

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

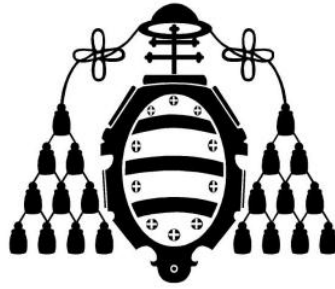
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TESIS DOCTORAL

*Experiencias Traumáticas Tempranas y Procesos de
Recuperación en los Trastornos Psicóticos*

Nuria Ordóñez Cambor

2015



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TESIS DOCTORAL

*Experiencias Traumáticas Tempranas y Procesos de
Recuperación en los Trastornos Psicóticos*

Autora:

Nuria Ordóñez Camblor

Directores:

Mercedes Paino Piñeiro

Eduardo Fonseca Pedrero

2015



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS TEMPRANAS Y PROCESOS DE RECUPERACIÓN EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS	Inglés: EARLY TRAUMATIC EXPERIENCES AND RECOVERY PROCESS IN PSYCHOTIC DISORDER
2.- Autor	
Nombre: NURIA ORDÓÑEZ CAMBLOR	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: PSICOLOGÍA	
Órgano responsable: DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA	

RESUMEN (en español)

Estudios previos han destacado el papel de las experiencias traumáticas tempranas como un factor predisponente importante de gran variedad de alteraciones psicopatológicas. Sin embargo, el papel del trauma en el desarrollo de la psicosis es un área poco estudiada a día de hoy en nuestro país. Este trabajo está orientado a tratar de conseguir un mayor conocimiento acerca de los trastornos psicóticos y su relación con las experiencias traumáticas tempranas. Para ello se ha planteado un doble objetivo general: por un lado, tratar de desarrollar un instrumento breve de medida que permita detectar de forma rápida y precisa la presencia de experiencias traumáticas en pacientes psicóticos y, en segundo lugar, analizar la posible influencia de dichas experiencias en el curso y recuperación de los trastornos psicóticos.

Se han utilizado dos muestras, una muestra clínica formada por 114 pacientes que habían experimentado, en algún momento de su vida, al menos un episodio psicótico ($M= 35,5$; $DT= 9,26$) y un grupo de comparación de 153 adultos jóvenes ($M= 20,8$; $DT= 1,8$). Los resultados mostraron que el instrumento de medida desarrollado, el ExpTra-S, es un instrumento de medida breve, sencillo y útil para evaluar la presencia de experiencias traumáticas tempranas en los pacientes con psicosis. Respecto a la prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas, un elevado porcentaje de pacientes con psicosis refirieron la presencia de experiencias traumáticas tempranas (80%), siendo menor la prevalencia de dichas experiencias en el grupo de adultos jóvenes (48,4%). La presencia de experiencias traumáticas tempranas se ha relacionado con una serie de variables que muestran un peor curso y evolución, como mayor



presencia de sintomatología psicótica, mayor número de brotes psicóticos y con más ideas de suicidio.

Respecto a la recuperación, los resultados obtenidos indican que el proceso de recuperación de los pacientes con psicosis que refieren experiencias traumáticas previas difiere de los pacientes que no informan de abusos tempranos. Así, los pacientes con experiencias traumáticas tempranas presentan un proceso de recuperación más lento, siendo el paso de unos estadios a otros más costoso. Del mismo modo, se ha analizado la presencia de diferentes variables que se han relacionado con un peor proceso de recuperación, observando que los pacientes con psicosis que informan de experiencias traumáticas previas presentan mayor nivel de estigma internalizante y mayor número de quejas subjetivas de déficit cognitivos. En definitiva, la presencia de experiencias traumáticas tempranas en un paciente con psicosis puede dificultar el proceso de recuperación y puede ser un indicador de mal pronóstico.

RESUMEN (en Inglés)

Previous research has highlighted the role of the early traumatic experiences as a significant predisposing factor in a wide range of psychopathological disorders. However, the role of trauma in the development of psychosis is, nowadays, an understudied area, especially in Spain. This work is aimed at trying to get more knowledge about psychotic disorders and their relationship with early traumatic experiences. To this end, we have proposed two general objectives: first, try to develop a short measuring instrument to detect quickly and accurately the presence of traumatic experiences in psychotic patients and, secondly, to analyze the potential effect that such experiences may have in the course and recovery of the psychotic disorders.

Two different samples of participants were used: a clinical sample of 114 patients who had undergone at least one psychotic episode ($M= 35$, 5 years of age; $DT= 9,26$) and a comparison group of 153 young adults ($M= 20,8$ years of age; $DT= 1,8$). The results obtained showed that the developed measuring instrument, the ExpTra-S, is A short measuring instrument, simple and useful for assessing the presence of early traumatic experiences in patients with psychosis. About the prevalence of early traumatic experiences, a high percentage of patients with psychosis reported the



presence of early traumatic experiences (80%), whereas the prevalence of such experiences in the group of young adults was lower (48,4%). The presence of early traumatic experiences has been linked to different variables that have been associated with a worse course and outcome, as increased the presence of psychotic symptoms, greater number of psychotic episodes and high suicidal ideation.

Concerning recovery, the results indicate that the recovery process of patients with psychosis who report previous traumatic experiences is different from the recovery process of patients who do not report early abuse. The patients with early traumatic experiences have a slower recovery process, being the change from one stage to other more costly. In the same way, we analyzed the presence of different variables that have been associated with a worse recovery process, noting that the results obtained showed that patients with psychosis who report previous traumatic experiences have a higher level of internalized stigma and an increased number of subjective complaints of cognitive deficit. In conclusion, the presence of early traumatic experiences in a patient with psychosis may hinder the recovery process and can be an indicator of poor prognosis.

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE _____ /
SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN _____

A Juanpa y a mi familia

Agradecimientos

Llevar a cabo este trabajo y conseguir que este sueño se haya hecho realidad no hubiese sido posible sin la ayuda de todas aquellas personas que me han acompañado en este largo camino. Por ello me gustaría aprovechar estas líneas para mostrar mi más profundo agradecimiento.

En primer lugar me gustaría mostrar mi agradecimiento, a mis directores de tesis, Mercedes Paino y Eduardo Fonseca por su dedicación y saber hacer. Gracias por haber compartido conmigo sus conocimientos, apoyarme y guiarme en este largo camino. Porque sus consejos y aportaciones han mejorado sustancialmente este trabajo.

A Serafín Lemos, por haber confiado en mí desde el principio y haberme alentado durante todos estos años. Por compartir conmigo su sabiduría y otorgarme el privilegio de poder haber trabajado con él.

A todos los clínicos e investigadores que han intervenido en el Proyecto de Investigación participando en el proceso de recogida de información y permitiéndonos el acceso a sus pacientes, tratándonos como parte del equipo. En especial a Leticia por ser más que una compañera y hacerme mucho más fácil este camino. Las largas mañanas entrevistando pacientes no hubiesen sido lo mismo sin ella.

A todas las personas con trastornos psicóticos, que con su colaboración han hecho posible a la elaboración de este trabajo.

A Juanpa, por estar siempre a mi lado y por su paciencia infinita. Porque sin él, no hubiese sido posible llevar a cabo este trabajo. Él ha sabido como nadie, acompañarme y alentarme en las situaciones difíciles cuando parecía que este momento nunca iba a llegar. Me ha hecho la vida más fácil, gracias por tantos paseos de Coco perdonados para que yo pudiese continuar con la tesis. *“Será como imagino aunque seguro que será mejor contigo”*.

A mis padres, imposible expresar mi gratitud en sólo unas líneas. Porque todo lo que soy se lo debo a ellos. Por haberme enseñado tantas y tan importantes lecciones. Por su amor y cariño incondicional, por su comprensión y apoyo en este trabajo y en cada una de las decisiones que he ido tomado a lo largo de estos años. Gracias.

A mi hermana, por tantos momentos vividos y porque a pesar de nuestras pequeñas diferencias de hermanas, siempre ha estado a mi lado cuando la he necesitado. Por contagiarme un poquito de su “locura” y haberla dejado plantada para poder acabar esta tesis. Aun nos quedan muchos conciertos y momentos para vivir juntas.

A las chicas de oro, en especial a Tata y a Geli por confiar siempre en mí y enseñarme tantas cosas. Porque en cada uno de los recuerdos que tengo, siempre han estado ahí, mostrándome su mejor sonrisa y acompañándome en los mejores y en los peores momentos.

A mis abuelos, porque a pesar de que no están conmigo en este momento tan especial, han sido parte importante en mi vida y sé que estarían muy orgullosos.

A mis amigos, en especial a las de siempre: Euge, Vero y Miri; y a mi nueva familia de Burgos: Aida, Miguel, “los inútiles”... por disculpar mis ausencias y darme apoyo cada vez que me desesperaba por tantas tardes pasadas delante del ordenador. Prometo recompensaros y a partir de ahora no decir más eso de “no puedo tengo que hacer la tesis”.

A todos vosotros, sinceramente, gracias.

ÍNDICE

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

Introducción.....	3
Capítulo I: Los trastornos psicóticos.....	7
1.1. Aproximación inicial a los trastornos psicóticos.....	7
1.1.1. Conceptualización y diagnóstico de los trastornos psicóticos.....	7
1.1.2. Desde la normalidad a la psicosis: el fenotipo psicótico.....	12
1.2. Síntomas centrales de los trastornos psicóticos.....	20
1.3. Etiología de los trastornos psicóticos.....	26
1.3.1. Factores biológicos.....	27
1.3.2. Factores ambientales.....	37
1.4. Modelos explicativos de los trastornos psicóticos.....	39
1.4.1. Modelos de vulnerabilidad-estrés.....	39
1.4.2. Modelos del neurodesarrollo.....	44
1.4.3. Modelos epigenéticos.....	48
1.4.4. Los trastornos psicóticos como trastorno del yo.....	53
Capítulo II: Experiencias traumáticas tempranas.....	55
2.1. Conceptualización de las experiencias traumáticas tempranas.....	55
2.2. Reacciones ante las experiencias traumáticas tempranas.....	60
2.3. Experiencias traumáticas tempranas y psicopatología.....	62
2.4. Modelos explicativos de la relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicopatología.....	71
2.4.1. Experiencias traumáticas tempranas y psicopatología desde la perspectiva del apego y de las relaciones familiares.....	71
2.4.2. Experiencias traumáticas tempranas y psicopatología desde la	

teoría del desarrollo.....	76
2.4.3. Experiencias traumáticas tempranas, trastorno por estrés posttraumático y trauma complejo.....	77
2.5. Experiencias traumáticas tempranas desde la psicología positiva.....	84
2.6. Instrumentos de evaluación de experiencias traumáticas tempranas.....	86
Capítulo III: Trauma y psicosis.....	93
3.1. Relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicosis.....	92
3.1.1. Experiencias traumáticas tempranas y síntomas psicóticos específicos.....	99
3.1.2. Experiencias traumáticas tempranas, y curso y evolución de los trastornos psicóticos.....	102
3.2. Modelos explicativos de la relación trauma-psicosis.....	104
3.2.1. Modelos cognitivos.....	104
3.2.2. Modelos biológicos.....	107
3.3. Las experiencias psicóticas como acontecimientos traumáticos.....	109
3.3.1. Modelos explicativos de la relación psicosis y TEPT.....	111
Capítulo IV: Psicosis y recuperación.....	115
4.1. La recuperación en psicosis: tipos de recuperación y criterios de remisión...	115
4.1.1. El concepto de recuperación.....	115
4.1.2. Criterios de remisión.....	123
4.2. El proceso de recuperación.....	123
4.3. Modelos de recuperación.....	129
4.4. Factores relevantes en la recuperación.....	141
4.5. Instrumentos de evaluación del proceso de recuperación.....	146

