

# Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia.

Suicide attempt and history of childhood traumatic experiences in adults with depression, borderline personality disorder or schizophrenia.

Elisa Cáceres-Taco<sup>1,a</sup>, Freddy Vásquez-Gómez<sup>2,a,b</sup>.

## RESUMEN

La historia de experiencias traumáticas en la infancia ha sido asociada con el desarrollo de psicopatología en la población adulta, no solamente con el incremento de riesgo para trastornos psiquiátricos, sino también con la ocurrencia de posteriores intentos suicidas y peor pronóstico en el curso de la enfermedad. **Objetivos:** Determinar la relación entre el antecedente de trauma infantil y el posterior intento suicida en pacientes adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad limítrofe o esquizofrenia. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional aplicando un muestreo secuencial. Los autores recogieron los datos de los pacientes del consultorio externo de adultos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” durante los meses de febrero y marzo del año 2013. A dichos sujetos se les aplicó la ficha de recolección de datos y la Escala de Trauma de Marshall, que evalúa la historia de eventos traumáticos. **Resultados:** Se entrevistaron 200 pacientes, el 76% de ellos de sexo femenino. Los pacientes con personalidad limítrofe presentaron mayor proporción de intentos suicidas (83,1%), seguidos de aquellos con diagnóstico de depresión (43,1%) y esquizofrenia (20,6%). Se observó una elevada prevalencia de politrauma (más de tres eventos traumáticos) en todos los pacientes, encabezados por aquellos con personalidad limítrofe. **Conclusiones:** Existe una mayor frecuencia de trauma infantil en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe en comparación con depresión y esquizofrenia; además existe el doble de probabilidad de cometer intento suicida entre aquellos pacientes que presentaron tres o más eventos traumáticos respecto a aquellos sin dicho antecedente.

**PALABRAS CLAVE:** Maltrato a los niños, intento de suicidio, depresión, esquizofrenia, trastorno de personalidad limítrofe.

## SUMMARY

The history of childhood trauma is a reality that has become more important due to its association with the development of psychopathologies in adulthood; in fact this trauma not only relates to the increased risk of psychological disorders but it also impacts the prevalence of potential suicide attempts and the progression of the illness. **Objective:** To

<sup>1</sup> Departamento de Emergencia, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Programa de Prevención del Suicidio, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Psiquiatra.

<sup>b</sup> Jefe del Programa de Prevención del Suicidio.

determine the relationship between the precursor of childhood trauma and potential suicide attempt in patients with depressive disorder, borderline personality disorder, or schizophrenia. **Material and Methods:** A correlational descriptive study was performed using sequential sampling. The authors collected data from patients in the outpatient adult clinic in the National Institute of Mental Health “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” during the months of February and March of 2013. Adult individuals with a diagnosis of schizophrenia, depressive disorder or borderline personality disorder were identified. These subjects were asked to fill out a data collection form and the Marshall Trauma Scale, which evaluates the history of traumatic events. **Results:** We interviewed 200 patients: 76% of them were female. The patients with borderline personality disorder had a higher proportion of suicide attempts (83.1%), followed by those with a diagnosis of depression (43.1%) and schizophrenia (20.6%), but borderline patients also had a higher absolute number of suicide attempts. There was a high prevalence of polytrauma (more than three traumatic events) in all patients, higher in those with borderline personality disorder. **Conclusions:** There is a higher frequency of childhood trauma in patients with borderline personality disorder compared to depression and schizophrenia, but there is also twice probability to commit suicide attempt among those patients who had three or more traumatic events than those without such a history.

**KEYWORDS:** Child abuse, suicide, attempted, depression, schizophrenia, borderline personality disorder.

## INTRODUCCIÓN

Existe evidencia creciente acerca de las consecuencias psicopatológicas en la vida adulta de hechos traumáticos ocurridos en la niñez y pubertad. El número, tipo y gravedad de las experiencias traumáticas, así como la edad en que se producen, representan factores de riesgo importantes para la aparición de psicopatología en la adultez (1).

Las experiencias traumáticas tempranas son factores de riesgo para varios síndromes psiquiátricos; han sido relacionadas con trastornos del ánimo, de ansiedad, de somatización, así como también con esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad. Además de ello, el antecedente de trauma temprano aumenta el riesgo de intentos suicidas en las personas afectadas por tales diagnósticos psiquiátricos (2).

Cuando hablamos de experiencias traumáticas tempranas hacemos referencia al abuso físico, psicológico y sexual, negligencia y pérdida parental. En los Estados Unidos se reportan aproximadamente tres millones de niños maltratados al año: de los casos documentados, cerca de 60% son clasificados como negligencia, 20% como abuso físico y 10% como abuso sexual (3). El abuso infantil a menudo ocurre en el contexto de otros importantes factores de riesgo. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Según la OMS, aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras

que un 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos. En la región de América Latina y el Caribe, alrededor de 6 millones de niñas, niños y adolescentes son objeto de agresiones severas y muchos de ellos mueren cada año por la violencia que se desata al interior del núcleo familiar (4).

