

# Ecofenotipos en la depresión mayor: el papel del maltrato físico en la infancia

Ecophenotypes in major depression: the role of child physical abuse

RAFAEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ<sup>a,b</sup>, EKATERINA KOKOULINA<sup>c</sup>, XIANA CAMPOS MOURIÑO<sup>a</sup>, ELISA CARBALLIDO ARAÚJO<sup>a</sup>, ILDEFONSO GARCÍA FUERTES<sup>a</sup>, ALEJANDRA REY POUSADA<sup>a</sup>, PATRICIA VÁZQUEZ BATÁN<sup>a</sup>

*(a) EOXI, Servicio Galego de Saúde (SERGAS), Vigo, Pontevedra, España.*

*(b) Grupo de Investigación en Enfermedades Psiquiátricas, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), Vigo, Pontevedra, España.*

*(c) Hospital HM, Vigo, Pontevedra, España.*

*Correspondencia: Rafael Fernández Martínez (rafael.fernandez.martinez@sergas.es)*

Recibido: 11/11/2017; aceptado con modificaciones: 02/02/2018

**Resumen:** La depresión mayor puede derivarse de distintos factores de riesgo, entre los cuales se han destacado las experiencias de adversidad a lo largo de los años de desarrollo. En la presente investigación, nos preguntamos si la experiencia de maltrato físico, uno de los factores de riesgo documentados, se asocia a características clínicas diferenciales en los pacientes con depresión mayor. En el estudio, con un diseño transversal, comparamos dos grupos de pacientes que cumplieran criterios diagnósticos DSM-IV para depresión mayor. El primer grupo estaba formado por 20 pacientes que refirieron maltrato físico en la infancia y el segundo, por otros 52 pacientes que no refirieron maltrato físico u otras formas de maltrato. Los resultados indican características clínicas diferenciales. En concreto, el maltrato se asocia a una mayor frecuencia de episodios depresivos previos al actual, a mayor intensidad de la sintomatología depresiva, tendencia a la autodevaluación, conducta suicida a lo largo de la vida, rasgos disfuncionales de la personalidad, funciona-

miento académico/laboral más afectado, disfunciones cognitivas sutiles, paranoidismo y dificultades en la interacción social. Se discuten las posibles vías a través de las cuales la adversidad en la infancia puede ejercer su impacto en este ecofenotipo clínico, así como algunas implicaciones terapéuticas.

**Palabras clave:** depresión mayor, ecofenotipos, maltrato en la infancia.

**Abstract:** Major depression can be derived from different risk factors, among which experiences of adversity throughout the years of development have been highlighted. In the present work, we investigated whether the experience of physical abuse, one of the documented risk factors, is associated with distinct clinical characteristics among patients with major depression. In the study, with a cross-sectional design, we compared two groups of patients with major depression according to DSM-IV. One group consisted of 20 patients who reported child physical abuse and the other consisted of 52 patients who did not report child physical abuse or other forms of child abuse. Our results showed differential clinical features. In particular, child physical abuse was associated with a higher number of previous depressive episodes, higher levels of depressive symptoms, self-deprecation, suicidal behavior throughout the life span, dysfunctional personality traits, impaired academic/work performance, subtle cognitive dysfunctions, paranoidism, and difficulties in social relationships. The pathways through which childhood adversity may have an impact on this clinical ecophenotype and some therapeutic implications are discussed.

**Key words:** major depression, ecophenotypes, childhood maltreatment .

## INTRODUCCIÓN

LA DEPRESIÓN MAYOR es una de las psicopatologías más frecuentes. Se ha estimado que su prevalencia a lo largo de la vida es de entre 17% y 40% (1). Por otra parte, el curso es a menudo crónico o se producen recurrencias a lo largo del tiempo (2).

La adversidad en los años de desarrollo —en especial, sus formas más extremas, como son las distintas formas de maltrato— se asocia a un mayor riesgo de distintas psicopatologías así como de problemas de salud (3-5). Tanto la investigación longitudinal como la retrospectiva muestran consistentemente que el maltrato es un antecedente frecuente de trastornos depresivos (6-8) y otras psicopatologías (9), es un factor de riesgo para los problemas de salud y morbilidad médica (10, 11), y los trastornos de la personalidad (12, 13).

Para entender el impacto del maltrato en el desarrollo, se asume que ese contexto relacional implica elementos de traición que es fácil que condicionen respues-

tas de inseguridad respecto a la confiabilidad de los otros (5), ya que, a diferencia de otras adversidades, refleja un daño infligido por aquellas personas de las que el niño depende. Esa dimensión del maltrato, la traición de la confianza y la ausencia de una base de seguridad y protección, interfiere en una necesidad psicobiológica básica como es la formación y el mantenimiento de vínculos afectivos seguros con los cuidadores (14, 15), lo que implica una mayor probabilidad de iniciar trayectorias de desarrollo disfuncionales a nivel neurobiológico, relacional, de la identidad personal y la regulación emocional (16-18), y, en consecuencia, un mayor riesgo de cumplir los criterios diagnósticos de alguno de los trastornos de la personalidad. La disfunción de la personalidad, a su vez, puede ser una variable mediadora importante en la vulnerabilidad al inicio y en las características de los trastornos del eje I, como la depresión mayor.

