciones diferenciales. Mientras que el maltrato físico entró en los tres modelos de predicción de ideación, planificación y conducta suicida, el maltrato emocional solo entró, junto con el maltrato físico, en la predicción de la planificación suicida. Los resultados son consistentes con otras investigaciones que también encuentran que las adversidades duran-

te el desarrollo como el abuso físico y sexual en la infancia pueden ser importantes factores de riesgo de conducta suicida (Brezo et al., 2008; Brodsky et al., 2001; Dube et al., 2001; Joiner et al., 2007). Como señala Beautrais (2000), a partir de los resultados de su revisión, el cuadro que emerge sugiere que la conducta suicida es con frecuencia el punto final de secuencias vitales adversas en las que diversos factores de riesgo se combinan para favorecerla.

Es destacable, en este sentido, la elevada frecuencia con que los pacientes de los dos grupos con antecedentes en la infancia de maltrato físico y emocional presentan trastornos de la personalidad. Más del doble de los pacientes del grupo de maltrato emocional cumplen los criterios diagnósticos para alguno de los trastornos de la personalidad en comparación con el grupo clínico de control. El diagnóstico de algún trastorno de la personalidad es especialmente frecuente en el grupo de pacientes con historia de maltrato físico. Así, el 70% de los pacientes de este grupo cumplen los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos de la personalidad, un porcentaje tres veces mayor que en el grupo clínico de control. Los trastornos de la personalidad reflejan patrones de larga evolución en el funcionamiento interpersonal, pensamiento, afectividad y control de impulsos que se caracterizan por su inflexibilidad adaptativa, fragilidad frente al estrés y tendencia a generar círculos viciosos que acrecientan o perpetúan los problemas. Quizás el aspecto en común más importante de las diferentes formas de maltrato es el hecho de que ocurren dentro de la familia y son habitualmente perpetradas por los padres o cuidadores quienes están encargados del cuidado y socialización del niño. Ello tiene enorme trascendencia en el desarrollo de la personalidad (López-Soller, 2008) y es concebible que influya en características psicológicas vinculadas a la tendencia suicida como es la desesperanza (Beck, Kovacs y Weissman, 1975), disregulación emocional (Anestis, Bagge, Tull y Joiner, 2011) e indefensión (Kleinman, Miller y Riskin, 2012). También podría tener repercusiones en el funcionamiento social con una mayor facilidad para presentar dificultades interpersonales y que la necesidad de pertenencia y conexión social se

vea amenazada (Elliot, Cunningham, Linder, Colangelo, y Gross, 2005). Así como relacionarse a mayor discapacidad a lo largo de la vida asociada a distintos trastornos psicológicos (MacLaughlin, Green, Kessler, 2010) que puede favorecer el percibirse como una carga para otros. Estos elementos son considerados en la teoría Psicológica Interpersonal (Joiner, 2005) como especialmente importantes en una de las dimensiones centrales de riesgo de conducta suicida: el deseo de morir.

De acuerdo con esta propuesta teórica, la experiencia repetida de daño físico influye en la capacidad de actuar autolesivamente a través de un proceso de habituación al daño/dolor. Así, cuando el deseo de muerte y la contemplación del suicidio está presente, aquellos que han pasado por la experiencia repetida de daño/dolor estarían en riesgo incrementado de actuación suicida. Los resultados son coherentes con dicha propuesta: el abuso en la infancia se asoció a una probabilidad significativamente mayor de consideración del suicidio, pero solamente el maltrato físico se asoció con el informe de conducta suicida.

Aunque los resultados son coherentes con la hipótesis de habituación al daño/dolor, la asociación del maltrato físico con la conducta suicida podría derivarse de otros mecanismos diferentes al hipotetizado. Por ejemplo, el maltrato físico puede ser un marcador de mayor carga de adversidad en la infancia. Algunos estudios sugieren que ello se asocia a un incremento en el riesgo de conducta suicida (Dube et al., 2001) y en nuestra muestra, los pacientes con historia de maltrato físico informaron con alta frecuencia de maltrato emocional asociado (dos tercios).

Otra posibilidad es que el maltrato físico se asocie a determinadas características clínicas, como la agresividad e impulsividad, que pueden ser relevantes en la conducta suicida. Por ejemplo, en el estudio longitudinal de Brezo et al. (2008) los rasgos de agresividad-impulsividad y los problemas conductuales a los seis años aumentaron significativamente el riesgo de conducta suicida entre los sujetos que habían sufrido formas más severas de abuso (combinación de abuso físico y sexual). No obstante, hay también indicaciones de que la impulsividad y agre-

sividad, más elevadas en pacientes con historia de abuso, no media la relación entre abuso físico y sexual y la conducta suicida (Brodsky et al., 2001).