En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental (5), realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en Lima y Callao en el año 2002, se encontró que más del 50% de la población adolescente ha sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. La forma más frecuente de abuso fue el psicológico (insultos, agresiones verbales, humillaciones o manipulaciones) con un 41,7% de prevalencia, seguido del abuso físico con un 27,3%. Aunque más difícil de definir, el abuso emocional y la negligencia parecen ser aún más prevalentes que el abuso sexual y físico. La pérdida parental debida a separación o muerte es otra experiencia traumática que ha sido asociada con un incremento de psicopatología en el adulto (6).

A nivel neurobiológico, se ha descrito el efecto anátomo-funcional del trauma psíquico sobre el cerebro: así se ha encontrado una disminución del volumen hipocámpico, disminución de la integración inter-hemisférica y desarrollo de una hiperrespuesta del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. En base a modelos animales, se ha postulado que el estrés temprano induce vulnerabilidad a los efectos del estrés en la vida adulta, predisponiendo a las víctimas de abuso infantil y negligencia a numerosas secuelas psiquiátricas. La combinación de factores genéticos, el trauma a temprana edad, y el estrés continuo en

última instancia, determinan la capacidad de respuesta de estrés del individuo y de la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos. Se ha postulado que los acontecimientos traumáticos al principio de la vida pueden inducir una sensibilización persistente de respuesta al estrés de circuitos neuronales. Particular énfasis ha tenido el incremento de los niveles de hormona liberadora de corticotrofina (CRH), hormona adrenocorticotrófica (ACTH) y corticosteroides como secuela del estrés temprano y en pacientes con depresión. El estrés y el consiguiente incremento de glucocorticoides deterioran el hipocampo y reducen la neurogénesis (7,8).

Los hallazgos actuales apoyan la noción que el abuso físico infantil puede ser una experiencia que altera el desarrollo neurobiológico e incrementa el riesgo de trastornos psicóticos. Además el número de eventos traumáticos estaría directamente relacionado con el riesgo de desarrollar trastornos psicóticos (9). El abuso sexual infantil ha sido relacionado específicamente a alucinaciones y delusiones (10), y el contenido de estos síntomas puede ser relacionado a las experiencias traumáticas (11). Se postula que los mecanismos biológicos tales como la reducción del espesor cortical y desregulación de cortisol que siguen a la exposición del trauma infantil, pueden facilitar el desarrollo de psicosis. Así, la interacción genes-ambiente juega un rol muy importante (12).

Otro de los trastornos frecuentemente relacionados a trauma infantil es el trastorno de personalidad límite, el cual no se asocia con ninguna forma específica de maltrato infantil, aunque el abuso sexual infantil es un predictor muy potente de la sintomatología límite (13).

El trauma infantil aumenta dramáticamente el riesgo de intento suicida posterior. Dube y cols. reportaron un incremento del riesgo de intento suicida a lo largo de la vida en pacientes con historia de abuso infantil (14). En los individuos que no tenían experiencias adversas infantiles, la prevalencia de intento suicida fue de 1,1% mientras que la prevalencia de vida de tener al menos un intento suicida en la población con reporte de eventos adversos infantiles en la niñez fue 3,8%. Cualquier categoría de experiencias adversas (abuso sexual, físico, etc.) incrementó el riesgo de suicidio 2 a 5 veces.

En el meta-análisis de Harris y Barraclough se obtuvo como resultado que la depresión mayor aumenta veinte veces el riesgo de suicidio (15). Por otra parte,

en pacientes con esquizofrenia se han descrito tasas de suicidio de hasta 10% (16). En el estudio de Harris y Barraclough se encontró ocho veces mayor riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general (15).

Los trastornos de personalidad tienen particular relevancia en este tópico ya que pueden influir en la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

Isometsä y cols. hallaron que la mayoría de pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidaron, padecieron además trastornos del eje I como depresión, abuso de sustancias o ambas y esta asociación fue mayor en los pacientes con trastornos de personalidad del grupo B (límite, antisocial, narcisista e histriónica) (16). En el estudio de Harris y Barraclough los trastornos de personalidad aumentaron 6 veces el riesgo de suicidio (15). El comportamiento suicida recurrente suele ser característico del trastorno límite de personalidad.

En nuestro medio, a pesar que las enfermedades mentales son de gran prevalencia, que la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil son un problema social declarado y que la prevalencia de intentos de suicidio es un problema de gran magnitud, son escasos los estudios que describen o correlacionan los antecedentes de situaciones traumáticas vividas en la infancia en poblaciones adultas con psicopatología.

Por lo expuesto, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el antecedente de trauma infantil y los intentos suicidas en adultos con depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia atendidos en consultorio externo de adultos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN")?

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo de tipo transversal, considerando como muestra a los pacientes con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia que acudieron a consulta externa de adultos en el INSM "HD-HN" en los meses de febrero y marzo del 2013. Se usó un muestreo

secuencial y el tamaño muestral se calculó de acuerdo a la fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 P(1-P)}{N\varepsilon^2 + Z^2 P(1-P)}$$

Donde:

N: Tamaño de la población (N=330 pacientes en dos meses)

Z: valor obtenido en una tabla normal para 95% de confianza (Z=1,96)

P: Prevalencia de intento de suicidio (P=0,5)

e : Margen de error relativo (6%)

El tamaño de muestra resultante fue de 200 pacientes. Se entrevistaron a todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. Se consideró aproximadamente el 33% de pacientes de cada uno de los trastornos considerados en el estudio. Se excluyó a los pacientes con patología orgánica, activamente psicóticos o que no hablasen idioma español. El estudio fue aprobado por el comité de ética del INSM "HD-HN".