El maltrato en la infancia aumenta la probabilidad de sufrir depresión mayor en la vida adulta, especialmente en el caso de las depresiones recurrentes, más que en el de los episodios aislados (19). Como señalan Klein *et al.* (2), la depresión mayor es una condición heterogénea que probablemente resulta de procesos etiológicos y vías de desarrollo múltiples. Partiendo de esta base, la adversidad en la infancia puede ser un vínculo importante en una de dichas vías y ser un marcador de un subtipo de depresión mayor. En concreto, hay evidencia de que los pacientes deprimidos con antecedentes de maltrato, en comparación con aquellos sin dichos antecedentes, tienden a tener inicios más tempranos del trastorno, más comorbilidad, un mayor riesgo de suicidio y peor respuesta al tratamiento, tanto psicológico como psicofarmacológico (20-22). También se ha observado que los primeros muestran de un modo más consistente ciertos rasgos neurobiológicos, como un volumen hipocámpico disminuido e hiperreactividad de la amígdala, entre otros (23-25). Los cursos de la depresión más crónicos o recidivantes de los pacientes deprimidos con historia de maltrato, así como la tendencia a mostrar peor respuesta al tratamiento, podría derivarse de la mayor vulnerabilidad cognitiva y neurobiológica asociada a una sensibilidad aumentada a los estresores inducida por la adversidad en los años de desarrollo (26-28). Teicher y Sampson (23), por su parte, aluden a una constelación de ecofenotipos dentro de las mismas categorías diagnósticas. La identificación de estos ecofenotipos, y la comprensión de las vías del desarrollo que llevan a su emergencia, tiene una enorme trascendencia, no solo de cara a la prevención, sino también de cara a la formulación clínica y la orientación del tratamiento.

En la presente investigación nos preguntamos si los pacientes con depresión mayor e historia de maltrato físico en la infancia presentan rasgos clínicos que los diferencian de los pacientes con el mismo trastorno pero sin historia de maltrato. En concreto, una mayor persistencia y antecedentes de episodios depresivos, mayor intensidad de la sintomatología, rasgos disfuncionales y diagnósticos comórbidos de

trastorno de la personalidad, ideación e historia de conducta suicida y disminución de la percepción de apoyo, tanto en la actualidad como a lo largo de la vida.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra total estaba compuesta por 72 pacientes que cumplían criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según el DSM-IV y habían iniciado tratamiento psicológico en una unidad de salud mental entre marzo de 2011 y julio de 2015. En base a si afirmaron haber sufrido maltrato físico en la infancia-adolescencia (hasta los 17 años) en el hogar o no, se formaron dos grupos. El grupo de pacientes con antecedentes de maltrato físico estaba formado por 20 pacientes. Con frecuencia, estos pacientes refirieron también experiencias de maltrato emocional (16/20: 80%) y haber presenciado violencia intrafamiliar (9/20: 45%). En el grupo de pacientes sin historia de maltrato físico (n=52), se excluyeron todos aquellos con antecedentes de maltrato emocional, abuso sexual o acoso escolar y/o los que habían presenciado violencia intrafamiliar, pero no aquellos que informaron de otras adversidades, como la pérdida de alguno de los padres o psicopatología parental.

### *Instrumentos*

\*Entrevista clínica de adversidad en la infancia (elaborada *ad hoc*). Para la evaluación del maltrato físico (hasta los 17 años), formulamos dos cuestiones: “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 refería ejemplos conductuales concretos de dichos episodios. Para la evaluación del maltrato emocional también empleamos dos cuestiones: “¿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?”. Las respuestas “frecuentemente” o “muy frecuentemente” a cualquiera de las dos preguntas, con ejemplos de episodios concretos, fueron valoradas como positivas para abuso emocional. Las preguntas para la valoración de la ocurrencia de maltrato físico y emocional son las recomendadas en el documento de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención del maltrato infantil (29) que se incluyen en las secciones de maltrato físico y psicológico de la Escala de Tácticas de Conflicto (*Conflict Tactics Scale*) (30) y fueron empleadas en

el importante estudio Experiencias Adversas en la Infancia (*Adverse Childhood Experiences*, ACE) (31). La experiencia de presenciar violencia en el hogar fue valorada como presente si el sujeto informaba de haber sido testigo de episodios de agresividad física o amenazas graves entre los miembros de la familia.

\* Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID I). La evaluación de la presencia de psicopatología del eje I se basó en los criterios clínicos DSM-IV. Para ello empleamos el protocolo SCID-I de entrevista estructurada (32).

\*Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) (33): La evaluación de la psicopatología del eje II se basó en las respuestas del sujeto al cuestionario SCID-II Personality Questionnaire (SCID-II-Q) (34). Tras su cumplimentación, se revisaron con el paciente las cuestiones afirmativas en cada una de las escalas de trastornos de la personalidad con el fin de valorar la presencia o ausencia de la característica reportada.

\*Escala de valoración del funcionamiento emocional, social y académico/laboral. Empleamos tres escalas que el sujeto puntuó entre 1 y 10; donde 1 significa grave deterioro del funcionamiento según percibe el sujeto (“apenas puedo funcionar”) y 10, funcionamiento excelente.

\*Apoyo social. Se valoró con dos cuestiones. La primera se refería a si había contado con apoyos en los peores momentos de su vida (en concreto, tras referir cuál había sido el peor momento de su vida, se les preguntó si habían podido contar con alguien para afrontarlo). La segunda cuestión fue: “¿Tiene algún buen amigo que le ayuda y en quien confía en los momentos difíciles?”. El modo de respuesta es dicotómico (Sí/No).

\*Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) (35). Es un instrumento de autoinforme que tiene por objeto la evaluación del grado de malestar psicológico actual. Está compuesto por 90 ítems que exploran diversos síntomas psiquiátricos. El sujeto valora en una escala de 5 puntos (desde “nada” hasta “mucho”) la intensidad de la sintomatología a la que se refiere cada ítem en los últimos 7 días. Los 90 ítems se agrupan en nueve dimensiones psicopatológicas (Somatización, Obsesiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo). El SCL-90-R es uno de los instrumentos de evaluación psicopatológica más utilizados, y numerosos estudios documentan sus adecuadas características psicométricas en términos de fiabilidad y validez (36). Los valores de consistencia interna (alfa de Cronbach) de las escalas que obtuvimos en la muestra más amplia (n=313), de la que forman parte los pacientes con depresión del presente estudio, fueron entre aceptables y buenos para todas las escalas: Somatización 0,90; Obsesiones 0,87; Sensibilidad interpersonal 0,85; Depresión 0,88; Hostilidad 0,80; Ansiedad fóbica 0,78; Ideación paranoide 0,79 y Psicoticismo 0,75.