### *Limitaciones*

Los estudios retrospectivos, como el presente, tienen la limitación obvia que se deriva de posibles sesgos de memoria que pueden afectar al informe de experiencias remotas. No obstante, cuando se comparan estudios prospectivos y retrospectivos, los resultados son similares en cuanto a la asociación del maltrato con ajuste psicológico y psicopatología del adulto (Scott, McLaughlin, Smith y Ellis, 2012). Por otra parte, la valoración se realizó en un formato de entrevista en el que el paciente informaba con detalles concretos de las experiencias referidas lo que permite tener una mayor seguridad acerca de la fiabilidad de dichas informaciones que la que es posible con otro tipo de medidas. También es destacable que tanto los pacientes de los grupos de maltrato como los controles sin historia informada de maltrato presentaban altos niveles de distrés emocional lo que reduce el riesgo de que la probabilidad de informar de maltrato se derivara de la “búsqueda de significado” para el malestar emocional actual.

Otra limitación se refiere a la medida de la variable de resultado del estudio: la ideación, planificación y conducta suicida. La evaluación de estas dimensiones se realizó con tres preguntas. Una medida como esta no permite capturar la complejidad del fenómeno. Así, pueden existir importantes diferencias entre los pacientes que responden afirmativamente a dichas cuestiones en aspectos como la invasividad de la ideación, la determinación a actuar autolesivamente o el grado de letalidad de la conducta suicida. En consecuencia, aunque los resultados son sugerentes, es importante que la investigación futura emplee medidas de las tendencias suicida que contemplen estos aspectos.

Los resultados del estudio son consistentes con la relevancia del maltrato en la infancia en la ideación, planificación y conducta suicida. Sin embargo, no pueden establecerse relaciones causales con el diseño de investigación emplea-



do. Podría considerarse, por ejemplo, que el riesgo que atribuimos al maltrato se derive de otras variables asociadas más que del maltrato mismo. Es necesario, en consecuencia, que en la investigación futura se consideren y controlen otras variables potencialmente relevantes que no contemplamos en nuestro estudio.

Junto a las limitaciones referidas, debe señalarse que la muestra del estudio estuvo compuesta por pacientes con distintas psicopatologías que iniciaron atención psicológica en un servicio de salud mental. No es posible generalizar los resultados a la población general. Los sujetos de la muestra representan un grupo con alto malestar emocional y en muchas ocasiones disfunciones de larga evolución como refleja la alta prevalencia observada de trastornos de la personalidad. Es posible que muchos sujetos que han estado expuestos a diversas adversidades logren un adecuado funcionamiento, resiliencia frente al estrés y calidad de vida (Quiceno, Mateus, Cárdenas, Villareal y Vinaccia, 2013). Esta es un área de especial relevancia con claras implicaciones preventivas y clínicas (Becoña, 2006).

Finalmente, a pesar de que destacamos el papel del maltrato físico en el riesgo de actuación suicida de acuerdo con la propuesta teórica de Joiner, los resultados no permiten descartar que más que el proceso hipotetizado de habituación al daño/dolor, la asociación del maltrato físico con la conducta suicida se derive de la mayor carga de adversidad en la infancia de la que informaron los sujetos de este grupo u otros factores mediadores no contemplados (por ejemplo, impulsividad).

### *Implicaciones clínicas y conclusiones*

Una meta central de la atención en salud mental es la prevención de la conducta suicida. Los pacientes con historia de maltrato físico en su infancia y que han realizado algún intento de suicidio en su vida son un grupo de especial riesgo para la repetición de conducta suicida. Además de las implicaciones preventivas de la conducta suicida que serían esperables con políticas y programas de atención a las familias en riesgo con el fin de reducir la prevalencia del

abuso en la infancia (Butchart y Harvey, 2009), los resultados tienen claras implicaciones en la atención de los pacientes que refieren historia personal de contemplación o actuación suicida. Aunque llegar a ese punto en las trayectorias vitales está lejos de explicarse por factores aislados y, partiendo de la base de que el maltrato ni es una variable necesaria ni suficiente para la psicopatología, la mayor probabilidad con la que los sujetos con tendencias suicidas informaron de experiencias de maltrato emocional y físico pone de manifiesto la importancia, en la relación de ayuda, de abordarlas clínicamente. Para muchos pacientes, la alianza terapéutica facilita hablar por primera vez de circunstancias personales de su pasado que han condicionado el inicio de patrones disfuncionales a nivel relacional, en el afrontamiento de acontecimientos y reveses y que están en la base de autopercepciones dominadas por la devaluación personal. Una relación en la terapia en la que se considera la “mirada histórica” o biográfica (Costa y López, 2006) podría ser un elemento de especial relevancia para dar sentido a experiencias personales que muchas veces surgen de manera inexplicable para el paciente. Esta conexión, como es obvio, no resuelve el distrés pero puede entenderse como un paso para dar sentido e implicarse en cambios en pautas conductuales, cognitivas y relacionales problemáticas que perpetúan los síntomas psicológicos.