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo V: Objetivos e hipótesis.....	157
5.1. Objetivos.....	157
5.2. Hipótesis.....	158
Capítulo VI: Método.....	161
6. 1. Participantes.....	161
6.2. Instrumentos de medida.....	163
6.2.1. Entrevista de datos personales.....	163
6.2.2. Screening de Experiencias Traumáticas en Pacientes con Trastorno Mental Grave (ExpTra-S).....	163
6.2.3. Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas. “ <i>Community Assessment Psychic Experiences-42</i> ” (CAPE-42).....	164
6.2.4. Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona (EES).....	165
6.2.5. Cuestionario de Estadios de Recuperación. “ <i>Stages of Recover Instrument</i> ” (STORI).....	166
6.2.6. Cuestionario de Estilos de Recuperación. “ <i>Recovery Styles Questionnaire</i> ” (RSQ).....	167
6.2.7. Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental. “ <i>Internalized Stigma of Mental Illness</i> ” (ISMI).....	168
6.2.8. Escala de Impacto de la Enfermedad. “ <i>Impact of Illness Scale</i> ” (IIS).....	169
6.3. Procedimiento.....	169
6.4. Análisis de datos.....	170
Capítulo VII: Resultados.....	173
7.1. Proceso de construcción y desarrollo del ExpTra-S.....	173
7.2. Propiedades psicométricas del ExpTra-S.....	183

7.2.1. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones.....	183
7.2.2. Evidencias de validez de las puntuaciones del ExpTra-s.....	185
7.2.3. Estimación de la fiabilidad de las puntuaciones del ExpTra-S.....	187
7.2.4. Baremación del ExpTra-S.....	189
7.2.5. Corrección e interpretación de las puntuaciones del ExpTra-S.....	190
7.3. Prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas.....	191
7.3.1. Experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis y en adultos jóvenes no clínicos.....	191
7.3.2. Diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas y psicosis.	192
7.4. Prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas en función del sexo...	195
7.5. Relación entre los síntomas psicóticos y las experiencias traumáticas tempranas.....	196
7.6. Influencia de las experiencias traumáticas tempranas en el curso y en la evolución de los trastornos psicóticos.....	197
7.7. Recuperación en psicosis y experiencias traumáticas tempranas.....	201
7.7.1. Estadios de recuperación en los trastornos psicóticos y experiencias traumáticas tempranas.....	201
7.7.2. Estilos de recuperación en los trastornos psicóticos y experiencias traumáticas tempranas.....	203
7.8. Experiencias traumáticas tempranas y variables relacionadas con el proceso de recuperación: el estigma, el impacto de la enfermedad y las experiencias subjetivas de déficit cognitivos.....	205
Capítulo VIII: Discusión y conclusiones.....	215
8.1. Discusiones.....	215
8.2. Limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación.....	240
8.2.1. Limitaciones del estudio.....	240
8.2.2. Futuras líneas de investigación.....	242

8.3. Conclusiones.....	243
Referencias.....	245
Anexos.....	331
Anexo I. Entrevista de datos personales.....	332
Anexo II. <i>Screening</i> de Experiencias Traumáticas Tempranas en Pacientes con Trastorno Mental Grave (ExpTra-S).....	335
Anexo III. Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas. “ <i>Community Assessment Psychic Experiences-42</i> ” (CAPE-42).....	339
Anexo IV. Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona (EES).....	347
Anexo V. Cuestionario de Estadios de Recuperación. “ <i>Stages of Recover Instrument</i> ” (STORI).....	349
Anexo VI. Cuestionario de Estilos de Recuperación. “ <i>Recovery Styles Questionnaire</i> ” (RSQ).....	353
Anexo VII. Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental. “ <i>Internalized Stigma of Mental Illness</i> ” (ISMI).....	356
Anexo VIII. Escala de Impacto de la Enfermedad. “ <i>Impact of Illness Scale</i> ” (IIS).....	359
Anexo IX. Hoja de información al paciente y consentimiento informado.....	361

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Factores ambientales que interactuarían con los factores genéticos en el desarrollo de los trastornos psicóticos.....	51
Tabla 2.1. Tipos de maltrato en función de la forma del maltrato y la actitud del maltratador.....	57
Tabla 2.2. Principales consecuencias iniciales del abuso sexual infantil.....	67
Tabla 2.3. Principales consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil.....	68
Tabla 2.4. Patrones de apego y características principales de cada tipo de patrón..	73
Tabla 2.5. Entrevistas para la evaluación de experiencias traumáticas infantiles...	88
Tabla 2.6. Autoinformes para la evaluación de experiencias traumáticas infantiles.....	89
Tabla 2.7. Instrumentos para la evaluación de experiencias traumáticas infantiles.....	90
Tabla 2.8. Propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación de experiencias traumáticas infantiles.....	91
Tabla 4.1. Conceptos relacionados con los componentes del proceso de recuperación.....	125
Tabla 4.2. Modelos de recuperación de los trastornos psicóticos que identifican fases o estadios de recuperación.....	130
Tabla 4.3. Comparación entre los estadios de recuperación de diferentes modelos.....	138
Tabla 4.4. Modelos de recuperación en psicosis.....	140
Tabla 4.5. Instrumentos de medida de aspectos relacionados con la recuperación..	150
Tabla 4.6. Instrumentos de medida orientados a la recuperación individual/personal.....	151
Tabla 4.7. Instrumentos de medida de recuperación orientadas a los servicios o basadas en la promoción de ambientes.....	152

Tabla 4.8. Propiedades psicométricas de los instrumentos de medida orientados a la recuperación individual/personal.....	154
Tabla 4.9. Propiedades psicométricas de los instrumentos de medida orientados a los servicios.....	155
Tabla 6.1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de pacientes con psicosis.....	164
Tabla 7.1. Fases del proceso de construcción del ExpTra-S.....	176
Tabla 7.2. Definición operativa de las facetas del ExpTra-S.....	178
Tabla 7.3. Fases del estudio piloto cualitativo llevadas a cabo durante la construcción del cuestionario.....	183
Tabla 7.4. Estadísticos descriptivos de los ítems de frecuencia del ExpTra-S.....	185
Tabla 7.5. Estadísticos descriptivos de los ítems de malestar del ExpTra-S.....	186
Tabla 7.6. Análisis factorial exploratorio para los ítems del ExpTra-S en la muestra clínica.....	188
Tabla 7.7. Índices de discriminación del ExpTra-S suprimiendo cada ítem y correlación ítem-test.....	190
Tabla 7.8. Baremación para las puntuaciones del ExpTra-S en la muestra clínica..	191
Tabla 7.9. Porcentajes de pacientes que respondieron a las opciones de respuesta de los ítems de frecuencia del ExpTra-S.....	195
Tabla 7.10. Puntuaciones medias y prevalencia en los diferentes tipos de experiencias traumáticas medidas en el ExpTra-S.....	196
Tabla 7.11. Estadísticos descriptivos de los diferentes instrumentos de medida....	198
Tabla 7.12. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total (frecuencia y malestar) del ExpTra-S y la CAPE-42.....	198
Tabla 7.13. Prevalencia de variables clínicas relacionadas con el curso de la psicosis.....	200
Tabla 7.14. Influencia de las experiencias traumáticas tempranas en la edad del primer brote psicótico, el número de brotes y el número de	

hospitalizaciones.....	201
Tabla 7.15. Prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de las diferencias en el número de brotes psicóticos en función de la intensidad de las experiencias traumáticas previas.....	201
Tabla 7.16. Influencia de las experiencias traumáticas tempranas en la presencia de ideas e intentos de suicidio y el abuso de sustancias.....	202
Tabla 7.17. Correlaciones de Pearson entre la puntuación total (frecuencia y malestar) del ExpTra-S y los estadios del STORI.....	204
Tabla 7.18. Prueba U de Mann-Whitney para el análisis de las diferencias en los estadios del STORI en función de la puntuación total del ExpTra-R.....	205
Tabla 7.19. Prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de las diferencias en el estilo de recuperación en función del grado de experiencias traumáticas temprana.....	206
Tabla 7.20. Correlaciones de Pearson entre la puntuación del ExpTra-S la puntuación total y las subescalas del ISMI y la puntuación total del IIS y del EES.....	207
Tabla 7.21. Prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de las diferencias en el estigma, en el impacto de la enfermedad y en las experiencias subjetivas en función del grado de las experiencias traumáticas tempranas.....	209
Tabla 7.22. Prueba U de Mann-Whitney para el análisis de las diferencias en grados de ETT en función de la puntuación total del EES y la puntuación total y las subescalas del ISMI.....	210

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Representación dimensional de la psicosis desde el modelo del DSM-5.....	9
Figura 1.2. El fenotipo psicótico.....	14
Figura 1.3. Modelo híbrido/interactivo de cambios prodrómicos.....	17
Figura 1.4. <i>Continuum</i> de gravedad del fenotipo psicótico y fases del trastorno.....	19
Figura 1.5. Riesgo medio para desarrollar la esquizofrenia en familiares de pacientes con esquizofrenia.....	28
Figura 1.6. El modelo de diátesis-estrés dentro del continuo de vulnerabilidad.....	40
Figura 1.7. Modelos de neurodesarrollo anómalo.....	45
Figura 1.8. Modelo de la mediación epigenética de las influencias ambientales durante el desarrollo y la relación con la vía fenotípica que conduce al desarrollo de los trastornos psicóticos.....	53
Figura 2.1. Posibles reacciones frente a experiencias traumáticas.....	61
Figura 2.2. Modelo de Apego.....	74
Figura 3.1. Un modelo integrador de la relación existente entre el trauma y la psicosis.....	107
Figura 7.1. Distribución de las puntuaciones de frecuencia del ExpTra-S.....	191
Figura 7.2. Distribución de la muestra clínica y control en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas.....	193
Figura 7.3. Prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en función del sexo en la muestra clínica.....	197
Figura 7.4. Porcentaje de personas en cada uno de los estadios de recuperación en función del grado de experiencias traumáticas tempranas.....	203
Figura 7.5. Porcentaje de personas en cada uno de los estilos de recuperación en	

función del grado de ETT.....	206
-------------------------------	-----

LISTADO DE ABREVIATURAS

ADN: Ácido desoxirribonucleico

AEIII: *Assessing Environments*

APA: *American Psychiatric Association*

CAPE-42: *Community Assessment Psychic Experiences-42*

CATS: *Childhood Abuse and Trauma Scale*

CCMS-A: *Comprehensive Child Maltreatment Scales for Adults*

CECA-Q: *Childhood Experience of Abuse and Care Questionnaire*

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CMIS: *Child Maltreatment Interview Schedule*

CNV: Variaciones raras en el Número de Copias

CRM: *Evaluation of the Collaborative Recovery Model*

CROS: *Consumer Recovery Outcomes System*

CTI: *Childhood Trauma Interview*

CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire*

DA: Dopamina

DIF: Funcionamiento Diferencia de los Ítems

DT: Desviación Típica

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

DUP: *Durating of Untreated Psychosis*

EES: Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona

EMARs: Estados Mentales de Alto Riesgo

ETI: *Early Trauma Inventory*

ETT: Experiencias Traumáticas Tempranas

ExpTra-S: *Screening de Experiencias Traumáticas Tempranas en Pacientes con Trastorno Mental Grave*

