



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios psicóticos

Trabajo fin de máster presentado por:	Regina Vila Badia
Titulación:	Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
Línea de investigación:	Prevención e intervención temprana en trastornos psicopatológicos
Director/a:	Ana Belén Calvo Calvo

Ciudad
[Seleccionar fecha]
Firmado por:

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Modelo de estrés y vulnerabilidad	7
1.2. Primer Episodios Psicótico	10
1.2.1. Definición	10
1.2.2. Características clínicas	11
1.2.3. Factores de riesgo	12
1.3. Factores de estrés psicosocial	13
1.3.1. Definición y clasificación	13
1.3.2. Diferencias de género y edad	15
1.3.3. Sintomatología psicótica	17
1.4. Factores protectores	18
1.4.1. Definición y clasificación	18
1.4.2. Diferencias de género y edad	20
1.4.3. Sintomatología psicótica	21
2. OBJETIVOS	22
3. HIPÓTESIS	23
4. METODOLOGÍA	24
4.1. Participantes	24
4.2. Evaluaciones e instrumentos de medida	26
4.3. Análisis Estadístico	29
5. RESULTADOS	30
6. DISCUSIÓN	41
7. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS	46
8. CONCLUSIONES	48
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
10. ANEXOS	60

RESUMEN

Introducción: actualmente hay un gran interés por el estudio del estrés ya que muchas enfermedades pueden estar afectadas por éste, entre ellas un primer episodio psicótico (PEP). Algunos factores de estrés estudiados han sido los acontecimientos vitales estresantes (AVE), el estrés percibido (EP), y las experiencias traumáticas (ET). Además, la interpretación y la capacidad del individuo para hacer frente a estas situaciones sin llegar a desarrollar ninguna enfermedad mental son factores claves. Estos factores, como por ejemplo las estrategias de afrontamiento (EA), la resiliencia (R) y el apoyo social (AS) han sido considerados factores protectores.

Objetivos: el objetivo principal es enmarcar el papel de los factores de estrés psicosocial - los acontecimientos vitales estresantes (AVE), el estrés percibido (EP), y las experiencias traumáticas (ET)-y de los factores protectores – resiliencia (R), estrategias de afrontamiento (EA) y apoyo social (AS)- como factores mediadores en el modelo de diatésis-estrés, en la evolución y detección en una muestra de pacientes con PEP y controles sanos. Como objetivos secundarios, se estudiará la relación de estos factores con las variables clínicas y sintomatológicas de los PEP, y se estudiarán las diferencias de género y edad en las dos muestras de estudio.

Metodología: se incluyeron un total de 20 pacientes con un PEP y 20 controles sanos de entre 14 y 55 años. Los participantes fueron evaluados con la Escala de Estrés Percibido (PSS), el Cuestionario de Acontecimientos Vitales Estresantes (CAVE), Spanish childhood trauma questionnaire-short form (CTQ), la Escala de Resiliencia de Connor- Davidson (CD-RISC-17), la Escala Multiaxial de Afrontamiento Disposicional (EMA-D) y la Escala de Apoyo social (DUKE-UNC). Además en los pacientes se les administró la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV Trastornos del eje I (SCID-I), la Escala de los Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) y la Escala de funcionamiento personal y social (PSP).

Resultados: no hubo diferencias significativamente significativas en las variables sociodemográficas (género, edad, estado civil y educación) entre pacientes y controles. Los pacientes presentaron un consumo significativamente mayor de THC que los controles ($p < 0,001$). Los pacientes mostraron más estrés psicosocial que los controles tanto en experiencias traumáticas (abuso emocional $p = ,017$, abuso físico $p = ,024$, negligencia emocional $p = ,002$ y negligencia física $p = ,009$), como en los diferentes acontecimientos vitales estresantes (académicos $p = ,002$, legales $p = ,006$, sociales $p = ,047$ y de salud $p < 0,001$) y en estrés percibido ($p < 0,001$). En cambio, los controles mostraron mayores factores protectores, mostrando más resiliencia ($p < 0,001$) y mayor apoyo social percibido

($p=,029$) y usando menos estrategias de afrontamiento de evitación ($p=,002$). Además, se encontraron diferencias de género, los hombres usan más estrategias de afrontamiento de acción agresiva y antisocial que las mujeres ($p=,042$) y viven más situaciones de negligencia emocional en la infancia ($p=,034$) y de edad, donde los menores de 19 años muestran menos acontecimientos vitales estresantes en áreas como trabajo ($p=,015$), pareja ($p=,027$), familia ($p=,036$) y residencia ($p=,033$) que los mayores de 18 años. También se encontraron correlaciones entre los factores de estrés percibido y los factores protectores con la gravedad clínica y social en los pacientes con FEP, teniendo más peso los factores de estrés psicosocial que los factores protectores. La covariable THC mostró significación junto con las variables abuso emocional ($p=,008$), abuso físico ($p=,007$), abuso sexual ($p=,006$), negligencia emocional ($p=,008$), negligencia física ($p=,008$), estrés percibido ($p=,031$) y búsqueda de apoyo ($p=,038$) en la aparición de un PEP.

Conclusiones: los factores de estrés psicosocial y los factores protectores parecen tener un papel en la aparición del PEP, mostrando los pacientes más factores de estrés psicosocial y menos factores protectores que los controles. El THC parece ser e un factor importante en la aparición de psicosis, además de estar relacionado con otras variables, como las experiencias traumáticas, el estrés percibido y la estrategia búsqueda de apoyo, que juntamente tiene más peso en la aparición de la psicosis. Se necesitan más estudios en este campo, para poder profundizar y generalizar los resultados para su posterior utilización en la práctica clínica.

Palabras clave: primero episodio psicótico, estrés, factores protectores.

ABSTRACT

Introduction: currently, there is a great interest in the study of stress since many diseases can be affected by stress, including a first psychotic episode (PEP). Some stress factors studied have been stressful life events (SLE), perceived stress (PE), and traumatic experiences (ET). In addition, the interpretation and the ability of the individual to cope with these situations without developing any mental illness they are key factors. These factors, such as coping strategies (CS), resilience (R) and social support (SS) have been considered protective factors.

Aims: the main objective is to frame the role of psychosocial stressors - stressful life events (SLE), perceived stress (PE), and traumatic experiences (ET) - and protective factors - resilience (R), coping strategies (CS) and social support (SS) - as mediating factors in the diatésis-stress model, in the evaluation and detection in a sample of patients with PEP and healthy controls. As secondary objectives, the relationship of these factors with the clinical and symptomatic variables of the PEP will be studied, and the gender and age differences in the two study samples will be studied.

Methodology: a total of 20 patients with a FEP and 20 healthy controls between 14 and 55 years were included. Participants were evaluated with the Perceived Stress Scale (PSS), the Stressful Life Events Questionnaire (CAVE), the Spanish trauma questionnaire-short form (CTQ), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-17), the Coping Multiaxial Scale (EMA) and the Social Support Scale (DUKE-UNC). In addition, the Structured Clinical Interview for the DSM-IV Disorders of the I axis (SCID-I), the Scale of Positive and Negative Syndromes (PANSS) and the Personal and Social Functioning Scale (PSP) were administered.

Results: there were no significant differences in the sociodemographic variables (gender, age, marital status and education) between patients and controls. The patients had a significantly higher THC consumption than the controls ($p < 0,001$). Significant differences were also found between patients and controls in the several study variables. Patients showed more psychosocial stress than controls in traumatic experiences (emotional abuse $p = ,017$, physical abuse $p = ,024$, emotional neglect $p = ,002$ and physical neglect $p = ,009$), in different stressful life events (academic $p = ,002$, legal $p = ,006$, social $p = ,047$ and health $p < 0,001$) and in perceived stress ($p < 0,001$). In contrast, controls showed greater protective factors, showing more resilience ($p < 0,001$) and greater perceived social support ($p = ,029$) and using fewer coping strategies in avoidance ($p = ,002$). In addition, gender and age differences were found, men use more coping strategies of aggressive and antisocial action

than women ($p=0,42$) and live more situations of emotional neglect in childhood ($p=,034$). On the other hand, children under 19 show less stressful life events in areas such as work ($p=,015$), couple ($p=,027$), family ($p=,036$) and residence ($p=,033$) than the older ones. Correlations were also found between the factors of psychosocial stress and the protective factors with the clinical and social severity in the patients with FEP, having more weight the psychosocial stress factors than the protective factors. The THC covariate showed significance along with the variables emotional abuse ($p=,008$), physical abuse ($p=,007$), sexual abuse ($p=,006$), emotional negligence ($p=,008$), physical negligence ($p=,008$), perceived stress ($p=,031$) and support search ($p=,038$) in the appearance of a PEP.

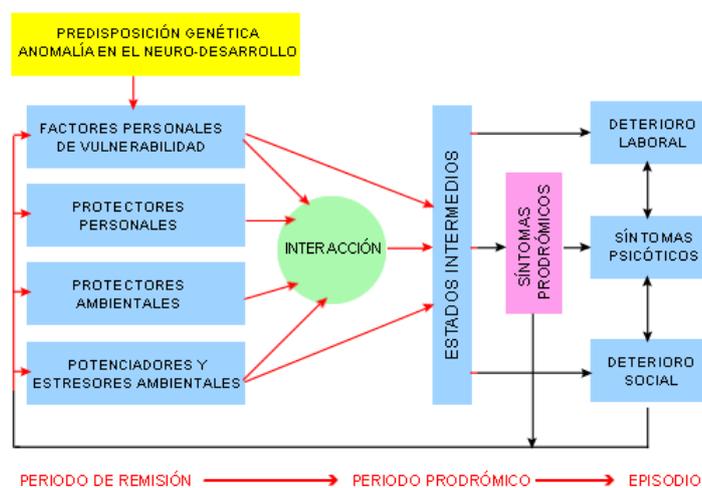
Conclusions: psychosocial stress factors and protective factors seem to play a role in the appearance of PEP, showing patients more psychosocial stress factors and less protective factors than controls. THC seems to be an important factor in the appearance of psychosis, as well as being related to other variables, such as traumatic experiences, perceived stress and the search for support strategy, which together have more weight in the appearance of psychosis. More studies are needed in this field, in order to deepen and generalize the results for later use in clinical practice.

Keywords: first episode psychosis, stress, protective factors.

1.INTRODUCCIÓN

1.1 Modelo de vulnerabilidad-estrés

Aunque aún no se conocen con certeza los mecanismos implicados en la aparición ni en la evolución de las psicosis, el modelo de vulnerabilidad-estrés es el que ha disfrutado de mayor aceptación en las últimas décadas (Goh y Agius, 2010; Van Os, Kenis, y Rutten, 2010; Zannas y West, 2014; Zubin y Spring, 1977) señalando la contribución e interacción de diversos factores biológicos y ambientales para dar explicación al origen y la evolución de estas patologías. Este modelo supone que la probabilidad de desarrollar una enfermedad depende de la predisposición genética (diátesis) y la interacción con el ambiente, concretamente de las situaciones estresantes que la persona afronta a lo largo de su vida. Es decir, que la presencia de una vulnerabilidad específica puede ser precipitada por diferentes factores ambientales. Este hecho, sugiere que es probable que exista una predisposición que condiciona a la manifestación de los episodios psicológicos que causan el impacto de estos factores de estrés psicosocial. Por lo tanto, hay una interacción entre la vulnerabilidad (diátesis), la capacidad de afrontamiento y los factores estresantes determinan si se producirá una disminución en el funcionamiento normal de un individuo



Fuente: <http://www.p3-info.es>

La vulnerabilidad y el estrés se determinan en los primeros años de vida, debido a una combinación de factores como la genética, complicaciones obstétricas, el estrés prenatal, la nutrición, y experiencias tempranas, como abuso sexual en la infancia, muerte de uno de los progenitores...). Estos factores constituyen la vulnerabilidad de desarrollar un trastorno mental (Butjosa, 2017). Sin embargo, la interpretación y la capacidad del individuo para hacer frente a estas situaciones y su capacidad de recuperación también son factores relevantes que demuestran la gran complejidad de estos modelos (López-Soler, 2008; Pereda, 2010; Pereda et al., 2009).

El estrés fue definido por primera vez por Selye (1956) como una respuesta inespecífica de nuestro organismo ante una demanda o exigencia. Otra definición muy conocida es la de (Lazarus y Folkman, 1986) dónde consideran que el estrés se produce cuando el individuo realiza una valoración cognitiva y siente que la situación ambiental supera sus recursos personales o energía y esto puede poner en peligro su bienestar personal. El estrés también puede ser producido por factores internos como por ejemplo, cambios en la maduración, infecciones y respuestas físicas y sustancias tóxicas (Nuechterlein y Dawson, 1984).

Desde una perspectiva evolutiva, cuando la situación estresante se mantiene en el tiempo, la respuesta al estrés ya no es útil desde el punto de vista físico y, en consecuencia, el organismo produce efectos indeseables como alteraciones fisiológicas (úlceras, problemas dermatológicos...), lo que Selye (1956) definió como el síndrome general de adaptación formado por 3 fases: *fase de alarma*, dónde la persona hace una valoración sobre los recursos que tiene y las exigencias de la situación estresante y se prepara para la acción; si el estrés se mantiene durante más tiempo, aparece la fase de *resistencia*, donde se produce una fase de adaptación al estrés y el organismo se mantiene sobreactivado. Si aun así, el estrés persiste, ya que los recursos de adaptación puestos en marcha por el individuo no han sido eficientes, el organismo pasa a la fase de *agotamiento*, donde aparecen respuestas a nivel fisiológico, psicológico o psicosocial. Por lo tanto, existe una interacción compleja entre la biología y las emociones, donde interaccionan las diferentes formas de personalidad, sentimientos y pensamientos que pueden reflejar e influenciar al individuo. Además, la vulnerabilidad evoluciona a través del ambiente donde crece el individuo y en función de las acciones que ha ido tomando, teniendo un impacto más importante desde el nacimiento hasta la adolescencia (Brody, 1981).

En los últimos años, hay un gran interés en el estudio del estrés ya que muchas enfermedades pueden estar afectadas por éste, entre ellas los trastornos psicóticos. En esta línea se han descrito modelos que complementan el modelo de vulnerabilidad-estrés, como el modelo tensión diátesis neuronal (Walker, Mittal, & Tessner, 2008), centrado en la neurobiología del estrés y más recientemente, (Pruessner, Cullen, Aas, & Walker, 2017), han actualizado este último modelo. En él, el modelo de diátesis-estrés neuronal, conceptualiza la Esquizofrenia como un trastorno episódico, en el que hay vulnerabilidad y estrés, y donde pueden estar involucrados tanto factores biológicos como ambientales. En definitiva, este modelo tiene en cuenta la compleja interacción de los factores de vulnerabilidad, los procesos neurobiológicos y la progresión de la psicosis como se muestra en la Figura 2.

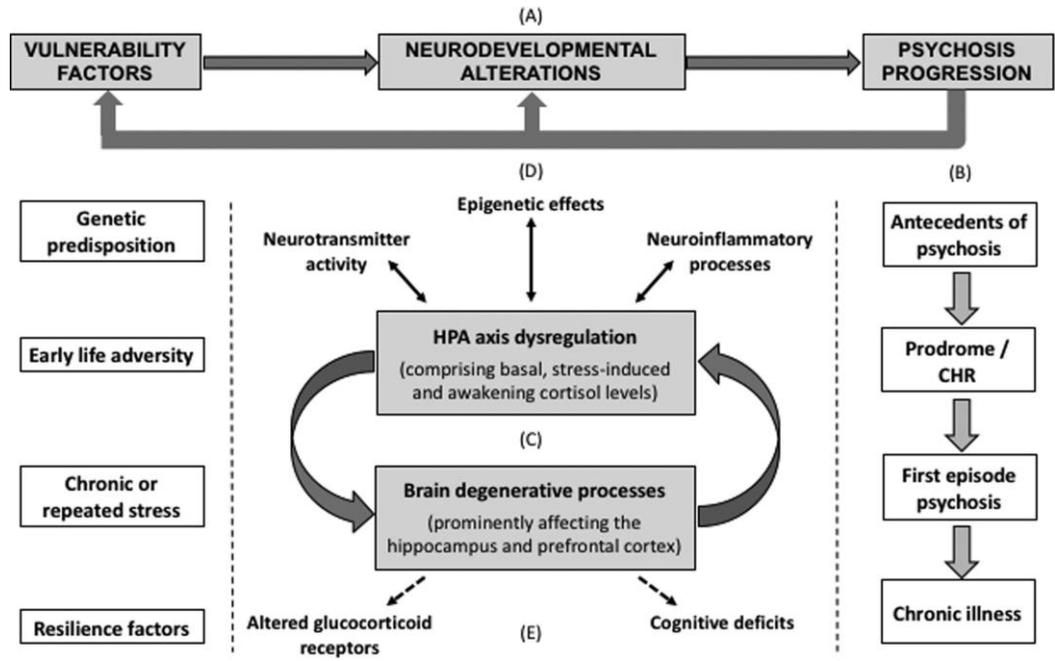


Figure 2. The extended neural diathesis-stress model of schizophrenia [source: Pruessner et al., 2017].

