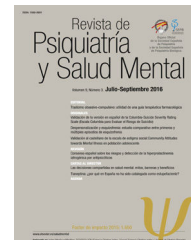




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Relación entre el maltrato infantil y la adaptación social en una muestra de jóvenes atendidos en un servicio de intervención precoz en psicosis



Laura Ortega^a, Itziar Montalvo^{b,c,d,e}, Montsé Solé^f, Marta Creus^f,
Ángel Cabezas^f, Alfonso Gutiérrez-Zotes^{e,f,g,h}, Vanessa Sánchez-Gistau^{e,f,g,h},
Elisabet Vilella^{e,f,g,h} y Javier Labad^{b,c,d,e,*}

^a Facultat d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

^b Departamento de Salud Mental, Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell, Barcelona, España

^c Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

^d Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT), Sabadell, Barcelona, España

^e Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

^f Hospital Universitari Institut Pere Mata, Reus, Tarragona, España

^g Instituto de Investigación Sanitaria Pere i Virgili (IISPV), Reus, Tarragona, España

^h Unidad de Psiquiatría, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España

Recibido el 16 de febrero de 2020; aceptado el 13 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 29 de junio de 2020

PALABRAS CLAVE

Adaptación social;
Psicosis incipiente;
Maltrato infantil;
Riesgo de psicosis

Resumen

Introducción: El maltrato infantil se ha asociado a un mayor riesgo de psicosis, a una mayor severidad en síntomas psicopatológicos y a un peor pronóstico funcional en pacientes con un trastorno psicótico. El presente estudio pretende evaluar la relación entre el maltrato infantil, psicopatología y la adaptación social en una muestra de primeros episodios psicóticos (PEP) y de estados mentales de alto riesgo (EMAR).

Material y métodos: La muestra incluyó 114 jóvenes (18-35 años, 81 PEP y 33 EMAR) atendidos en un Servicio de Intervención Precoz en Psicosis. Se evaluaron síntomas positivos, negativos y depresivos con las escalas PANSS y Calgary de Depresión; los antecedentes de maltrato infantil con el *Childhood Trauma Questionnaire*; la adaptación social con la Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SASS). Se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales (SEM) para explorar relaciones entre psicopatología, maltrato infantil y dimensiones de la SASS en toda la muestra (incluyendo PEP y EMAR). Se repitió un análisis SEM exploratorio en la submuestra de PEP.

Resultados: Los EMAR presentaron más negligencia emocional y peor adaptación social, comparados con los PEP. El SEM muestra que el maltrato se asocia con una peor adaptación social en todos los dominios, de forma directa en dominios que implican relaciones interpersonales, y por una vía mediada por síntomas depresivos en los dominios que implican ocio y trabajo e intereses socioculturales.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jlabad@tauli.cat, labadj@gmail.com (J. Labad).

KEYWORDS

Social adaptation;
Early psychosis;
Childhood trauma;
Psychosis risk

Conclusiones: El maltrato infantil tiene un efecto negativo sobre la adaptación social en jóvenes en fases tempranas de las psicosis. Los síntomas depresivos son mediadores de una peor adaptación en aspectos funcionales relacionados con el ocio y el trabajo.

© 2020 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Relationship between childhood trauma and social adaptation in a sample of young people attending an early intervention service for psychosis

Abstract

Introduction: Childhood trauma has been associated with an increased risk of psychosis, a greater severity of psychopathological symptoms, and a worse functional prognosis in patients with psychotic disorders. The current study aims to explore the relationship between childhood trauma, psychopathology and social adaptation in a sample of young people with first episode psychosis (FEP) or at-risk mental states (ARMS).

Material and methods: The sample included 114 young people (18-35 years old, 81 FEP and 33 ARMS) who were attending an Early Intervention Service for Psychosis. Positive, negative and depressive symptoms were assessed with the PANSS and the Calgary Depression Scale; history of childhood trauma was assessed with the Childhood Trauma Questionnaire; social adaptation was assessed with the Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS). Structural equation modeling (SEM) was used to explore the relationship between childhood trauma, psychopathology and SASS dimensions in the global sample (including FEP and ARMS). An exploratory SEM analysis was repeated in the subsample of FEP patients.

Results: ARMS individuals reported more emotional neglect and worse social adaptation compared to FEP. SEM analysis showed that childhood trauma is associated with a worse social adaptation, in a direct way with domains involving interpersonal relationships, and mediated by depressive symptoms with those domains involving leisure, work and socio-cultural interests.

Conclusions: Childhood trauma has a negative effect on social adaptation in young people with early psychosis. Depressive symptoms play a mediation role in this association, especially in domains of leisure and work.