### *Procedimiento*

En la primera entrevista, además de otra información clínica, recogimos información sobre experiencias de adversidad en la infancia empleando las cuestiones referidas en el anterior apartado. Asimismo, se valoró el cumplimiento de los criterios diagnósticos de depresión mayor con el protocolo de entrevista SCID-I. Al término de la primera entrevista, todos los pacientes cumplimentaron, junto con otras medidas de autoinforme, el SCID-II-Q y el SCL-90-R. En una entrevista posterior fueron revisadas las respuestas afirmativas en las distintas escalas del SCID-II-Q y se valoró el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de personalidad siguiendo el protocolo de entrevista estructurada SCID-II.

### *Análisis de datos*

Realizamos un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de cada uno de los dos grupos. Comparamos las características clínicas de ambos grupos empleando la prueba  $X^2$  para las variables dicotómicas; la prueba t de Student para las variables de tipo continuo y la U de Mann-Whitney para las de tipo ordinal.

## RESULTADOS

### *Características sociodemográficas*

No hubo diferencias entre los dos grupos del estudio (pacientes deprimidos con o sin historia de maltrato físico en la infancia) en la distribución por sexo, edad, estado civil y nivel de escolaridad (Tabla 1).

### *Características del síndrome depresivo*

En comparación con el otro grupo, los pacientes con historia de maltrato refirieron episodios depresivos a lo largo de la vida con una frecuencia significativamente mayor (75% vs. 36,5%;  $p=0,004$ ) (Tabla 2). Por otra parte, la comparación de las puntuaciones medias en la escala de Depresión del SCL-90-R indicó una intensidad significativamente mayor en este grupo de pacientes (3,95 vs. 3,51;  $p=0,02$ ) (Tabla 3). Además, estos pacientes obtuvieron una puntuación media significativamente más elevada en la escala del patrón depresivo del SCID-II-Q (6,1 vs. 4,9;  $p=0,02$ ) (Tabla 7). Todo ello sugiere una mayor presencia de experiencia depresiva mantenida crónicamente. De entre los síntomas propios del síndrome, todos los pacientes con antecedentes de maltrato en la infancia refirieron la experiencia de autodesprecio/

culpabilidad, lo que contrasta con el 65,4% de los pacientes deprimidos sin historia de maltrato ( $p=0,002$ ) (Tabla 2). También refirieron con una frecuencia significativamente mayor planificación (75% vs 34,6%;  $p=0,003$ ) y conducta suicida a lo largo de la vida (45% vs 17,3%;  $p=0,031$ ) (Tabla 2).

### *Psicopatología general*

Además de obtener una puntuación media más alta en la escala de síntomas depresivos, los pacientes deprimidos con historia de maltrato obtuvieron puntuaciones medias más elevadas en las escalas de Sensibilidad interpersonal (3,03 vs. 2,41;  $p=0,007$ ); Ideación paranoide (2,95 vs. 2,01;  $p=0,000$ ) y Psicoticismo (2,50 vs. 2,14;  $p=0,028$ ) del SCL-90-R (Tabla 3).

### *Valoración del apoyo social y del funcionamiento emocional, social y académico laboral*

Aunque un porcentaje mayor de sujetos con historia de maltrato refirieron ausencia de apoyos en épocas de su vida de especial dificultad y no contar con alguna amistad de confianza en la actualidad, las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas (Tabla 4)

Tampoco hubo diferencias significativas entre grupos en la valoración del funcionamiento emocional y social. No obstante, entre los pacientes en situación académica o laboral activa, aquellos con antecedentes de maltrato refirieron un grado significativamente mayor de dificultad en el funcionamiento (Tabla 5).

### *Trastornos de la personalidad y rasgos disfuncionales de la personalidad*

Una amplia mayoría de pacientes con antecedentes de maltrato físico en la infancia cumplieron los criterios clínicos para alguno de los trastornos de la personalidad. La frecuencia fue significativamente mayor (89,5% vs. 40,8%;  $p=0,000$ ) (Tabla 6). De entre los distintos trastornos de la personalidad, solo hubo diferencias significativas en la frecuencia del trastorno límite (42,1% vs. 9,6%;  $p=0,004$ ) (Tabla 6). Por otra parte, estos pacientes obtuvieron puntuaciones medias significativamente mayores en las escalas del SCID-II-Q del patrón dependiente, depresivo y paranoide (Tabla 7).

## DISCUSIÓN

En relación con los objetivos planteados, los resultados indican que el maltrato físico en la infancia en pacientes con depresión mayor se asocia a una mayor pun-

tuación en las escalas de Depresión, Ideación paranoide, Sensibilidad interpersonal y Psicoticismo del SCL-90-R, a una mayor frecuencia de planificación y conducta suicida a lo largo de la vida, a mayor intensidad de la experiencia de autodesprecio/culpabilidad, a antecedentes personales de episodios depresivos, al cumplimiento de los criterios clínicos del trastorno límite de la personalidad y a puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de los patrones disfuncionales de la personalidad paranoide, depresivo y por dependencia del SCID-II-Q. A pesar de la alta interferencia referida por ambos grupos en su funcionamiento emocional, social y académico/laboral, en el caso de los pacientes con antecedentes de maltrato físico, la interferencia referida en la valoración del funcionamiento académico/laboral fue significativamente mayor. Finalmente, se observó una tendencia, que no alcanza significación estadística, a que el maltrato se relacione con una mayor probabilidad de informar de ausencia de apoyos en épocas de especial dificultad y de alguna amistad en quien confiar en la actualidad.