Se elaboró una ficha de recolección de datos, en la que se incluyeron datos sociodemográficos además del antecedente de conductas suicidas (cualquier acto cometido con la finalidad de quitarse la vida), y se aplicó el Cuestionario de abuso sexual y físico (Escala de trauma de Marshall), que es una entrevista semiestructurada que evalúa la presencia (puntaje=1) o ausencia (puntaje=0) de eventos traumáticos antes de los 16 años en siete categorías, con un puntaje máximo de 7. La presencia de tres o más eventos traumáticos es considerada como "politrauma". Esta escala fue validada por C.G Kooiman, A.W. Ouwehand en su estudio "The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ): A screening instrument for adults to assess past and current experiences of abuse" (2002). Además ha sido utilizado en estudios y validado en Latinoamérica (18) (Anexo 1).

Los datos recogidos fueron ingresados a una matriz de datos. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 19.0 y se diseñaron tablas de frecuencia. La significancia de la relación entre el intento de suicidio con el antecedente de trauma infantil, así como con el tipo de trastorno psiquiátrico se evaluó mediante la prueba chi cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher según las características de los datos. Se realizó además la prueba de independencia condicional de Mantel y Haenszel para evaluar la significancia de la relación entre el antecedente de

trauma y el intento suicida, controlando el posible efecto confusor del tipo de trastorno. Se obtuvieron odds ratio (OR) ajustados e intervalos de confianza del 95% mediante el análisis de regresión logística múltiple para evaluar la relación entre el intento de suicidio con el antecedente de trauma y el tipo de trastorno.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que la muestra estuvo conformada por 200 pacientes que acudieron a consulta externa de adultos en el INSM "HD-HN", de los cuales un 76% fueron mujeres y 57,5% fueron solteros. Aproximadamente el 90% de los encuestados tenía instrucción secundaria o superior universitaria o técnica.

En la tabla 2 se observa que existen diferencias significativas entre las proporciones de pacientes con intento suicida para cada uno de los tres diagnósticos ( $p < 0,05$ ). Se observa que las pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite presentaron una mayor proporción de pacientes con intento suicida (83,1%), seguidos de aquellos con diagnóstico de depresión mayor (43,1%), y esquizofrenia (20,6%).

En relación al número de intentos de suicidio, se observa en la Tabla 3 que el 61,5%, 34,7%, y 15,9% de los que presentaron el trastorno de personalidad límite, depresión mayor y esquizofrenia, respectivamente, tuvieron hasta tres intentos suicidas.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes de la muestra. n=200.

Características	Número de pacientes	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Masculino	48	24,0
Femenino	152	76,0
<b>Grado de Instrucción</b>		
Primaria	18	9,0
Secundaria	91	45,5
Superior	91	45,5
<b>Estado Civil</b>		
Soltero(a)	115	57,5
Casado(a)	61	30,5
Separado(a)	24	12,0

**Tabla 2.** Intento suicida según tipo de trastorno psiquiátrico. n=200.

Trastorno psiquiátrico	Muestra	Intento suicida				p (*)
		Si		No		
		n	%	n	%	
Trastorno de personalidad límite	65	54	83,1	11	16,9	0,000
Depresión	72	31	43,1	41	56,9	
Esquizofrenia	63	13	20,6	50	79,4	

(\*) Chi cuadrado de pearson, alfa=0,05

**Tabla 3.** Número de intentos suicidas según tipo de trastorno psiquiátrico. n=200.

Número de intentos	Trastorno de personalidad límite		Depresión		Esquizofrenia	
	n	%	n	%	n	%
0	11	16,9	41	56,9	50	79,4
1	16	24,6	11	15,3	8	12,7
2	13	20	8	11,1	2	3,2
3	11	16,9	6	8,3		
4	3	4,6	2	2,8	3	4,8
5	6	9,2	2	2,8		
6	3	4,6	2	2,8		
7	1	1,5				
10	1	1,5				

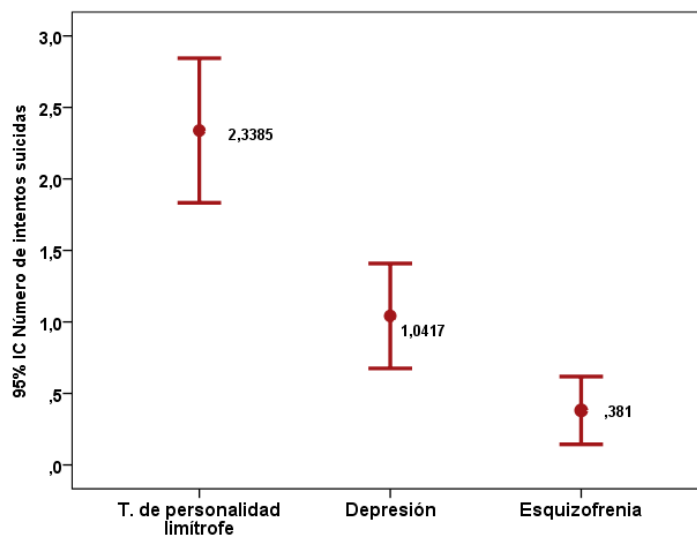
Además, un 21,4% de los que presentaron trastorno de personalidad límite intentaron suicidarse entre 4 y 10 veces, lo que representa un número mayor de intentos suicidas en comparación con los que presentó el grupo con esquizofrenia donde solo un 4,8% intentó suicidarse como máximo 4 veces.