© 2020 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El maltrato infantil es un factor de riesgo de desarrollar una psicosis¹, y también se ha asociado con la severidad de la sintomatología psicótica positiva². Metaanálisis recientes sugieren que el abuso sexual se asocia con una mayor severidad de síntomas alucinatorios y delirios, mientras que la negligencia se asocia a una mayor severidad de síntomas negativos³. En referencia a la respuesta terapéutica, los pacientes con un trastorno psicótico con antecedentes de maltrato infantil presentan un peor pronóstico, con tasas de respuesta menores⁴. Estudios en muestras de pacientes con un trastorno psicótico en fases tempranas sugieren que el impacto negativo del maltrato infantil en un peor pronóstico funcional está mediado por los síntomas depresivos⁵. Algunos estudios sugieren que los antecedentes de maltrato infantil también se asociarían con un peor ajuste premórbido, especialmente a nivel académico y social⁶. La teoría de la derrota social sugiere que la exposición a situaciones estresantes que comportan una exclusión del grupo mayoritario, entre las que se encuentran la migración o los antecedentes de maltrato infantil, juegan un papel en la patogenia de los trastornos psicóticos⁷. En esta línea, la relación entre el maltrato infantil y la severidad de la

sintomatología psicótica en pacientes con trastornos psicóticos parece estar mediada por la soledad, que autores previos han relacionado con la derrota social, y que comportaría un malestar psicológico para los pacientes con la presencia de síntomas depresivos y ansiosos⁸. Otros estudios⁹ realizados en pacientes en riesgo elevado de presentar una psicosis (estados mentales de alto riesgo, EMAR) sugieren que el estrés percibido es un mediador de la relación entre una peor adaptación social, evaluada con la escala autoaplicada de adaptación social (SASS), y una peor calidad de vida.

El presente estudio pretende explorar la relación entre los antecedentes de maltrato infantil y la adaptación social en pacientes jóvenes que siguen control en un Equipo de Intervención Precoz en Psicosis, y su posible relación con síntomas psicopatológicos (depresivos, positivos o negativos). En nuestro estudio se ha utilizado un modelo de ecuaciones estructurales (*structured equation modeling* [SEM])¹⁰ para explorar las relaciones entre maltrato, psicopatología y las diferentes dimensiones de adaptación social de la escala SASS, que en el artículo de validación de Bobes et al.¹¹ han sido definidas como cuatro: 1) relaciones extra-familiares, 2) ocio y trabajo, 3) intereses socioculturales, 4) relaciones familiares y estrategias conductuales. Nuestra hipótesis es que los antecedentes de maltrato incidirán en

una peor adaptación tanto por una vía mediada por los síntomas depresivos como de forma directa, especialmente en aquellas dimensiones que impliquen relaciones interpersonales.

Material y métodos

Muestra

Se estudiaron 114 pacientes que seguían control con el Equipo de Intervención Precoz por un PEP (N = 81) o un EMAR (N = 33). El diagnóstico de PEP se realizó mediante la entrevista SCAN¹² administrada por un psiquiatra y el software OPCRIT versión 4.0. para generar un diagnóstico de trastorno psicótico con criterios DSM-IV. El diagnóstico de EMAR se obtuvo con la entrevista *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS)¹³ con los criterios operativos que se utilizan en los Programas de Atención a los Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI) en Cataluña, que son: 1) síntomas psicóticos atenuados, 2) síntomas psicóticos intermitentes, 3) grupo de vulnerabilidad, definido como paciente con antecedentes personales de trastorno de personalidad esquizotípico o antecedentes familiares de psicosis. Para clasificar a los EMAR en estos 3 subgrupos se tienen en cuenta las puntuaciones de las subescalas de síntomas positivos de la CAARMS (P1: contenido inusual del pensamiento, P2: ideación no bizarra; P3: anomalías perceptivas, P4: lenguaje desorganizado) y el cambio en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) de funcionalidad. Las subescalas P1 a P4 de la CAARMS se puntúan de 0 a 6 tanto en severidad como en frecuencia. Los criterios diagnósticos de EMAR teniendo en cuenta las puntuaciones de corte de la CAARMS se especifican en el [Anexo, tabla S1 del material suplementario](#). Los síntomas deben de estar presentes en los 12 meses previos, con una duración menor de 5 años, y debe existir una afectación en la funcionalidad (reducción del 30% en la Escala de Evaluación de la Actividad Global [EEAG] o una puntuación EEAG < 50 puntos).

Todos los participantes en el estudio fueron informados previamente sobre la naturaleza del mismo y firmaron un consentimiento informado. Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Sant Joan de Reus y se enmarca dentro de un proyecto FIS (PI10/01607; IP: Javier Labad) financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

Evaluación clínica

Se administró la escala *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)¹⁴ para evaluar síntomas psicóticos positivos, negativos y psicopatología general. La escala de Calgary para depresión en esquizofrenia¹⁵, autoaplicada, se administró a los pacientes para evaluar también síntomas depresivos. Los antecedentes de maltrato infantil se evaluaron con el cuestionario de trauma infantil (*Childhood Trauma Questionnaire*, CTQ)^{16,17}. El CTQ es un instrumento autoaplicado de 28 ítems para adultos que valora en abuso infantil de manera retrospectiva. El CTQ registra cinco tipos de maltrato: abuso sexual, abuso emocional, abuso físico, negligencia emocional y negligencia física. Cada escala es representada por cinco ítems que son puntuados en una

escala tipo Likert de 5 puntos en un rango de nunca a muy a menudo. Tres ítems adicionales componen la escala de minimización.