Cabe destacar que los pacientes con antecedentes de maltrato físico con alta frecuencia estuvieron también expuestos a otras formas de adversidad en su infancia. En concreto, fue muy habitual la experiencia de maltrato emocional y haber presenciado violencia intrafamiliar, lo que indica el alto solapamiento de distintas formas de maltrato, como ha sido destacado en otras investigaciones (37). Dicha coexistencia puede dar lugar a patrones intrincados de síntomas psico-relacionales (38) y es consistente con el concepto de “familias de riesgo” para referirse a estos entornos familiares (11). Es también destacable que, a pesar de los años transcurridos, hasta el 35% refirieran su infancia-adolescencia como la peor época de sus vidas, con alusiones explícitas a las experiencias de abuso sufridas. Solamente 1 de los 52 (1,9%) sujetos sin historia de maltrato refirió que la infancia había sido la peor época de su vida.

Los resultados son coherentes con la cascada de sucesos interpersonales en niños maltratados que refieren Toth y Cicchetti (39). Esta cascada comienza con relaciones de apego inseguras, se mueve hacia modelos representacionales negativos de uno mismo y de uno mismo en la relación con los otros, y, con el tiempo, a competencia percibida deteriorada, un funcionamiento social más pobre y afectación de la autoestima.

Rutter (19) alude a cuatro rutas a través de las cuales la experiencia de maltrato en la infancia puede derivar en trastornos depresivos: la primera, en la base de las formulaciones clínicas y orientaciones de tratamiento cognitivo-conductuales, considera determinados esquemas mentales o *sets* cognitivos disfuncionales; una segunda ruta implicaría alteraciones relacionales; una tercera se refiere a los efectos del estrés sobre la estructura y función neuroendocrina (sistema límbico-hipotalámico-hipofisario-suprarrenal) y una cuarta pone el acento en las estrategias de afrontamiento

problemáticas. En todo caso, dichas vías no se pueden entender de modo compartimentalizado, sino más bien como un reflejo de procesos de desarrollo disfuncionales entrelazados (40). Como señalan Guidano y Liotti (41), la teoría del apego de Bowlby (42) se concibe como marco integrador de esas rutas o procesos de desarrollo implicados tanto en la adaptación como en la psicopatología y desadaptación a largo plazo, y destaca que ninguna variable tiene efectos de más largo alcance sobre el desarrollo que las experiencias del niño en el seno de su familia (43). Hay evidencia de que, en sujetos con historia de maltrato físico, las alteraciones en el apego pueden ser un mediador de las dificultades relacionales (44). Además, tal y como predice dicha teoría, los resultados del estudio sugieren que estos pacientes mantienen actitudes depresivas y dificultades interpersonales de larga evolución, con autopercepción devaluada, tendencia a la desconfianza y menor probabilidad de contar con apoyos o relaciones de confianza. Estas características, que se plasman en la mayor frecuencia de rasgos disfuncionales de personalidad, pueden ser un elemento importante en el ecofenotipo de depresión mayor de los pacientes con historia de maltrato físico en la infancia (23). Este ecofenotipo implica una sintomatología depresiva más intensa, una mayor probabilidad de conductas autolíticas y la ocurrencia de episodios depresivos con anterioridad al actual.

Los trastornos de la personalidad, de acuerdo con el DSM-5 (45), se definen como patrones inflexibles, penetrantes y duraderos de experiencia interna y conducta que llevan a distrés o deterioro significativo a nivel social, ocupacional y en otras áreas importantes del funcionamiento. Hay evidencia, tanto de estudios retrospectivos como prospectivos, de que la adversidad familiar y el maltrato en la infancia son antecedentes comunes de la patología de la personalidad (12, 46-48). En la presente investigación, los pacientes con depresión mayor que informaron de maltrato físico en la infancia cumplieron los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad con una frecuencia significativamente mayor y, en general, mostraron mayores puntuaciones en las escalas de los distintos patrones disfuncionales de la personalidad del SCID-II-Q, en especial del paranoide y depresivo, pero también del patrón dependiente. Estos resultados son muy cercanos a los encontrados por Tyrka *et al.* (49) en sujetos sin psicopatología del eje I y a los del estudio de Kounou *et al.* (50) en pacientes con depresión mayor, y sugieren que, independientemente de la presencia o ausencia actual de síntomas del eje I, el maltrato es un antecedente importante de la disfunción de la personalidad. Como destacan Mitenburg y Singer (51), los esquemas cognitivo-afectivos centrales que giran en torno a las experiencias de abuso favorecerían la entrada en trayectorias de desadaptación. En esta línea, Tyrka *et al.* (49) concluyen a partir de sus resultados que los pacientes con historia de maltrato presentan estados que reflejan dificultades con la confianza, seguridad, estabilidad, flexibilidad, autoeficacia y regulación del afecto, lo que no resulta sor-

prendente, puesto que son las cualidades que es esperable que se potencien en un ambiente de desarrollo seguro y de apoyo.