Se observa asimismo en el gráfico 1 que el número promedio de intentos suicidas en el grupo con trastorno de personalidad límite fue  $2,3 \pm 2,04$ . Entre los que presentaron depresión mayor se encontró en promedio un intento de suicidio por persona y entre los pacientes con esquizofrenia el promedio fue menor a uno.

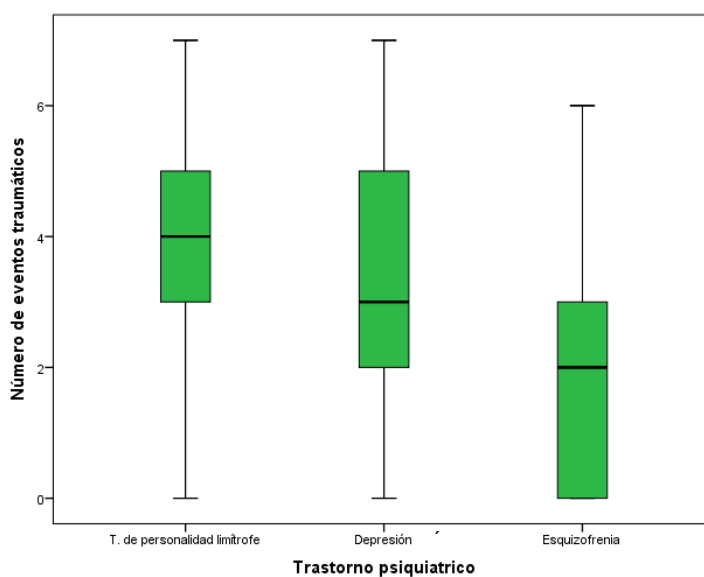
El grupo con trastorno de personalidad límite presentó un mayor número de eventos traumáticos en la infancia. Así en el Gráfico 2 se observa que el 50% de los pacientes de este grupo presentó entre cuatro y siete eventos traumáticos. Entre los pacientes con depresión mayor la mediana fue aproximadamente tres eventos traumáticos, mientras que el grupo con esquizofrenia tuvo un número menor de eventos traumáticos, esto es, el 50% declaró haber sufrido entre 2 y 6 eventos traumáticos.

Se observaron diferencias significativas en las proporciones de pacientes con politrauma según el tipo de trastorno ( $p < 0,05$ ). En la tabla 4 se observa que el 75,4% del total de los pacientes con diagnóstico de personalidad límite tuvo el antecedente de haber sufrido tres o más eventos traumáticos (politrauma), igualmente el 62,5% de los pacientes con depresión mayor, mientras que solamente el 41,3% de los pacientes con esquizofrenia tuvo este antecedente.

En los pacientes con diagnóstico de personalidad límite no se encontró una relación estadísticamente significativa entre cada uno de los tipos de eventos traumáticos considerados en la escala de Marshall y el intento de suicidio, excepto para haber presenciado violencia física entre los padres o cuidadores ( $p < 0,05$ ), donde una proporción significativa de los que sufrieron este evento traumático (75,6%) intentaron suicidarse. Se observa que la mayoría (80%) de los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite ha experimentado castigo físico importante, seguido de daño físico después de haber sido castigado (67,7%) y haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador (63,1%), mientras que una menor proporción



**Gráfico 1.** Intervalos de confianza del 95% para el número promedio de intentos suicidas según tipo de trastorno psiquiátrico. n=200.



**Gráfico 2.** Número de eventos traumáticos sufridos durante la infancia según trastorno psiquiátrico. n=200.

**Tabla 4.** Antecedente de politrauma, según tipo de trastorno psiquiátrico. n=200.

Trastorno psiquiátrico	Muestra	Politrauma				p (*)
		Presente		Ausente		
		n	%	n	%	
Trastorno de personalidad límite	65	49	75,4	16	24,6	0,000
Depresión	72	45	62,5	27	37,5	
Esquizofrenia	63	26	41,3	37	58,7	

(\*) Chi cuadrado de pearson, alfa=0,05

Politrauma: Tres a más eventos traumáticos



**Tabla 5.** Pacientes con trastorno de personalidad límite. Intento suicida y tipo de evento traumático (n=65)

Tipo de evento traumático (Escala de Marshall)	Muestra	%	Intento suicida		p (*)
			n	%	
<b>Separación traumática del padre, madre o cuidador más de un mes</b>					
Sí	26	40,0	23	88,5	0,344
No	39	60,0	31	79,5	
<b>Experiencia de haber sufrido castigo físico importante</b>					
Sí	52	80,0	44	84,6	0,508
No	13	20,0	10	76,9	
<b>Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador</b>					
Sí	41	63,1	31	75,6	<b>0,044</b>
No	24	36,9	23	95,8	
<b>Abuso de alcohol o drogas por un miembro de la familia</b>					
Sí	25	38,5	22	88,0	0,316
No	40	61,5	32	80,0	
<b>Daño físico después de haber sido castigado</b>					
Sí	44	67,7	38	86,4	0,247
No	21	32,3	16	76,2	
<b>Contacto sexual forzado con un pariente</b>					
Sí	27	41,5	23	85,2	0,487
No	38	58,5	31	81,6	
<b>Contacto sexual forzado con un no familiar</b>					
Sí	24	36,9	21	87,5	0,358
No	41	63,1	33	80,5	