La adaptación social se evaluó con la escala SASS, una escala autoadministrada. Tal como se explica en el artículo de validación al español¹¹, se trata de una escala de 21 ítems, con cuatro niveles de respuesta (0 a 3), que evalúa motivación y conducta social. Los ítems exploran el funcionamiento del individuo en distintas áreas: trabajo, familia, ocio, relaciones sociales y motivación/intereses. Hay dos ítems mutuamente excluyentes y cada sujeto solo responde a uno de ellos en función de si tiene un trabajo u ocupación remunerada o no. Por lo tanto, a nivel de cómputo global se consideran 20 ítems, con un rango de puntuación total entre 0 y 60. Puntuaciones más elevadas denotan un mejor funcionamiento social.

Análisis estadístico

Para la estadística univariante se utilizó el Software SPSS versión 21.0 (IBM, EE. UU.). Se compararon variables categóricas entre grupos con pruebas de chi cuadrado. Las variables continuas se compararon con una prueba t de Student. Se consideró un valor $p < 0,05$ como significativo.

Se realizó el análisis SEM con R (<https://www.r-project.org/about.html>) utilizando el paquete lavaan. Se decidió utilizar un análisis SEM porque esta técnica estadística tiene la ventaja de que permite el análisis simultáneo de todas las variables del modelo en lugar de testarlas de forma separada¹⁰. Los modelos SEM también permiten trabajar de forma dimensional determinadas escalas psicométricas con la agrupación de ítems con la metodología de análisis factoriales confirmatorios. Los modelos SEM facilitan el diseño de modelos relacionales basados en hipótesis y la evaluación de la validez del modelo considerando una determinada agrupación de variables. Un aspecto importante es la generación de variables latentes, que son variables que no han sido medidas directamente, pero que agrupan un conjunto de variables que sí que han sido medidas. Por lo tanto, una variable latente puede considerarse como un factor «hipotético» (definido a priori para testarlo en el modelo) que constituye constructo que representa a múltiples variables observadas. Otra ventaja del análisis SEM es que múltiples indicadores del mismo constructo pueden manejarse de forma natural sin tener los problemas de colinealidad que pueden aparecer en las regresiones lineales múltiples.

Como variables latentes se consideraron los antecedentes de maltrato infantil y los síntomas psicopatológicos (positivos, negativos, depresivos). La variable maltrato infantil estaba compuesta por las puntuaciones en 5 dimensiones del CTQ: abuso sexual, abuso emocional, abuso físico, negligencia emocional, negligencia física. Para los síntomas psicopatológicos se consideró la agrupación de síntomas de la PANSS según un consenso sobre la factorización de síntomas de la PANSS¹⁸, añadiendo la puntuación total de la escala Calgary de Depresión para el factor síntomas depresivos. Por lo tanto, el factor positivo incluyó los ítems PANSS positivos de delirios, alucinaciones, grandiosidad y el general de contenido inusual del pensamiento; el factor negativo incluyó los ítems PANSS negativos de aplanamiento afectivo,

restricción emocional, contacto pobre, aislamiento social pasivo, falta de espontaneidad y el general de entretimiento psicomotor; el factor depresivo incluyó los ítems PANSS generales ansiedad, culpa y depresión, además de la puntuación total de la escala Calgary de Depresión para Esquizofrenia. Las varianzas de todas las variables latentes se fijaron en 1 para utilizar valores estandarizados en el modelo SEM. Como variables dependientes se consideraron los 4 factores de la SASS sugeridos por el artículo de validación al español: 1) relaciones extrafamiliares (ítems 8, 12, 17); 2) ocio y trabajo (ítems 1/2, 3, 4, 5, 19, 21); 3) intereses socioculturales (ítems 14, 15, 16); relaciones familiares y estrategias conductuales (ítems 7, 13, 18, 20). Se consideraron 3 índices de ajuste del modelo: χ^2 , *Comparative Fit Index* (CFI) y *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Idealmente, en un modelo que ajusta muy bien los datos, el test de χ^2 no sería significativo ($p > 0,05$)¹⁹. Este test evalúa la hipótesis nula de que el modelo predictor y los datos observados son iguales. Si el test resulta significativo existen diferencias entre el modelo predictor y los datos observados. Por lo tanto, un resultado no significativo indica un buen ajuste. Valores de CFI mayores a 0,9 indican un buen ajuste del modelo y valores superiores a 0,8 un ajuste moderado²⁰. El índice SRMR representa la diferencia estandarizada entre la correlación observada y la predicha. Un valor de SRMS menor a 0,08 generalmente se considera un buen ajuste²⁰. Dado que estos índices, especialmente el χ^2 , se afectan por el tamaño de la muestra, algunos autores han sugerido ajustar el χ^2 por los grados de libertad (gl)¹⁹. Un modelo demuestra un ajuste razonable si $\chi^2/\text{gl} \leq 3$.

Aunque el modelo SEM principal se realizó en la muestra global incluyendo pacientes PEP y EMAR, se decidió incluir un análisis exploratorio adicional solo en la submuestra de pacientes con un PEP. No se realizó un análisis incluyendo solo a pacientes con un EMAR por el pequeño tamaño muestral.