GABA: Ácido gamma-aminobutírico

g.l.: Grados de Libertad

GMH: Test Generalizado de Mantel-Haenszel

GWAS: *Genome-Wide Association Study*

HPA: Sistema Hipotalámico Hipofisario Adrenal

IIS: *Impact of Illness Scale*

IMR: *Illness Management and Recovery Scales*
ISMI: *Internalized Stigma of Mental Illness*
LSD: *Ácido Lisérgico*
MARS: *Maryland Assesment of Recovery*
MES: *Modified Engulfment Scale*
MHRM: *Mental Health Recovery Measure*
MMPI: *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*
MTI: *Modelos de Trabajo Interno*
NIMH: *National Institute of Mental Health*
NMDA: *N-metil-D-aspartato*
OMHCOS: *Ohio Mental Health Consumer Outcomes System*
OR: *Odds Ratio*
PORT-Scale: *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team- Scale*
PRI: *Psychosis Recovery Inventory*
QPR: *Questionnaire on the Process of Recovery*
RAQ-7: *Recovery Attitudes Questionnaire*
RAS: *Recovery Assessment Scale*
REE: *Recovery Enhancing Environment Measure*
RIQ: *Recovery Interventions Questionnaire*
ROPI: *Recovery Oriented Practices Index*
ROSI: *Recovery Oriented Systems Indicators Measure*
RPI: *Recovery Process Inventory*
RS: *Recovery Star*
RSA: *Recovery Self Assessment*
RSQ: *Recovery Styles Questionnaire*
SISR: *Self-identified stage of recovery*
SIST-R: *Short Interview to Assess Stages of Recovery*
SLESQ: *Stressful Life Events Screening Questionnaire*
STORI: *Stages of Recovery Instrument*
TEPT: *Trastorno por Estrés Postraumático*
TEPTC: *Trastorno por Estrés Postraumático Complejo*
TMG: *Trastorno Mental Grave*
 χ^2 : *Chi cuadrado*

FUNDAMENTACIÓN
TEÓRICA

Introducción

El síndrome psicótico aglutina un conjunto de entidades clínicas heterogéneas que son consideradas un problema sanitario y social de primer orden, siendo la esquizofrenia uno de los trastornos mentales más misteriosos y costosos tanto en términos humanos como en gastos sociales (van Os y Kapur, 2009). La esquizofrenia y otras psicosis se encuentran entre una de las diez causas principales de discapacidad ajustada por años de vida en el grupo de 10-24 años de edad (Gore et al., 2011), representando el tercer *brain disorder* más costoso de Europa (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen y Jönsson, 2012). Así, las psicosis funcionales generan múltiples problemáticas que inciden, no solo en las personas afectadas, sino también en el entorno familiar y social (McGrath, Saha, Chant y Welham, 2008). Este síndrome clínico surge en la adolescencia y la edad adulta, y afecta al 2-3% de la población (Perälä et al., 2007). La prevalencia media estimada para la esquizofrenia es de 4 personas por cada 1000, mientras que la incidencia media es de 15,2 personas por cada 100.000 (McGrath et al., 2008).

Hasta hace poco tiempo, la idea predominante era la consideración de que la psicosis era un trastorno mental crónico con gran deterioro a largo plazo, sin embargo, en los últimos años se ha ido produciendo un cambio en la conceptualización del curso de los trastornos psicóticos (Roe y Davidson, 2008). De tal manera que en la última década, el interés por el concepto de la recuperación en psicosis se ha incrementado internacionalmente, tanto a nivel clínico como político (Kelly y Gamble, 2005; Slade, Amering y Oades, 2008). Esta reconceptualización del curso de la psicosis ha dado lugar al desarrollo de diferentes modelos de recuperación y a la creación de diferentes pruebas longitudinales desarrolladas para medir el proceso de recuperación de los trastornos psicóticos (Lemos-Giráldez et al., 2015; Sklar, Groessler, O'Connell, Davidson y Aarons, 2013). Sin embargo, y dado que es un campo de estudio relativamente nuevo, son necesarias más investigaciones que permitan conocer más en profundidad el proceso de recuperación en los trastornos psicóticos.

La sensación de optimismo creciente sobre la posibilidad de obtener mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados ha producido una reforma sustancial y un impulso en la práctica clínica para desarrollar

estrategias de intervención temprana y profundizar en el conocimiento acerca de las variables que afectan a dicho proceso de recuperación, beneficiando o dificultando el mismo, de cara al desarrollo de tratamientos eficaces. Esto hace que, en la actualidad, el estudio de la prevención, detección e intervención precoz en personas con vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicóticos, sea una de las principales líneas de investigación en el campo de la esquizofrenia. La idea subyacente a todo programa de prevención temprana es la creencia de que una rápida detección del problema, con una posterior intervención eficaz, mejorará el pronóstico del trastorno; además, en caso de aparición, la recuperación sería mucho más rápida, disminuyendo así el tiempo de hospitalización y el impacto del trastorno en la esfera familiar y personal (Vallina, Lemos-Giráldez y Fernández, 2006).

De esta manera, el estudio de los posibles factores etiológicos o factores de predisposición de los trastornos psicóticos es importante de cara a la prevención y posterior intervención. En los últimos años, un tema de creciente interés ha sido el estudio de la relación entre adversidad temprana y dificultades psicológicas en fases posteriores de la vida. Aunque diferentes experiencias tempranas pueden desempeñar un papel importante en la vida adulta, especialmente se ha estudiado la relación entre trauma infantil y diferentes afectaciones en la salud. En este sentido, Felitti y colaboradores (1998) estudiaron la presencia de siete experiencias traumáticas infantiles diferentes ocurridas dentro del hogar familiar, tales como abuso sexual, psicológico o físico, violencia de género, abuso de sustancias, suicidio, enfermedad mental o problemas legales por parte de algún miembro de la familia. En el estudio, en el que participaron un total de 13.494 adultos, encontraron que más de la mitad de los encuestados había sufrido al menos una de las experiencias traumáticas, y un cuarto al menos dos, existiendo una relación gradual entre el número de experiencias traumáticas vividas y la existencia de diferentes comportamientos de riesgo para la salud tanto físicos como psicológicos.

A nivel psiquiátrico, el trauma infantil se ha asociado con la aparición de gran variedad de alteraciones psicopatológicas, como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos y trastornos por consumo de sustancias, entre otros (Agorastos, et al., 2014; Park et al., 2014; Subica, 2013). Del mismo modo, la existencia de traumas tempranos se ha asociado con diferentes

complicaciones en el curso de los trastornos mentales, como mayor comorbilidad y gravedad, peor respuesta al tratamiento farmacológico y peor pronóstico (Álvarez et al., 2011; Nanni, Uher y Danese, 2012; Teicher y Smanson, 2013).

Sin embargo, aunque durante mucho tiempo se ha asumido que el trauma infantil es un factor predisponente importante en diferentes trastornos mentales, el papel del trauma en el desarrollo de la psicosis es un área poco estudiada a día de hoy en nuestro país. Diferentes estudios han encontrado que las experiencias traumáticas pueden desempeñar un papel causal en el desarrollo de los trastornos psicóticos (Falukozi y Addington, 2012; Lataster, Myin-Germeys, Lieb, Wittchen y van Os, 2012; Read, van Os, Morrison y Ross, 2005; Spence et al., 2006; Thompson et al., 2014).

En una revisión llevada a cabo por Read y colaboradores (2005) encontraron que un gran porcentaje de pacientes diagnosticados de psicosis habían experimentado algún tipo de maltrato, concluyendo que el abuso infantil es un factor causal para la psicosis. Más recientemente, Varese y colaboradores (2012) llevaron a cabo un exhaustivo meta-análisis, encontrando una relación significativa entre la presencia de diferentes tipos de experiencias traumáticas y la psicosis ($OR= 2,78, p \leq 0,001$). En nuestro país, son escasos los estudios que miden dicha relación, siendo los resultados congruentes con los encontrados en muestras internacionales; así, entre un 40 y un 75% de los pacientes con psicosis estudiados informaban de la presencia previa de experiencias traumáticas (Álvarez et al., 2011; Ordóñez-Cambor et al., 2014). Del mismo modo, estudios recientes destacan el papel de las experiencias traumáticas antes del desarrollo de la psicosis, como posible factor desencadenante; así, una historia previa de experiencias traumáticas se ha relacionado con la transición a psicosis en personas de alto riesgo (Bechdolf et al., 2010; Thompson et al., 2014; Tikka et al., 2014).

El estudio de la relación entre psicosis y experiencias traumáticas se ha centrado también en el efecto que dichas experiencias puede tener en el curso y evolución de los trastornos psicóticos; sin embargo, no existen estudios que hayan abordado la relación entre la presencia de una historia previa de traumas y la recuperación en la psicosis. Por lo que se refiere al curso y la evolución de la psicosis, se ha visto que los pacientes que refieren historia previa de traumas presentan un perfil clínico más grave, con un inicio más temprano de la sintomatología, mayor sintomatología positiva sobre todo alucinaciones, un número más elevado de ingresos y más ideas e intentos de suicidio

(Conus, Cotton, Schimmelmann, McGorry y Lambert, 2010; Daahman et al., 2012; Garino, Goldberg, Ramirez y Ritzler, 2005 Del mismo modo, presentan una menor adherencia terapéutica y mayor sintomatología comórbida (Bendall, Alvarez-Jimenez, Nelson y McGorry, 2013; Schäfer et al., 2012).

Teniendo en cuenta las investigaciones mencionadas, el estudio de la relación entre trauma y psicosis es de suma importancia de cara a una mejor comprensión de los trastornos psicóticos. Un mayor conocimiento de este nexo de unión nos aportará información relevante de cara no solo a la mejora de los tratamientos aplicados sino también a la detección precoz de dichos trastornos.

Capítulo I:

Los trastornos psicóticos

1.1. Aproximación inicial a los trastornos psicóticos

1.1.1. Conceptualización y diagnóstico de los trastornos psicóticos

Generalmente el término “psicosis” se utiliza para describir ciertos estados mentales en los que existe una pérdida de contacto con la realidad. La psicosis produce una alteración en las principales funciones de los individuos; en los pensamientos, las emociones, la percepción y la conducta. No siempre es una condición clínica estable, sino que suele variar considerablemente en la persona que la padece y también entre personas, esto es, existe una amplia variabilidad inter e intraindividual (Heckers et al., 2013). De esta forma, “el síndrome de psicosis” aglutina un conjunto de trastornos mentales devastadores e incapacitantes que se caracterizan por una escisión de las funciones mentales superiores (Fonseca-Pedrero, Paino y Fraguas, 2013).

El estudio del fenotipo psicótico se encuentra en un momento álgido dentro del panorama científico internacional (Fonseca-Pedrero et al., 2013). Recientemente, van Os y colaboradores (2010) han propuesto un modelo de fenotipo psicótico que se articula en torno a los siguientes puntos:

- a) El síndrome de psicosis agrupa cuatro dimensiones intercorrelacionadas: 1) Desregulación afectiva: caracterizada por una alteración de los afectos y donde se encuentran los síntomas de depresión, manía y ansiedad; 2) Psicosis: caracterizada por experiencias alucinatorias e ideación delirante; 3) Negativa: caracterizada, entre otros, por la dificultad para experimentar placer a nivel físico y social (anhedonia física y social), abolición y aplanamiento afectivo; y 4) Cognitiva: caracterizada por déficit en el procesamiento de la información como pudieran ser alteraciones en la memoria, la atención y/o las funciones ejecutivas.

- b) El fenotipo psicótico se distribuye a lo largo de un *continuum* psicopatológico de gravedad. Los síntomas y signos de psicosis se pueden encontrar presentes tanto en la población general como en la población clínica.
- c) El grado de comorbilidad o solapamiento entre tales dimensiones varía en función del lugar en el que se sitúe la persona en tal continuo. A medida que se transita del fenotipo psicótico subclínico al clínico, el grado de solapamiento entre tales facetas sería mayor.
- d) La configuración e interrelación de las cuatro dimensiones puede derivar en entidades nosológicas diferentes.
- e) Considera la interacción entre los aspectos genéticos y ambientales como prioritarias en la explicación del nivel de gravedad y la probabilidad de transición al cuadro clínico.