Junto al papel documentado de los factores genéticos (52) y de la vulnerabilidad cognitiva y neurobiológica derivada de la adversidad familiar en la infancia sobre el desarrollo y curso de los trastornos depresivos (26, 53), un resultado que consideramos especialmente relevante, también encontrado en el estudio de Cohen *et al.* (48) con pacientes con distintas psicopatologías, es la fuerte asociación entre maltrato físico en la infancia y características paranoides en pacientes con depresión mayor (puntuaciones significativamente mayores en la escala de Ideación paranoide del SCL-90-R y la del patrón paranoide del SCID-II-Q) junto a la tendencia (cercana a la significación estadística) a referir ausencia de apoyos durante épocas de mayor adversidad en sus vidas y ausencia de alguna amistad de confianza en la actualidad. En un estudio con niños que habían sufrido maltrato físico en el hogar, Pollak, Messner, Kistler y Cohn (54) encontraron una mayor rapidez en la identificación de rostros que reflejan la emoción de ira pero no de otras emociones, lo que es consistente con teorías que indican que la percepción no solo es el producto de las señales sensoriales, sino que está también influida por procesos de memoria y atencionales. De igual manera, hay evidencia de sesgos atribucionales hostiles en niños que han sufrido maltrato físico (55). La sensibilidad a las señales de ira y los sesgos en el procesamiento de la información social podrían ser precursores de la orientación paranoide observada en los pacientes con historia de maltrato físico de nuestro estudio. Como señala Teicher *et al.* (56), si la persona crece en un entorno malevolente es crucial para su supervivencia mantener un estado de vigilancia y suspicacia que le permita detectar fácilmente el peligro. La sensibilización a dicha información emocional, que puede ser adaptativa en un contexto relacional de hostilidad, deviene desadaptativa en contextos interpersonales normativos (57). Así, la desconfianza, las expectativas de daño y las conductas relacionales defensivas que reflejan las características paranoides dificultan la formación y mantenimiento de relaciones de apoyo. La relevancia de este resultado viene dada por el hecho de que la búsqueda de proximidad de los apegos sociales es una de las estrategias centrales en el afrontamiento del estrés (44) y hay una fuerte evidencia del papel modulador de las relaciones interpersonales en el manejo de la adversidad (58). Los resultados sugieren que aquellos con historia de maltrato muestran trayectorias biográficas en las que es más fácil que se produzca alejamiento defensivo de los otros, lo que les priva de una fuente importante de regulación emocional (59). En definitiva, aquellos pacientes que se ven abocados a esfuerzos excesivos de autorregulación emocional por la ausencia o limitación de los recursos de correulación emocional derivados de relaciones de confianza y apoyo estarían especialmente expuestos a sufrir sobrecarga alostática (distrés) y,

a la postre, desgaste y agotamiento de los sistemas neurobiológicos de respuesta al estrés (60, 61). Este podría ser un mecanismo importante de la cronicidad y tendencia a la recurrencia de la depresión mayor en los pacientes con historia de maltrato en la infancia.

El maltrato se asoció, como en otras investigaciones, a una frecuencia significativamente mayor tanto de planificación como de conducta suicida a lo largo de la vida (62-64). La asociación es consistente con la teoría psicológica interpersonal de la conducta suicida elaborada por Joiner (65). Este autor, sobre la base de la investigación de los factores de riesgo de la conducta suicida, destaca dos elementos necesarios y que tienen que darse conjuntamente para que se produzca conducta suicida: por una parte, el deseo de muerte y, por otra, la capacidad de actuar de una forma autolesiva. Dos factores parecen tener especial peso en el deseo de muerte: la experiencia de soledad y la percepción de uno mismo como una carga para otros. La capacidad de hacerse daño es potenciada por experiencias que implican habituación al daño o a situaciones de riesgo elevado de daño grave. El maltrato físico en la infancia puede contemplarse como una experiencia de daño que se produce repetidamente y que, como hemos destacado, puede iniciar trayectorias relacionales problemáticas, con una mayor dificultad para confiar y establecer relaciones interpersonales significativas. Es decir, el maltrato físico puede contribuir a los dos elementos considerados como necesarios para que se produzca conducta suicida: la experiencia de soledad asociada a una mayor probabilidad de deseo de muerte y la habituación al daño asociada a la capacidad de actuar de forma autolesiva en condiciones de deseo de muerte, como ocurre con más facilidad en los episodios depresivos, especialmente, si se asocian a falta de apoyo.

Finalmente, aunque no hubo diferencias entre grupos en cuanto a la ocurrencia de experiencias de tipo psicótico, sí las hubo en la escala de Psicoticismo del SCL-90-R. Hay evidencia de que la historia personal de trauma en la infancia es un factor de riesgo de sufrir experiencias de tipo psicótico (66, 67); en concreto, en el caso de la depresión mayor, el maltrato físico se asocia a una mayor probabilidad de síntomas psicóticos a lo largo de la vida (63). Contar con cuidados sensibles y estables es un aspecto clave del ambiente en la infancia que impulsa un desarrollo cerebral y conductual normativo (68). La perturbación en los procesos de apego que se producen en un contexto de maltrato unida a la predisposición genética estaría en la base de procesos neurobiológicos durante el desarrollo (vulnerabilidad a la neuroinflamación, disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, disregulación del sistema dopaminérgico, oxitocina disminuida y daño derivado del estrés oxidativo), con repercusiones en el procesamiento de la información social y la relativa a la propia identidad o *self* (69). También hay evidencia de la relación del maltrato con disfunciones en el neurodesarrollo de circuitos neurales que apoyan el

control cognitivo (69). Estas afectaciones cognitivas sutiles podrían jugar un papel en la vulnerabilidad al desarrollo de experiencias de tipo psicótico. En la escala de Psicoticismo del SCL-90-R, se incluyen algunas de estas disfunciones cognitivas, como las dificultades en la delimitación del *self* o el sentido de agencia personal disminuido, que pueden entenderse como alteraciones de la capacidad a la que se ha denominado “mentalización” o “metacognición” (70). Fueron precisamente estas alteraciones, de entre las distintas que componen la escala de Psicoticismo, las que refirieron con más frecuencia los pacientes deprimidos con antecedentes de maltrato físico. En resumen, tal y como proponen Brent *et al.* (71), entre individuos genéticamente predispuestos, los déficit en la mentalización —en los que podrían influir las perturbaciones en el ambiente de cuidados en la infancia— podrían interactuar con las disfunciones neurobiológicas para facilitar la ruptura de la prueba de realidad y el desarrollo de experiencias de tipo psicótico.

## LIMITACIONES

El informe retrospectivo de adversidad en la infancia puede estar sesgado por el estado emocional actual. No obstante, hay datos que cuestionan la falta de validez de los informes retrospectivos y evidencian que pueden ser aceptablemente fiables (72). Además, de haber algún sesgo, este parece estar más orientado hacia la no información de las experiencias adversas (73, 74). Por otra parte, en nuestro estudio todos los pacientes cumplían los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor, lo que descarta un posible sesgo en el informe de experiencias adversas en la infancia en función del estado emocional actual (el denominado “efecto de búsqueda de significado para los síntomas”).