1.2 Primer Episodios Psicótico

1.2.1 Definición

La psicosis constituye un estado mental caracterizado por una escisión o pérdida de contacto con la realidad (Organización Mundial de la Salud, 1992). Además, también están presentes otra serie de síntomas más específicos que interfieren en el funcionamiento diario de la persona, alterando su comportamiento y requiriendo ayuda médica (Volkmar, 1996). En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) se describen síntomas clínicos principales de los trastornos psicóticos:

- **las alucinaciones**, son percepciones imaginarias que tienen lugar sin la presencia de ningún estímulo externo. Son involuntarias y son vividas intensamente generando una fuerte ansiedad en el individuo. Estas alucinaciones pueden ser visuales, gustativas, somáticas, táctiles, olfatorias y auditivas, siendo estas últimas las más frecuentes.
- los **delirios**, creencias falsas fijas vividas con convicción y que no tienen. Su contenido puede ser muy diverso encontrando diferentes tipos de delirios como los persecutorios, referenciales, de grandeza, erotomaníacos, nihilistas y somáticos. Los más comunes son los delirios de persecución y referenciales.
- **el pensamiento (discurso) desorganizado**, alteración en el lenguaje que hace que el discurso sea difícil de comprender, pudiendo saltar de un tema a otro (descarrilamiento), respondiendo a preguntas con otro tema haciendo que no tenga sentido su respuesta (tangencialidad), enlazar palabras sin sentido haciendo incomprensible las frases (incoherencia)...
- **el comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)**, diferentes conductas motoras sin finalidad que interrumpen y dificultan la actividad diaria normal. Pueden ir desde comportamientos “infantiloides” a la agitación impredecible.
- **los síntomas negativos**, que afectan al estado anímico y a las relaciones sociales del individuo. Entre los más predominantes encontramos la expresión emotiva disminuida y la abulia.

Todos estos síntomas no siempre son estables, pueden variar en la propia persona y entre un paciente u otro, tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad, y en su duración, haciendo que haya una gran variabilidad inter e intraindividual (Heckers et al., 2013), llevando a una evolución hacia diferentes trastornos muy diferentes entre sí recogidos en los principales sistemas internacionales de clasificación: la DSM V, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) de la Asociación de Psiquiatría Americana y la CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud. Dentro de los trastornos psicóticos encontramos desde un Trastorno Psicótico Agudo Breve, si los síntomas duran entre 1 día y 1 mes y luego este episodio desaparece obteniendo una recuperación total, hasta la Esquizofrenia, si la duración es mayor a 6 meses pasando por el Trastorno Esquizofreniforme, si los síntomas duran entre 1 y 6 meses, el Trastorno Esquizoafectivo, si durante el curso de los síntomas existe un episodio mayor del estado de ánimo, ya sea maníaco o depresivo, y otros dos trastornos que pueden presentar síntomas psicóticos, como el Trastorno Bipolar o la Depresión con síntomas psicóticos.

Actualmente, la definición de PEP solo se encuentra en especificadores del curso como '*Primer episodio, actualmente en un episodio agudo*' dentro de algunos trastornos del grupo *Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (American Psychiatric Association, 2013).

1.2.2 Características Clínicas

Además de los síntomas mencionados anteriormente, también pueden estar presentes otros síntomas en la psicosis, como los síntomas cognitivos (Chang et al., 2013; Macbeth et al., 2014; Riecher-Rössler et al., 2013), síntomas afectivos, como la depresión (Meesters et al., 2014; Potvin, Sepehry, y Stip, 2007) y la ansiedad (Braga, Reynolds, y Siris, 2013; Devulapalli, Welge, y Nasrallah, 2008), el aislamiento social (Tan, Gould, Combes, y Lehmann, 2014) y la anhedonia (Cressman et al., 2015; Green, Helleman, Horan, Lee, & Wynn, 2012) y en general un deterioro funcional global (Tarbox et al., 2014). Estos síntomas inespecíficos, pueden ser reactivos a problemas personales (separación con la pareja, pérdida de un ser querido, problemas laborales...) y hacer que no se consideren lo suficientemente graves como para pedir ayuda médica. En cambio, síntomas como las alucinaciones y los delirios (Velthorst et al., 2013), la irritabilidad, los comportamientos violentos y agresivos (Bakst, Rabinowitz y Bromet, 2010) también pueden estar presentes algunos meses antes y ser, muchas veces, los factores que hacen tomar consciencia a las personas cercanas de que la persona necesita ayuda médica.

El hecho de que haya un gran estigma hacia estas enfermedades, siendo las personas con Esquizofrenia uno de los grupos más estigmatizados (Brohan, Elgie, Sartorius, y Thornicroft, 2010; Ruiz et al., 2012), y la ausencia de consciencia por parte del paciente, pueden ser factores claves en la tardanza de pedir ayuda médica haciendo más largo el tiempo de no tratamiento (Gaebel y Zielasek, 2015). Este concepto, llamado duración de psicosis sin tratar (DUP) es uno de los predictores más relevantes a nivel clínico y de pronóstico en el PEP (Melle et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005).

1.2.2 Factores de riesgo

Revisiones sistemáticas de estudios epidemiológicos han mostrado que en la aparición de trastornos como la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos influyen factores genéticos y ambientales (March et al., 2008; McGrath, Saha, Chant, y Welham, 2008).

Estudios genéticos como el de Cardno et al., (1999), sitúan la heredabilidad de la Esquizofrenia entre un 66-83%. Jim van Os y Kapur, (2009) en un estudio con gemelos la sitúan alrededor del 80%. Esta heredabilidad no sólo es debido a causas genéticas también influyen los factores ambientales. En un estudio de Khamker (2015), los factores ambientales más relacionados con mayor riesgo de desarrollar Esquizofrenia son los antecedentes de complicaciones obstétricas y perinatales, el trauma y el abuso infantil, el hecho de vivir en un entorno urbano que esté muy poblado, la adversidad social, y por último el uso de sustancias, concretamente el uso de cannabis.

Un factor ambiental importante es el consumo de sustancias, concretamente el consumo de cannabis especialmente durante la adolescencia temprana (Compton, Broussard, Ramsay, y Stewart, 2011; Moore et al., 2007; Sevy et al., 2010). Según Khamker, (2015), entre un 20% y un 60% de los pacientes con Esquizofrenia en algún momento de su curso presentan un trastorno por uso de sustancias.

Otros factores ambientales en los que es importante centrar la atención en la identificación de cuál es el rol de los factores de estrés psicosocial -los acontecimientos vitales estresantes (AVE), el estrés percibido (EP), y las experiencias traumáticas (ET)- ya que son factores relevantes en la aparición de un PEP.

Además, la interpretación y la capacidad del individuo para hacer frente a estas situaciones sin llegar a desarrollar ninguna enfermedad mental son factores claves (López-Soler, 2008; N Pereda, 2010; Pereda et al., 2009). Por lo tanto, hay factores protectores que ayudan al individuo a la prevención, superación y gestión del estrés como por ejemplo las estrategias de afrontamiento (EA), la resiliencia (R) y el apoyo social (AS).

1.3. Factores de estrés psicosocial

1.3.1. Definición y clasificación: Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), Estrés Percibido (EP) y Experiencias Traumáticas (ET).

La presencia de factores de estrés psicosocial en las personas tienen consecuencias importantes tanto a nivel fisiológico como emocional en cualquier época del desarrollo, pero en la infancia y en la adolescencia su impacto es más relevante. Estos factores tienen en común desregular las vías biológicas implicadas en la respuesta al estrés y el hecho de que el cerebro humano, en estas etapas siga desarrollándose, hace que sea especialmente vulnerable ante situaciones traumáticas, y se pueden producir daños, en ocasiones irreversibles, de tipo físico, emocional y cognitivo (López-Soler, 2008; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). En las últimas décadas ha crecido el interés por este tema (Beards et al., 2013b; Butjosa et al., 2017), por lo tanto parece importante poner la atención en la identificación de cuál es el rol de los factores de estrés psicosocial -los acontecimientos vitales estresantes (AVE), el estrés percibido (EP), y las experiencias traumáticas (ET)- que han sido considerados como factores relevantes en la aparición de la enfermedad.

Los AVE son eventos que directa o indirectamente y subjetivamente y/u objetivamente afectan a los individuos y los desafían con quebrar sus actividades diarias y sus estrategias compensatorias (Cornes, 1994). En general, los AVE se clasifican comúnmente entre positivos y negativos, entendiendo que su percepción depende de la interrelación de los factores personales (edad, sexo, temperamento, etc.) y ambientales (familia, escuela, apoyo social, etc.). Los estudios muestran que los AVE son uno de los factores de riesgo ambientales más robustos para el desarrollo de la psicosis (Bendall, Alvarez-Jimenez, Nelson, y McGorry, 2013; Varese et al., 2012). Las probabilidades generales de desarrollar un trastorno psicótico o síntomas psicóticos positivos en adolescentes y adultos con AVE oscilan entre 2,78 y 11,50, dependiendo de la metodología del estudio o del tipo AVE (Janssen et al., 2004; Varese et al., 2012). En un estudio de Canton y Fraccon, (1985) se observó que los pacientes con Esquizofrenia en comparación con los controles sanos, presentaban más AVEs. También que experimentaban más eventos negativos, moderados y graves que los controles sanos.

Otro factor de estrés psicosocial es el EP, que nos aportará una valoración individual sobre el nivel de estrés causado por las diferentes situaciones vividas en el último mes (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983). Siguiendo a Lazarus y Folkman, (1986), es el sujeto quien evalúa un estímulo como amenazante si supera sus recursos y pone en peligro su bienestar. Por lo tanto, es importante destacar que un estímulo o situación puede ser amenazante y

generar estrés a unos individuos mientras que a otros no. Al igual que un mismo estímulo o situación puede ser estresante para un individuo en un momento concreto y en otro momento de su vida el mismo estímulo o situación no causar ningún estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

El EP sería visto como el resultado del estrés que siente una persona delante de situaciones objetivas estresantes y los recursos personales e intrínsecos que el individuo tiene, como por ejemplo la personalidad, las estrategias de afrontamiento, la resiliencia etc. (Cohen et al., 1983). Es importante destacar que el estrés a menudo se asocia con eventos negativos, pero los eventos y las experiencias positivas también pueden ser estresantes.

Un estudio de Allott et al., (2015) encontró que los pacientes con un PEP mostraban valores significativamente más altos en la escala de estrés percibido en comparación con los controles.

El último factor, las ET, son un concepto muy amplio que incluye diferentes experiencias que ocurren en la infancia y la adolescencia y se caracterizan por estar fuera del control del individuo, poder alterar su desarrollo y causar estrés y sufrimiento (Bernstein et al., 2003; Burgermeister, 2007). El abuso emocional, el abuso físico, el abuso sexual, la negligencia emocional y la negligencia física son las experiencias traumáticas más frecuentes durante la niñez (Bernstein et al., 2003).

En un exhaustivo meta-análisis (Varese et al., 2012) acerca de diferentes experiencias traumáticas en la infancia, como el abuso sexual, psicológico y emocional, el bullying, la negligencia y la muerte de los padres antes de los 18 años, se encontró una correlación entre padecer una de estas experiencias y la aparición de psicosis (OR= 2,78; $p \leq 0,001$). Además, por lo que respecta al abuso sexual encontró una prevalencia del 19%. Estudios realizados en nuestro país encuentran que entono al 18% de la población general sufre algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años (Lopez, Carpintero, Hernandez, Martin, y Fuertes, 1995), resultados parecidos a las muestras europeas (Pereda et al., 2012) y una prevalencia alrededor del 12% en muestras universitarios (Cantón Duarte, Cortés Arboleda, y Cantón-Cortés, 2012).

La evidencia muestra que los/las niños/as maltratados/as son más propensos a mostrar retrasos en el desarrollo cognitivo, encontrándose un déficit en el desarrollo del lenguaje, bajas puntuaciones en test de inteligencia y en general un pobre rendimiento escolar (Moreno, 2005). Diferentes investigaciones señalan una peor salud mental en personas que han sufrido maltratos, con mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos (Carr et al., 2013; Sala, Goldstein, Wang, y Blanco, 2014; Subica, 2013). Así, entre el 34 y el 53% de

los pacientes con problemas de salud mental tienen algún antecedente de abuso físico y sexual durante la infancia (Alarcón, Araujo, Godoy, y Vera, 2010). En el desarrollo de la psicosis las ET tienen una gran importancia (Beards et al., 2013; Bechdolf et al., 2010; Matheson, Shepherd, Pinchbeck, Laurens, y Carr, 2013; Tikka et al., 2013; Varese et al., 2012), en especial las experiencias de abuso sexual (Bendall, Jackson, Hulbert, y McGorry, 2008; Morgan et al., 2014; Read, Van Os, Morrison, y Ross, 2005; Thompson et al., 2009). Dichas ET serán estudiadas con más profundidad en este estudio.

1.3.2. Diferencias de género y edad en los factores de estrés psicosocial

Algunos estudios muestran diferencias entre Acontecimientos Vitales Estresantes a lo largo de la vida, pudiendo tener efectos diferentes en función de la etapa evolutiva en que se encuentre la persona. Por lo tanto es importante estudiar las consecuencias de los AVE en los diferentes períodos de desarrollo de los individuos (Butjosa, 2017; Jiménez, Menéndez Ma Hidalgo, y Jiménez García, 2008).

La adolescencia y la adultez temprana son etapas con grandes cambios a nivel familiar, social y biológico. La adolescencia es una etapa caracterizada por grandes cambios haciendo muy vulnerables a la percepción del estrés psicosocial. Los estudios realizados en poblaciones sanas indican que hay un aumento considerable en la frecuencia de LES durante la adolescencia (Ge, Lorenz, Conger, Elder, y Simons, 1994). Los resultados disponibles muestran que los AVEs más importantes en la adolescencia son las situaciones no normativas, es decir, eventos que son menos frecuentes. Según una revisión de eventos no normativos, los más frecuentes según los resultados disponibles, (Jiménez, et al., 2008), el divorcio de los padres, su desempleo, la muerte de uno de ellos, la condena en prisión por un familiar y el embarazo fueron los más frecuentes entre las situaciones percibidas como AVEs.

Entre las situaciones normativas más experimentadas en la adolescencia se encontraron aquellas situaciones relacionadas con la familia y el grupo de iguales como los más frecuentes. Respeto al momento de desarrollo, el contexto escolar es donde más AVEs suceden. Lemos, (1989) describió que las personas con probabilidades de desarrollar un trastorno psicótico presentaron comportamientos perturbadores en la escuela (Keshavan, Diwadkar, Montrose, Rajarethinam, y Sweeney, 2005; Yung et al., 2006).

En este sentido, los AVEs más comunes de adolescencia son aquellos relacionados con las relaciones con los compañeros y la educación, (Jiménez et al., 2008). En general, los resultados hasta el momento sobre la edad de inicio de FEP apuntan a un aumento en los AVEs durante la adolescencia temprana y media.