Al margen de la valoración de un mayor o menor riesgo de conducta suicida, la adversidad en la infancia con experiencias de maltrato emocional y maltrato físico por parte de los cuidadores se asocian a un alto grado de afectación emocional. Lo que pone de manifiesto la importancia de entender cómo se ha originado y perpetuado a lo largo del tiempo. Los resultados del estudio sugieren que en ese intento de comprensión no debe dejarse de considerar la posibilidad de que el paciente haya vivido en sus años de desarrollo condiciones de adversidad en su entorno familiar como las contempladas.

Los resultados indican dos perfiles en relación con la tendencia suicida que se asocian diferencialmente al informe de experiencias adversas particulares en el contexto familiar a lo largo de la infancia. Un primer perfil, que implica la

contemplación y planificación suicida, fue más frecuente entre aquellos pacientes que habían sufrido tanto maltrato emocional como físico en la infancia-adolescencia. El segundo perfil que implicaba, además, actuación suicida fue más frecuente entre aquellos que informaron de maltrato físico. Sin poder descartar interpretaciones alternativas (por ejemplo, asociación con mayor carga de adversidad), este resultado es coherente con la teoría de la conducta suicida propuesta por Joiner (2005) que contempla el maltrato físico como una clase de circunstancia implicada en la habituación al daño/dolor y, en consecuencia, en la facilitación del paso al acto suicida en condiciones de grave perturbación emocional y contemplación del suicidio.

## REFERENCIAS

- Anestis, M.D., Bagge, C.L., Tull, M.T., y Joiner, T.E. (2011). Clarifying the role of emotion regulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 603-611.
- Beauchaine, T.P., Neuhaus, E., Zalewski, M., Crowell, S.E., y Potapova, N. (2011). The effects of allostatic load on neural systems subserving motivation, mood regulation and social affiliation. *Development and Psychopathology*, 23, 975-999.
- Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.
- Beck, A.T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour: an overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hebert, M., Tremblay, R.E., y Turecki, G. (2008). Predicting suicide in young adults with histories of childhood abuse. *British Journal of Psychiatry*, 193, 134-139.
- Briere, J., y Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, 12, 331-341.
- Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M., y Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1871-1877.
- Butchart, A., y Harvey, A.P. (2009). Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. *Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños*.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., Mill, J., Martin, J., Craig, A.W., Taylor, A., y Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Cicchetti, D., y Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En Cicchetti, D. y Cohen, D.J. (Ed.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (130-201). New Jersey: John Williams and Sons.
- Colman, R.A., y Widom, C.S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 28, 1133-1151.
- Costa, M., y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir*. Madrid: Pirámide.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., y Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span. Findings from the adverse childhood experiences study. *Journal of the American Medical Association*, 26, 3089-3096.
- Elliot, G.C., Cunningham, S.M., Linder, M., Colangelo, M., y Gross, M. (2005). Child physical abuse and self perceived social isolation among adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1663-1684.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Benjamin, L.S. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM IV (SCID II). Barcelona: Masson S.A.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., y Williams, J.B.W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM IV (SCID-I)*. Barcelona: Masson S.A.
- Fryers, T., y Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorders. *Clinical Practice and Epidemiology*, 9, 1-50.
- Gibb, B.E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles. A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 22, 223-246.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2012.

- Johnson, J.G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., y Brook, J.S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63, 579-587.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Joiner, T.E., Sach-Ericsson, N.J., Wingate, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.Y., y Selby, E.A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 539-547.
- Joiner, T.E., Van Orden, K.A., Witte, T.K., Selby, E., Ribeiro, J., Robyn, L., y David, R.M. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of Young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 634-646.
- Kessler, R.C., y Magee, W.J. (1993). Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.
- Kleinman, E.M., Miller, A.B., y Riskin, J.H. (2012). Enhancing attributional style as a protective factor in suicide. *Journal of Affective Disorders*, 143, 236-240.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 159-174.
- MacLaughlin, K.A., Green, J.G., y Kessler, R.C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the national comorbidity survey replication (NCS-R) III: association with functional impairment related to DSM IV disorders. *Psychological Medicine*, 40, 847-859.
- May-Chanal, C., y Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 29, 969-984.
- Nanni, V., Uher, R., y Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141-151.
- Norman, R.E., Byambaa, M, De, R., Butchart, A., Scott, J., y Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: a systematic research and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9, 11.
- Quiceno, J.M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 107-117.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., y Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Scott, K.M., McLaughlin, K.A., Smith, D.A., y Ellis, P.M. (2012). Childhood maltreatment and DSM IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. *British Journal of Psychiatry*, 200, 469-475.
- Scott, K., Smith, D.R., y Ellis, P.M. (2010). Prospective ascertained child maltreatment and its association with DSM IV mental disorders in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 67, 712-719.
- Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonté, B. y Mechawar, N. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Cell*, 35, 14-23.
- Widom, C.S., Raphael, K.G., y DuMont, K.A. (2004). The case for prospective longitudinal studies in child maltreatment research: commentary on Dube, Williamson, Thompson, Felitti y Anda (2004). *Child Abuse and Neglect*, 28, 715-722.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., y Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between sexual and physical abuse and repeated suicidal behaviour?. *Child Abuse and Neglect*, 28, 863-875.