Resultados

En la [tabla 1](#) se pueden observar las características clínicas de la muestra, separada por grupo diagnóstico (PEP vs. EMAR). No existen diferencias sociodemográficas entre ambos grupos. Los pacientes con un PEP recibieron más frecuentemente tratamiento antipsicótico mientras que los pacientes EMAR recibieron más frecuentemente tratamiento antidepressivo. A nivel de psicopatología, los pacientes con un PEP presentaron más síntomas positivos y los pacientes EMAR más síntomas depresivos. Aunque no existían diferencias en puntuaciones totales de la escala CTQ, los pacientes EMAR referían más antecedentes de negligencia emocional. Respecto a la escala SASS, los pacientes con un PEP referían una mejor adaptación social, en comparación con el grupo EMAR.

El análisis SEM global (incluyendo pacientes PEP y EMAR conjuntamente) se ha descrito en la [figura 1](#). El modelo presentó un ajuste moderado evaluado con el índice CFI (0,821). Aunque la prueba de χ^2 fue significativa ($p < 0,001$), el χ^2 (gl = 535) era de 782,4; por lo que el ratio χ^2/gl era de 1,5. Por lo tanto, el modelo SEM muestra un ajuste razonable. El SRMR era de 0,102. Los resultados de las ecuaciones del

Tabla 1 Características clínicas de la muestra

	EMARN = 33	PEP N = 81	Valor p
Género femenino	6 (18,2%)	22 (27,2%)	0,312
Edad	22,6 (4,3)	23,6 (4,9)	0,318
Años de estudios	11,6 (2,9)	11,7 (2,6)	0,847
Tratamiento antipsicótico	11 (33,3%)	75 (92,6%)	<0,001
Tratamiento antidepressivo	17 (51,5%)	14 (17,3%)	<0,001
PANSS			
Subescala positiva	9,4 (2,4)	11,2 (4,7)	0,010
Subescala negativa	14,0 (4,9)	15,9 (6,9)	0,157
Subescala general	30,0 (7,1)	28,0 (8,8)	0,254
Calgary Depresión	4,9 (4,8)	2,3 (3,9)	0,006
CTQ total	46,2 (16,5)	40,3 (10,8)	0,068
CTQ abuso sexual	6,1 (3,1)	5,7 (1,8)	0,404
CTQ abuso emocional	11,2 (5,0)	9,7 (4,8)	0,124
CTQ abuso físico	6,8 (3,5)	6,3 (2,1)	0,363
CTQ negligencia emocional	13,8 (5,2)	11,5 (4,5)	0,022
CTQ negligencia física	8,3 (3,5)	7,2 (2,3)	0,099
SASS total	30,4 (6,9)	35,8 (7,8)	0,001

Los datos representan media (desviación estándar) o N (%).

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; EMAR: estado mental de alto riesgo; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; PEP: primer episodio psicótico; SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale.

modelo SEM también se pueden observar en la [tabla 2](#). Para interpretar mejor los resultados significativos de las ecuaciones del modelo SEM de forma visual, en la [figura 2](#) se han simplificado las relaciones significativas del modelo SEM global indicando los valores estandarizados (Z-scores) y valores p de cada regresión que ha resultado significativa en el modelo SEM.

El análisis SEM muestra que el maltrato se asocia directamente a una peor adaptación social en dominios que implican relaciones interpersonales: relaciones extrafamiliares ($Z = -3,01$, $p = 0,003$) y relaciones familiares y estrategias conductuales ($Z = -2,43$, $p = 0,015$). Sin embargo, la relación directa con los dominios relacionados con el ocio e intereses socioculturales no es significativa. Los antecedentes de maltrato infantil se asocian también con sintomatología depresiva ($Z = 2,43$, $p = 0,015$) pero no con síntomas positivos o negativos. A su vez, los síntomas depresivos se asocian de forma significativa con peor adaptación social en los dominios ocio y trabajo ($Z = -3,18$, $p = 0,001$) e intereses socioculturales ($Z = -2,03$, $p = 0,043$), aunque no en los dominios relacionados con relaciones interpersonales. Estos resultados sugieren que el maltrato infantil incide negativamente en los dominios de adaptación social que implican relaciones interpersonales y «por una vía mediada por síntomas depresivos» en las dimensiones de adaptación social relacionadas con el ocio, el trabajo y los intereses socioculturales. Los síntomas positivos no se relacionaron con la adaptación social. Los síntomas negativos se asociaron de forma significativa a una peor adaptación social en relaciones extrafamiliares ($Z = -2,74$, $p = 0,006$). Esta relación

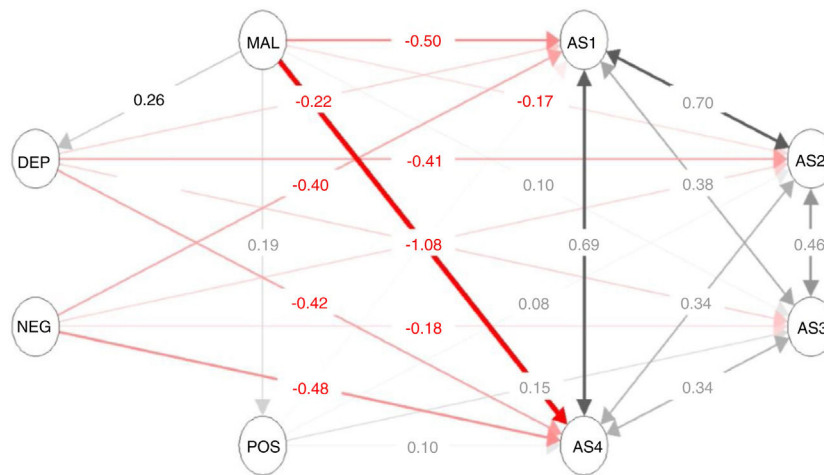


Figura 1 Relación de las variables clínicas, de maltrato y adaptación social mediante el modelo de ecuaciones estructurales en la muestra global.