No hay que olvidar que en la edad adulta, a pesar de no ser una etapa clave en la aparición del PEP, también se encuentran AVEs que pueden tener un papel importante en la aparición y desarrollo de un PEP, como la enfermedad de los padres, la mudanza, el divorcio... (Beards et al., 2013b).

El papel del género ha estado poco estudiado, siendo los resultados controvertidos. Respecto a las experiencias traumáticas (ET), algunos estudios no encuentran diferencias entre géneros en referencia a la prevalencia general, pero si en la ET abuso sexual donde encuentran mayor incidencia en las mujeres (Friedman et al., 2002; McCabe, Maloney, Stain, Loughland, & Carr, 2012; Ordóñez, 2015), las cuales tienen más experiencias de abuso correlacionadas con síntomas psicóticos depresivos (Kelly et al., 2016). Un estudio realizado en nuestro país de Sanmartín (2011), concluye que los niños padecen más maltrato físico, psicológico y negligencia, en cambio, el abuso sexual es más frecuente en las niñas. Además, los resultados de este estudio muestran que el maltrato físico es más frecuente en los niños de menor edad, mientras que el psicológico se encuentra más en niños de mayor edad y adolescentes. Es importante destacar que ningún estudio ha comparado la prevalencia de trauma infantil en psicosis y en población general controlados por género, por lo tanto existe una necesidad de aumentar la investigación en este ámbito. Respecto al EP, las mujeres perciben un nivel más alto de estrés en comparación con los hombres (Barbosa-Leiker et al., 2013) pero hay pocos estudios que evalúen estas variables. Pedrós y Tenías, (2006) en un estudio con PEP encontraron que en las mujeres el factor más relacionado con la aparición de un PEP es el estrés, en cambio, en los hombres se trataría del consumo de drogas. Por último, en relación a los AVE, ambos sexos presentan semejante número de acontecimientos vitales estresantes en sus vidas (Jiménez et al., 2008; Oliva, Jiménez, Parra, y Sánchez-Queija, 2008). Sin embargo, los resultados sobre el impacto emocional causado por estos eventos son poco estudiados. Estudios realizados en población general, no han encontrado diferencias entre mujeres y hombres en la percepción de los AVEs (Kim, Conger, Elder, y Lorenz, 2003; Oliva et al., 2008).

1.3.3. Relación entre sintomatología psicótica y factores de estrés psicosocial.

En referencia a la clínica psicótica, las ET parecen estar relacionadas con la sintomatología positiva (Daalman et al., 2012; Ellason y Ross, 1997; Hammersley et al., 2003; Lysaker, Beattie, Strasburger, y Davis, 2005; Ordóñez, 2015; Read, Agar, Argyle, y Aderhold, 2003; Ross, Anderson, y Clark, 1994). También pacientes con trastornos psicóticos y antecedentes de trauma infantil presentan una clínica más grave (Garno, Goldberg, & Ritzler, 2005; Leverich et al., 2002; Schenkel, Spaulding, Dilillo, y Silverstein, 2005). El trauma también influye negativamente en el curso de la psicosis (Lysaker & LaRocco, 2008; Morrison, Frame, y Larkin, 2003; Mueser, Rosenberg, Goodman, y Trumbetta, 2002; Resnick, Bond, y Mueser, 2003), parece haber una relación entre la frecuencia y su respuesta, ya que personas que están repetidamente o más severamente traumatizadas tienen un mayor riesgo de desarrollar psicosis (Galletly, Hooff, y Mcfarlane, 2011; Janssen et al., 2004; Read et al., 2005; Shevlin, Houston, Dorahy, y Adamson, 2008). Además, algunos estudios sugieren que cualquier tipo de trauma durante la infancia se asocia con un diagnóstico precoz de enfermedad mental, un mayor número de intentos de suicidio y resultados negativos, como el abuso de drogas y síntomas psicóticos positivos más severos (Álvarez et al., 2011; Conus, Cotton, Schimmelmann, Mcgorry, y Lambert, 2010; Kilcommons y Morrison, 2005; Ross et al., 1994).

1.4. Factores protectores

1.4.1. Definición y clasificación: Resiliencia (R), Estrategias de Afrontamiento (EA) y Apoyo Social (AS).

El mayor o menor impacto emocional del estrés psicosocial es modulado por una serie de factores mediadores, que son responsables, en buena medida, de las diferencias individuales que se observan en los diferentes individuos. No todas las personas expuestas a ET o AVEs llegan a mostrar alteraciones patológicas. Algunos de estos factores, pueden ser el tipo de maltrato, su gravedad o frecuencia, la edad o estrategias de afrontamiento, actitud de los padres y cuidadores, y algunos factores que parecen ser protectores como la resiliencia, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento entre otras. Por lo tanto, la interpretación que hace el individuo y su capacidad para hacer frente y soportar el estrés (e.g., estrés percibido) de los acontecimientos adversos tiene un gran papel en el desarrollo de una enfermedad mental (López-Soler, 2008; Pereda, 2010; Pereda et al., 2009). Uno de los factores protectores que se estudiará en este estudio es la Resiliencia, la capacidad del individuo para afrontar con éxito una situación desfavorable o de riesgo, y para recuperarse, adaptarse y desarrollarse positivamente ante las circunstancias adversas. Se trata de un estilo apropiado y flexible de afrontar las diferentes situaciones estresantes en las que uno se encuentra (Bender y Lösel, 1998; Grotberg, 1995; Manciaux, Vanistendael, Lecomte, y Cyrulnik, 2001). Estudios actuales muestran que en adultos jóvenes sin trastorno psiquiátrico manifiesto, la R se asocia con medidas de desarrollo, biológicas y cognitivas (Simeon et al., 2007), es por ello que tenemos la necesidad de profundizar más en este concepto. Algunos estudios han encontrado que los pacientes muestran una peor resiliencia en comparación con muestras de controles sanos (Hofer et al., 2016; Kim et al., 2013; Palmer, Sirkin Martin, Depp, Glorioso, y Jeste, 2014)

Las *Estrategias de Afrontamiento (EA)* se definen como conjunto de esquemas mentales que utiliza el individuo para manejar diferentes demandas, ya sean internas y/o externas, y que el individuo considera que exceden a sus propios recursos. Unas EA adaptativas a las situaciones ayudarán a gestionar las emociones y a reducir el estrés del individuo generándole beneficios físicos y psicológicos (Endler y Parker, 1990; Lazarus y Folkman, 1986; Miller, Brody, y Summerton, 1988). Las EA pueden clasificarse de diferentes maneras en función de los autores y las escalas de evaluación, pero en general se clasifican en: estrategias de evitación, estrategias enfocadas a la emoción y estrategias enfocadas a la tarea (Endler y Parker, 1990). Las EA evitativas implican no afrontar una situación a través de la evitación conductual o cognitiva, ya sea por usar la distracción con otras actividades

para no tener que pensar en ella o bien por una dependencia a las personas próximas. Las EA centradas en la emoción, la persona no modifica la situación ya que siente que no tiene suficientes recursos como para poder hacerlo, y se centra en sus emociones exteriorizándolas o reprimiéndolas, por ejemplo, actuando con arrebatos e intensidad emocional, autoinculpación, alterándolas de forma fantástica etc. Por último las EA enfocadas a la tarea implica usar técnicas para hacer frente a la situación estresante. La persona siente que tiene los recursos conductuales y cognitivos para poder modificar la situación y disminuir su malestar y estrés. Los tres estilos de afrontamiento no son mutuamente excluyentes entre sí, las personas pueden usar las diferentes EA en función de la situación estresante y del momento vital en el que se encuentren. En otros casos, también hay personas que muestran estilos de EA concretos y rígidos para enfrentarse a las situaciones estresantes (Carver, Scheier, y Weintraub, 1989; Endler y Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Gruen, y DeLongis, 1986; Miller et al., 1988).

Algunos estudios que han evaluado pacientes con trastornos psicóticos han encontrado que muestran EA desadaptativas y mayor reactividad emocional. Estos pacientes, usan más EA evitativas en comparación con EA centradas en la tarea o emoción (Horan et al., 2007; Jansen et al., 1998; Macdonald, Pica, McDonald, Hayes, y Baglioni, 1998; Myin-Germeys, Van, Schwartz, Stone, y Delespaul, 2001; Phillips, Francey, Edwards, y McMurray, 2009). Este patrón también se ha observado en individuos con alto riesgo de psicosis y adolescentes que presentan síntomas subclínicos psicóticos (Lisa Jane Phillips, Edwards, McMurray, Francey, y Phillips, 2012) .

Un estudio de Allott et al., (2015) realizado con PEP encontró una correlación positiva entre el estrés y las EA emocionales y una correlación negativa entre el estrés y EA enfocadas a la tarea. Es decir, los pacientes que mostraban más estrés utilizaban más EA emocionales y pocas EA centradas en la tarea. En los controles sólo se encontró una correlación positiva entre estrés y EA emocionales y ninguna correlación con EA centradas en la tarea. Ni en los pacientes ni en los controles se encontró ninguna relación entre el estrés y las EA evitativas. Comparando los dos grupos se encontró de forma significativa que los pacientes utilizaban más EA emocionales que el grupo control. No hubo diferencias significativas en las otras dos EA.

El último factor protector, el *Apoyo Social (AS)*, es el sentimiento subjetivo de ser respetado, valorado y querido por las demás personas y sentir que formas parte de una red social. El AS tiene influencia sobre el bienestar psicológico, y por tanto, también se ha relacionado con aspectos de la salud y la enfermedad (Barrón y Chacón, 1990; Lin, Ensel, y Dean, 1986). Dada su importancia, en los últimos años ha ido creciendo su interés en diversos campos con el objetivo de mejorar y prevenir aspectos relacionados con la salud (Uchino, Cacioppo, y Kiecolt-Glaser, 1996).

Se observan diferencias en las relaciones sociales entre pacientes con trastornos psicóticos y controles sanos. Los pacientes muestran redes sociales más pequeñas y fragmentadas, interactuando con ellas en menos ocasiones y de menor calidad y satisfacción disminuyendo el número de confidentes (Gayer-Anderson y Morgan, 2013; Macdonald, Hayes, y Baglioni, 2000; Palumbo, Volpe, Matanov, Priebe, y Giacco, 2015; Reininghaus et al., 2008; Veling, Hoek, Wiersma, y Mackenbach, 2010).

1.4.2. Diferencias de género y edad en los factores protectores

Las diferencias de género en PEP en los factores protectores mencionados en el apartado anterior han sido poco estudiadas.

En un estudio de Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer, y Johnson, (1998) realizado con población sana, encuentran que las mujeres muestran más EA prosociales mientras que los hombres utilizan más EA antisociales. Siguiendo en esta línea, (Pedrero Pérez, Germán, y García, 2012) en su estudio de validación de la escala EMA en población sana, también encuentran que las mujeres, respecto a los hombres, utilizan más EA de búsqueda de apoyo y alianza social, mientras que los hombres utilizan más EA de acción antisocial. Además, también encuentra que las mujeres utilizan estrategias más pasivas respecto a los hombres, es decir, utilizan más EA de evitación.

Respecto a la edad, (Pedrero Pérez, Germán, et al., 2012) encuentra en población sana que a mayor edad utilizan menos EA de búsqueda de apoyo y en cambio utilizan más EA de acción instintiva.

Hasta dónde llega mi conocimiento no hay más datos sobre resiliencia y soporte social relacionados con género y edad en la población de estudio.

1.4.3. Relación entre sintomatología psicótica y factores protectores

El afrontamiento tiene un papel importante en la mediación entre eventos estresantes y resultados tales como ansiedad, depresión, angustia psicológica y quejas somáticas (A G Billings y Moos, 1981; Andrew G. Billings y Moos, 1984; Coyne, Aldwin, y Lazarus, 1981; N S Endler, 1989; Pearlin y Schooler, 1978)

El mayor uso de afrontamiento evitativo o centrado en la emoción se ha asociado con un mayor estrés psicológico y sintomatología psiquiátrica, incluyendo ansiedad y síntomas psicóticos positivos y negativos. En contraste, el uso del afrontamiento centrado en la tarea se ha asociado con niveles más bajos de ansiedad y síntomas positivos y negativos (Endler y Parker, 1990).

La Resiliencia, se ha asociado con la calidad de vida y con la recuperación (autoestima, desesperanza, severidad de los síntomas) en pacientes con Esquizofrenia (Chiu, Ho, Lo, y Yiu, 2009; Hofer et al., 2016; Mizuno et al., 2016; Wartelsteiner et al., 2016). Siguiendo en esta línea, en un estudio de Torgalsbøen (2012) encuentra que la resiliencia es más alta en aquellos pacientes recuperados, mientras que los pacientes que están en proceso de remisión de síntomas su resiliencia es más baja. En otro estudio también se ha podido observar que disminuye el riesgo suicida (Johnson et al., 2010).

Respecto al Apoyo Social, Erickson y Lacono, (1998) encuentra que al principio del tratamiento también está relacionado con una mejoría funcional y ocupacional en el curso de la enfermedad. Mantener las relaciones sociales y sentir su apoyo se asocia con una mejor calidad de vida (Albert, Becker, Mccrone, y Thornicroft, 1998). El apoyo social se ha relacionado con síntomas depresivos, es decir, si durante el PEP los pacientes perciben un buen apoyo social mostrarán menos sintomatología depresiva (Kaiser, Snyder, Corcoran, y Drake, 2006; Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, y Haro, 2015; Sündermann, Onwumere, Kane, Morgan, y Kuipers, 2014)

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Estudiar los factores de estrés psicosocial (acontecimientos vitales estresantes, trauma y estrés percibido) y los factores protectores (estrategias de afrontamiento, resiliencia y apoyo social) en pacientes con un PEP.

2.2 Objetivos específicos:

- Comparar los factores de estrés psicosocial (acontecimientos vitales estresantes, trauma y estrés percibido) y los factores protectores (estrategias de afrontamiento, resiliencia y apoyo social) en pacientes con FEP y controles sanos.
- Analizar la relación de los factores de estrés psicosocial (acontecimientos vitales estresantes, trauma y estrés percibido) y de los factores protectores (estrategias de afrontamiento, resiliencia y apoyo social) con la gravedad clínica y social de los PEP.
- Estudiar el papel del género y edad de los factores de estrés psicosocial (acontecimientos vitales estresantes, trauma y estrés percibido) y de los factores protectores (estrategias de afrontamiento, resiliencia y apoyo social) en pacientes con FEP y controles.

3. HIPÓTESIS

Las hipótesis de este estudio son:

1. Los pacientes con FEP mostrarán más factores de estrés psicosocial (LES, trauma y estrés percibido) y menos factores protectores (estrategias de afrontamiento, resiliencia y apoyo social) que los controles sanos.
2. Los pacientes con mayor estrés psicosocial mostrarán más sintomatología clínica y peor funcionamiento social.
3. Los pacientes con más factores protectores mostrarán menos sintomatología clínica y mejor funcionamiento social.
4. Existirán diferencias de género en los factores de estrés psicosocial y en los factores protectores tanto en pacientes con PEP como en controles sanos
5. Existirán diferencias entre el grupo de 18 años y menores y el grupo mayores de 18 años en los factores de estrés psicosocial y en los factores protectores tanto en pacientes con PEP como en controles sanos.

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo es un Estudio observacional de casos y controles retrospectivo. Se realizó en la red de salud mental de adultos e infantil del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) situado en Cataluña.

4.1 Participantes

Se reclutó una muestra de 20 pacientes con un PEP red de salud mental de adultos e infantil del PSSJD y 20 controles sanos.