Como en el estudio de Tyrka *et al.* (49), una proporción elevada de pacientes con historia informada de maltrato físico refirieron también maltrato emocional, por lo que los resultados psicopatológicos obtenidos difícilmente pueden atribuirse a un tipo particular de experiencia.

El pequeño tamaño de la muestra de pacientes deprimidos con historia de maltrato físico es otra limitación del estudio. Este hecho ha podido condicionar la ausencia de significación de algunas variables en las que había clara diferencia entre grupos (apoyo social y relaciones de confianza en la actualidad). Esa tendencia observada, de mantenerse, habría alcanzado significación estadística con una muestra de mayor tamaño, lo que habría reforzado una hipótesis central de la investigación: la falta de apoyo, como variable asociada al maltrato, estaría implicada en la mayor dificultad en la regulación emocional, en la mayor frecuencia de episodios depresivos a lo largo de la vida, así como en el riesgo autolítico.

## IMPLICACIONES CLÍNICAS

Sobre la base de la investigación de los efectos neurobiológicos del estrés temprano, Heim *et al.* (27) plantean que una nueva tipología de la depresión, basada en factores genéticos, vías de desarrollo y patrones neurobiológicos, podría llevar a mejoras en el diagnóstico y tratamiento, así como a la identificación de predictores de respuesta al tratamiento. Los resultados de nuestro estudio sugieren que a las repercusiones neurobiológicas habría que añadir los patrones cognitivos, conductuales y el funcionamiento interpersonal como variables a considerar en dicha tipología, lo que, sin duda, puede facilitar la orientación del tratamiento. La acusada autocrítica, la desconfianza interpersonal y la tendencia a la evitación social que con frecuencia caracterizan a los pacientes con depresión mayor e historia de maltrato ponen de relieve que la atención a dichas dimensiones debe ser un foco central.

## CONCLUSIONES

Los pacientes deprimidos con historia de maltrato tienen un mayor riesgo de sufrir nuevos episodios depresivos y/o de mantenerse crónicamente deprimidos. Tienen, además, un riesgo más elevado de realizar intentos autolíticos y referir experiencias que pueden estar en la base de los síntomas psicóticos. Por otra parte, es más probable que cumplan los criterios del trastorno límite de la personalidad e informen de menos apoyos, tanto en momentos de especial adversidad en sus vidas como en el afrontamiento del estrés actual. Todo ello hace que sea especialmente relevante considerar las experiencias adversas en la infancia en la evaluación con el fin de orientar la estrategia terapéutica. El maltrato, además de tener un impacto neurobiológico y en el neurodesarrollo, parece tener repercusiones sobre aspectos centrales de la personalidad, como la identidad personal, la regulación emocional y el funcionamiento interpersonal. Estos aspectos, que están entrelazados y configuran un ecofenotipo distinguible, deben ser focos centrales del tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010;40(6):899-909.
- (2) Klein DN, Arnow BA, Barkin JL, Dowling F, Kocsis JH, Leon AC, et al. Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depress Anxiety* 2009;26(8):701-10.

- (3) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-58.
- (4) Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012;9(11):e1001349.
- (5) Dugal C, Bigras N, Godbout N, Bélanger C. Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae. En: El-Baalbaki G, Fortin C, editors. *A multidimensional approach to Post-Traumatic Stress Disorder - from theory to practice*. InTechOpen, 2016.
- (6) Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(1):49-56.
- (7) Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv* 2002;53(8):1001-9.
- (8) Weich S, Patterson J, Shaw R, Stewart-Brown S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry* 2009;194(5):392-8.
- (9) Danese A, Baldwin JR. Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annu Rev Psychol* 2017;68(1):517-44.
- (10) Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, et al. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163(12):1135-43.
- (11) Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002;128(2):330-66.
- (12) Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, et al. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res* 2011;45(6):814-22.
- (13) Kokoulina Cherevach E, Fernández Martínez R. Cuidados parentales en la infancia y trastorno límite de la personalidad. *Behav Psychol/Psicol Conduct* 2016;24(2):237-52.
- (14) Bowlby J. *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- (15) Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 2001;22(1-2):7-66.
- (16) Amores Villalba A, Mateos Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicol Educ* 2017;23(2):81-8.
- (17) Cicchetti D, Valentino K. An ecological-transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence on child development. En: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental psychopathology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc., 2015; p. 129-201.

- (18) Camps-Pons S, Castillo-Garayoa JA, Cifre I. Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud* 2014;25(1):67-74.
- (19) Rutter M. *Genes and behavior: nature-nurture interplay explained*. Hoboken, NJ, USA: Blackwell Publishing, 2006.
- (20) Zlotnick C, Ryan CE, Miller IW, Keitner GI. Childhood abuse and recovery from major depression. *Child Abuse Negl* 1995;19(12):1513-6.
- (21) Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012;169(2):141-51.
- (22) Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210(2):96-104.
- (23) Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry* 2013;170(10):1114-33.
- (24) Teicher MH, Samson JA. Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57(3):241-66.
- (25) Grassi-Oliveira R, Ashy M, Stein LM. Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(1):60-8.
- (26) Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 2008;165(8):969-77.
- (27) Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology* 2008;33(6):693-710.
- (28) Chaney A, Carballedo A, Amico F, Fagan A, Skokauskas N, Meaney J, et al. Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants. *J Psychiatry Neurosci* 2014;39(1):50-9.
- (29) Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Färniss T, Kahane T. *Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños, 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf)
- (30) Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. En: Kaufman Kantor G, Jasinski JL, editors. *Out of darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, California, USA: Sage Publications, 1997. Disponible en: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS7.pdf>
- (31) 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: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286(24):3089-96.
- (32) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Barcelona: Masson, 1999.