La figura describe la relación (parámetros estimados) entre variables latentes que reflejan diferentes dominios de psicopatología, maltrato infantil o adaptación social. Cada variable latente está compuesta por diferentes ítems o escalas tal como se ha definido en el apartado de métodos. Las variables que conforman cada variable latente no se han mostrado en la figura para facilitar la interpretación de los datos. AS1: dominio relaciones extrafamiliares de la SASS; AS2: dominio ocio y trabajo de la SASS; AS3: dominio intereses socioculturales de la SASS; AS4: dominio relaciones familiares y estrategias conductuales de la SASS; DEP: sintomatología depresiva; MAL: maltrato infantil; NEG: síntomas negativos; POS: síntomas positivos.

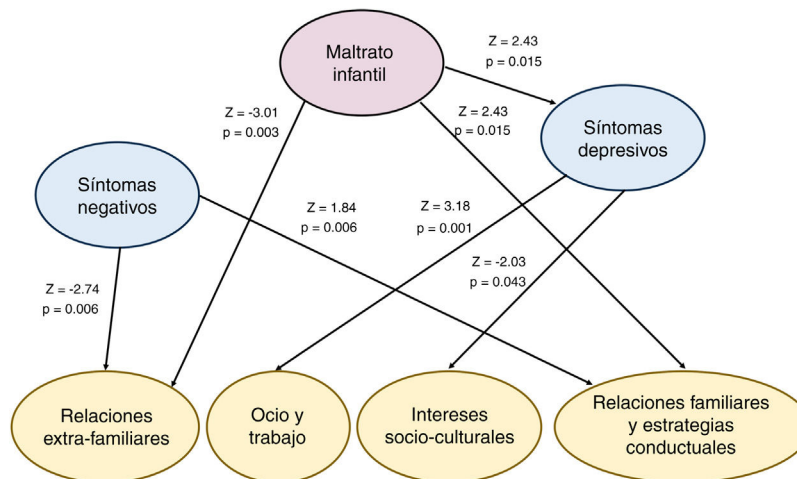


Figura 2 Relaciones significativas entre maltrato infantil, psicopatología y dimensiones de adaptación social en el modelo de ecuaciones estructurales realizado en la muestra global.

Se muestran puntuaciones estandarizadas (z-scores) de las relaciones entre variables latentes del modelo de ecuaciones estructurales en el global de la muestra (incluyendo pacientes EMAR y PEP). Los valores positivos indican asociaciones positivas y los valores negativos relaciones negativas. Dado que las dimensiones de adaptación social están conformadas por ítems de la escala SASS que a mayor puntuación reflejan una mejor adaptación social, los valores negativos de z-scores implican asociaciones con una peor funcionalidad social.

EMAR: estado mental de alto riesgo; PEP: primer episodio psicótico; SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale.

entre síntomas negativos y adaptación social es independiente del maltrato infantil.

El análisis SEM secundario en la submuestra de PEP se ha representado como [Anexo, material suplementario en la figura S1 y tabla S2](#), con la descripción gráfica de los resultados significativos en la figura S2. Los parámetros de ajuste teniendo en cuenta el CFI son ligeramente peores (CFI = 0,749; SRMR = 0,111; $\chi^2 = 799,85$; gl = 535; $p < 0,001$).

No obstante el ratio χ^2/gl es también de 1,5, lo que sugiere un ajuste razonable. Respecto a las asociaciones entre variables, existen ligeras diferencias de este análisis con el análisis SEM global. Por ejemplo, en la submuestra de PEP el maltrato infantil se asocia a sintomatología positiva y depresiva en PEP (en la muestra global no se asociaba a clínica positiva). Los síntomas positivos siguen sin asociarse a ninguna dimensión de adaptación social. Los síntomas negativos

Tabla 2 Resultado de las regresiones entre variables latentes y variables dependientes del análisis SEM realizado en 114 pacientes con un EMAR o un PEP