Criterios de inclusión/exclusión casos:

- Criterios de inclusión:
 - edad comprendida entre los 13 y los 55 años.
 - pacientes con primer episodio psicótico definido como presencia de uno de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado y síntomas negativos (alogia, abulia, aplanamiento afectivo), durante mínimo una semana y de menos de 5 años de evolución.
 - pertenecer al sector de atención en Salud Mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (incluyendo 8 centros de salud mental, servicio de urgencias en psiquiatría de adultos) y la unidad de hospitalización psiquiátrica infantil del Hospital Sant Joan de Déu).
 - firmar el consentimiento informado del estudio.
- Criterios de exclusión:
 - patología conocida del SNC (tumor, HIV, radioterapia...)
 - discapacidad intelectual CI < 70.

Criterios de inclusión/exclusión controles:

- Criterios de inclusión:
 - edad comprendida entre los 13 y los 55 años.
 - no diagnóstico de trastorno mental.
 - no antecedentes familiares del espectro psicótico.
 - firmar el consentimiento informado del estudio.

- Criterios de exclusión:
 - patología conocida del SNC (tumor, HIV, radioterapia...).
 - discapacidad intelectual CI < 70.

Aspectos Éticos:

Se informó a todos participantes sobre el estudio (ver anexo 1) y todos firmaron el consentimiento informado del estudio (anexo 2). Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Déu y el Comité de Ética Sant Joan de Déu (anexo 3) y con la aprobación de la Comisión de UNIR (anexo 4).

4.2 Evaluaciones y escalas utilizadas

Las diferentes escalas fueron administradas por dos psicólogas familiarizadas con las escalas que previamente fueron formadas para su correcta administración. Se realizó pruebas de fiabilidad interjueces para poder realizar el estudio.

Tanto en los casos como en los controles se realizó una visita basal en la que se determinará:

1) Obtención de variables sociodemográficas:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil.
4. Nivel educativo
5. Convivencia familiar.
6. Diagnósticos en eje I, II y III.
7. Medicación somática y psiquiátrica actual.
8. Antecedentes de consumo de THC (cannabis).
9. Antecedentes psiquiátricos familiares.

2) Administración de las escalas:

- Cuestionario de Acontecimientos Vitales Estresantes (CAVE) (Butjosa et al., 2017). Questionario autoadministrado que evalúa diferentes eventos vitales estresantes que pasan durante toda la vida de un individuo. Estos eventos se clasifican en 9 áreas: académica, trabajo, pareja, familia, residencia, legal, finanzas, social y salud. En cada evento se evalúan 5 características: presencia/ausencia, molesto/agradable, frecuencia, edad y ansiedad. En esta línea, un grupo de investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, ha desarrollado y validado un instrumento de medida de los AVE, el CAVE (Cuestionario de Acontecimientos Vitales Estresantes) (Butjosa et al., 2017) en el que se evalúa la presencia, el impacto emocional (nivel de ansiedad) y edad del sujeto cuando apareció el acontecimiento.
- Spanish childhood trauma questionnaire-short form (CTQ) (Bernstein et al., 2003; Hernandez et al., 2013). Esta escala evalúa 5 dimensiones; abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, abandono emocional y negligencia física. Se puntúan la frecuencia de 0 (nunca) a 5 (muchas veces) los eventos de negligencia y abuso que tuvieron lugar en la infancia.

- *Escala de Resiliencia de Connor- Davidson (CD-RISC-17)* (Connor y Davidson, 2003; Serrano-Parra et al., 2012). Escala autoaplicable que mide la resiliencia de los individuos a través de 17 ítems valorados de 0 (en absoluto) a 4 (casi siempre) distribuidos en tres dimensiones; tenacidad y autoeficacia, control personal y competencia social.
- *Escala Multiaxial de Afrontamiento Disposicional (EMA-D)* (Hobfoll, Dunahoo y Monnier, 1993; Pedrero Pérez, Ángel, Germán, María, & García, 2012). Escala autoadministrada formada por 52 ítems valorados en escala tipo Likers de 0 (en ningún caso haría esto) a 5 (con toda probabilidad haría esto). Esta escala pregunta a los sujetos sobre la probabilidad de utilizar cada estrategia propuesta en una situación de estrés. Formada por 7 áreas: evitación, acción agresiva/antisocial, búsqueda de apoyo social; acción asertiva; acción instintiva; alianza social y acción cautelosa.
- *Escala de Apoyo social (DUKE-UNC)* (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996; Broadhead, Gehlbach, de Gruy, y Kaplan, 1988). Escala autoaplicable formada por 11 ítems tipo Likert de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo). Está formada por 2 subescalas, apoyo confidencial y apoyo afectivo. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido, no real.
- *Escala de Estrés Percibido (PSS)* (Cohen et al., 1983; Remor, 2006). Escala autoadministrada que mide el nivel de estrés percibido por el sujeto en el último mes. Está formada por 14 ítems puntuables de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). A mayor puntuación, mayor estrés percibido.
- *Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV Trastornos del eje I (SCID-I)*. Entrevista semiestructurada utilizada para obtener diagnósticos del eje I del DSM-IV.

Además en los y las pacientes también se preguntó y administró las siguientes escalas:

- Duración de Psicosis sin tratar (DUP). Período de tiempo dónde aparecen los primeros síntomas psicóticos pero aún no se ha realizado un tratamiento.
- Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) (Kay, Fiszbein, y Opler, 1987; Peralta y Cuesta, 1994). Entrevista semiestructurada de unos 40 minutos de duración que evalúa el síndrome esquizofrénico a través de 30 ítems valorados de 1 (ausente) a 7 (extremo) y divididos en tres subescalas; síntomas positivos (7 ítems), síntomas negativos (7 ítems) y psicopatología general (16 ítems).

- Escala de funcionamiento personal y social (PSP) (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, y Pioli, 2000). Escala valorada por el clínico que mide el funcionamiento del paciente en 4 áreas; autocuidado, actividades sociales, relaciones personales y sociales, comportamientos perturbadores y agresivos. Cada área es puntuada de 1 (ausente) a 6 (muy grave). Por un lado, se obtienen puntuaciones en cada área (a mayor puntuación, peor funcionamiento) y también una puntuación global de 0 a 100, dónde una mayor puntuación significa un mejor funcionamiento tanto personal como social.

4.3. Análisis de datos

Los diferentes análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. El nivel de significación bilateral para todas las pruebas estadísticas se estableció en $\alpha=0.05$.

Los datos numéricos se resumieron mediante diferentes medidas de tendencia central y de dispersión (media, desviación estándar). Las variables categóricas se describieron mediante tablas de frecuencia, y se compararon entre ellas mediante la prueba Chi-cuadrado. Algunas de las variables demográficas que se analizaron fueron: género, estado civil, nivel educativo y consumo THC o cannabis.

Para comprobar la normalidad u homogeneidad de los datos de las variables numéricas de estudio, se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Seguidamente, se comparó cada variable de estudio entre pacientes y controles, entre hombres y mujeres y entre menores o igual a 18 años y mayores de 18. Para esto, se utilizó la prueba T de Student en el caso de variables distribuidas normalmente y en caso contrario, la U de Mann-Whitney. Aquellos cuestionarios donde alguna de las subescalas no cumplía la normalidad de los datos, se utilizó en todas ellas la prueba U de Mann-Whitney.

A continuación, se estudió la correlación entre los eventos traumáticos, acontecimientos vitales estresantes y el estrés percibido en el grupo caso (pacientes con PEP), y la sintomatología y el funcionamiento cognitivo, mediante correlación de Spearman.

Para terminar, se realizó una regresión logística univariante respecto el grupo (pacientes y controles), para estudiar el efecto de las variables confusoras (edad, género y consumo de THC) en cada uno de los factores de estrés psicosocial y de los factores protectores en la aparición de un FEP.

5.RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra de estudio. La media de edad de toda la muestra fue de 25,83 (DE= 10,379). Un total de 52,5% eran hombres, el 70% eran solteros/as, el 77,5% habían completado los estudios secundarios y el 22,5% de la muestra consumía THC en el momento de la evaluación. La única variable dónde encontramos diferencias significativas entre pacientes y controles es en el consumo de THC, dónde los pacientes consumen más que los controles.

Variables sociodemográficas		Pacientes	Controles	Muestra total	Chi-cuadrado
		N	N	N	p-valor
Genero	Mujer	8	11	19	,342
	Hombre	12	9	21	
Estado Civil	Soltero/a	17	11	28	,102
	Casado/a o viviendo con pareja	3	8	11	
	Viudo/a	0	1	1	
Estudios	Secundarios incompletos	7	2	9	,100
	Secundarios completos	7	6	13	
	Universitario incompletos	4	3	7	
	Universitarios completos	2	7	9	
	Ciclos formativos	0	2	2	
Consumo THC	Si	8	1	9	,008
	No	12	9	31	
Edad	Igual o menor de 18 años	10	6	16	,197
	Mayor de 18 años	10	14	24	

Tabla 1. Sociodemograficos

Mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, se comprobó la normalidad de las variables estudiadas. Las escalas DUKE (apoyo social), CD-RISC (resiliencia) y PSS (estrés percibido) cumplían el supuesto de normalidad de los datos y para sus análisis se utilizó la T de Student. Las subescalas evitación del cuestionario estrategias de afrontamiento, la subescala negligencia emocional del cuestionario de experiencias traumáticas y la subescala académica del cuestionario de acontecimientos vitales estresantes también cumplieron los criterios de normalidad, pero como las otras subescalas de su cuestionario no la cumplían se utilizó en test no paramétrico U de Mann-Whitney.

A continuación, se muestran las diferencias entre pacientes y controles en los factores de estrés psicosocial y en los factores protectores a través de la prueba U de Mann-Whitney (tabla 2) y la prueba T de Student (tabla 3)

Al comparar los factores de estrés psicosociales entre los pacientes y los controles, encontramos diferencias significativas en las tres variables estudiadas. Encontramos diferencias significativas en 4 de las 5 dimensiones de la escala de experiencias traumáticas (abuso emocional, abuso físico, negligencia emocional y negligencia física), en 4 de las 9 escalas del cuestionario de acontecimientos vitales estresantes (académica, legal, social y salud) y también en la escala de estrés percibido. Respecto a los factores protectores, encontramos diferencias entre las muestras en las variables resiliencia, apoyo social y en una de las 7 dimensiones de las estrategias de afrontamiento, la estrategia evitación.

		Paciente		Control		U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica (bilateral)
		N	Media (DE)	N	Media (DE)			
CTQ	Abuso Emocional	20	5,75 (4,69)	20	3,15 (5,08)	113,000	-2,379	,017
	Abuso Físico	20	1,80 (2,33)	20	,65 (1,39)	126,000	-2,264	,024
	Abuso Sexual	20	,90 (2,07)	20	1,15 (4,94)	155,500	-1,648	,099
	Negligencia Emocional	20	7,60 (4,94)	20	3,25 (3,28)	90,000	-2,999	,003
	Negligencia Física	20	2,15 (2,06)	20	,90 (1,37)	107,500	-2,607	,009
CAVE	Académica	17	1,53 (.72)	20	,70 (.80)	73,500	-3,197	,001
	Trabajo	17	3,44 (2,65)	20	2,35 (1,17)	59,500	-,942	,346
	Pareja	17	2,59 (2,55)	20	2,75 (2,15)	162,000	-,249	,804
	Familia	17	2,65 (2,03)	20	2,20 (1,40)	156,000	-,439	,661
	Residencia	17	,47 (.51)	20	,55 (.51)	156,500	-,475	,635
	Legal	17	1,00 (.93)	20	,25 (.44)	90,000	-2,743	,006
	Finanzas	17	,18 (.39)	20	,15 (.37)	165,500	-,215	,830
	Social	17	1,82 (.73)	20	1,25 (.97)	109,000	-1,984	,047
	Salud	17	,53 (.72)	20	,05 (.23)	107,500	-2,656	,000
	Evitación	16	27,94 (6,27)	20	19,85(6,89)	65,000	-3,030	,002
EMA	Acción agresiva/antisocial	16	16,81 (4,26)	20	15,85 (4,21)	140,000	-,639	,523
	Búsqueda apoyo social	16	27,50 (5,48)	20	30,80(7,80)	130,500	-,941	,347
	Acción asertiva	16	30,06 (5,87)	20	31,60 (4,93)	140,500	-,622	,534
	Acción social	16	14,87 (3,59)	20	14,20 (2,97)	129,000	-,995	,320
	Alianza social	16	15,06 (3,02)	20	14,60 (3,31)	148,000	-,385	,700
	Acción cautelosa	16	15,69 (2,65)	20	14,60 (3,10)	129,500	-,981	,326

Tabla 2. Diferencias entre pacientes y controles con la U de Mann-Whitney

*CTQ, escala experiencias traumáticas; CAVE, escala acontecimientos vitales estresantes; EMA, escala estrategias de afrontamiento

	Paciente Control	N	Media (DE)	Media de error estándar	Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
					F	Sig.	T	gl	Sig.
PSS	Paciente	20	34,05 (9,65)	2,158	,953	,335	5,131	38	,000
	Control	20	19,65 (1,80)	1,795					
DUKE	Paciente	17	41,12 (7,83)	1,069	5,481	,025	3,351	35	,002
	Control	20	48,15 (4,78)	1,900					
CD-RISC	Paciente	17	37,94 (11,04)	1,409	2,956	,094	4,401	35	,000
	Control	20	50,70 (6,30)	2,677					

Tabla 3. Diferencias entre pacientes y controles con la T de Student.

*CD-RISC, escala de resiliencia; DUKE, escala de apoyo social; PSS, escala de estrés percibido

La Tabla 4, muestra la relación de los factores protectores y de estrés psicosocial con la gravedad clínica y social de los pacientes. Respecto a los factores de estrés psicosocial, podemos observar que la escala de Estrés Percibido correlaciona significativamente con la escala de depresión en chicos y chicas de 18 años y menores ($p=,002$), la escala de experiencias traumáticas observamos que la subescala de abuso emocional correlaciona significativamente con la escala de funcionamiento social ($p<0,39$) y la subescala de negligencia física con la escala de depresión en mayores de 18 años ($p<0,49$) y en la escala de acontecimientos vitales estresantes observamos que la subescala pareja correlaciona significativamente con la escala de depresión en chicos y chicas de 18 años o menores ($p=,044$) y las subescalas residencia y legal correlacionan significativamente con la escala de funcionamiento social ($p=,012$, $p=,015$, respectivamente), la subescala finanzas correlaciona con la escala de depresión en mayores de 18 años ($p=,037$), la subescala social correlaciona con la escala PANSS Completa y la Total ($p=,002$, $p=,004$, respectivamente) y por último la subescala Salud correlaciona significativamente con la PANSS Positiva ($p=,043$). Fijándonos en los factores protectores, observamos que de la escala de estrategias de afrontamiento, la subescala Alianza Social, correlaciona significativamente con la escala PANSS Positiva ($p=0,43$) y la subescala Acción Cautelosa correlaciona con la escala de funcionamiento social ($p=,009$) y la escala de depresión en mayores de 18 años ($p=,006$).

		PANSS Postiva	PANNS Negativa	PANSS General	PANSS Total	PSP	Calgary (>18)	CDI (≤18)
PSS	N	20	20	20	20	20	10	10
	Coef. correlación	-,292	,160	,067	-,007	-,283	-,069	,839
	Sig (bilateral)	,212	,501	,778	,977	,226	,226	,002
Abuso Emocional	N	20	20	20	20	20	10	10
	Coef. correlación	,071	,030	,236	,087	-,465	-,556	,560
	Sig (bilateral)	,768	,900	,316	,714	,039	,095	,092
Abuso Físico	N	20	20	20	20	20	10	10
	Coef. correlación	,053	,018	,058	,053	-,224	-,181	,234
	Sig (bilateral)	,823	,940	,808	,824	,342	,617	,515
Abuso sexual	N	20	20	20	20	20	10	10
	Coef. correlación	,295	,142	,286	,301	,019	-,399	,216
	Sig (bilateral)	,206	,549	,221	,197	,936	,253	,548
Negligencia Emocional	N	20	20	20	20	20	10	10
	Coef. correlación	-,329	,110	-,292	-,200	-,356	-,460	,195
	Sig (bilateral)	,156	,644	,212	,398	,123	,181	,590
Negligencia Física	N	20	20	20	20	20	10	10
	Coef. correlación	-,384	,125	-,263	-,396	-,227	-,634	,560
	Sig (bilateral)	,095	,899	,263	,084	,337	,049	,092
Académica	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	,256	,039	,275	,235	-,033	,385	,036
	Sig (bilateral)	,378	,894	,340	,418	,900	,273	,922
Trabajo	N	6	6	6	6	9	6	3
	Coef. correlación	-,203	,000	-,638	-,638	,137	,627	-1,000
	Sig (bilateral)	,700	1,000	,173	,173	,726	,193	
Pareja	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	,339	,290	,264	,368	-,283	-,037	-,644
	Sig (bilateral)	,236	,314	,362	,196	,271	,919	,044
Familia	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	,116	,266	,075	,029	-,452	,119	-,319
	Sig (bilateral)	,693	,358	,799	,659	,068	,744	,369
Residencia	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	,037	,093	,074	,166	-,591	-,072	,419
	Sig (bilateral)	,900	,753	,801	,570	,012	,843	,228
Legal	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	,231	,234	,144	,285	-,577	-,111	-,252
	Sig (bilateral)	,426	,421	,378	,323	,015	,761	,482

Continuación de la tabla...