\* Test exacto de Fisher con alfa=0,05

(40%) refirió una separación traumática de su padre, madre o cuidador. Por otra parte, el antecedente de contacto sexual forzado con un pariente (41,5%) o un no familiar (36,9%), son los que presentan menor frecuencia en comparación con los demás eventos traumáticos, pese a ello, su frecuencia sigue siendo nada desdeñable.

En cuanto a los pacientes con diagnóstico de depresión mayor, no se encontró una relación significativa entre cada uno de los tipos de eventos traumáticos considerados en la escala de Marshall y el intento de suicidio, excepto para la separación traumática del padre o cuidador ( $p < 0,05$ ), donde una proporción significativa de los que sufrieron este evento traumático (63,6%) intentó suicidarse.

Se observa que el 72,2% de pacientes con diagnóstico de depresión mayor ha experimentado castigo físico importante (62,5%) y haber presenciado

violencia física entre los padres o cuidador (44,4%), mientras que una menor proporción (30,6%) refirió separación traumática de su padre, madre o cuidador. Por otro lado, el antecedente de contacto sexual forzado con un pariente o con un no familiar, está presente en aproximadamente un tercio de la muestra, 37,5% y 36,1% respectivamente.

En cuanto a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, no se encontró una relación significativa entre cada uno de los tipos de eventos traumáticos considerados en la escala de Marshall y el intento de suicidio. Del total de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia un 52,4% experimentó castigo físico importante, seguido del 41,3% que experimentó daño físico después de haber sido castigado, mientras que una menor proporción, 15,9 y 15,5% tuvo contacto sexual forzado con un pariente o con un no familiar, respectivamente.

**Tabla 6.** Pacientes con depresión mayor. Intento suicida y tipo de evento traumático (n=72)

Tipo de evento traumático (Escala de Marshall)	Muestra	%	Intento suicida		p (*)
			n	%	
<b>Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes</b>					
Sí	22	30,6	14	63,6	<b>0,019</b>
No	50	69,4	17	34,0	
<b>Experiencia de haber sufrido castigo físico importante</b>					
Sí	52	72,2	23	44,2	0,479
No	20	27,8	8	40,0	
<b>Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador</b>					
Sí	32	44,4	17	53,1	0,096
No	40	55,6	14	35,0	
<b>Abuso de alcohol o drogas por un miembro de la familia</b>					
Sí	30	41,7	14	46,7	0,389
No	42	58,3	17	40,5	
<b>Daño físico después de haber sido castigado</b>					
Sí	45	62,5	23	51,1	0,061
No	27	37,5	8	29,6	
<b>Contacto sexual forzado con un pariente</b>					
Sí	27	37,5	14	51,9	0,178
No	45	62,5	17	37,8	
<b>Contacto sexual forzado con un no familiar</b>					
Sí	26	36,1	9	34,6	0,201
No	46	63,9	22	47,8	

\* Test exacto de Fisher con alfa=0,05

En la tabla 8 se observa que existen diferencias significativas entre las proporciones de pacientes con contacto sexual forzado para cada uno de los tres diagnósticos ( $p < 0,05$ ). Se observa que el 60% del total de los pacientes con diagnóstico de personalidad límite tiene el antecedente de haber sufrido contacto sexual forzado, igualmente un 56,9% de los pacientes con depresión mayor, mientras que un 27% de los pacientes con esquizofrenia tuvo este antecedente.

En la tabla 9 se observa que la relación entre el antecedente de politrauma y el intento suicida -controlando el efecto confusor del tipo de trastorno psiquiátrico- es significativa ( $p = 0,037$ ). Teniendo en cuenta aquellos que tienen el antecedente de politrauma, se observa que el 85,7%, 51,5% y 26,9% de los pacientes con trastorno de personalidad límite, depresión mayor y esquizofrenia respectivamente,

intentaron suicidarse.

Dado que la muestra está formada por pacientes que presentan tres tipos diferentes de trastornos (trastorno de personalidad límite, depresión mayor y esquizofrenia), se ajustó un modelo de regresión logística múltiple (Tabla 10), encontrándose que existe dos veces más posibilidades de intento suicida entre aquellos pacientes que presentan tres o más eventos traumáticos (politrauma) (OR:2,0; IC:1,1-4,3).

Considerando el diagnóstico de esquizofrenia como referencia, se observa que existe relación entre la presencia de depresión mayor y el intento suicida (OR: 2,5; IC:1,2 – 5,6) y entre la presencia de trastorno de personalidad límite y el intento suicida (OR:15,7; IC:6,4 – 38,8).