Regresiones	Estimación	Error estándar	Valor Z	Valor p
<i>Síntomas positivos (POS)</i>				
Maltrato infantil (MAL)	0,189	0,108	1,749	0,080
<i>Síntomas negativos (NEG)</i>				
Maltrato infantil (MAL)	-0,004	0,107	0,040	0,968
<i>Síntomas depresivos (DEP)</i>				
Maltrato infantil (MAL)	0,264	0,109	2,434	0,015
<i>Dominio relaciones extrafamiliares de la SASS (AS1)</i>				
Síntomas positivos (POS)	-0,071	0,131	-0,545	0,586
Síntomas negativos (NEG)	-0,395	0,144	-2,737	0,006
Síntomas depresivos (DEP)	-0,225	0,133	-1,689	0,091
Maltrato infantil (MAL)	-0,490	0,166	-3,005	0,003
<i>Dominio ocio y trabajo de la SASS (AS2)</i>				
Síntomas positivos (POS)	0,080	0,119	0,670	0,503
Síntomas negativos (NEG)	-0,205	0,123	-1,668	0,095
Síntomas depresivos (DEP)	-0,407	0,128	-3,183	0,001
Maltrato infantil (MAL)	-0,172	0,135	-1,271	0,204
<i>Dominio intereses socioculturales de la SASS (AS3)</i>				
Síntomas positivos (POS)	0,155	0,116	1,339	0,181
Síntomas negativos (NEG)	-0,178	0,117	-1,520	0,129
Síntomas depresivos (DEP)	-0,237	0,117	-2,028	0,043
Maltrato infantil (MAL)	0,100	0,128	0,783	0,434
<i>Dominio relaciones familiares y estrategias conductuales de la SASS (AS4)</i>				
Síntomas positivos (POS)	0,103	0,204	0,504	0,614
Síntomas negativos (NEG)	-0,480	0,261	-1,837	0,006
Síntomas depresivos (DEP)	-0,419	0,241	-1,736	0,083
Maltrato infantil (MAL)	-1,084	0,447	-2,428	0,015

EMAR: estado mental de alto riesgo; PEP: primer episodio psicótico; SASS: Social Adaptation Self-evaluation Scale.

se asocian con una peor funcionalidad en 3 de 4 dimensiones (ocio y trabajo, intereses socioculturales, y relaciones familiares y estrategias conductuales). Los síntomas depresivos se asocian con una peor funcionalidad en las mismas dimensiones que en el modelo SEM global. A diferencia de modelo anterior, en el modelo SEM que incluye únicamente pacientes con un PEP, el maltrato infantil no se asocia directamente a una peor funcionalidad, y sí se mantendría la vía mediada por síntomas depresivos.

Discusión

En una muestra de jóvenes que acudían a un equipo de intervención precoz en psicosis por un EMAR o un PEP hemos observado que los antecedentes de maltrato infantil tienen un efecto negativo en la adaptación social de forma directa en las relaciones interpersonales y mediado por la sintomatología depresiva en actividades que implican ocio, trabajo e intereses socioculturales. Los síntomas negativos también se asociaron a una peor adaptación social en relaciones extrafamiliares.

Hasta la fecha solo existe un único estudio que haya utilizado un análisis SEM para explorar las relaciones entre maltrato infantil, síntomas psicopatológicos y funcionalidad en pacientes con un trastorno psicótico²¹. En este estudio

que incluyó a 54 pacientes (14 EMAR, 20 PEP y 20 trastornos psicóticos crónicos) y 120 participantes no clínicos, los antecedentes de adversidad temprana se relacionaron con una peor funcionalidad por una vía mediada por los síntomas depresivos. En este estudio la adversidad temprana no se relacionó con las habilidades en teoría de la mente. Nuestro estudio está en acuerdo con el estudio de Palmier-Claus et al.²¹, aunque añade aspectos interesantes como describir con más detalle el componente de adaptación social en dimensiones. El efecto directo del maltrato infantil en las relaciones interpersonales encaja con estudios en la literatura que sugieren que el estrés precoz, incluyendo el maltrato o el *bullying*, se asocia con una peor adaptación social en la etapa adulta²². Otros estudios en pacientes con un trastorno psicótico incipiente han mostrado una relación entre el maltrato infantil y una peor funcionalidad social especialmente si las experiencias estresantes traumáticas acontecieron antes de los 11 años de edad²³. Estudios realizados en la población general que han estudiado potenciales mecanismos psicológicos que explicarían la relación entre antecedentes de maltrato infantil y experiencias psicóticas sugieren que las experiencias adversas tempranas se asociarían a esquemas cognitivos maladaptativos y alteraciones de la saliencia^{24,25}. Estas alteraciones en la saliencia, también definida como asignación de relevancia²⁶,

implicarían la asignación incorrecta de importancia o relevancia de estímulos neutros. Este mecanismo psicológico podría explicar las dificultades de adaptación social en situaciones que implican relaciones interpersonales. Estudios previos en pacientes con trastornos psicóticos han demostrado que los antecedentes de maltrato infantil²⁷, y especialmente el abuso sexual^{28,29}, se han asociado con dificultades en el procesamiento emocional, lo que podría también interferir con las relaciones interpersonales. En contraposición, en aquellas actividades más centradas en la actividad en sí (ocio, trabajo, intereses socioculturales), el maltrato infantil juega un papel por una vía mediada por síntomas depresivos. Esta vía se puede explicar por el probable impacto negativo de la anhedonia en este tipo de actividades.