En esta misma línea, en el nuevo manual de la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013), en el capítulo dedicado a los trastornos psicóticos, se habla de dominios de psicopatología, gradientes de la psicosis y dimensiones de la psicosis (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013). Los dominios de psicopatología que definen los trastornos psicóticos son: alucinaciones, delirios, síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento psicomotor anormal o desorganizado. Los gradientes de los síntomas y signos definen la gravedad del trastorno en base al nivel, el número y a la duración, y se utilizan para delimitar y diferenciar los trastornos psicóticos entre sí. Las dimensiones se refieren a la estructura de este cuadro clínico y se corresponden con los cinco dominios antes mencionados más la función cognitiva, la depresión y la manía (Barch et al., 2013; Heckers et al., 2013). Cada dimensión se valora en una escala de cinco puntos, donde el 0 se refiere a ausencia o no presencia, y el 4 se refiere a presencia y gravedad. Los valores superiores a dos son de gravedad suficiente y se podrían considerar como umbral para el cumplimiento de un criterio diagnóstico.

Una representación gráfica de la estructura dimensional de la psicosis se presenta en la Figura 1.1. Como se puede observar, la configuración e interrelación que se establece entre las dimensiones deriva en entidades nosológicas diferentes. Por ejemplo, véase el caso de un paciente cuya puntuación sea igual o superior a dos, en las dimensiones alucinación, delirios y déficit cognitivos. En este caso, y en función de la

duración de los síntomas y signos y el impacto en el funcionamiento social, posiblemente se diagnosticaría de esquizofrenia.

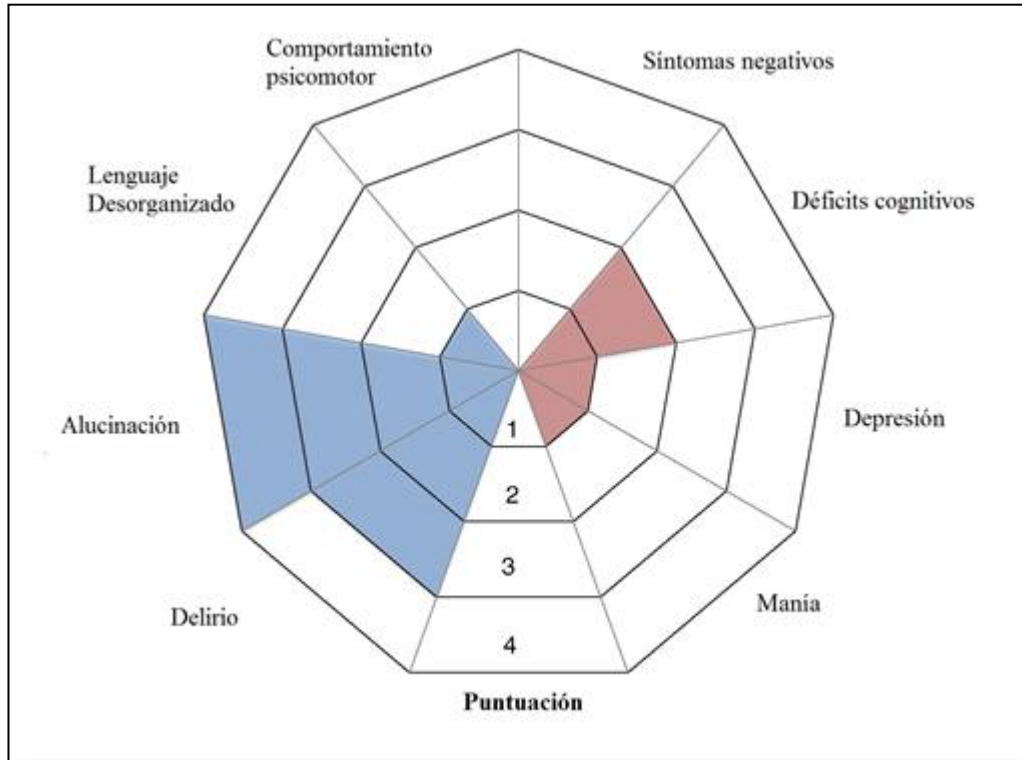


Figura 1.1. Representación dimensional de la psicosis desde el modelo del DSM-5 (adaptado de Heckers et al., 2013).

En la actualidad, la esquizofrenia es el trastorno psicótico más estudiado. La sintomatología de este trastorno es diversa, pues no todas las personas afectadas experimentan los mismos síntomas y además los síntomas pueden variar a lo largo del curso del trastorno (van Os y Kapur, 2009).

Para poder llevar a cabo el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-5 (*American Psychiatric Association, 2013*), es necesario que se cumplan los criterios que se recogen a continuación:

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) ó (3)

1. Delirios.

2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno a más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o, cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracaso en la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Por su parte, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), incluye la esquizofrenia dentro de una sección más amplia denominada *Esquizofrenia, trastorno*

esquizotípico y trastorno de ideas delirantes. Según dicho sistema de clasificación, los trastornos esquizofrénicos se caracterizarían por la presencia de distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. Asimismo se señala que suele conservarse tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos.

Este sistema de clasificación señala una lista de fenómenos psicopatológicos que, aunque no son considerados estrictamente como síntomas patognomónicos, tienen una significación especial para realizar el diagnóstico de la esquizofrenia. Estos son:

1. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
7. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
8. Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe

quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Para poder llevar a cabo el diagnóstico de esquizofrenia se requiere la presencia de, como mínimo, un síntoma muy evidente o dos o más, si son menos evidentes, de cualquiera de los cuatro primeros síntomas mencionados anteriormente, o dos o más de los síntomas del cinco al ocho.

1.1.2. Desde la normalidad a la psicosis: el fenotipo psicótico

La aproximación en la práctica clínica al trastorno mental, y a las psicosis en particular, se ajusta en gran medida al modelo dicotómico salud-enfermedad, utilizando los criterios de clasificación presentados en el apartado anterior. Basándose en dicho modelo, las alternativas son tener o no tener la enfermedad (Vázquez-Barquero y Artal, 2004). El enfoque categorial, también llamado clínico, y frecuentemente utilizado en el campo médico, considera cada categoría nosológica como una entidad discreta separada del resto y mutuamente excluyente. Dentro de este modelo, no se consideran los puntos intermedios entre lo normal y lo patológico; las diferencias entre ambos extremos son consideradas de forma cualitativa. No obstante, y aunque posibilita el consenso internacional entre investigadores y clínicos, el diagnóstico categorial es rígido, no permite captar de forma precisa la extremada heterogeneidad de los cuadros psicóticos, de la respuesta al tratamiento o del funcionamiento psicosocial.

El acercamiento dimensional se ha considerado como una alternativa al modelo categorial, confirmando su interés heurístico. El enfoque dimensional postula que los síntomas y signos psicopatológicos se pueden encontrar en la población general, no relacionándose necesariamente con un cuadro clínico. Desde el modelo dimensional, las diferencias encontradas entre la población sana y los trastornos psicológicos, como la psicosis, serían más bien una cuestión de grado, cuantitativa, y no tanto cualitativa. En este sentido el abordaje dimensional es mucho más flexible, por lo que la persona puede ser definida cuantitativamente en una o varias dimensiones.

La investigación epidemiológica actual llevada a cabo en población general indica que el fenotipo psicótico se expresa en un *continuum* que va desde la normalidad a la psicosis (Linscott y van Os, 2013; Stefanis et al., 2002; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009). De este modo, las dimensiones de la psicosis, tal y como se acaban de ver en el apartado anterior, se pueden encontrar también en la población general. Así, diferentes estudios, han encontrado síntomas psicóticos, como las alucinaciones o los delirios, en la población general sin trastorno psicológico (Fonseca-Pedrero et al., 2011; Linscott y van Os, 2013). En este sentido, Olfson y colaboradores (2002), encontraron que el 20,9% de los pacientes no psiquiátricos que consultaban con su médico general habían presentado en alguna ocasión uno o más síntomas psicóticos, siendo estos resultados confirmados por otros autores (Verdoux y van Os, 2002). En población adolescente, las tasas de prevalencia son ligeramente superiores a las encontradas en adultos, llegando a cifras del 30% o más (Fonseca-Pedrero et al., 2011; Kelleher et al., 2012; Wigman et al., 2011).

Además de la continuidad fenotípica de los síntomas psicóticos, también hay una continuidad temporal. En este sentido, estudios longitudinales independientes señalan que los participantes sanos que informan de tales experiencias tienen un mayor riesgo futuro de transitar hacia un trastorno psicótico (Domínguez, Wichers, Lieb, Wittchen y van Os, 2011; Werbeloff et al., 2012; Zammit et al., 2013). Sin embargo, existen estudios que indican que la presencia de dichas experiencias dan lugar al desarrollo de otros trastornos mentales (Fisher et al., 2013; Rössler et al., 2011), cuestionando su utilidad como predictor clínico específico de la psicosis (Werbeloff et al., 2012), por lo que este conjunto de experiencias están presentes en edades tempranas como marcadores más generales de problemas de salud mental en la etapa adulta (Fisher et al., 2013).

De esta forma, las personas se podrían situar en algún punto a lo largo de ese *continuum*, dimensional del fenotipo psicótico, acotado por los polos de “normalidad” y “trastorno mental”. Así, las personas situadas cerca del extremo de gravedad (psicosis) tendrían mayor probabilidad de superar el umbral clínico. Mientras que las experiencias psicóticas atenuadas, situadas por debajo del umbral clínico y distribuidas normalmente en la población general, serían consideradas como la expresión comportamental de vulnerabilidad latente a psicosis (Fonseca-Pedrero et al., 2013; van Os et al., 2009).

Aproximadamente el 10-20% de la población general tendría un riesgo teórico de transitar hacia un síndrome psicótico (Linscott y van Os, 2013). Por otro lado, parece ser que en dicho continuo, en el que se incluyen los trastornos psicóticos y las experiencias psicóticas subclínicas, podrían estar implicados los mismos mecanismos etiopatogénicos y, por lo tanto, los mismos factores de riesgo (Myin-Germeys, Krabbendam y van Os, 2003). Así, en función de en qué punto se sitúe una persona en ese continuo, y considerando la interacción de factores genéticos y ambientales, se podría tener una mayor o menor vulnerabilidad a los trastornos del espectro esquizofrénico.

En la Figura 1.2, se presenta la distribución del fenotipo psicótico y sus dimensiones intercorrelacionadas en muestras clínicas y de la población general. El grado de comorbilidad o solapamiento entre las dimensiones varía en función del lugar en el que se sitúe la persona en tal continuo, siendo en la población general el solapamiento de estas dimensiones menor al encontrado en la población clínica.