**Tabla 7.** Pacientes con esquizofrenia. Intento suicida y tipo de evento traumático (n=63)

Tipo de evento traumático (Escala de Marshall)	Muestra	%	Intento suicida		p (*)
			n	%	
<b>Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes</b>					
Sí	16	25,4	3	18,8	0,57
No	47	74,6	10	21,3	
<b>Experiencia de haber sufrido castigo físico importante</b>					
Sí	33	52,4	8	24,2	0,335
No	30	47,6	5	16,7	
<b>Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador</b>					
Sí	22	34,9	2	9,1	0,088
No	41	65,1	11	26,8	
<b>Abuso de alcohol o drogas por un miembro de la familia</b>					
Sí	12	19,0	3	25,0	0,472
No	51	81,0	10	19,6	
<b>Daño físico después de haber sido castigado</b>					
Sí	26	41,3	6	23,1	0,462
No	37	58,7	7	18,9	
<b>Contacto sexual forzado con un pariente</b>					
Sí	11	17,5	4	36,4	0,156
No	52	82,5	9	17,3	
<b>Contacto sexual forzado con un no familiar</b>					
Sí	10	15,9	3	30,0	0,337
No	53	84,1	10	18,9	

\* Test exacto de Fisher con  $\alpha=0,05$

**Tabla 8.** Contacto sexual forzado según tipo de trastorno psiquiátrico.

Trastorno psiquiátrico	Muestra	Contacto sexual				p (*)
		Si		No		
Trastorno de personalidad límite	65	39	60,0	26	40,0	0,000
Depresión	72	41	56,9	31	43,1	
Esquizofrenia	63	17	27,0	46	73,0	

(\*) Chi cuadrado de Pearson,  $\alpha=0,05$

**Tabla 9.** Relación entre intento suicida y antecedente de politrauma, controlando el efecto del trastorno psiquiátrico. n=200

Trastorno psiquiátrico	Politrauma	Total	Intento suicida				p (*)
			Sí		No		
			n	%	No	%	
Trastorno de personalidad límite	Presente	49	42	85,7	7	14,3	<b>0,037</b>
	Ausente	16	12	75,0	4	25,0	
Depresión	Presente	45	23	51,1	22	48,9	
	Ausente	27	8	29,6	19	70,4	
Esquizofrenia	Presente	26	7	26,9	19	73,1	
	Ausente	37	6	16,2	31	83,8	

(\*) *Prueba de independencia condicional de Mantel-Haenszel*

**Tabla 10.** Relación entre intento suicida y antecedente de politrauma, controlando el efecto del trastorno psiquiátrico mediante la regresión logística múltiple. n=200

Factores	OR Ajustado	Intento suicida	
		I.C. (95%)	
		Inferior	Superior
<b>Politrauma</b>			
Ausente	1,0		
Presente	2,2	1,1	4,3
<b>Trastorno psiquiátrico</b>			
Esquizofrenia	1,0		
Depresión	2,5	1,2	5,6
Trastorno de personalidad límite	15,7	6,4	38,8

OR ajustados obtenidos mediante la regresión logística múltiple  
-2 ln verosimilitud=60,602; p<0,001

## DISCUSIÓN

El hecho que en nuestro estudio haya un mayor porcentaje de mujeres, corrobora lo ya descrito en la literatura: que el trastorno de personalidad límite y la depresión mayor son más frecuentes en el sexo femenino, a diferencia de la esquizofrenia que es igualmente frecuente en ambos sexos.

Se observó que los pacientes con diagnóstico de depresión mayor tuvieron el antecedente de politrauma (presencia de tres o más eventos traumáticos) en un 62,5%. Lo cual es similar a los resultados del estudio de Weil (1) realizado en Chile, donde se reportó que en los trastornos afectivos (diagnosticados según la CIDI 2.1) un 57,1% recordó traumatismo infantil de tres o más tipos. Por otro lado, un 43,1% de este grupo de

pacientes intentó suicidarse, siendo uno el promedio del número de intentos suicidas. Soloff en su estudio encontró una frecuencia un poco más elevada de historia de intento suicida (54%) en comparación con nuestro estudio, sin embargo coinciden ambos en el hecho que encontraron un promedio de un intento suicida a lo largo de la vida (19).

Los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite tuvieron antecedente de politrauma infantil en un 75,4%, lo cual es algo menor comparado con los hallazgos de Zanarini, quien encontró experiencias traumáticas (abuso físico, sexual o ser testigo de violencia doméstica) en un 81% de pacientes con trastorno de personalidad límite (20), sin embargo hay que tener en cuenta que la forma cómo se trató la variable es diferente (trauma y

politrauma), ya que al considerar solo politrauma (tres o más eventos traumáticos), la frecuencia disminuiría en comparación a considerar simplemente trauma (presencia o ausencia de eventos traumáticos). Por otra parte en nuestro estudio se encontró que un 83,1% de estos pacientes intentó suicidarse, con un promedio de dos intentos, lo cual coincide con lo encontrado por Soloff quien reporta en este grupo de pacientes una frecuencia de intento suicida de 83,9% y un promedio de aproximadamente dos intentos suicidas a lo largo de la vida (19).