La hipótesis de la derrota social en la patogenia de la esquizofrenia sugiere que algunas situaciones estresantes con un componente de exclusión social y posible contenido de humillación, como podría ser el maltrato infantil, contribuirían al riesgo de desarrollar una psicosis en sujetos vulnerables⁷. En un estudio³⁰ que analizó el posible papel mediador de la derrota social en la relación entre maltrato infantil y el fenotipo psicótico en población general (experiencias psicóticas) y pacientes con un trastorno psicótico, se observó un papel mediador de la derrota social en ambas poblaciones aunque en la muestra poblacional (experiencias psicóticas como variable dependiente), la desregulación afectiva era un segundo mediador independiente. Los antecedentes de maltrato infantil se asocian a un mayor riesgo de sintomatología depresiva^{31,32} y peor pronóstico funcional en pacientes con un trastorno psicótico^{5,32}, en línea con los resultados de nuestro estudio.

Respecto a las fortalezas de nuestro estudio, cabe indicar que es el primero en población española que evalúa la relación entre maltrato infantil, psicopatología y adaptación social en una muestra representativa de jóvenes que son atendidos en un programa de fases tempranas de psicosis. También aporta la originalidad del uso de un modelo SEM que permite el análisis simultáneo de variables psicopatológicas, maltrato infantil y dimensiones de adaptación social. El análisis con un modelo SEM permite explorar las relaciones entre variables evitando los problemas de colinealidad que pueden existir en otras técnicas estadísticas como la regresión lineal múltiple. En nuestro trabajo es especialmente importante porque diferentes dimensiones psicopatológicas y de adaptación social pueden correlacionar entre ellas.

Algunas decisiones metodológicas y limitaciones de nuestro estudio deben comentarse. Primero, hemos decidido utilizar una muestra que incluye tanto pacientes EMAR como pacientes con un PEP. Esto lo hemos realizado principalmente porque ambos grupos de pacientes se atienden en los Programas PAE-TPI en Cataluña. Además, ambos grupos de pacientes son comparables en variables sociodemográficas, y aunque existen diferencias en adaptación social, son los EMAR los que refieren una peor adaptación social. Esto podría explicarse porque el descenso de la funcionalidad es uno de los criterios de EMAR en uno de los subtipos de estudio. Dado que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, no hemos querido dividir la muestra en dos para realizar un primer análisis SEM exploratorio y otro de validación. Aunque nuestros resultados replican otros

estudios que han utilizado la misma metodología para explorar la relación entre maltrato infantil, síntomas depresivos y funcionalidad²¹, sería recomendable replicar nuestro estudio en población española. Sí que hemos decidido incluir un análisis SEM exploratorio adicional incluyendo solo la muestra de PEP. Este subanálisis resulta similar al global con algunos resultados diferentes como la asociación entre maltrato infantil y sintomatología psicótica, la asociación de los síntomas negativos con una peor funcionalidad en más dimensiones de adaptación social, y que los efectos depresivos se asocian con una peor adaptación social solo por una vía mediada (sin efectos directos). No obstante, es importante recalcar que el tamaño de la muestra es menor que para el SEM global, y que antes de obtener conclusiones definitivas sería aconsejable replicar nuestros resultados en muestras más grandes de pacientes con un PEP. Respecto al uso de la SASS, una escala inicialmente desarrollada para evaluar adaptación social en pacientes con depresión, hemos optado por utilizarla porque en un estudio previo en EMAR mostraba una correlación clara con la calidad de vida⁹. Es importante señalar que el diseño transversal de nuestro estudio no permite realizar inferencias de causalidad, por lo que estudios longitudinales pueden solventar esta limitación en el futuro. Finalmente, la evaluación de los antecedentes de maltrato infantil con un instrumento autoaplicado puede comportar sesgos de memoria. Otra limitación del CTQ es que no permite evaluar en qué momento evolutivo sucedió el maltrato infantil, que como se ha comentado anteriormente puede determinar el impacto en funcionalidad social²³.

Conclusiones

Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de evaluar los antecedentes de maltrato infantil en la práctica clínica e intervenir precozmente para mejorar la funcionalidad social de jóvenes en riesgo de desarrollar una psicosis o con un PEP. La mediación por los síntomas depresivos de los efectos negativos del maltrato infantil en otras actividades relacionadas con ocio y trabajo indica también la necesidad de explorar la existencia de síntomas depresivos en población joven que consulta por experiencias psicóticas para poder realizar intervenciones específicas que mejoren la funcionalidad de los pacientes.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por La Marató de TV3 (092230/092231) y el Instituto de Salud Carlos III (FIS, PI10/01607).

Laura Ortega recibió una beca PERIS de intensificación en investigación (SLT002/0016/0125) del Departament de Salut de La Generalitat de Catalunya durante el 2017. Javier Labad ha recibido fondos de la beca PERIS de intensificación en investigación (SLT006/17/ 00012) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el 2018 y el 2019. Itziar Montalvo ha recibido una Beca Peris de intensificación en investigación (SLT008/18/00074) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya para el 2019-2021.

Autoría/colaboradores

JL y LO han contribuido en el diseño y desarrollo del trabajo. JL ha realizado los análisis estadísticos. IM, MC, AC, MS han colaborado en la evaluación de los pacientes y recogida y tratamiento de los datos. El primer manuscrito ha sido escrito por LO y JL, y el resto de autores han contribuido en la revisión del borrador y lectura crítica del mismo. Todos los autores han aprobado la versión definitiva del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores expresan su gratitud a todos los participantes en el que se basó este estudio. También al Área de Investigación de la institución, por sus contribuciones y soporte durante el proceso.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.001>.