		PANSS Postiva	PANNS Negativa	PANSS General	PANSS Total	PSP	Calgary (>18)	CDI (≤18)
Finanzas	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	-,379	,138	-,035	-,103	,269	,661	
	Sig (bilateral)	,181	,907	,907	,726	,297	,037	
Social	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	,461	,435	,741	,714	-,378	-,315	-,186
	Sig (bilateral)	,097	,120	,002	,004	,134	,375	,608
Salud	N	14	14	14	14	17	10	10
	Coef. correlación	,680	-,192	,518	,489	,013	-,534	-,068
	Sig (bilateral)	,007	,512	,058	,076	,962	,112	,853
Evitación	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	,166	,085	-,007	,091	,098	,014	-,422
	Sig (bilateral)	,571	,771	,982	,758	,718	,967	,298
Acción agresiva/antisocial	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	-,317	,061	-,193	-,153	,210	-,074	-,193
	Sig (bilateral)	,269	,835	,509	,601	,435	,828	,547
Búsqueda apoyo social	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	,310	-,124	-,163	-,073	,111	,093	-,539
	Sig (bilateral)	,281	,672	,577	,804	,683	,786	,168
Acción asertiva	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	-,037	,164	-,077	-,042	,331	-,252	-,238
	Sig (bilateral)	,899	,576	,793	,887	,211	,454	,570
Acción social	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	,062	-,049	-,350	-,164	,080	-,324	-,651
	Sig (bilateral)	,833	,868	,220	,576	,838	,331	,081
Alianza social	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	,547	-,356	,023	,029	,444	-,194	-,454
	Sig (bilateral)	,043	,211	,935	,921	,085	,567	,258
Acción cautelosa	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	-,333	-,090	-,483	-,535	,009	,006	-,230
	Sig (bilateral)	,244	,760	,080	,049	,973	,048	,583
DUKE	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	,102	,111	,234	-,351	,024	,114	-,298
	Sig (bilateral)	,730	,706	,421	,219	,931	,739	,436
CD-RISC	N	14	14	14	14	16	10	8
	Coef. correlación	-,123	-,312	-,366	-,240	,098	,183	-,283
	Sig (bilateral)	,674	,278	,198	,408	,719	,590	,460

Tabla 4. Correlación de Spearman entre los factores protectores y de estrés psicosocial con la gravedad clínica y social de los pacientes
*CD-RISC, escala de resiliencia; DUKE, escala de apoyo social; PSS, escala de estrés percibido

A continuación, la Tabla 5 y 6 muestra las diferencias de género en los factores de estrés psicosocial y los factores protectores. Con respecto a la diferencia de género en las variables estudiadas solo podemos ver diferencias significativas en referencia a las experiencias traumáticas, dónde observamos que los hombres presentan más negligencia emocional que las mujeres ($p=,034$), en acontecimientos vitales estresantes relacionados con residencia, dónde las mujeres presentan más eventos que los hombres ($p=,015$) y en las estrategias de afrontamiento vemos diferencias en la subescala acción agresiva/antisocial dónde los hombres muestran puntúan más que las mujeres ($p=,045$).

		Hombre		Mujer		U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica (bilateral)
		N	Media (DE)	N	Media (DE)			
CTQ	Abuso Emocional	21	4,33 (4,305)	19	4,58 (5,996)	184,000	-,424	,671
	Abuso Físico	21	1,76 (2,343)	19	,63 (1,30)	141,000	-1,792	,073
	Abuso Sexual	21	,29 (.784)	19	1,84 (4,88)	164,000	-1,316	,188
	Negligencia Emocional	21	6,90 (4,95)	19	3,79 (3,87)	130,500	-1,884	,060
	Negligencia Física	21	1,81 (2,09)	19	1,21 (1,51)	163,000	-1,030	,303
CAVE	Académica	21	1,11 (.81)	19	1,06 (.94)	160,000	-,363	,716
	Trabajo	21	2,77 (1,92)	19	2,69 (1,84)	84,000	-,026	,979
	Pareja	19	2,05 (2,27)	18	3,33 (2,22)	115,000	-1,734	,083
	Familia	19	2,21 (1,62)	18	2,61 (1,82)	152,500	-,578	,563
	Residencia	19	,32 (.48)	18	,72 (.46)	101,500	-2,439	,015
	Legal	19	,68 (.88)	18	,50 (.71)	154,000	-,581	,561
	Finanzas	19	,10 (.31)	18	,22 (.43)	151,000	-,952	,341
	Social	19	1,42 (.84)	18	1,61 (.98)	150,000	-,681	,496
EMA	Salud	19	,37 (.68)	18	,17 (.38)	151,500	-,826	,409
	Evitación	17	23,29 (8,484)	19	24,00 (6,834)	141,000	-,397	,692
	Acción agresiva/antisocial	17	18,18 (4,419)	19	15,21 (3,326)	98,500	-2,004	,045
	Búsqueda apoyo social	17	28,06 (6,159)	19	30,74 (7,504)	131,500	-,953	,341
	Acción asertiva	17	29,77 (4,711)	19	31,74 (5,556)	123,500	-1,207	,227
	Acción social	17	13,71 (2,443)	19	15,16 (3,746)	108,500	-1,691	,091
	Alianza social	17	14,35 (3,499)	19	15,58 (2,411)	130,500	-,991	,322
	Acción cautelosa	17	15,06 (3,269)	19	15,58 (2,063)	145,500	-,513	,608

Tabla 5. Diferencias de género con la U de Mann-Whitney

*CTQ, escala experiencias traumáticas; CAVE, escala acontecimientos vitales estresantes; EMA, escala estrategias de afrontamiento

	Hombre Mujer	N	Media (DE)	Media de error estándar	Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
					F	Sig.	t	Gl	Sig.
PSS	Hombre	21	26,24 (11,866)	2,589	,056	,814	-,353	38	,726
	Mujer	19	27,57 (11,1442)	2,556			-,354	37,940	,725
DUKE	Hombre	20	45,45 (7,323)	1,638	,000	,995	,481	35	,634
	Mujer	17	44,29 (7,244)	1,757			,481	34,163	,633
CD-RISC	Hombre	19	42,26 (9,073)	2,081	,380	,542	-1,517	35	,138
	Mujer	18	47,56 (12,026)	2,834			-1,505	31,600	,142

Tabla6. Diferencias de género con la T de Student

*CD-RISC, escala de resiliencia; DUKE, escala de apoyo social; PSS, escala de estrés percibido

A continuación se muestran las diferencias entre mayores y menores o igual a 18 años respecto a los factores de estrés psicosocial y factores protectores (Tabla 7 y 8). Encontramos que los mayores de 18 años muestran más acontecimientos vitales estresantes relacionados con el trabajo ($p=,015$), con la pareja ($p=,027$), la familia ($p=,036$) y la residencia ($p=,033$). No se encuentran diferencias significativas en ninguna otra variable.

		≤ 18		>18		U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica (bilateral)
		N	Media (DE)	N	Media (DE)			
CTQ	Abuso Emocional	16	4,06 (4,82)	24	4,71 (5,20)	184,000	-,223	,823
	Abuso Físico	16	,75 (1,39)	24	,54 (2,27)	157,500	-1,077	,281
	Abuso Sexual	16	,81 (2,32)	24	1,17 (4,08)	182,000	-,378	,705
	Negligencia Emocional	16	5,94 (5,08)	24	5,08 (4,48)	175,000	-,473	,636
	Negligencia Física	16	1,81 (2,07)	24	1,33 (1,68)	154,000	-1,093	,274
CAVE	Académica	14	1,00 (,68)	23	1,13 (,97)	156,500	-,153	,878
	Trabajo	14	1,20 (,84)	23	3,10 (1,84)	16,000	-2,442	,015
	Pareja	14	1,64 (2,13)	23	3,30 (2,22)	91,500	-2,22	,027
	Familia	14	1,64 (1,08)	23	2,87 (1,87)	96,000	-2,093	,036
	Residencia	14	,29 (,47)	23	,65 (,49)	102,000	-2,133	,033
	Legal	14	,29 (,47)	23	,78 (,90)	113,000	-1,691	,091
	Finanzas	14	,07 (,27)	23	,22 (,42)	137,500	-1,152	,249
	Social	14	1,50 (1,02)	23	1,52 (,85)	161,000	,000	,999
EMA	Salud	14	,29 (,61)	23	,26 (,54)	167,500	-,022	,983
	Evitación	14	24,07 (18,05)	20	23,65 (7,67)	132,500	-,263	,793
	Acción agresiva/antisocial	14	18,93 (5,36)	20	15,05 (2,80)	85,500	-1,915	,056
	Búsqueda apoyo social	14	32,14 (8,3)	20	28,70 (5,51)	98,000	-1,473	,141
	Acción asertiva	14	30,86 (6,04)	20	31,55 (4,26)	128,000	-,421	,674
	Acción social	14	14,71 (4,05)	20	14,80 (2,75)	135,500	-,158	,874
	Alianza social	14	14,86 (3,11)	20	15,55 (2,89)	121,000	-,671	,502
Acción cautelosa	14	15,21 (3,14)	20	15,50 (2,26)	132,000	-,283	,777	

Tabla 7. Diferencias entre ≤ 18 y >18 con la U de Mann-Whitney

*CTQ, escala experiencias traumáticas; CAVE, escala acontecimientos vitales estresantes; EMA, escala estrategias de afrontamiento

		N	Media (DE)	Media de error estándar	Prueba de Levene de calidad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
					F	Sig.	T	Gl	Sig.
PSS	≤ 18	16	27,19 (11,85)	2,963	,045	,834	,173	38	,864
	>18	24	26,54 (11,40)	2,327			,171	31,45	,865
DUKE	≤ 18	14	44,21 (6,86)	1,834	,591	,447	-,422	36	,675
	>18	24	45,25 (7,53)	1,537			-,433	29,460	,668
CD-RISC	≤ 18	14	41,36 (12,49)	3,339	1,067	,309	-1,537	36	,133
	>18	24	46,71 (8,92)	1,821			-1,407	20,843	,174

Tabla 8. Diferencias entre ≤ 18 y >18 con la T de Student

*CD-RISC, escala de resiliencia; DUKE, escala de apoyo social; PSS, escala de estrés percibido

Por último, las tablas 9-22, muestran las regresiones univariantes con cada variable de estudio junto con las covariables género, edad y consumo de THC.

Centrándonos primero en los factores de estrés psicosocial, en la escala de Acontecimientos Vitales Estresantes, las subescalas Académica, Legal y Salud muestran un efecto significativo (OR=3,982, $p=0,016$; OR=6,716, $p=,008$; OR=9,886, $p=,038$ respectivamente), significando que valores más altos hacen aumentar la probabilidad de ser pacientes, no hay significación en ninguna covariable. En la subescala Familia, encontramos que puntuaciones más altas en esta subescala (OR=1,84; $P=,048$) y una menor edad (OR=,908; $P=,048$), hacen aumentar la probabilidad de tener un FEP. En las otras subescalas no encontramos resultados significativos.

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,326	,827	,155	1	,693	1,386	,274	7,013
Edad	-,050	,044	1,295	1	,255	,951	,872	1,037
Consumo THC	1,375	1,232	1,244	1	,265	3,953	,353	44,252
Académica	1,382	,575	5,778	1	,016	3,982	1,291	12,286
Constante	-,768	1,335	,331	1	,565	,464		

Tabla 9. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Académica

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	-,105	,884	,014	1	,905	,900	,159	5,094
Edad	,095	,057	2,774	1	,096	,910	,814	1,017
Consumo THC	1,792	1,249	2,057	1	,152	5,999	,519	69,412
Legal	1,904	,715	7,090	1	,008	6,716	1,653	27,282
Constante	,903	1,392	,421	1	,517	2,467		

Tabla 10. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Legal

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	-,103	,837	,015	1	,902	,902	,175	4,649
Edad	,042	,040	1,114	1	,291	,958	,886	1,037
Consumo THC	2,172	1,271	2,920	1	,087	8,777	,727	106,005
Salud	2,291	1,102	4,322	1	,038	9,886	1,140	85,724
Constante	,204	1,210	,029	1	,866	1,227		

Tabla 11. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Salud

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	.322	.796	-.164	1	.686	1.380	.290	6.562
Edad	-.096	.049	3.899	1	.048	.908	.826	.999
Consumo THC	2,165	1.232	3.085	1	.079	8.711	.778	97.502
Familia	.610	.305	3.993	1	.046	1.840	1.012	3.346
Constante	.411	1.091	.142	1	.707	1.508		

Tabla 12. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Familia

Respecto a la escala de Experiencias Traumáticas en la Infancia (CTQ), encontramos que la covariable THC muestra significación en las subescalas Abuso Emocional, Negligencia Emocional y Negligencia Física (OR=30,766, $p=,008$; OR=28,290, $p=,008$; OR=30,167, $p=,008$, respectivamente), significando que cuando hay consumo de THC hay más probabilidades de tener un FEP. En las subescalas Abuso Sexual y Abuso Físico encontramos que a menor edad de experimentar estas experiencias traumáticas variables (OR=38,851, $p=,006$; OR=30,832, $p=,007$, respectivamente) mayor probabilidad de PEP además del hecho de consumir de THC (OR=,882, $p=,007$; OR=0,891, $p=,050$, respectivamente), que incrementa las probabilidades de ser pacientes.

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,265	,814	,106	1	,745	1,303	,264	6,419
Edad	-,111	,059	3,518	1	,061	,895	,797	1,005
Consumo THC	3,426	1,284	7,118	1	,008	30,766	2,482	381,322
Abuso Emocional	,033	,080	,170	1	,680	1,033	,884	1,208
Constante	1,688	1,579	1,143	1	,285	5,408		

Tabla 13. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Abuso Emocional

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	-,032	,868	,001	1	,971	,968	,177	5,307
Edad	-,097	,059	2,660	1	,103	,908	,809	1,020
Consumo THC	3,343	1,258	7,062	1	,008	28,290	2,405	332,841
Negligencia Emocional	,238	,130	3,386	1	,066	1,269	,985	1,636
Constante	,385	1,658	,054	1	,817	1,469		

Tabla 14. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Negligencia Emocional

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,294	,846	,120	1	,729	1,341	,255	7,044
Edad	-,084	,060	1,931	1	,165	,920	,818	1,035
Consumo THC	3,407	1,291	6,961	1	,008	30,167	2,401	379,019
Negligencia Física	,400	,261	2,349	1	,125	1,492	,894	2,489
Constante	,521	1,665	,098	1	,754	1,684		

Tabla 15. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Negligencia Física

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,338	,832	,165	1	,685	1,402	,274	7,160
Edad	-,125	,061	4,148	1	,042	,882	,782	,995
Consumo THC	3,660	1,344	7,412	1	,006	38,851	2,787	541,557
Abuso Sexual	,087	,112	,613	1	,434	1,091	,877	1,358
Constante	2,000	1,462	1,872	1	,171	7,390		

Tabla 16. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Abuso Sexual

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,006	,836	,000	1	,994	1,006	,195	5,181
Edad	-,116	,059	3,846	1	,050	,891	,794	1,000
Consumo THC	3,429	1,273	7,254	1	,007	30,832	2,544	373,709
Abuso Físico	,313	,292	1,150	1	,284	1,367	,772	2,421
Constante	1,759	1,452	1,467	1	,226	5,808		

Tabla 17. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Abuso Físico

En último factores de estrés psicosocial, el Estrés Percibido, muestra que a mayor estrés percibido mayor probabilidad de ser paciente (OR=1,231, $p=,004$), además la covariables consumo de THC, también es significativa (OR=41,769, $p=,031$), siendo el consumo una variable de mayor probabilidad de un FEP.