Por último, en el grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se observó que el 41,3% de los pacientes tuvo antecedentes de politrauma infantil. Álvarez en su estudio encontró 46,1% de trauma infantil en general (abuso físico, psicológico, sexual o testigo de violencia doméstica) (21); al igual que en el caso anterior, no hay que olvidar la diferencia en la valoración de la variable trauma. Como hemos visto, existe la tendencia a que los pacientes con trastorno de personalidad límite tengan más antecedentes de experiencias traumáticas que los que tienen esquizofrenia: esto es corroborado por los resultados similares obtenidos por Kingdon (22). Por otra parte, el 20,6% de nuestros pacientes intentó suicidarse, lo que coincide con el 20-50% de intento suicida en pacientes con esquizofrenia reportado en la literatura (23).

También se ha evidenciado que a lo largo de su vida los pacientes con trastorno de personalidad límite presentaron en promedio cuatro eventos traumáticos, los pacientes con depresión mayor tres eventos traumáticos y por último el grupo de pacientes con esquizofrenia presentó con mayor frecuencia solamente dos eventos traumáticos como antecedente. Estos hallazgos se correlacionan con el estudio de Vitriol (24), donde relacionó el trauma infantil con diversos trastornos psiquiátricos y encontró que el eje II fue la categoría diagnóstica que se correlacionó con más sucesos traumáticos, seguido de trastornos del eje I, como la depresión mayor, aunque en esta última la relación desapareció al independizarlos de la influencia de los otros sucesos.

Al correlacionar el tipo de evento traumático (según la escala de Marshall) con el intento suicida se observa que para el trastorno de personalidad límite solo se encontró una relación significativa para el hecho de haber presenciado violencia física entre los padres o cuidadores, donde una proporción significativa de los que no sufrieron este evento

traumático (75,6%) intentaron suicidarse. Este dato aparentemente resulta contradictorio, pero podría ser explicado por el hecho de que la conducta suicida es multicausal, si bien este porcentaje de pacientes no fue testigo de violencia entre sus padres, probablemente en ellos hayan concurrido otro tipo de eventos traumáticos favorecedores del intento suicida. Sin embargo, se observa que para cada tipo de evento traumático (exceptuando el ya mencionado) se muestra una mayor proporción de intentos suicidas en aquellos que sufrieron algún evento traumático. De esta misma manera, el grupo de depresión mayor muestra una tendencia similar en su mayoría, siendo en el grupo de esquizofrenia menos marcada.

También se evidenció que los tres tipos de eventos que se presentaron en mayor proporción fueron: el haber experimentado castigo físico importante (80%, 72,2%, 52,4%), haber sufrido daño físico después de haber sido castigado (67,7%, 62,5%, 41,3%), y haber presenciado violencia física entre los padres o cuidadores (63,1%, 44,4%, 34,9%), en trastorno de personalidad límite, depresión mayor y esquizofrenia respectivamente. Confirmando esta tendencia, Weil en su estudio, que en una primera fase aplicó la Escala de Marshall a una muestra hospitalaria, evidenció que los tipos de eventos traumáticos infantiles más referidos fueron los mismos que mencionamos previamente, aunque con menores proporciones, debido probablemente a que solo el 16% de esa muestra tenía patología psiquiátrica (1).

Herman estudió una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite y encontró que el 71% de ellos sufrió abuso físico y un 62% fue testigo de violencia doméstica (25), estos resultados son similares a los nuestros. Asimismo, Vitriol observó que un 36% y 59% de pacientes con esquizofrenia y depresión mayor respectivamente refirieron haber sufrido castigo físico (24), lo cual representa cifras menores a las obtenidas en nuestro estudio (52,4% y 72,2%); por otro lado, un 32% y 45% respectivamente presenciaron violencia entre los padres, hallazgos que son similares a los nuestros (34,9% y 44,4%).

En relación al antecedente de abuso sexual, en nuestro estudio se evidenció que los pacientes con trastorno de personalidad límite presentaron la mayor proporción de dicho trauma (60%) lo cual es corroborado por otros estudios. Zanarini reportó que el 61,5% de pacientes con trastorno de personalidad límite presentaron abuso sexual (20), y Kingdon

encontró una proporción similar (67%) (22) . En el grupo de pacientes con depresión mayor se encontró que un 56,9% había sufrido algún tipo de abuso sexual, proporción que es algo mayor a la hallada por Ballesteros (2) y Vitriol (24) (46,9%, y 43% respectivamente). Quienes presentaron en menor cuantía el antecedente de abuso sexual fueron los pacientes con esquizofrenia (27%); Vitriol reportó un 36% de dicho antecedente en estos pacientes (24).

En relación al grupo con antecedente de politrauma se observó que 85,7% de los pacientes con trastorno de personalidad límite intentaron suicidarse, el 51,5% de los pacientes con depresión mayor y el 26,9% de los pacientes con esquizofrenia. Además se observó que existe relación entre el antecedente de politrauma y el intento suicida posterior ( $p=0,037$ ).

Al correlacionar el antecedente de trauma con el intento suicida en los tres trastornos estudiados se evidenció que en el grupo de pacientes con diagnóstico de depresión mayor hubo intento suicida en el 51,5% de aquellos con antecedente de politrauma, y en el 29,6% de aquellos sin dicho antecedente. Esto se corresponde con el estudio de Ballesteros (2) donde el intento suicida fue más frecuente (52,9%) en las pacientes con politrauma infantil (3 o más traumas) que en las pacientes sin estos antecedentes.