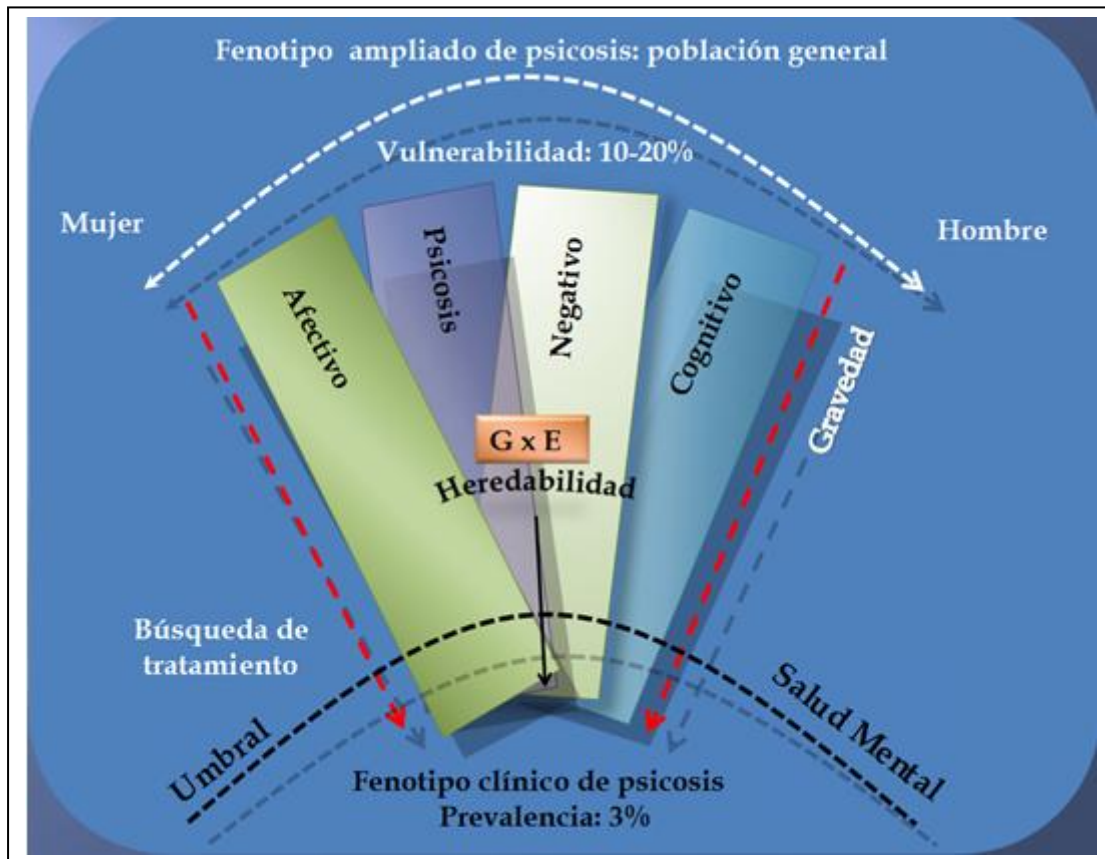


Figura 1.2. El fenotipo psicótico (adaptado de van Os et al., 2010).

Por lo tanto, según este modelo, la psicopatología psicótica surge por lo general precedida de una serie de cambios en el estado mental del individuo, de forma que, al menos en lo que se refiere a la esquizofrenia, la mayoría de los autores defiende que el trastorno se inicia mucho antes de la presentación del episodio psicótico. Dichos cambios presentes en población general constituyen lo que se denomina la “fase premórbida” de los trastornos psicóticos, previa al inicio de las manifestaciones clínicas, caracterizada por un funcionamiento cognitivo y social pobre y/o un desajuste conductual (Erazo, 2010; Schenkel y Silverstein, 2004; Vázquez-Barquero y Artal, 2004). Así, las personas que acaban desarrollando un trastorno psicótico presentan en momentos anteriores de su vida una serie de problemas emocionales, cognitivos y de conducta, acompañados de un peor funcionamiento académico y social (Schenkel y Silverstein, 2004). Del mismo modo, un funcionamiento premórbido pobre ha sido relacionado con un inicio temprano de la psicosis y una mayor gravedad de los síntomas negativos y cognitivos durante la enfermedad (Jeppesen et al 2008; Macbeth y Gumley, 2008). Sin embargo, aunque las características de este periodo premórbido puede arrojar luz sobre la vulnerabilidad latente a la psicosis, dichos signos premórbidos no son ni universales, ni específicos del desarrollo de la psicosis, de tal manera, que no todas las personas que presentan dichos síntomas acaban desarrollando en el futuro un trastorno psicótico (Tandon, Keshavan y Nasrallah, 2008).

Avanzando en el *continuum*, se han identificado una serie de síntomas prepsicóticos con alto poder predictivo para el desarrollo de la psicosis. Dado que la presencia de dichos síntomas iba seguida de la aparición del trastorno clínico, pasaron a ser denominados síntomas prodrómicos (Yung y McGorry, 1996). Algunos de los síntomas prodrómicos son: a) cambios afectivos, como desconfianza, depresión, ansiedad o ira; b) cambios cognitivos, como ideas extrañas, déficit atencionales y problemas de memoria o alteraciones en el lenguaje; c) cambios en la percepción de uno mismo, de los demás y del mundo; y d) cambios físicos y de la percepción, como trastornos del sueño, alteraciones somáticas, pérdida de energía o trastornos de la percepción. En el estudio de los síntomas prodrómicos, destacan los estudios clásicos retrospectivos llevados a cabo por Häfner y An Der Heiden (1999), sobre el inicio de la esquizofrenia. Los resultados mostraron que 73% de los casos se iniciaban con síntomas prodrómicos inespecíficos o con síntomas negativos, el 20% lo hacían con síntomas positivos, negativos e inespecíficos, y solamente un 7% se iniciaban únicamente con

síntomas positivos. También se observó que la mayoría de los pacientes presentaba una forma de inicio crónica, con una fase prodrómica de cinco años de duración, con un tramo ya claramente psicótico de más de un año de evolución antes de la primera admisión. Solamente, un 18% de los casos presentaba una forma de inicio brusca o aguda, con un mes de evolución de la sintomatología. Más recientemente, la información acerca de esta fase prodrómica se ha obtenido de forma prospectiva a través de estudios longitudinales de individuos con alto riesgo a desarrollar psicosis, ya sea debido a presentar una historia familiar de algún trastorno psicótico o por la presencia de síntomas atenuados (Gaebel y Riesbeck, 2007; Wood et al, 2008).

De esta manera, la fase prodrómica hace referencia al período de tiempo que media entre la aparición de rasgos o signos indicativos de cambio en el funcionamiento premórbido de la persona y el inicio claro de los síntomas psicóticos. En la esquizofrenia, el periodo prodrómico tiene una duración media de uno a cinco años (Klosterkötter, Schultze-Lutter y Ruhrmann, 2008). Así, los síntomas cognitivos, negativos y depresivos suelen aparecer con una media de cinco años antes de la manifestación clínica del trastorno, los síntomas positivos alrededor de un año antes y la disfunción social en torno a uno o tres años más tarde (Tandon et al., 2008).

Actualmente el concepto de pródromo está siendo sustituido por el de “Estados Mentales de Alto Riesgo” (EMARs) (Yung y McGorry, 1996; Yung et al., 2012). El primero se encuentra inevitablemente asociado al desarrollo de un trastorno psicótico y presenta mayor énfasis en una evaluación retrospectiva. En cambio, el segundo es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis, y otorga un mayor énfasis al seguimiento longitudinal de los signos y síntomas, en donde las manifestaciones no evolucionan necesariamente hacia un cuadro clínico (Fonseca-Pedrero et al., 2013). En este sentido, los estudios establecen que de las personas en busca de tratamiento, que presenten EMARs, entre una sexta parte y la mitad llegarán a desarrollar un trastorno psicótico (Cannon et al., 2008; Yung et al., 2008).

Desde esta perspectiva, el pródromo inicial en psicosis pasa de ser visto como la forma prepsicótica más temprana de un trastorno psicótico, es decir, una forma atenuada de psicosis, a otra según la cual, conforma un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno (p.ej., antecedentes familiares, consumo de cannabis), pero donde las manifestaciones

prodrómicas no conducen necesariamente a la psicosis, y además sugieren un modelo híbrido interactivo que trata de explicar los habituales cambios que se producen en la sintomatología durante la fase prodrómica, y que están en la base de la inestabilidad diagnóstica característica de esta fase (Vallina, 2003). Así, según este modelo, los pacientes oscilarían entre periodos de ausencia de síntomas y periodos de síntomas inespecíficos y/o psicóticos atenuados, pudiendo ambos tipos de síntomas preceder a la psicosis y darse como manifestaciones primarias. De esta manera, los síntomas reactivos podrían ocurrir como respuesta a los síntomas psicóticos atenuados y psicóticos, y los cambios conductuales como respuesta a cualquiera de los demás síntomas (ver Figura 1.3)

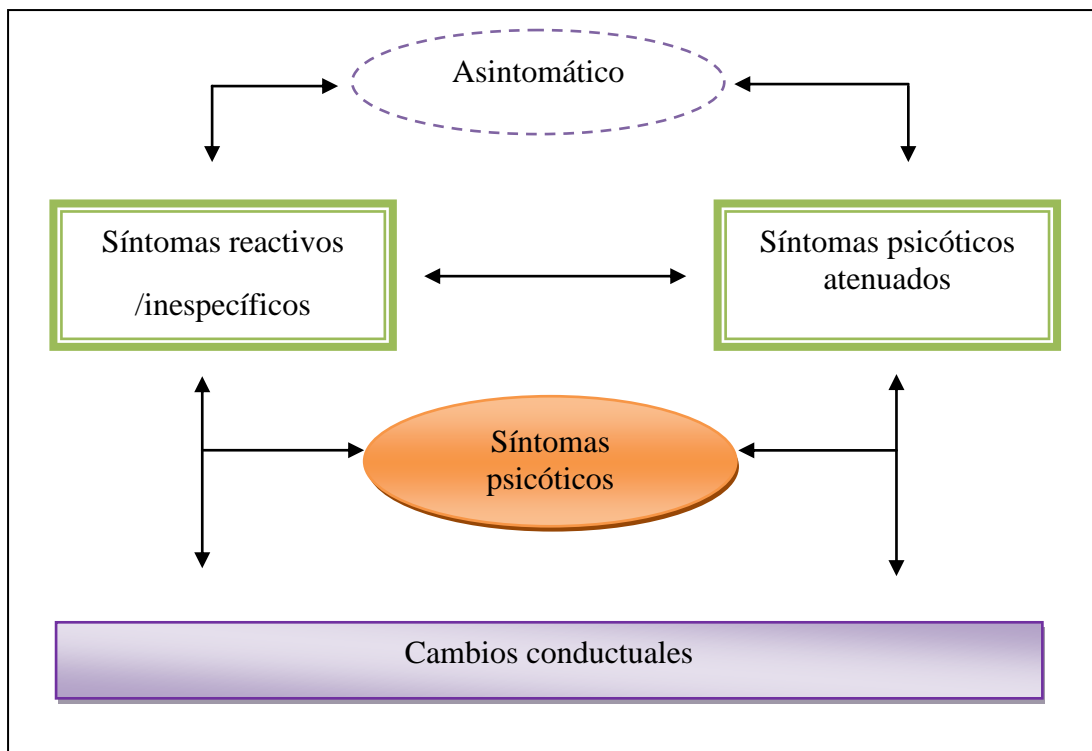


Figura 1.3. Modelo híbrido/interactivo de cambios prodrómicos de Yung y McGorry (2006) (tomado de Vallina, 2003).

Después de la fase prodrómica, tendría lugar el episodio psicótico, donde se produce una grave alteración en el juicio de la realidad asociado con la presencia de los síntomas psicóticos propiamente dichos, de acuerdo con el criterio A del DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013) y los criterios de la CIE-10 (*Organización Mundial de la Salud*, 1992) vistos en el apartado anterior.