Bibliografía

- Arseneault L, Cannon M, Fisher HL, Polanczyk G, Moffitt TE, Caspi A. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2011;168:65–72.
- Heins M, Simons C, Lataster T, Pfeifer S, Versmissen D, Lardinois M, et al. Childhood trauma and psychosis: A case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1286–94.
- Bailey T, Alvarez-Jimenez M, Garcia-Sanchez AM, Hulbert C, Barlow E, Bendall S. Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2018;44:1111–22.
- Thomas S, Höfler M, Schäfer I, Trautmann S. Childhood maltreatment and treatment outcome in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140:295–312.
- Alameda L, Golay P, Baumann PS, Progin P, Mebdouhi N, Elowe J, et al. Mild depressive symptoms mediate the impact of childhood trauma on long-term functional outcome in early psychosis patients. *Schizophr Bull*. 2017;43:1027–35.
- Kilian S, Burns JK, Seedat S, Asmal L, Chiliza B, Du Plessis S, et al. Factors moderating the relationship between childhood trauma and premorbid adjustment in first-episode schizophrenia. *PLoS One*. 2017;12:e0170178.
- Selten JP, van Der Ven E, Rutten BPF, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophr Bull*. 2013;39:1180–6.
- Steenkamp L, Weijers J, Gerrmann J, Eurelings-Bontekoe E, Selten JP. The relationship between childhood abuse and severity of psychosis is mediated by loneliness: an experience sampling study. *Schizophr Res*. 2019, pii: S0920-9964(19)30115-X.
- Ortega L, Montalvo I, Monseny R, Vilella E, Labad J. Perceived stress mediates the relationship between social adaptation and quality of life in individuals at ultra high risk of psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13:1447–54.
- Cheng EW. I. SEM being more effective than multiple regression in parsimonious model testing for management development research. *J Manag Dev*. 2001.
- Bobes J, González MP, Bascarán MT, Corominas A, Adán A, Sánchez J, et al. Validación de la versión española de la Escala de Adaptación Social en depresivos. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27:71–80.
- Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:589–93.
- Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:964–71.
- Kay SR, Fiszbein A, Vital-Herne M, Fuentes LS. The Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish adaptation. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178:510–7.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl*. 1993;39–44.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003;27:169–90.
- Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM, et al. Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence*. 2013;28:1498–518.
- Wallwork RS, Fortgang R, Hashimoto R, Weinberger DR, Dickinson D. Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012;137:246–50.
- Iacobucci D. Structural equations modeling: Fit indices, sample size, and advanced topics. *J Consum Psychol*. 2010;20:90–8.
- Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model A Multidiscip J*. 1999;6:1–55.
- Palmier-Claus J, Berry K, Darrell-Berry H, Emsley R, Parker S, Drake R, et al. Childhood adversity and social functioning in psychosis: Exploring clinical and cognitive mediators. *Psychiatry Res*. 2016;238:25–32.
- Strøm IF, Aakvaag HF, Birkeland MS, Felix, Thoresen S. The mediating role of shame in the relationship between childhood bullying victimization and adult psychosocial adjustment. *Eur J Psychotraumatol*. 2018;9:1418570.
- Alameda L, Ferrari C, Baumann PS, Gholam-Rezaee M, Do KQ, Conus P. Childhood sexual and physical abuse: Age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients. *Psychol Med*. 2015;45:2727–36.
- Boyd D, McFeeters D, Dhirga K, Rhoden L. Childhood maltreatment and psychotic experiences: Exploring the specificity of early maladaptive schemas. *J Clin Psychol*. 2018;74:2287–301.
- Gawęda Ł, Göritz A, Moritz S. Mediating role of aberrant salience and self-disturbances for the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in the general population. *Schizophr Res*. 2019;206:149–56.
- Vargas ML, Lahera G. Letter to the editor?: A proposal for translating the english term «salience» into Spanish. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:271–2.
- Aas M, Kauppi K, Brandt CL, Tesli M, Kaufmann T, Steen NE et al. Childhood trauma is associated with increased brain responses to emotionally negative as compared with

- positive faces in patients with psychotic disorders. *Psychol Med.* 2017;47:669–79.
28. Lysaker PH, Gumley A, Brüne M, Vanheule S, Buck KD, Dimaggio G. Deficits in the ability to recognize one's own affects and those of others: associations with neurocognition, symptoms and sexual trauma among persons with schizophrenia spectrum disorders. *Conscious Cogn.* 2011;20:1183–92.
29. Brañas A, Lahera G, Barrigón ML, Canal-Rivero M, Ruiz-Veguilla M. Effects of childhood trauma on facial recognition of fear in psychosis. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019, pii: S1888-9891(19)30022-9.
30. Van Nierop M, van Os J, Gunther N, van Zelst C, de Graaf R, ten Have Met al. Does social defeat mediate the association between childhood trauma and psychosis? Evidence from the NEMESIS-2 Study. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;129:467–76.
31. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2020;102:104361.
32. Popovic D, Schmitt A, Kaurani L, Senner F, Papiol S, Malchow Bet al. Childhood Trauma in Schizophrenia: Current Findings and Research Perspectives. *Front Neurosci.* 2019;13:274.