- (33) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II). Barcelona: Masson, 1999.
- (34) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. SCID-II Personality Questionnaire. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
- (35) Derogatis LR. SCL-90-R: symptom checklist-90-R: administration, scoring and procedures manual. 3<sup>a</sup> ed. Minneapolis, Minn.: National Computer Systems Inc., 1994. Disponible en: <http://www.worldcat.org/title/scl-90-r-symptom-checklist-90-r-administration-scoring-procedures-manual/oclc/45061147>
- (36) Gemppe Fuentealba R, Avendaño Bravo C. Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Ter psicológica* 2008;26(1):39-58.
- (37) Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010;197(5):378-85.
- (38) Briere J, Kaltman S, Green BL. Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *J Trauma Stress* 2008;21(2):223-6.
- (39) Toth SL, Cicchetti D. Patterns of relatedness, depressive symptomatology, and perceived competence in maltreated children. *J Consult Clin* 1996;64(1):32-41.
- (40) Cicchetti D. Development and psychopathology. En: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc., 2015.
- (41) Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders*. Nueva York: Guilford Publications, 1983.
- (42) Bowlby J. *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- (43) Bowlby J. Caminos para el desarrollo de la personalidad. En: Bowlby J. *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós, 1985; p. 387-94.
- (44) Muller RT, Gragtmans K, Baker R. Childhood physical abuse, attachment, and adult social support: test of a mediational model. *Can J Behav Sci* 2008;40(2):80-9.
- (45) American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5<sup>th</sup> edition (DSM-5)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing, 2013.
- (46) Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(7):600-6.
- (47) Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J Pers Disord* 2010;24(3):285-95.
- (48) Cohen LJ, Tanis T, Bhattacharjee R, Nesci C, Halmi W, Galynker I. Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology? *Psychiatry Res* 2014;215(1):192-201.
- (49) Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res* 2009;165(3):281-7.

- (50) Kounou KB, Bui E, Dassa KS, Hinton D, Fischer L, Djasso G, et al. Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(7):1095-103.
- (51) Miltenburg R, Singer E. Culturally mediated learning and the development of self-regulation by survivors of child abuse: a vygotskian approach to the support of survivors of child abuse. *Hum Dev* 1999;42(1):1-17.
- (52) Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301(5631):386-9.
- (53) Hammen C, Henry R, Daley SE. Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:782-7.
- (54) Pollak SD, Messner M, Kistler DJ, Cohn JF. Development of perceptual expertise in emotion recognition. *Cognition* 2009;110(2):242-7.
- (55) Keil V, Price JM. Social information-processing patterns of maltreated children in two social domains. *J Appl Dev Psychol* 2009;30(1):43-52.
- (56) Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25(2):397-426, vii-viii.
- (57) Pollak SD. Mechanisms linking early experience and the emergence of emotions: illustrations from the study of maltreated children. *Curr Dir Psychol Sci* 2008;17(6):370-5.
- (58) Bryant RA. Social attachments and traumatic stress. *Eur J Psychotraumatol* 2016;7:29065.
- (59) Hughes AE, Crowell SE, Uyeji L, Coan JA. A developmental neuroscience of borderline pathology: emotion dysregulation and social baseline theory. *J Abnorm Child Psychol* 2012;40(1):21-33.
- (60) McEwen BS. Understanding the potency of stressful early life experiences on brain and body function. *Metabolism* 2008;57 Suppl 2:S11-5.
- (61) Horan JM, Widom CS. From childhood maltreatment to allostatic load in adulthood: the role of social support. *Child Maltreat* 2015;20(4):229-39.
- (62) Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158(11):1871-7.
- (63) Tunnard C, Rane LJ, Wooderson SC, Markopoulou K, Poon L, Fekadu A, et al. The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *J Affect Disord* 2014;152-154:122-30.
- (64) Kokoulina E, Fernández R. Maltrato físico y emocional durante la infancia y conducta suicida en el adulto. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica* 2014;19(2):93-103.
- (65) Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press, 2007.
- (66) 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(5):330-50.

- (67) Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38(4):661-71.
- (68) Bick J, Nelson CA. Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology* 2016;41(1):177-96.
- (69) Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Solida Tozzi A, et al. Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Front Hum Neurosci* 2016;10:406.
- (70) Fonagy P, Bateman A, Bateman A. The widening scope of mentalizing: a discussion. *Psychol Psychother T* 2011;84(1):98-110.
- (71) Brent BK, Holt DJ, Keshavan MS, Seidman LJ, Fonagy P. Mentalization-based treatment for psychosis: linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2014;51(1):17-24.
- (72) Brewin CR, Andrews B, Gotlib IH. Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull* 1993;113(1):82-98.
- (73) Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(2):260-73.
- (74) Widom CS, Shepard RL. Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 1. Childhood physical abuse. *Psychol Assess* 1996;8(4):412-21.

TABLA I

*Datos sociodemográficos de los grupos clínicos con o sin antecedentes de maltrato físico en la infancia*

	<b>MALTRATO FÍSICO</b>	
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Edad	38 (dt=9,1)	40,1 (dt=10,8)
Sexo	Mujeres: 80%	Mujeres: 78,8%
Estado civil	Solteros: 40%	Solteros: 40,4%
	Casados: 30%	Casados: 28,8%
	Separados: 30%	Separados: 25%
	Viudos: 0%	Viudos: 5,8%
Escolaridad	ESO: 60%	ESO: 36,5%
	Ciclo formativo: 10%	Ciclo formativo: 19,2%
	Bachillerato: 15%	Bachillerato: 21,2%
	Universitarios: 15%	Universitarios: 23,1%
Situación de desempleo	40%	23,5%

TABLA 2

*Comparación de antecedentes de episodios depresivos y frecuencia de síntomas depresivos*