Tras la fase aguda, caracterizada por la aparición del episodio psicótico, se inicia la fase residual o de recuperación. Es una fase de alta vulnerabilidad que abarca de entre tres a cinco años después de haber presentado un episodio psicótico, constituyendo el llamado “período crítico” (Birchwood, Todd y Jackson, 1998). Dicho periodo se caracterizaría por tres premisas fundamentales:

- 1) El deterioro mental y social, de producirse, no es lineal.
- 2) Presencia de variables moduladoras de adaptación a la psicosis. Este parece ser el momento en el que se forman aspectos fundamentales para el posterior curso del trastorno; de entre estos se destacan: el modelo de respuesta individual a la psicosis (que facilita o dificulta su posterior ajuste y adaptación), procesos evolutivos (que pueden tener implicaciones para la prevención de morbilidad secundaria, como la depresión o el suicidio) y los orígenes y metamorfosis de los componentes de la emoción expresada de los familiares (especialmente sobreimplicación y criticismo).
- 3) El desfase entre el funcionamiento clínico y el social se produce en estas etapas tempranas de la psicosis.

En este periodo son habituales la exacerbación de los síntomas, el incremento del riesgo de recaídas, la presencia de psicopatología cormórbida, el consumo de sustancias, las respuestas desadaptativas de evitación o negación de la enfermedad, el mantenimiento de una sintomatología positiva residual y el incremento del riesgo de suicidio (Jackson y McGorry, 2009). Sin embargo, tras el primer brote psicótico, el curso de la psicosis varía sustancialmente de unas personas a otras (Modestin, Huber, Satirli, Malti y Hell, 2003; Thara, 2004).

Por lo tanto, como se ve en la Figura 1.4, existe una continuidad entre la fase premórbida, la fase prodrómica, el inicio del primer episodio psicótico y la recuperación de dicho episodio. Así, la secuencia psicopatológica que lleva a la psicosis se inicia con un periodo previo, en el que con frecuencia se dan ya componentes premórbidos, sigue con la aparición de síntomas psicóticos inespecíficos característicos de la fase prodrómica, y termina con el inicio de las experiencias mórbidas. Clásicamente, el curso de los trastornos psicóticos se caracteriza por exacerbaciones y remisiones, con la resolución de los síntomas psicóticos en diferente grado entre estos episodios,

existiendo grandes diferencias entre los pacientes (Andreasen et al., 2005; Haro, Novick, Suárez, Ochoa y Roca, 2008). Sin embargo, hay que señalar que, en la práctica clínica, la diferenciación de estas fases es en gran medida artificial, siendo con demasiada frecuencia difícil establecer el inicio de cada una de ellas (Vázquez-Barquero y Artal, 2004).

Por último, es importante señalar, que dentro de dicho *continuum*, es necesario diferenciar entre el “inicio del trastorno psicótico” y el “inicio del episodio psicótico” ya que, como se acaba de ver, la psicopatología psicótica surge por lo general precedida de cambios en el estado mental del individuo, de forma que, al menos en lo que se refiere a la esquizofrenia, el trastorno se inicia mucho antes de la aparición del primer episodio psicótico.

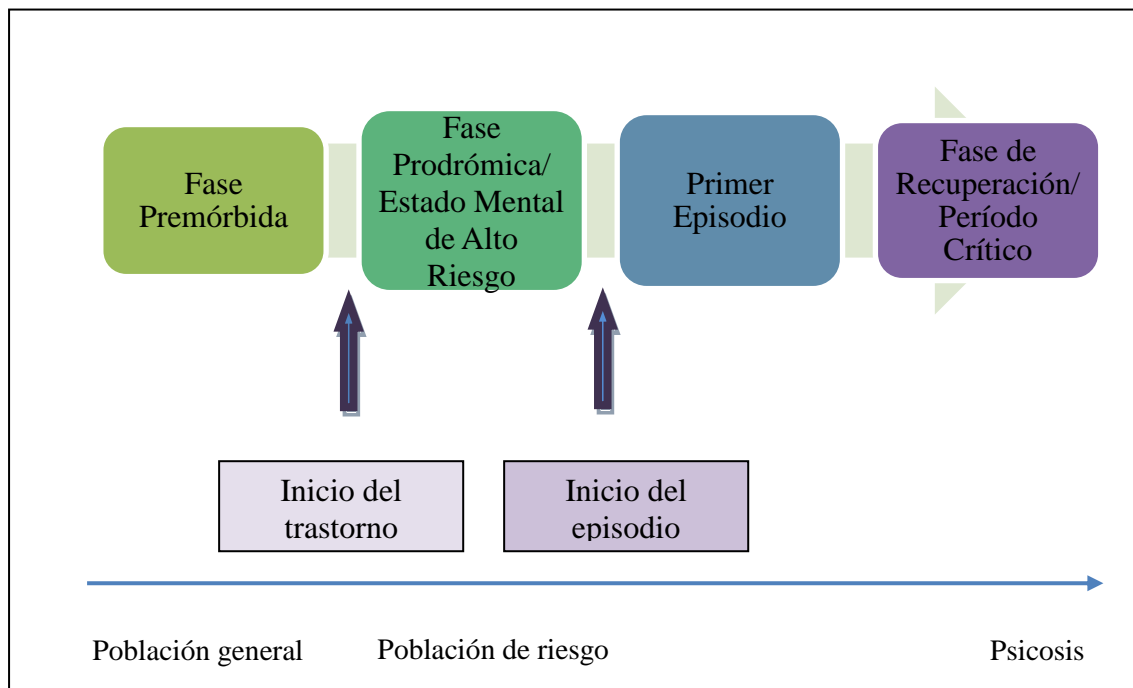


Figura 1.4. Continuum de gravedad del fenotipo psicótico y fases del trastorno.

De este modo, los avances en el conocimiento del fenotipo psicótico abren la posibilidad de llevar a cabo intervenciones dirigidas a prevenir o retrasar la transición al cuadro clínico, al mismo tiempo que permiten un mayor conocimiento para tratar de aminorar el posible impacto del mismo; favoreciendo el desarrollo de los programas de detección temprana en psicosis, dirigidos a las fases prodrómicas de las psicosis o a la intervención tras el primer episodio psicótico.

1.2. Síntomas centrales de los trastornos psicóticos

Desde los primeros intentos de diferenciación de los síntomas psicóticos, llevados a cabo por Kraepelin (1919) y Bleuler (1911) y la primera tipología de la esquizofrenia planteada por Crow (1980), en la que proponía una clasificación dicotómica de los trastornos esquizofrénicos: la esquizofrenia tipo I y la esquizofrenia tipo II, la clasificación de los trastornos psicóticos ha sido y continúa siendo una fuente permanente de debate (Reininghaus, Priebe y Bentall, 2013). En este sentido, algunos autores han defendido la existencia de dos dimensiones fundamentales en la psicosis: la dimensión positiva y la dimensión negativa (Andreasen y Olsen, 1982; Crow, 1980). Sin embargo, y aunque estas dos dimensiones han sido ampliamente replicadas en una gran variedad de estudios (Peralta y Cuesta, 2001), en la actualidad, la diferenciación de la psicosis en dos dimensiones parece excesivamente simple. Así, el análisis de las propiedades psicométricas de las principales escalas disponibles para la evaluación de la sintomatología psicótica, ha dado lugar a la identificación de diferentes modelos multidimensionales que explican mejor la sintomatología de los trastornos psicóticos (Blanchard y Cohen, 2006; Demjaha et al., 2009; Reininghaus et al., 2013).

Hoy en día, los trastornos psicóticos son considerados un síndrome, que se caracteriza por la presencia de diferentes signos y síntomas. Así, se habla de diferentes dimensiones psicopatológicas de la psicosis, y la configuración e interrelación que se establece entre dichas dimensiones dará lugar a entidades nosológicas diferentes. A continuación, se profundizará en las principales dimensiones que configuran en la actualidad el síndrome psicótico.

Síntomas positivos

Los síntomas positivos de la psicosis incluyen un conjunto de experiencias que suponen una pérdida de contacto con la realidad, como las alucinaciones, los delirios u otras distorsiones de la realidad (Tandon, Nasrallah y Keshavan, 2009). Los delirios son juicios falsos, que se caracterizan porque el individuo los mantiene con gran convicción, no son influenciados ni por la experiencia ni por conclusiones irrefutables, y su contenido es imposible (Jasper, 1975). Son por tanto, creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias y

pueden ser de diferentes tipos, pudiendo tener diferentes grados de persistencia y sistematización, e influir en el funcionamiento del individuo en diferente medida. Los delirios persecutorios y los delirios de referencia son los más frecuentes en la psicosis (*American Psychiatric Association, 2013*). Respecto a las alucinaciones, pueden ocurrir en cualquiera de las cinco modalidades sensoriales, siendo las alucinaciones auditivas las más comunes en los trastornos psicóticos. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona (*American Psychiatric Association, 2013*).

Aunque las alucinaciones y los delirios no son considerados síntomas patognomónicos de la psicosis, el contenido bizarro y el estado de ánimo incongruente con los síntomas psicóticos, son dos características que sugieren un diagnóstico de esquizofrenia (Tandon et al., 2009). Como se ha visto anteriormente, la alteración en el juicio de la realidad marca el inicio formal del episodio psicótico generalmente en la adolescencia o edad adulta temprana; sin embargo, el inicio del trastorno clínico es anterior y viene marcado con la presencia de los síntomas prodrómicos.

Síntomas negativos

Los síntomas negativos son aquellos que indican un empobrecimiento en de un amplio rango de funciones fundamentalmente afectivas y conativas, siendo muy frecuentes en los pacientes con psicosis; así, aproximadamente el 60%, presenta al menos un síntoma de este tipo (Lemos-Girládez, Vallina, Paino y Fonseca- Pedrero, en prensa). En el 10-30% de los casos tienen una elevada magnitud y persistencia derivando en el síndrome deficitario, y producen un claro impacto en el funcionamiento ocupacional, familiar y social del paciente, así como en los hábitos de vida y en la salud en general (García-Portilla, González y Bobes, 2013). Dichos síntomas también son considerados como un factor de riesgo relevante en la predicción del cuadro clínico. Los síntomas negativos aglutinan las facetas de aislamiento social, anhedonia, avolición, afecto aplanado y alogia (Blanchard y Cohen, 2006). Estas cinco facetas se agrupan en dos dimensiones generales: la experiencial o de involucración del entorno (asociabilidad, anhedonia y avolición), denominada generalmente avolición, y la expresiva (aplanamiento afectivo y alogia), denominada expresión emocional disminuida.

Un amplio rango de factores contribuyen a la expresión de los síntomas negativos en los trastornos psicóticos, siendo importante diferenciar entre síntomas negativos primarios y secundarios (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter Jr., y Marder, 2006). De este modo, los síntomas negativos primarios serían los síntomas intrínsecos a la psicosis, mientras que los síntomas negativos secundarios estarían causados por factores extrínsecos relacionados con la psicosis, como la deprivación ambiental, los tratamientos psicofarmacológicos o la depresión. Así, solo algunos pacientes con psicosis presentarían síntomas negativos primarios duraderos y manifiestos, y su presencia diferencia a la esquizofrenia deficitaria de la no deficitaria (Carpenter, 2004). Sin embargo, más que conceptualizar la presencia o no de síntomas negativos intrínsecos desde un enfoque categorial, entendiendo la existencia de dos subgrupos de esquizofrenia, las hipótesis recientes apuntan a que el déficit puede ser concebido como una dimensión (“cantidad de déficit”) (Tandon et al., 2009).

En los últimos años, ha aumentado el interés por la evaluación de la dimensión negativa de la psicosis, gracias al impulso del *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Kirkpatrick et al., 2006) y fruto de las necesidades clínicas y sociales (Lemos-Giráldez et al., 2015). Como se ha visto anteriormente, en las nuevas clasificaciones nosológicas, como el DSM-5, se ha realizado una deconstrucción de los síntomas negativos, siendo preferible hablar de estos dos dominios. Del mismo modo, el interés por el estudio de estas facetas ha sido desigual, destacando el interés por el papel desempeñado por la anhedonia (Horan, Kring, y Blanchard, 2006).