De los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y con historia de politrauma infantil solo un 26,9% intentó suicidarse, mientras que un 16,2% sin historia de trauma lo intentó.

Por otra parte, un 85,7% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite con antecedente de politrauma infantil intentó suicidarse, mientras que un 75% de los que no tenían dicho antecedente también lo intentó. Vemos que en ambos casos se presentan altas proporciones de intento suicida, esto podría deberse a que hay otros factores diferentes al trauma infantil que influyen en el intento suicida posterior. Además en los tres trastornos se observa una mayor frecuencia de intentos suicidas a medida que aumenta el número de antecedentes traumáticos.

Por último, existe una relación significativa entre el antecedente de politrauma y el intento suicida, encontrándose que existen dos veces más posibilidades de intento suicida entre aquellos pacientes que presentan tres o más eventos traumáticos. Hay que tener en cuenta que nuestro estudio presenta algunas limitaciones propias del tamaño de muestra, que

podrían impedir que se evidencien con mayor claridad algunas diferencias. Por otra parte nuestra población fue clínica, proveniente de un centro psiquiátrico de referencia donde probablemente la gravedad de dichos trastornos es mayor. Además gran parte de la información fue proporcionada por los participantes, por lo que existe el riesgo que los datos puedan estar sesgados.

En conclusión, a partir de nuestro estudio podemos concluir lo siguiente:

- Existe una mayor frecuencia de traumas infantiles en pacientes con trastorno de personalidad límite en comparación con aquellos con depresión mayor o esquizofrenia.
- La frecuencia de intento suicida es mayor en pacientes con trastorno de personalidad límite que en quienes padecen depresión mayor o esquizofrenia.
- Existe relación estadísticamente significativa entre intento suicida y antecedente de politrauma infantil en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, trastorno de la personalidad límite y esquizofrenia.
- Existe el doble de probabilidad de cometer intento suicida entre aquellos pacientes que presentaron tres o más eventos traumáticos respecto a aquellos sin dicho antecedente.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tenerlos.

#### **Correspondencia:**

Elisa Cáceres-Taco  
Departamento de Emergencia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".  
Av. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao.  
San Martín de Porres. Lima 31. Lima, Perú.  
Teléfono: 511-6149205.  
Correo electrónico: miseli\_@hotmail.com

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Weil K, Florenzano R, Vitriol V, et al. Trauma infante juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Rev Med Chile*. 2004; 132: 1499-1504.
2. Ballesteros S, Vitriol V, Florenzano R, Vacarezza A, Calderon A. Mujeres con depresión severa: relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2007; 45: 288-295.
3. United States Department of Health and Human Services. *Child Maltreatment*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2006.

4. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Nota descriptiva N.º 150 Agosto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; 2010.
5. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Anales de Salud Mental. 2002;18:125.
6. Costello E, Angold A. Developmental psychopathology and public health: Past, present, and future. *Development and Psychopathology*. 2000; 12: 599–618.
7. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001; 49: 1023-1039.
8. Nemeroff, CB, Vale WW. The neurobiology of depression: Inroads to treatment and new drug discovery. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 5–13.
9. Thompson A, Nelson B, McNab C, et al. Psychotic symptoms with sexual content in the “ultra high risk” for psychosis population: frequency and association with sexual trauma. *Psychiatry Res*. 2010; 177:84-91.
10. Alemany S, Arias B, Aguilera M, et al. Childhood abuse, the BDNFVal66Met polymorphism and adult psychotic-like experiences. *Br J Psychiatry*. 2011;199:38-42.
11. Mason OJ, Brett E, Collinge M, Curr H, Rhodes J. Childhood abuse and the content of delusions. *Child Abuse Negl*. 2009;33:205-208.
12. Read J, Van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112: 330 –350.
13. Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 431-7.
14. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA*. 2001; 286: 3089–3096.
15. Harris Ec, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 205-228.
16. Isometsä E, Henriksson M, Heikkinen M, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 667-673.
17. Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 1009-1014.
18. Taboada E. Autolesiones. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. 2007; 5(3):7-31.
19. Soloff P, Lynch K, Kelly T, Malone K, Mann J. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A Comparative Study. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 601–608.
20. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:1101–1106.
21. Alvarez M, Roura P, Ose’s A. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2011; 199: 156-161.
22. Kingdon D, Ashcroft K. Schizophrenia and borderline personality: disorder similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 399–403.
23. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
24. Vitriol V. Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2005; 43: 88-96.
25. Herman JL, Perry J, Van der Kolk B. Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1989; 146: 490-495.

Recibido: 20/10/2013  
Aceptado: 23/12/2013

**ANEXO 1.** Escala de Trauma de Marshall

<b>TIPO DE EVENTO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes		
Experiencia de haber sufrido castigo físico importante		
Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidadores		
Abuso de alcohol o drogas por un miembro de la familia		
Contacto sexual forzado con un pariente		
Daño físico después de haber sido castigado		
Contacto sexual forzado con un no familiar		