	MALTRATO FÍSICO		X <sup>2</sup>	p
	SÍ	NO		
Antecedentes de episodios depresivos	15/20 (75%)	19/52 (36,5%)	<b>8,57</b>	<b>0,00</b>
Ánimo deprimido	20/20 (100%)	52/52 (100%)		
Pérdida de capacidad de gratificación	20/20 (100%)	50/52 (96,2%)	0,79	1
Pérdida o aumento de peso	17/20 (85%)	41/52 (78,8%)	0,34	0,74
Alteraciones del sueño	19/20 (95%)	50/52 (96,2%)	0,04	1
Inquietud	19/20 (95%)	48/52 (92,3%)	0,16	1
Enlentecimiento	12/20 (60%)	39/52 (75%)	1,57	0,25
Dificultades de concentración/indecisión	19/20 (95%)	47/52 (90,4%)	0,40	1
Autodesprecio/culpabilidad	20/20 (100%)	34/52 (65,4%)	<b>9,23</b>	<b>0,00</b>
Fatiga/pérdida de energía	20/20 (100%)	49/52 (94,2%)	1,20	0,55
Pensamientos recurrentes muerte/ hacerse daño	18/20 (90%)	37/52 (71,2%)	2,84	0,12
Planificación suicida	15/20 (75%)	18/52 (34,6%)	<b>9,48</b>	<b>0,00</b>
Conducta suicida	9/20 (45%)	9/52 (17,3%)	<b>5,90</b>	<b>0,03</b>

Los resultados estadísticamente significativos se muestran **en negrita**

TABLA 3

*Comparación de antecedentes de episodios depresivos y frecuencia de síntomas depresivos*

SCL-90-R	MALTRATO FÍSICO		t	p
	SÍ Media (dt)	NO Media (dt)		
Ansiedad (1-5)	3,22 (1,04)	2,82 (0,87)	1,68	0,09
Depresión (1-5)	3,95 (0,74)	3,51 (0,73)	<b>2,27</b>	<b>0,02</b>
Obsesiones (1-5)	3,35 (1,04)	3,04 (0,88)	1,23	0,22
Hostilidad (1-5)	2,65 (0,90)	2,19 (1,08)	1,69	0,09
Ansiedad fóbica (1-5)	2,28 (0,98)	1,96 (0,98)	1,22	0,22
Sensibilidad interpersonal (1-5)	3,03 (0,79)	2,41 (0,87)	<b>2,77</b>	<b>0,00</b>
Ideación paranoide (1-5)	2,95 (1,16)	2,01 (0,79)	<b>3,91</b>	<b>0,00</b>
Somatización (1-5)	3,31 (1,07)	2,98 (0,85)	1,36	0,17
Psicoticismo (1-5)	2,50 (0,74)	2,14 (0,55)	<b>2,23</b>	<b>0,02</b>

Los resultados estadísticamente significativos se muestran **en negrita**

TABLA 4

*Comparación del apoyo social entre los dos grupos*

	MALTRATO FÍSICO		X <sup>2</sup>	p
	SÍ	NO		
Ausencia de apoyo en el peor momento de la vida	9/16 (56,3%)	15/47 (31,9%)	2,99	0,13
Ausencia de amistad-confianza en la actualidad	9/20 (45%)	11/48 (22,9%)	3,31	0,08

TABLA 5

*Comparación del funcionamiento psicosocial entre los dos grupos*

	MALTRATO FÍSICO		U Mann-Whitney
	SÍ	NO	
	Media (dt)	Media (dt)	
Autoevaluación emocional (1-10)	3,22 (2,07)	3,61 (1,93)	0,34
Autoevaluación social (1-10)	4,33 (2,05)	4,26 (2,34)	0,76
Autoevaluación académico-laboral (1-10)	2,40 (2,67)	4,06 (2,52)	<b>0,03</b>

Los resultados estadísticamente significativos se muestran **en negrita**

TABLA 6

*Comparación de la frecuencia de trastornos de personalidad entre los dos grupos*

	MALTRATO FÍSICO		X <sup>2</sup>	p
	SÍ	NO		
Trastorno Personalidad	17/19 (89,5%)	20/49 (40,8%)	<b>13,06</b>	<b>0,00</b>
TP evitativo	5/18 (27,8%)	10/49 (20,4%)	0,41	0,52
TP dependencia	3/18 (16,6%)	1/49 (2,04%)	5,31	0,07
TP obsesivo	2/18 (11,1%)	4/50 (8%)	1,19	0,55
TP paranoide	2/20 (10%)	2/52 (3,8%)	1,04	0,30
TP histriónico	1/19 (5,2%)	1/49 (2%)	0,95	0,62
TP narcisista	0/18 (0%)	2/49 (4%)	1,14	0,56
TP límite	8/19 (42,1%)	5/52 (9,6%)	<b>9,82</b>	<b>0,00</b>

Los resultados estadísticamente significativos se muestran **en negrita**

TABLA 7

*Comparación entre grupos de las puntuaciones medias de las escalas de trastornos de la personalidad del SCID-II-Q*

SCID- II-Q	MALTRATO FÍSICO		t	p
	SÍ Media (dt)	NO Media (dt)		
Evitación (0-7)	4,40 (2,13)	3,37 (2,27)	1,76	0,08
Dependencia (0-8)	3,60 (2,08)	2,56 (1,86)	<b>2,05</b>	<b>0,04</b>
Obsesivo (0-9)	4,55 (1,84)	3,94 (1,73)	1,30	0,19
Negativismo (0-8)	3,74 (2,13)	3,21 (1,96)	0,97	0,33
Depresivo (0-8)	6,11 (1,19)	4,90 (2,09)	<b>2,35</b>	<b>0,02</b>
Derrotismo (0-6)	3,60 (1,90)	2,96 (1,53)	1,47	0,14
Paranoide (0-8)	3,90 (1,99)	2,75 (1,98)	<b>2,19</b>	<b>0,03</b>
Esquizotípico (0-11)	2,95 (2,08)	2,73 (2,23)	0,38	0,70
Esquizoide (0-6)	3,50 (1,60)	3,20 (1,51)	0,74	0,45
Histriónico (0-7)	1,05 (1,09)	0,88 (1,17)	0,55	0,58
Narcisismo (0-16)	3,50 (2,62)	2,35 (2,39)	1,76	0,08
Límite (0-14)	7,25 (2,91)	5,52 (3,54)	1,92	0,09

Los resultados estadísticamente significativos se muestran **en negrita**