Pensamiento desorganizado

El pensamiento desorganizado o trastorno formal del pensamiento, se refiere a la fragmentación de la naturaleza lógica, progresiva y dirigida a un objetivo propia del pensamiento normal, pudiendo variar en la severidad desde la circunstancialidad o la tangencialidad, relativamente leves, a la incoherencia, considerada más grave (Andreasen, 1979). Así, el lenguaje de los pacientes con psicosis puede presentar diferentes formas de desorganización; puede “perder el hilo” saltando de un tema a otro (descarrilamiento), dar muchos detalles tediosos y hacer anotaciones marginales cuando quiere explicar algo (circunstancialidad), contestar a las preguntas de manera oblicua, tangencial e irrelevante (tangencialidad) y, en casos más raros, el lenguaje puede ser tan

gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se asemeja a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (incoherencia o "ensalada de palabras"). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la psicosis puede presentarse una desorganización del pensamiento o del lenguaje menos grave (*American Psychiatric Association, 2013*).

Bleuler (1911) consideraba que era precisamente esa división o fragmentación del pensamiento el déficit fundamental de la esquizofrenia, mientras que otros síntomas como los delirios y las alucinaciones eran considerados accesorios. Esto llevó a la creencia de que el trastorno formal del pensamiento era específico de la esquizofrenia y estaba presente en todas las personas con este trastorno. Sin embargo, ninguna de estas afirmaciones se ha mantenido, ya que se ha visto que no todos los pacientes con psicosis presentan trastornos formales del pensamiento, y al mismo tiempo se ha observado que estas alteraciones del pensamiento están presente en otros trastornos psiquiátricos como en los episodios maníacos (Tandon et al., 2009).

Síntomas afectivos

Como se ha visto anteriormente, las alteraciones en la identificación y expresión afectiva forman parte de los síntomas negativos, siendo consideradas características centrales de los trastornos psicóticos, y a menudo suelen preceder a la aparición de la psicosis, constituyendo un factor de riesgo relevante en la predicción del cuadro clínico. Sin embargo, se ha observado que en contraste con estas alteraciones afectivas, los pacientes con psicosis a menudo manifiestan síntomas afectivos y presentan una excitación emocional aumentada junto con los síntomas positivos, fenómeno denominado "la paradoja emocional" de la esquizofrenia (Aleman y Kahn, 2005; Strauss y Gold, 2012).

Del mismo modo, se ha observado que la sintomatología depresiva es frecuente en la psicosis, pudiendo aparecer en la fase prodrómica, durante o después de la fase aguda o en el período que transcurre entre los episodios psicóticos. Así, la mayoría de pacientes con psicosis presenta sintomatología depresiva en algún momento del curso del cuadro clínico, estando relacionado con un peor pronóstico (Conley, Ascher-Svanum, Zhu, Faries y Kinon, 2007; Potvin, Sepehry y Stip, 2007), y siendo más

frecuente a medida que aumenta la edad (Meesters et al., 2014). Del mismo modo, la presencia de sintomatología depresiva se ha asociado con un mayor riesgo de suicidio en pacientes con psicosis (Fedyszyn, Robinson, Harris, Paxton y Francey 2012).

Aproximadamente el 5% de las personas con esquizofrenia fallecen por suicidio y alrededor del 20% intenta suicidarse en una o más ocasiones, siendo mucho más frecuente la presencia de ideas de suicidio (*American Psychiatric Association*, 2013). Se ha observado que el riesgo de suicidio es mayor en las fases iniciales del cuadro clínico y tras el primer episodio psicótico (Dutta et al., 2010; Nielssen, Malhi, McGorry y Large, 2012). Recientemente, Björkenstam y colaboradores (2014) llevaron a cabo un estudio de corte nacional basado en los registros de pacientes nacidos en Suecia entre 1973 y 1978 que hubiesen sido hospitalizados entre los 15 y los 30 años por un episodio psicótico ($n=2.819$). Los resultados indicaron que un total de 121 pacientes habían fallecido por suicidio, siendo la tasa general de suicidio de 4,3‰ personas/año. Entre los factores de riesgo que encontraron asociados al suicidio estaban la conducta impulsiva, tener una historia familiar de trastorno mental grave y el consumo de sustancias.

La sintomatología ansiosa es otro síntoma característico de los trastornos psicóticos; aunque hoy en día la ansiedad en el contexto de la psicosis se considera principalmente desde la perspectiva de la comorbilidad, cabe señalar que la ansiedad es un síntoma prominente en el curso temprano de los trastornos psicóticos (Tandon et al., 2009). Así, a menudo los síntomas de ansiedad preceden a los síntomas psicóticos francos en las primeras etapas del cuadro clínico (Devulapalli, Welge y Nasrallah, 2008). En este sentido, los trastornos de ansiedad, en particular, la fobia social, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo, son comunes en los trastornos psicóticos, asociados a características clínicas más graves y resultados más pobres (Braga, Reynolds y Siris, 2013).

Síntomas motores y catatonía

Los pacientes con trastornos psicóticos con frecuencia presentan alteraciones en la actividad psicomotora. Estas alteraciones pueden manifestarse en cualquier forma de comportamiento dirigido a un objetivo, dando lugar a dificultades en la realización de actividades de la vida diaria (*American Psychiatric Association*, 2013). El

enlentecimiento psicomotor es común en la psicosis y se asocia con la sintomatología negativa y depresiva, siendo indicativo de mal pronóstico (Morrens, Hulstijn y Sabbe, 2007; Smyrnis et al., 2009). Del mismo modo, una actividad motora excesiva sin sentido también se ha observado en la psicosis, asociada normalmente a la sintomatología positiva (Tandon et al., 2008). Así, los trastornos en la actividad motora en los trastornos psicóticos pueden ir desde simples movimientos aislados, gestos, alteraciones posturales o estereotipias, hasta patrones más complejos de movimientos como se observa en los estados catatónicos (Docx et al., 2012; Liemburg et al., 2013). El comportamiento catatónico se caracteriza por una marcada disminución en la reactividad con el medio ambiente, pudiendo conducir a: una resistencia a las instrucciones (negativismo); a mantener una postura rígida, inapropiada o extraña; a una falta total de respuestas verbales y motoras (mutismo y estupor); y a una actividad motora excesiva y sin propósito (excitación catatónica) (*American Psychiatric Association*, 2013). Aunque la catatonía se ha asociado históricamente con la esquizofrenia, los síntomas catatónicos son inespecíficos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales, pudiendo no considerarse actualmente como un síntoma central de la psicosis (Tandon y Maj, 2008).

Alteraciones cognitivas

Aunque ya Breuler (1911) y Krapelin (1919) señalaron la importancia de los déficit cognitivos en los trastornos psicóticos, durante varias décadas se ha prestado poca atención al estudio de las alteraciones cognitivas en la psicosis (Tandon et al., 2009). Sin embargo, en los últimos años, con los avances producidos en las técnicas neuropsicológicas y de neuroimagen, el estudio de las alteraciones cognitivas en psicosis se ha incrementado, siendo reconocido su carácter universal y su gran impacto en la funcionalidad en los trastornos psicóticos. Así, se ha observado que el deterioro cognitivo en pacientes con psicosis es muy frecuente, siendo generalmente indicativo de mal pronóstico tanto a nivel social como profesional (Bowie et al., 2008). Del mismo modo, se ha propuesto la hipótesis de que dichas alteraciones cognitivas pueden estar presentes antes del comienzo del trastorno, pudiendo actuar como factores de riesgo (Chico del Río, García-Casal, Ortiz, Ordóñez-Cambor y Armesto-Formoso, 2013; Dickson et al., 2014). Se ha observado que el deterioro cognitivo en la psicosis suele ser de carácter generalizado (Dickinson, Ragland, Gold y Gur, 2008) aunque existen

algunas funciones que suelen estar más deterioradas, como la memoria episódica, la velocidad de funcionamiento, la atención, la fluidez verbal, las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo (Epstein y Kumra, 2014; Kopald, Mirra, Ega, Weinberger y Goldberg, 2012; Woodward, Duffy y Karbasforoushan, 2013).

Aunque el curso de los déficit cognitivos a través de los trastornos psicóticos no está bien establecido, existiendo gran heterogeneidad en los pacientes con psicosis, por lo general, los déficits cognitivos, suelen estar ya presentes en la fase pre-mórbida, se suelen incrementar durante la aparición de los síntomas psicóticos y mejoran de forma modesta con el tratamiento, manteniéndose generalmente estables, hasta empeorar posteriormente con el paso de los años y las recaídas clínicas (Ojeda et al., 2007).

1.3. Etiología de los trastornos psicóticos

Los trastornos psicóticos son un conglomerado de diferentes trastornos mentales, formados por diferentes dominios y dimensiones, lo que ha favorecido la proliferación de distintas teorías que compiten por explicar su causa. Parte de la dificultad para esclarecer la etiología deviene por las dificultades para establecer un diagnóstico acertado, fundamentalmente por el carácter heterogéneo de la psicosis. A día de hoy solo se puede afirmar que los trastornos psicóticos surgen por la interacción de múltiples factores causales.

En los últimos años han tenido lugar importantes avances en la investigación epidemiológica y en genética molecular, que implican sistemáticamente a los factores ambientales y genéticos en la etiología de los trastornos psicóticos, y de la esquizofrenia en particular (van Os et al., 2014). En este sentido, los estudios epidemiológicos de la esquizofrenia sugieren la existencia de diferentes factores etiológicos que tienen que ver con el entorno y el contexto familiar del paciente, bien sean de carácter hereditario o ambiental. De esta forma, para que se desarrolle un trastorno del espectro psicótico sería necesaria una combinación de factores genéticos de predisposición y de factores ambientales (van Os et al., 2010). Así, los factores de riesgo genéticos y ambientales deben ser considerados en conjunto, ya que ambos son importantes en la etiología de los trastornos psicóticos y ninguno parece funcionar de manera aislada (Tsuang, Bar, Stone y Faraone, 2004).

A continuación, se presentará una síntesis de los hallazgos más representativos y relevantes en cuanto a factores etiológicos, dividiéndolos en dos grandes categorías: factores biológicos y factores ambientales, teniendo en cuenta que, como se acaba de ver, estos factores no se dan de forma aislada, sino que interactúan entre sí.

1.3.1. Factores biológicos

Dentro del estudio de los factores biológicos de la psicosis, destacan los avances encontrados en diferentes campos, como los estudios genéticos y los avances en genética molecular, los estudios neuroquímicos y los avances en fisiología y psicofisiología, entre otros. En este apartado se presentará una síntesis de los hallazgos más representativos y relevantes en cada uno de estos campos.

Hallazgos genéticos

Desde hace tiempo es conocida la importancia de la vulnerabilidad genética en el desarrollo de los trastornos psicóticos (Tienari et al., 2000). Los estudios con familiares sanos de pacientes con psicosis han servido para analizar el rol de los factores hereditarios en la etiología de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Estos estudios demuestran que el riesgo de padecer esquizofrenia se encuentra incrementado entre los familiares del paciente. Del mismo modo, este riesgo aumenta a medida que aumenta el grado de parentesco. De tal manera que los hijos y hermanos de los enfermos tiene aproximadamente un riesgo del 10%, comparado con el 1% de la población general. Además, la mayor proximidad en el grado del parentesco con el sujeto esquizofrénico incrementa el riesgo, que puede llegar hasta el 48% cuando se trata de gemelos monocigóticos. En la Figura 1.5 se representan los diferentes porcentajes de riesgo según el grado de proximidad biológica (Gottesman, 1991).