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,328	1,114	,087	1	,768	1,389	,157	12,321
Edad	-,208	,109	3,644	1	,056	,812	,656	1,006
Consumo THC	3,732	1,729	4,662	1	,031	41,769	1,411	1236,464
Estrés percibido	,208	,071	8,466	1	,004	1,231	1,070	1,416
Constante	-1,732	2,485	,486	1	,486	,177		

Tabla 18. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Estrés percibido

Centrándonos en los factores protectores, concretamente la escala de Estrategias de Afrontamiento (EMA), vemos que la subescala evitación muestra valores significativos (OR=1,233, $p=,011$), es decir, a valores más altos en esta estrategia, más probabilidad de tener un FEP. Por otro lado, la estrategia búsqueda de apoyo social está relacionada con el consumo de THC, a mayor consumo y menor apoyo social mayor probabilidades de tener un PEP (OR=13,882, $p=,038$).

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,952	1,013	,882	1	,348	2,591	,356	18,878
Edad	-,035	,044	,642	1	,423	,966	,887	1,052
Consumo THC	2,210	1,286	2,952	1	,086	9,114	,733	113,369
Evitación	,210	,082	6,531	1	,011	1,233	1,050	1,448
Constante	-5,088	2,519	4,079	1	,043	,006		

Tabla 19. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Evitación

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	-,100	,845	,014	1	,906	,905	,173	4,740
Edad	-,052	,042	1,525	1	,217	,950	,875	1,031
Consumo THC	2,631	1,271	4,285	1	,038	13,882	1,150	167,567
Búsqueda Apoyo Social	-,127	,074	2,974	1	,085	,880	,762	1,018
Constante	4,522	2,779	2,647	1	,104	91,993		

Tabla 20. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, Búsqueda Apoyo Social

Para terminar, tanto la escala de Resiliencia como la escala de Apoyo Social se han asociado a ser paciente (OR=,845, $p=,009$; OR=,845, $p=0,15$ respectivamente), significando que a menor resiliencia y apoyo social mayor probabilidad de tener un PEP. No se han encontrado relación con las covariables.

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,977	1,117	,766	1	,381	2,6585	,298	23,715
Edad	,036	,051	,498	1	,481	1,036	,938	1,145
Consumo THC	2,062	1,445	2,037	1	,154	7,864	,463	133,569
CD-RISC	,168	,064	6,796	1	,009	1,183	1,043	1,342
Constante	-10,602	4,114	6,642	1	,010	,000		

Tabla 21. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, CD-RISC (Resiliencia)

	B	Error estándar	Wals	gl	Sig.	OR	Inferior	Superior
Género=hombre	,977	1,117	,766	1	,381	2,6585	,298	23,715
Edad	,036	,051	,498	1	,481	1,036	,938	1,145
Consumo THC	2,062	1,445	2,037	1	,154	7,864	,463	133,569
DUKE	,168	,064	6,796	1	,009	1,183	1,043	1,342
Constante	-10,602	4,114	6,642	1	,010	,000		

Tabla 22. Variables especificadas en el paso 1: Género, Edad, Consumo de THC, DUKE (Apoyo Social)

En las otras escalas no mencionadas no se encuentra ninguna significación.

6.DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles tanto en factores de estrés psicosocial como en factores protectores. Además se ha visto una relación entre la estrategia búsqueda de apoyo social y el consumo de THC, a mayor consumo y menor apoyo social mayor probabilidades de tener un PEP. No se han visto diferencias de género y edad con respecto

Con respecto a los factores de estrés psicosocial, concretamente en los AVEs, los pacientes presentan más AVEs que los controles en las áreas Académica, Legal, Social y Salud. Estos resultados siguen la línea de otros estudios (Butjosa et al., 2016; Canton y Fraccon, 1985; Jones et al., 1993), que encontraban que los pacientes con Esquizofrenia presentaban más AVEs que los controles sanos. Respecto a la área académica, otros estudios muestran que las personas con más problemas en la escuela, y por tanto más AVEs, tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno psicótico (Keshavan, Diwadkar, Montrose, Rajarethinam, y Sweeney, 2005; Yung et al., 2006).

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas también en el factor de estrés psicosocial estrés percibido, donde los pacientes perciben más estrés que los controles sanos, resultados congruentes con el estudio de Allott et al., (2015), donde también encontraba que los pacientes con PEP mostraban puntuaciones más altas que los controles usando la misma escala de estrés que nuestro estudio. Sin embargo, un estudio anterior de Pruessner, Iyer, Faridi, Joobar, y Malla, (2011) encontró que los pacientes con PEP presentaban niveles de estrés menores que los controles, resultados evaluados con otra escala de estrés, la TICS (Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress).

Los resultados del último factor de estrés psicosocial, las experiencias traumáticas, muestran diferencias significativas en cuatro de las cinco dimensiones estudiadas, en el abuso emocional, en el abuso físico, en la negligencia emocional y en la negligencia física, mostrando más situaciones traumáticas los pacientes que los controles. Estos resultados son congruentes con otros estudios de meta-análisis (Beards et al., 2013; Bendall et al., 2013; Carr et al., 2013; Varese et al., 2012), donde encuentran una relación entre las ET y los trastornos psicóticos en general.

Con respecto a los factores protectores, se encontró que los pacientes muestran peor resiliencia que los controles sanos, resultados congruentes con otros estudios (Hofer et al., 2016; K. R. Kim et al., 2013; Palmer et al., 2014) aunque en estos estudios las muestras no fueron pacientes con PEP sino con otros trastornos mentales.

En el segundo factor protector estudiado, el apoyo social percibido, también se encontraron diferencias significativas con los controles, mostrando los primeros menos apoyo social percibido. Estos resultados son parecidos a los encontrados en el estudio de Gayer-Anderson y Morgan (2013) realizado también con pacientes con PEP, donde estos pacientes percibían menos apoyo social que los controles, y en el estudio de Veling, Hoek, Wiersma, y Mackenbach (2010), realizado con pacientes con esquizofrenia. En esta misma línea, otro estudio de Macdonald, Hayes y Baglioni (2000), encontraron que los pacientes con psicosis temprana perciben tener menos apoyo social y menos redes sociales (menos amigos/as) comparado con los controles sanos.

El último factor protector estudiado, las estrategias de afrontamiento, sólo encontramos diferencias significativas entre pacientes y controles en una de las siete dimensiones de la escala, la subescala Evitación, donde los pacientes mostraban presentar actitudes de evitación delante de problemas de la vida diaria en lugar de afrontar la situación. Estos resultados son congruentes con otros estudios (Horan et al., 2007; Jansen et al., 1998; Macdonald et al., 1998; Myin-Germeys et al., 2001; Phillips et al., 2009). En cambio un estudio de Allott et al., (2015) no encontró diferencias significativas entre pacientes y controles en estrategias de afrontamiento de evitación.

La segunda hipótesis planteada, los pacientes con mayor estrés psicosocial y con menos factores protectores presentarían más gravedad clínica y funcional. Nuestro estudio mostró resultados controvertidos. Observando los factores de estrés psicosocial, algunos de ellos si mostraron estar relacionados con peor sintomatología y funcionamiento social. Por ejemplo, la escala estrés percibido correlacionó con la escala CDI, es decir, a mayor estrés percibido mayor depresión en el grupo de edad menores de 19 años. En la escala de experiencias traumáticas, encontramos que los pacientes que han sufrido abuso emocional de jóvenes presentan menos funcionamiento social actual. Por contra, los pacientes que han sufrido negligencia física presentan menos depresión que los que no han sufrido ninguna experiencia traumática de este tipo en el grupo mayores de 18 años. Y en la escala de acontecimientos vitales estresantes hemos encontrado que los pacientes que han sufrido más acontecimientos vitales estresantes relacionados con residencia y temas legales presentan un peor funcionamiento social actual, los relacionados con finanzas presentan más depresión en el grupo mayor de 18 años, los relacionados con la salud presentan más sintomatología positiva y los relacionados con temas sociales presentan más sintomatología en la PANSS Total. A nivel general estos resultados siguen la línea de otros estudios que muestran que a mayor estrés psicosocial mayor sintomatología psicótica y peor funcionamiento premórbido (Conus et al., 2010; Kelleher et al., 2008; Shevlin et al., 2011). Aún así, no hemos encontrado relación de los ET con sintomatología positiva, tal como

muestran varios estudios (Lysaker et al., 2005; Ordóñez-Cambor et al., 2014; Read et al., 2003), ni tampoco correlaciones claras con sintomatología depresiva (Bak-Klimek et al., 2014; Bendall et al., 2013). Sin embargo, el estudio de Butjosa et al., (2017) los AVEs relacionados con Resiliencia muestran una mayor sintomatología y los relacionados con el área Académica muestran más síntomas depresivos, es importante destacar que este estudio no muestra un grupo control.

En referencia a los factores protectores y la sintomatología y funcionamiento social, encontramos que los pacientes que usan más estrategias de alianza social presentan más sintomatología positiva, mientras que los pacientes que usan estrategias de acción cautelosa presentan menos sintomatología en la PANSS Total y mayor depresión en el grupo mayor de 18 años. No hemos encontrado relación entre estrategias evitativas y mayor sintomatología y estos datos están en la misma línea de los resultados encontrados en el estudio de Endler y Parker, (1990). Solo hemos encontrado una relación entre una estrategia de afrontamiento (acción cautelosa) y depresión en el grupo mayor de edad. Otros estudios en cambio, muestran que peores estrategias de afrontamiento en general mayor sintomatología depresiva (Billings y Moos, 1981; Billings y Moos, 1984; Coyne et al., 1981; Endler, 1989; Pearlin y Schooler, 1978). En las otras escalas no se encontraron resultados significativos. Resultados contrarios a otros estudios que muestran que a mayor resiliencia mayor recuperación de síntomas (Johnson et al., 2010; Torgalsbøen, 2012), es decir, menor sintomatología, y que a mayor AS menor sintomatología depresiva (Kaiser et al., 2006; Santini et al., 2015; Sündermann et al., 2014).

Centrándonos en el papel del género, hemos encontrado muy pocas diferencias entre hombres y mujeres. En referencia a las experiencias traumáticas, concretamente en la subescala negligencia emocional, hemos visto que los hombres presentan más ET que las mujeres. Estos resultados son apoyados por el estudio de Sanmartín (2011) realizado en población sana, donde encontraba que los niños de nuestro país sufrían más negligencia que las mujeres. En este estudio también se encontró que los niños sufrían también más maltrato físico y psicológico que las niñas, resultados no encontrados en nuestro estudio. Tampoco se han encontrado diferencias en la subescala abuso sexual como se encuentran en otros estudios (Cambor, 2015; Fisher et al., 2009; Friedman et al., 2002). Otros estudios en cambio, no encuentran diferencias significativas entre mujeres y hombres en ninguna ET, aunque a nivel general las mujeres reportan más experiencias traumáticas (Cambor, 2015; McCabe et al., 2012; Shah et al., 2014; Velthorst et al., 2013). Los resultados son controvertidos, es necesario realizar más estudios en este campo. En la escala de estrés percibido no se han encontrado diferencias de género como otro estudio reporta (Barbosa-Leiker et al., 2013), es importante destacar que en este estudio no hay un grupo control.

En referencia a los AVEs, hemos encontrado que las mujeres presentan más AVEs relacionados con Residencia que los hombres, en cambio no se han encontrado diferencias significativas en otros AVEs. Otros estudios tampoco han encontrado diferencias de género en los AVEs (de Bruyn, Deković, y Meijnen, 2003; Jiménez et al., 2008). Sólo un estudio reciente de Butjosa et al., (2017) encontró diferencias de género en una área también, la Legal, dónde los hombres presentaban más AVEs que las mujeres.

Comparando el género con los factores protectores, sólo hemos encontrado diferencias significativas en la escala de afrontamiento agresivo/antisocial, dónde los hombres muestran mayor utilización de estas estrategias en comparación con las mujeres. Estos resultados son congruentes con el estudio de (Dunahoo et al., 1998). En cambio, no hemos encontrado que las mujeres muestren más estrategias de afrontamiento prosociales que los hombres, como también muestra el estudio de (Dunahoo et al., 1998). Hasta dónde llega mi conocimiento, no hay estudios que estudien el papel del género en muestras similares en las variables resiliencia y apoyo social.

Por último, en referencia a la edad, solo encontramos diferencias en la escala de AVEs, concretamente vemos que los menores de 19 años presentan menos AVEs en las categorías, Trabajo, Pareja, Familia y Residencia. Estos resultados pueden ser debidos a que al tener menos edad aún no se han podido dar diferentes situaciones, como por ejemplo, muchos no han empezado a trabajar o hace muy poco tiempo, no tienen pareja o no han tenido hijos, no se han emancipado. No encontramos diferencias ni en estrés ni en experiencias traumáticas. Hasta dónde llega mi conocimiento, no hay estudios que comparen el nivel de estrés entre adolescentes y adultos en muestras similares. Respecto a las ET, algunos estudios muestran que los ET son más prevalentes antes de los 18 años, pero en nuestro estudios no evaluamos la edad que tenían al recibir las ET, sino la presencia o no a lo largo de su vida, con lo cual no nos permite evaluar a qué edad son más frecuentes las ET, solo la prevalencia. Lo mismo sucede con los AVEs, estudios han encontrado que a menor edad son más frecuentes los AVEs relacionados con las áreas Académicas y Sociales (Butjosa et al., 2016; Canton y Fraccon, 1985), para poder saber que AVEs son más frecuentes debería analizarse la edad en que sucede cada AVEs y compararlo entre ellos.

Respecto a los factores protectores, no hemos encontrado ninguna diferencia entre grupos de edad. Un estudio de Pedrero Pérez, Germán, et al., (2012) encuentra que a mayor edad se usan más EA de acción instintiva y menos EA de búsqueda de apoyo. En otro estudio de Macdonald, Hayes y Baglioni (2000), encontraron que los pacientes con psicosis temprana perciben tener menos apoyo social y menos redes sociales (menos amigos/as) comparado

con los controles sanos aún así, este estudio no utilizó ninguna muestra comparativa de pacientes más mayores.

Sería interesante realizar los análisis a nivel correlacional o dividiendo los participantes en más grupos de edades diferentes.

Para terminar, observando las regresiones, hemos podido observar que la covariable género no tienen un peso importante en las variables estudiadas y el hecho de ser o no pacientes y la edad sólo tiene un efecto en los AVEs del área Familia, dónde a menor edad y mayores AVEs relacionados con la Familia mayor probabilidad de tener un PEP. La covariable THC ha mostrado tener una importancia en relación con las variables de estudio y la presencia o no de un PEP. El consumo de THC se ha asociado con las escalas Abuso Emocional, Abuso Sexual, Negligencia Física y Abuso Sexual, a mayores situaciones traumáticas en estas áreas y mayor consumo mayor probabilidad de tener un PEP, con la escala de estrés percibido, dónde a mayor estrés y mayor consumo también más probabilidades de tener un PEP, y por último con la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social, dónde a mayor consumo y menor apoyo social mayor probabilidades de tener un PEP. Por lo tanto, nuestros resultados sugieren, que aparte de lo que indican otros estudios sobre que el cannabis es un factor importante en la aparición de trastornos psicóticos (Bossong y Niesink, 2010; Compton et al., 2011; Khamker, 2015; Moore et al., 2007; Sevy et al., 2010), es importante tener en cuenta las dos variables conjuntas, el consumo de cannabis junto con las situaciones traumáticas, el estrés percibido o la búsqueda de apoyo social en la aparición y tratamiento de psicosis.

7. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Los resultados de este estudio han de interpretarse con prudencia en base a las siguientes limitaciones:

En primer lugar, el pequeño tamaño de la muestra puede haber favorecido el que no se encontraran más diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Por ejemplo, las categorías Legal y Salud de la escala de acontecimientos vitales estresantes, no han podido ser estudiadas debido a que el grupo menor a 19 años ningún pacientes había puntuado en estas dos categorías. Además, la extensión del protocolo puede haber influido en el cansancio de los participantes lo que ha resultado en que no se dispongan de todos los datos en las diferentes escalas.

En segundo lugar, el hecho de que algunas de las escalas utilizadas no hayan sido validadas para población PEP supone una limitación, sin embargo han sido utilizadas en otros estudios con muestras similares. Este hecho hace pensar en que es un tema poco estudiado y en la necesidad de una futura validación de escalas relacionadas con el estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios.

En tercer lugar, las vivencias recogidas en las escalas utilizadas son subjetivas, y esto puede llevar a sesgos de información y recuerdo. Además, al ser subjetivas y en este tipo de población, dónde hay una perturbación de la realidad, sobre todo en las escalas de los factores protectores, puede ser que tengan una visión distorsionada y no real de cómo actúan y afrontan su día a día.

En cuarto lugar, se han estudiado las diferencias de género y edad con toda la muestra, sin diferenciar entre pacientes y controles, debido al pequeño tamaño de la muestra y la dificultad de hacer los análisis en los subgrupos indicados. Esto puede haber hecho que no se hayan encontrado las diferencias de género esperadas.

Por último este estudio deja abiertas nuevas líneas de investigación e intervención; sería importante ampliar la muestra y replicar los resultados, además de estudiar la evolución de estos factores junto con el curso del PEP en un estudio longitudinal de la muestra. Todo ello, podría llevar a desarrollar e implementar programas específicamente diseñados para personas que han vivido situaciones importantes de estrés psicosocial con el objetivo de prevenir la aparición de un episodio psicótico. Desarrollando programas específicos dando importancia a estas vivencias, y mejorando sus recursos y habilidades de afrontamiento, resiliencia y favoreciendo la búsqueda de apoyo social, además de realizar programas específicos de prevención del consumo de sustancias. En esta misma línea sería importante no solo desarrollar programas específicos de prevención en PEP si no llevar a cabo

programas para mejorar los factores protectores estudiados durante el curso de la enfermedad con el objetivo de mejorar la evolución, disminuir la sintomatología, mejorar su funcionamiento social y prevenir las recaídas.

En resumen, los resultados de estudiar estos factores en profundidad, podrían llevar a una mejora en el conocimiento del rol que juegan estos factores en la población PEP y en la población sana, aportando herramientas a todos los/as profesionales, tanto a nivel clínico como social, que trabajan con esta población para focalizar y abrir líneas futuras de prevención e intervención temprana. Además, este estudio podría replicarse en diferentes trastornos mentales, ya que parece ser que el estrés psicosocial no sólo tiene importancia en la psicosis, sino efectos en otros trastornos mentales graves.

8. CONCLUSIONES

Los factores de estrés psicosocial podrían estar influyendo en la aparición de psicosis, mostrando los pacientes más experiencias traumáticas, más estrés percibido y más acontecimientos vitales estresantes que los controles. También existen diferencias entre PEP y controles en los factores protectores, sobre todo en resiliencia y apoyo social a favor de los controles.

Los pacientes con mayor estrés psicosocial muestran más sintomatología clínica y peor funcionamiento social y los pacientes con peores factores protectores, sobre todo con peores estrategias de afrontamiento, presentan más sintomatología clínica y peor funcionamiento social.

Respecto al género, sólo se han encontrado diferencias en el factor de estrés psicosocial experiencias traumáticas, dónde los hombres presentan más negligencia emocional en su infancia que las mujeres, y en la escala de acontecimientos vitales estresantes relacionados con Residencia, dónde las mujeres presentan más eventos de este tipo que los hombres. Respecto a los factores protectores, sólo se han encontrado diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento agresivo/antisocial, dónde los hombres presentan puntuaciones más altas que las mujeres.

Respecto a la edad, solo se ha encontrado diferencias en la escala de acontecimientos vitales estresantes, dónde los participantes con 18 años o menores muestran menos acontecimientos vitales estresantes relacionados con Trabajo, Pareja, Familia y Residencia en comparación con el grupo de mayores de 18 años.

El THC, es un factor importante en la aparición de psicosis, además de estar relacionado con otras variables, como las experiencias traumáticas, el estrés percibido y la estrategia búsqueda de apoyo, que juntamente tienen más peso en la aparición de la psicosis.

9.REFERENCIAS

- Alarcón, L., Araujo, P., Godoy, A., Y Vera, M. (2010). Childhood maltreatment and the long term consequences. *MedUnab*, 13, 103–115.
- Albert, M., Becker, T., Mccrone, P., Y Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilisation -a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 248–266.
- Allott, K. A., Rapado-Castro, M., Proffitt, T. M., Bendall, S., Garner, B., Butselaar, F., ... Phillips, L. J. (2015). The impact of neuropsychological functioning and coping style on perceived stress in individuals with first-episode psychosis and healthy controls. *Psychiatry Research*, 226(1), 128–135.
- Álvarez, M. ., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J., y Arrufat, F. . (2011). Prevalence and Clinical Impact of Childhood Trauma in Patients With Severe Mental Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 156–161.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual disorders (DSM-5).
- Bakst, S., Rabinowitz, J., y Bromet, E. J. (2010). Antecedents and Patterns of Suicide Behavior in First-Admission Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 880–889.
- Barbosa-Leiker, C., Kostick, M., Lei, M., McPherson, S., Roper, V., Hoekstra, T., y Wright, B. (2013). Measurement invariance of the perceived stress scale and latent mean differences across gender and time. *Stress and Health*, 29(3), 253–260.
- Barrón, A., y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones Psicológicas*, 8, 197–206.
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., y Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 740–747.
- Bechdolf, A., Thompson, A., Nelson, B., Cotton, S., Simmons, M. B., Amminger, G. P., ... Yung, A. R. (2010). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 377–384.
- Bellón, J., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153–163.
- Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Nelson, B., y Mccorrry, P. (2013). Childhood trauma and psychosis: New perspectives on aetiology and treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(1), 1–4.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., y Mccorrry, P. D. (2008). Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568–579.

- Bender, D., y Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto-und pathogenetische Ansätze. *Gesundheits-Oder Krankheitstheorie*, 117–145.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169–190.
- Billings, A. G., y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139–57.
- Billings, A. G., y Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877–891.
- Breitborde, N. J. K., Srihari, V. H., y Woods, S. W. (2009). Review of the operational definition for first-episode psychosis HHS Public Access. *Early Interv Psychiatry*, 3(4), 259–265.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709–23.
- Brody, E. B. (1981). Can mother-infant interaction produce vulnerability to schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(2), 72–81.
- Burgermeister, D. (2007). Childhood adversity: a review of measurement instruments. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 163–76.
- Butjosa, A. (2017). *Acontecimientos vitales estresantes y primer episodio psicótico Stressful life events and first-episode psychosis*. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Butjosa, A., Omez-Benito, J. G., Myin-Germeys, I., Barajas, A., Ba, I., Usall, J., ... Ochoa, S. (2017). Development and validation of the Questionnaire of Stressful Life Events (QSLE).
- Canton, G., y Fraccon, I. G. (1985). Life events and schizophrenia. A replication. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(3), 211–216.
- Cardno, A., Marshall, E. J. E., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., ... Murray, R. M. (1999). Heritability Estimates for Psychotic Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 162.
- Carr, C. P., Camilla, P., Martins, M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., y Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 1007–1020.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.

- Chang, W. C., Hui, C. L. M., Tang, J. Y. M., Wong, G. H. Y., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., y Chen, E. Y. H. (2013). Impacts of duration of untreated psychosis on cognition and negative symptoms in first-episode schizophrenia: a 3-year prospective follow-up study. *Psychological Medicine*, 43, 1883–1893.
- Chiu, M. Y. L., Ho, W. W. N., Lo, W. T. L., y Yiu, M. G. C. (2009). Operationalization of the SAMHSA model of recovery: a quality of life perspective.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Compton, M. T., Broussard, B., Ramsay, C. E., y Stewart, T. (2011). Pre-illness cannabis use and the early course of nonaffective psychotic disorders: Associations with premorbid functioning, the prodrome, and mode of onset of psychosis. *Schizophrenia Research*, 126, 71–76.
- Connor, K. M., y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. D., y Lambert, M. (2010). Pretreatment and Outcome Correlates of Sexual and Physical Trauma in an Epidemiological Cohort of First-Episode Psychosis Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1105–1114.
- Cornes, J. (1994). El apoyo social: Su relevancia en la práctica psiquiátrica. *Rev de Psiquiatría Fac Med Barna*, 21(6), 147–154.
- Coyne, J. C., Aldwin, C., y Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5), 439–447.
- Daalman, K., Diederens, K. M. J., Derks, E. M., van Lutterveld, R., Kahn, R. S., y Sommer, I. E. C. (2012). Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 42(12), 2475–2484.
- Ellason, J. W., y Ross, C. A. (1997). Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*, 80(2), 447–50.
- Endler, N. S. (1989). Coping with frustrations to self-realization-Stress, anxiety, crises and adjustment. *Self-Realization, Success and Adjustment.*, 153–164.
- Endler, N. S., y Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.
- Erickson, D. H., y Lacono, W. G. (1998). Social Support Predicts 5-Year Outcome in First-Episode Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 681–685.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., y Delongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579.

- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R., y Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 259–72.
- Galletly, C., Hooff, M. Van, y Mcfarlane, A. (2011). Psychotic symptoms in young adults exposed to childhood trauma—A 20 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 127, 76–82.
- Garno, J. L., Goldberg, P. M. R., y Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186, 121–125.
- Gayer-Anderson, C., & Morgan, C. (2013). Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 131–146.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., y Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 467–483.
- Grotberg, E. (1995). Early Childhood Development: Practice and Reflections Number 8 A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit.
- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B., y Bentall, R. P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 543–7.
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518.
- Ho, W. W. N., Chiu, M. Y. L., Lo, W. T. L., y Yiu, M. G. C. (2010). Recovery Components as Determinants of the Health-Related Quality of Life Among Patients with Schizophrenia: Structural Equation Modelling Analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 71–84.
- Hobfoll, S.E., Dunahoo, C.L., y Monnier, J. (1993). Preliminary test manual: The strategic approach to coping scale (SACS). Manuscrito no publicado. Kent State University.
- Hofer, A., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Suzuki, T., Pardeller, S., ... Uchida, H. (2016). Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia Research*, 171, 86–91.
- Hofer, A., Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., Wolfgang Fleischhacker, W., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., ... Uchida, H. (2017). Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *European Psychiatry*, 46, 42–47.

- Horan, W. P., Ventura, J., Mintz, J., Kopelowicz, A., Wirshing, D., Christian-Herman, J., ... Liberman, R. P. (2007). Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 151, 77–86.
- Jansen, L. M. C., Gispens-De Wied, C. C., Gademan, P. J., De Jonge, R. C. J., Van Der Linden, J. A., y Kahn, R. S. (1998). Blunted cortisol response to a psychosocial stressor in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 33, 87–94.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., Graaf, R. de, y Os, J. van. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(16), 38–45.
- Jim van Os, S., y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374(22), 635–645.
- Jiménez, L., Menéndez M^a Hidalgo, S. V, y Jiménez García, L. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *De Andalucía Occidental*, 26(3), 427–440.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Taylor, P. J., Pratt, D., y Tarrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 883–889.
- Kaiser, S. L., Snyder, J. A., Corcoran, R., y Drake, R. J. (2006). The relationships among insight, social support, and depression in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(12), 905–8.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–76. Retrieved from
- Kelly, D. L., Rowland, L. M., Patchan, K. M., Sullivan, K., Earl, A., Raley, H., ... McMahon, R. P. (2016). Schizophrenia clinical symptom differences in women vs. men with and without a history of childhood physical abuse. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 5.
- Keshavan, M. S., Diwadkar, V. A., Montrose, D. M., Rajarethinam, R., & Sweeney, J. A. (2005). Premorbid indicators and risk for schizophrenia: A selective review and update. *Schizophrenia Research*, 79, 45–57.
- Khamker, N. (2015). First episode schizophrenia. *South African Family Practice*, 57(5), 29–33.
- Kilcommons, A. M., y Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351–359.
- Kim, K. J., Conger, R. D., Elder, G. H., y Lorenz, F. O. (2003). Reciprocal Influences Between Stressful Life Events and Adolescent Internalizing and Externalizing Problems. *Child Development*, 74(1), 127–143.

- Kim, K. R., Song, Y. Y., Park, J. Y., Lee, E. H., Lee, M., Lee, S. Y., ... Kwon, J. S. (2013). The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 762–771.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lemos, S. (1989). No Title. *Psicothema*, 1(1-2), 55–69.
- Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., ... Post, R. M. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51(4), 288–97.
- Lin, N., Ensel, W., y Dean, A. (1986). The age structure and the stress process. *Social Support, Life Events, and Depression*, 213–230.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(3), 159–174.
- Lysaker, P. H., Beattie, N. L., Strasburger, A. M., y Davis, L. W. (2005). Reported History of Child Sexual Abuse in Schizophrenia Associations With Heightened Symptom Levels and Poorer Participation Over Four Months in Vocational Rehabilitation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 790–795.
- Lysaker, P. H., y LaRocco, V. A. (2008). The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 330–334.
- Macbeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Carcione, A., Fisher, R., Mcleod, H. J., y Dimaggio, G. (2014). Metacognition, symptoms and premorbid functioning in a First Episode Psychosis sample. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 268–273.
- Macdonald, E. M., Hayes, R. L., y Baglioni, A. J. (2000). The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*, 46, 25–30.
- Macdonald, E. M., Pica, S., Mcdonald, S., Hayes, R. L., y Baglioni, A. J. (1998). Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 172(33), 122–7.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- March, D., Hatch, S. L., Morgan, C., Kirkbride, J. B., Bresnahan, M., Fearon, P., y Susser, E. (2008). Psychosis and Place. *Epidemiologic Reviews*, 30, 84–100.
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R., y Carr, V. J. (2013).

- Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(02), 225–238.
- Mccabe, K. L., Maloney, E. A., Stain, H. J., Loughland, C. M., y Carr, V. J. (2012). Relationship between childhood adversity and clinical and cognitive features in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 600–607.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., y Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67–76.
- Mesa-Gresa, P., y Moya-Albiol, L. (2011). [Neurobiology of child abuse: the “cycle of violence”]. *Revista de Neurología*, 52(8), 489–503.
- Miller, S. M., Brody, D. S., y Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(1), 142–8.
- Mizuno, Y., Hofer, A., Suzuki, T., Frajo-Apor, B., Wartelsteiner, F., Kemmler, G., ... Uchida, H. (2016). Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophrenia Research*, 175, 148–153.
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M., y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or aff ective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319–328.
- Moreno, J. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología*, 21(2), 224–230.
- Morgan, C., Reininghaus, U., Reichenberg, A., Frissa, S., SELCoH study team, Selc. study, Hotopf, M., y Hatch, S. L. (2014). Adversity, cannabis use and psychotic experiences: evidence of cumulative and synergistic effects. *The British Journal of Psychiatry*: *The Journal of Mental Science*, 204(5), 346–53.
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social funtioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323–329.
- Morrison, A. P., Frame, L., y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331–353.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., y Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123–143.
- Myin-Germeys, I., Van, O. J., Schwartz, J. E., Stone, A. A., y Delespaul, P. A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch.Gen.Psychiatry*, 58(12), 1137–1144.
- Nuechterlein, K. H., y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of

- schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300–12.
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á., y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 13(1), 53–62.
- Ordóñez, N. (2015). *Experiencias Traumáticas Tempranas y Procesos de Recuperación en los Trastornos Psicóticos*. Universidad de Oviedo.
- Palmer, B. W., Sirkin Martin, A., Depp, C. A., Glorioso, D. K., y Jeste, D. V. (2014). Wellness within illness: Happiness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 159, 151–156.
- Palumbo, C., Volpe, U., Matanov, A., Priebe, S., y Giacco, D. (2015). Social networks of patients with psychosis: a systematic review. *BMC Research Notes*, 8, 560.
- Pearlin, L. I., y Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2.
- Pedrero Pérez, E. J., Ángel, M., Germán, S., María, A., y García, P. (2012). Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento Estratégico (SACS) de Hobfoll. *Psicothema*, 24(3), 455–460.
- Pedrero Pérez, E. J., Germán, M. Á. S., y García, A. M. P. (2012). Adaptación española de la escala multiaxial de afrontamiento estratégico (SACS) de Hobfoll. *Psicothema*, 24(3), 455–460.
- Pedros, A., y Tenías, J. (2006). Acute psychosis and sex: Do differences exist? *Anales de Psiquitría*, 22, 1–7.
- Peralta, V., y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53(1), 31–40.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles Del Psicólogo*, 31(2), 191–201.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis ☆ , ☆☆. *Clinical Psychology Review*, 29, 328–338.
- Phillips, L. J., Edwards, J., McMurray, N., Francey, S., y Phillips, L. (2012). Comparison of Experiences of Stress and Coping Between Young People at Risk of Psychosis and a Non-Clinical Cohort. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 69–88.
- Phillips, L. J., Francey, S. M., Edwards, J., y McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(4), 371–410.
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., y Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 73, 191–218.

- Read, J., Agar, K., Argyle, N., y Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(1), 1–22.
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P., y Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350.
- Reininghaus, U. A., Morgan, C., Simpson, J., Dazzan, P., Morgan, K., Doody, G. A., ... Craig, T. K. J. (2008). Unemployment, social isolation, achievement–expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 743–751.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(01), 86–93.
- Resnick, S. G., Bond, G. R., y Mueser, K. T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 415–423.
- Riecher-Rössler, A., Aston, J., Borgwardt, S., Bugra, H., Fuhr, P., Gschwandtner, U., ... Zimmermann, R. (2013). Vorhersage von Psychosen durch stufenweise Mehrebenenabklärung - Das Basler FePsy(Früherkennung von Psychosen)-Projekt. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 81(05), 265–275.
- Ross, C. A., Anderson, G., y Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*, 45(5), 489–91.
- Sala, R., Goldstein, B. I., Wang, S., y Blanco, C. (2014). Childhood maltreatment and the course of bipolar disorders among adults: epidemiologic evidence of dose-response effects. *J Affect Disord*, 165, 74–80.
- Sanmartín, J. (2011). Maltrato Infantil en la familia de España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., y Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65.
- Schenkel, L. S., Spaulding, W. D., Dilillo, D., y Silverstein, S. M. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*, 76, 273–286.
- Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutierrez, R., Solera-Martínez, M., y Martínez-Vizcaino, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor- Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. Validity of the Connor Davidson Resilience scale (CD-RISC) in people from 60-to-75 years old. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 49–57.

- Sevy, S., Robinson, D. G., Napolitano, B., Patel, R. C., Gunduz-Bruce, H., Miller, R., ... Kane, J. (2010). Are cannabis use disorders associated with an earlier age at onset of psychosis? A study in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 120, 101–107.
- Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., y Adamson, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193–199.
- Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., y Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 1149–1152.
- Subica, A. M. (2013). Psychiatric and physical sequelae of childhood physical and sexual abuse and forced sexual trauma among individuals with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 588–96.
- Sündermann, O., Onwumere, J., Kane, F., Morgan, C., y Kuipers, E. (2014). Social networks and support in first episode psychosis: exploring the role of loneliness and anxiety Europe PMC Funders Group. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(3), 359–366.
- Tan, R., Gould, R. V., Combes, H., y Lehmann, S. (2014). Distress, trauma, and recovery: Adjustment to first episode psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(1), 80–95.
- Tarbox, S. I., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Perkins, D. O., ... Woods, S. W. (2014). Functional development in clinical high risk youth: Prediction of schizophrenia versus other psychotic disorders. *Psychiatry Res. January*, 30(2151), 52–60.
- Thompson, J. L., Kelly, M., Kimhy, D., Harkavy-Friedman, J. M., Khan, S., Messinger, J. W., ... Corcoran, C. (2009). Childhood trauma and prodromal symptoms among individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 108, 176–181.
- Tikka, M., Luutonen, S., Ilonen, T., Tuominen, L., Kotimäki, M., Hankala, J., y Salokangas, R. K. R. (2013). Childhood trauma and premorbid adjustment among individuals at clinical high risk for psychosis and normal control subjects. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(1), 51–57.
- Torgalsbøen, A.-K. (2012). Sustaining Full Recovery in Schizophrenia after 15 Years: Does Resilience Matter? *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 5(4), 193–200.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., y Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488–531.
- van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–212.

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective-and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671.
- Veling, W., Hoek, H. W., Wiersma, D., y Mackenbach, J. P. (2010). Ethnic Identity and the Risk of Schizophrenia in Ethnic Minorities: A Case-Control Study. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1149–1156.
- Velthorst, E., Derks, E. M., Schothorst, P., Becker, H., Durston, S., Ziermans, T., ... De Haan, L. (2013). Quantitative and qualitative symptomatic differences in individuals at Ultra-High Risk for psychosis and healthy controls. *Psychiatry Research*, 210, 432–437.
- Walker, E., Mittal, V., y Tessner, K. (2008). Stress and the Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis in the Developmental Course of Schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 4, 189–216.
- Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., ... Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(4), 360–367.
- Yung, A. R., Stanford, C., Cosgrave, E., Killackey, E., Phillips, L., Nelson, B., y McGorry, P. D. (2006). Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research*, 84, 57–66.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–26.

10.ANEXOS

Anexo 1: Hoja informativa

HOJA INFORMATIVA

Actualmente hay un gran interés por el estrés ya que muchas enfermedades pueden estar afectadas por éste, entre ellas un primer episodio psicótico. Dentro de esta patología, debemos centrar nuestra atención en la identificación de cuál es el rol de los factores de estrés psicosocial -los acontecimientos vitales estresantes, el estrés percibido, y las experiencias traumáticas- que son factores relevantes en la aparición de la enfermedad. Estos factores tienen en común desregular las vías biológicas implicadas en la respuesta al estrés.

Además, la interpretación y la capacidad del individuo para afrontar y resistir estas situaciones estresantes sin desarrollar patología psicológica son factores clave. Por lo tanto, hay factores protectores que ayudan al individuo a la prevención, superación y gestión del estrés como por ejemplo las estrategias de afrontamiento, la resiliencia y el apoyo social.

El objetivo de este estudio es enmarcar el papel de los factores de estrés psicosocial y de los factores protectores en la aparición, desarrollo y evolución de un primer episodio psicótico.

*Este estudio forma parte de una investigación con título: "Niveles de prolactina en pacientes con un primer episodio psicótico sin tratamiento antipsicótico previo. Relación con efectos secundarios sexuales y reproductivos. Estudio transversal y de seguimiento".

Proyecto de investigación "niveles de prolactina en pacientes con un primer episodio psicótico sin tratamiento antipsicótico previo. Relación con efectos secundarios sexuales y reproductivos. Estudio transversal y de seguimiento a los tres meses"

Apreciado/da Sr./Sra

Solicitamos su colaboración para participar en el proyecto de investigación "Niveles de prolactina en pacientes con un primer episodio psicótico sin tratamiento antipsicótico previo. relación con efectos secundarios sexuales y reproductivos. estudio transversal y de seguimiento a los tres meses" Este proyecto ayudará a ampliar nuestro conocimiento sobre los primeros episodios psicóticos.

El estudio implica una sesión de evaluación donde le serán administrados una serie de cuestionario y escalas. Así mismo, en algunos casos, se realizará una extracción de sangre en la que serán determinados: hemograma, glicemia, perfil tiroideo, perfil lipídico, función hepática y renal, niveles hormonales reproductivos y prolactina.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y puede retirarse de ella en cualquier momento sin que tenga que dar explicaciones a nadie. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión.

Toda la información sobre usted será tratada de forma confidencial y solo podrá tener acceso a ella los y las profesionales responsables del estudio.

Anexo 2: Consentimiento informado

PROJECTE D'INVESTIGACIÓ
“NIVELLS DE PROLACTINA EN PACIENTS AMB UN PRIMER EPISODI
PSICÒTIC SENSE TRACTAMENT ANTIPSICÒTIC PREVI. RELACIÓ AMB
EFFECTES SECUNDARIS SEXUALS I REPRODUCTIUS. ESTUDI
TRANSVERSAL I DE SEGUIMENT ALS TRES MESOS”

Apreciado/da Sr./Sra

Solicitamos su colaboración para participar en el proyecto de investigación “Niveles de prolactina en pacientes con un primer episodio psicótico sin tratamiento antipsicótico previo. relación con efectos secundarios sexuales y reproductivos. estudio transversal y de seguimiento a los tres meses” Este proyecto ayudará a ampliar nuestro conocimiento sobre el origen de la disfunción sexual i reproductiva de los/las nuestros/as pacientes.

El estudio implica varias sesiones de evaluación con usted (una basal, una segunda a los tres meses, una tercera a los 6 meses y anualmente hasta los 5 años). En cada una de las sesiones le seran administradas una serie de cuestionarios y escalas sobre su enfermedad y su funcionamiento psicosocial. Asi mismo se le determinara el peso y la talla, se hará un control de toxicos en orina y se realizará una extracción de sangre en su Centro de Salud Mental o unidad hospitalaria de referencia en la que seran determinados: hemograma, glicemia, perfil tiroideo, perfil lipídico, función hepática y renal, niveles hormonales reproductivos y prolactina. En caso que en la analítica basal se observaran alteraciones significativas de la prolactinemia, se realizaria una Ressonancia Magnética de cráneo para descartas otras enfermedades.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria iy puede retirarse de ella en cualquier momento sin que tenga que dar explicaciones a nadie. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguira recibiendo las visitas habituales.

Toda la información sobre usted será tratada de forma confidencial y solo podrá tener acceso a ella los y las profesionales responsables del estudio.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO
 “NIVELES DE PROLACTINA EN PACIENTES CON UN PRIMER
 EPISODIO PSICÓTICO SIN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO PREVIO.
 RELACIÓN CON EFECTOS SECUNDARIOS SEXUALES Y
 REPRODUCTIVOS. ESTUDIO TRANSVERSAL Y DE SEGUIMIENTO A
 LOS TRES MESES”**

Yo, el Sr./Sra.accedo a participar en el estudio *“Niveles de prolactina en pacientes con un primer episodio psicótico sin tratamiento antipsicótico previo. relación con efectos secundarios sexuales y reproductivos. estudio transversal y de seguimiento a los tres meses”*

I manifiesto que :

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio en el que participaré.
2. He recibido una hoja informativa que explique las características del estudio
3. He estado informado de las implicaciones derivadas de mi participación.
4. Soy consciente de que mi participación es voluntaria y me puedo retirar en el momento que desee sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta a mi atención.
5. De acuerdo con la L.O. 15/1999, de 13 Diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004), declaro haber estado informado del registro de datos del Parc Sanitari Sant Joan de Déu y de su utilización para investigación por parte de la investigadora principal del proyecto

Estoy de acuerdo en participar en el estudio.

Participante:..... Investigadora:

Firma: Firma:

Anexo 3: CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica

C.P. - C.I. PIC-82-13

04 de diciembre de 2013

CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Dr. Jesús Pineda
Presidente del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Fundació Sant Joan de Déu en su reunión del día 28/11/2013, ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: "Nivells de prolactina en pacients amb un primer episodi psicòtic sense tractament antipsicòtic previ. Relació amb efectes secundaris sexuals i reproductius, estudi transversal i de seguiment als 3 mesos."

Código Interno: PIC-82-13

Promotor: Otros (académico)

Monitor/CRO: Otros (académico)

2º. Considera que:

- El ensayo se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

4º. Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEIC/Centros por los Investigadores:

CEIC Fundació Sant Joan de Déu	Dra. Nuria Del Cacho (Psiquiatria) Parc Sanitari Sant Joan de Déu
--------------------------------	--

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat, a 04 de diciembre de 2013

Fdo:

Dr. Jesús Pineda
Presidente del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Anexo 4: Comisión de Investigación de UNIR

INFORME DE VALORACIÓN DE TFG/TFM

La Comisión de investigación de TFG/TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFG/TFM titulado "*Estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios psicóticos*" presentado por D./Dña. *Regina Vila Badia*, en el que consta como autor, ha sido valorado en Madrid a fecha del día *13 de noviembre de 2017*.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE** incluyendo las siguientes **observaciones**:

- Presentar el Consentimiento Informado original del estudio aprobado por el CEIC del Centro en el que se realiza el estudio (Fundació Sant Joan de Deu)

Firmado. M^a José Busto Martínez



Madrid a 13 de noviembre de 2017.

Anexo 5: Compromiso de confidencialidad de los datos

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA
RIOJA
Clausula Comp. Conf. Alumnos en Practicas

PRODAT[®]
PROTECCION DE DATOS

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS EN PRÁCTICAS E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El abajo firmante, D./ Dña Regina Vila Badia, con DNI 43633571H y alumno matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, en el marco del convenio de colaboración para la realización de las prácticas profesionales por el alumno en el centro Parc Sanitari Sant Joan de Déu (en adelante, el "Centro"), es necesario que, con carácter previo, se someta y comprometa, en relación con el Centro y con la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, a las siguientes previsiones:

1. No revelar, a persona alguna ajena al Centro, sin su consentimiento, la información referente a la que haya tenido acceso en el desempeño de sus funciones, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones del abajo firmante, o de la entidad impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a Derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los pacientes del Centro por parte del alumno, datos que únicamente incluyen la edad y el sexo de los pacientes que se vean afectados, con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster que el alumno realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, así como la exposición de tal Trabajo. En ningún caso, se permitirá la utilización de datos adicionales y, en ningún caso, el nombre y apellidos de los pacientes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. Utilizar la información a la que tengan acceso en el desempeño de sus funciones en la realización de prácticas en el Centro, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desempeño de sus prácticas en el Centro.
4. Cumplir, en el desarrollo de sus funciones en el Centro, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizadas las prácticas realizadas en el Centro y terminada la relación con la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA
RIOJA
Clausula Comp. Conf. Alumnos en Practicas

PRODAT[®]
PROTECCION DE DATOS

6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por el Centro en su organización cuando desarrolle las prácticas necesarias para su titulación en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA.

El abajo firmante se hace responsable frente al Centro y frente a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al Centro y a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que éste se vea obligado a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS: REGINA VILA BADIA

DNI: 43633571H

FIRMA:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Regina Vila Badia', written over a horizontal line.

Anexo 6:

Dra Susana Ochoa Güerre, como Coordinadora de la Unidad de Investigación y Desarrollo de Parc Sanitari Sant Joan de Déu

CERTIFICA:

Que Regina Vila Badia ha realizado el trabajo "Estrés psicosocial y factores protectores en primeros episodios psicóticos" que se enmarca dentro de un proyecto de investigación en el marco del grupo de Etiopatogenia y tratamiento de los trastornos mentales severos del PSSJD.

Que se autoriza a utilizar los datos de este estudio para la realización del TFM ya que Regina ha participado de manera activa en la evaluación y en el planteamiento del estudio.

Y para que así conste,



Sant Boi de Llobregat, 17 de enero de 2018

Susana Ochoa Güerre
Coordinadora de la Unitat de Investigación y Desarrollo de Parc Sanitari Sant Joan de Déu