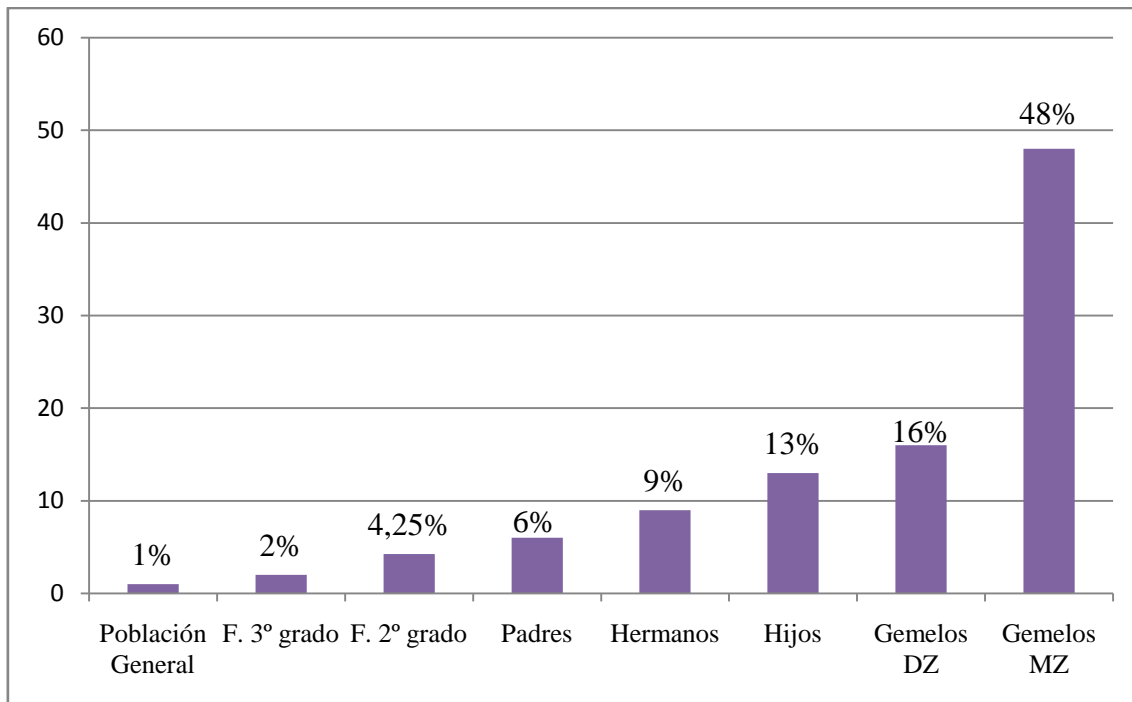


Figura 1.5. Riesgo medio para desarrollar esquizofrenia en familiares de pacientes con esquizofrenia (Gottesman, 1991).

Actualmente, se estima que la heredabilidad de los trastornos psicóticos se sitúa entre el 60 y el 80% (Lichtenstein et al, 2009). Sin embargo, a pesar de la alta heredabilidad se ha visto que, aproximadamente en más de dos tercios de los casos, la psicosis ocurre esporádicamente sin la presencia de antecedentes familiares (Tandon et al., 2008). Para discernir la importancia de las influencias genéticas y/o ambientales dentro del contexto familiar, se han llevado a cabo los estudios de gemelos y de adopción. Los estudios de gemelos parten de la hipótesis de que la concordancia genética para la esquizofrenia es mayor entre gemelos monocigóticos que entre dicigóticos, debido a la mayor similitud genética de los primeros, ya que los gemelos monocigóticos comparten el 100% de sus genes, mientras que los dicigóticos comparten el 50%. En este sentido, los resultados de dichos estudios señalan que la tasa promedio de concordancia está en torno al 40-50% para los gemelos monocigóticos, frente al 10-15% para los dicigóticos (Gottesman, 1991; Sullivan, Kendler y Neale, 2003). De esta forma, los datos de concordancia entre gemelos monocigóticos y dicigóticos apoyan la importancia de los factores genéticos; sin embargo y dado que la concordancia no es del

100% en el caso de los gemelos idénticos, deja abiertos los interrogantes de las hipótesis ambientalistas.

Por su parte, los estudios de adopción permiten examinar por separado los factores ambientales y las influencias de la herencia que predisponen al desarrollo de la esquizofrenia. Estos estudios concluyen que la prevalencia de la esquizofrenia es significativamente mayor en los hijos de madres biológicas esquizofrénicas que en los hijos de madres sin el trastorno. Y que si un individuo adoptado, hijo de padres biológicos sanos, vive en una familia adoptiva donde uno de sus miembros sufre un trastorno esquizofrénico, el riesgo de padecer el trastorno es menor que si lo padece uno de sus padres biológicos (Tienari et al., 1994; Tandon et al., 2008). Por el contrario, cuando los hijos biológicos de individuos con esquizofrenia son adoptados, el riesgo sigue manteniéndose más elevado que el de la población general (Ingraham y Kety, 2000; Wahlberg et al, 2004).

La investigación biológica de las últimas décadas ha dirigido su mirada hacia las bases moleculares de los trastornos mentales, del mismo modo y con las mismas estrategias metodológicas que han permitido reconocer los genes implicados en diferentes enfermedades de origen neurológico (Fañanas, 2004). En la actualidad coexisten tres modelos explicativos de la transmisión genética de la psicosis: el modelo monogénico (postula que los distintos tipos de trastornos psicóticos comparten el mismo gen pero con grado de penetrancia distinto), el modelo heterogénico (según el cual los trastornos del espectro de la esquizofrenia consisten en varias patologías, donde cada una de ellas se asociaría a un loci mayor, que se transmite por herencia dominante, recesiva o ligada al cromosoma X), y el modelo poligenético (para el que la psicosis es el resultado de la combinación de múltiples genes alterados con la interacción contingente del ambiente) (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003). Parece existir un acuerdo entre la mayoría de investigaciones que defienden la existencia de una base genética compleja en la psicosis más que un defecto de un gen único (Silva-Ibarra, 2000).

En este sentido, el reconocimiento de las bases genéticas de las psicosis funcionales, y de la esquizofrenia como paradigma de éstas, sigue siendo a día de hoy una ardua tarea. Se han descrito una serie de anomalías cromosómicas estructurales en la esquizofrenia (MacIntyre, Blackwood, Porteous, Pickard y Muir, 2003). Así, diferentes estudios sugieren la relación entre la esquizofrenia y determinados

cromosomas como el 1, 5, 6, 8, 13, 15 y 22 (Baron, 2001; Thaker y Carpenter, 2001), siendo los más observados la delección del 22q11 y la traslocación recíproca equilibrada del 1q42/11q14 con la participación del cromosoma X (Blackwood et al., 2001; Williams, O'Donovan, y Owen, 2006).

Aunque el estudio sobre el conocimiento de la base molecular de la esquizofrenia ha sido lento, el descubrimiento del mapa completo del genoma humano en la pasada década, ha permitido el estudio más detallado de las alteraciones cromosómicas en los trastornos psicóticos (Tandon et al., 2008). En este sentido, en los últimos años se han producido avances importantes a través de los estudios de asociación de genomas completos (*Genome-Wide Association Study*, GWAS) (van Os et al., 2014). Un GWAS es un análisis de una variación genética a lo largo de todo el genoma humano con el objetivo de identificar su asociación a un rasgo observable, permitiendo la identificación de los loci -posición de un gen en un cromosoma- de riesgo genético individual o al menos de los marcadores ligados a ellos (Wray y Visscher, 2010). En los trastornos psicóticos, diferentes estudios han identificado una serie de alelos de riesgo comunes (Corvin, 2013; Owen, Craddock y O'Donovan, 2010; Ripke et al., 2013). Del mismo modo, investigaciones recientes han descubierto que Variaciones raras en el Número de Copias (CNV) aumentan el riesgo de esquizofrenia (Malhotra y Sebat, 2012; Need et al., 2009). Sin embargo, las variaciones comunes identificadas hasta la fecha explican solo una pequeña proporción del riesgo genético de la esquizofrenia, y un gran número de alelos de riesgo comunes quedan aún por identificar (Owen, 2012).

Además de los datos que sugieren una asociación entre variaciones genéticas y el riesgo para el desarrollo de la esquizofrenia, se ha encontrado que el ARN mensajero de muchos de estos genes que se expresa en el cerebro, en pacientes con psicosis se expresa de manera diferente (Tandon et al., 2008). Del mismo modo, existen estudios que vinculan muchos de estos genes alterados con procesos fisiopatológicos que se consideran relevantes en la esquizofrenia (Lang, Puls, Muller, Strutz-Seebohm y Gallinat, 2007; Talkowski et al., 2008). Así, algunos de los genes que actualmente se relacionan con el desarrollo de la psicosis son: *NRG1 (neuregulin 1)*, *DTNBP1 (dysbindin 1)*, *DRD1-4 (receptores de dopamina D1-D4)*, *DISC1 (disrupted in schizophrenia 1)*, *DAOA (d-amino acid oxidase inhibitor)* *COMT (cateco-o-*

metiltransferasa), y *GRM3* (*receptor metabotrópico del glutamato*) (Burdick et al., 2007; Gamo et al., 2013; Lewandowski, 2007; Nicodemus et al., 2007; O'Donovan, Craddock y Owen, 2009).

Por tanto, aunque la existencia de una base genética en la esquizofrenia está establecida, el mecanismo exacto de la herencia todavía sigue siendo oscuro (Tanden et al., 2008). Una de las razones que dificulta la delimitación precisa de la base genética de la esquizofrenia es la heterogeneidad fenotípica del trastorno; de este modo, se ha sugerido que los genes que se encuentran alterados no serían específicos de la esquizofrenia, sino de un constructo clínico más amplio como la psicosis (Craddock y Owen, 2007; Weiser, vanm Os y Davidson, 2005).

Hallazgos neuroquímicos

En los últimos años, se ha incrementado el conocimiento acerca de la base neuroquímica de la psicosis, gracias a los avances obtenidos en los estudios con neuroimagen *in vivo* y los estudios *post-mortem* (Keshavan, Tandon, Boutros, y Nasrallah, 2008). Dentro de los estudios neuroquímicos, se trabaja desde dos planteamientos: los estudios que sugieren alteraciones en algún punto de la actividad de neurotransmisores y sinapsis, y los estudios que proponen la existencia de un trastorno metabólico que provoca la producción de una sustancia tóxica de propiedades similares a los agentes alucinógenos conocidos (Álvarez-López, 2005).

En los años 50 surgen las primeras teorías que apuntan a la alteración de diversos neurotransmisores en la etiopatogenia de la esquizofrenia. Inicialmente se relacionó con una disfunción de la serotonina, al descubrirse que algunos compuestos psicoticomiméticos como el ácido lisérgico (LSD), antagonista de la serotonina, podían ocasionar síntomas similares a los de la esquizofrenia (Gudlowsk et al., 2009). Sin embargo, la teoría serotoninérgica pronto quedó en un segundo plano con el descubrimiento de los mecanismos de acción de los antipsicóticos, junto con la producción de síntomas psicóticos por agonistas dopaminérgicos, que impulsó el desarrollo de la teoría dopaminérgica. En la actualidad el rol de la serotonina sigue estando en estudio. Así, el efecto terapéutico de los antagonistas serotoninérgicos como la clozapina o la risperidona y el papel que desempeñan éstos en la disminución de los

síntomas extrapiramidales producidos por de los antipsicóticos, señalan la importancia de la interacción de los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico en el mecanismo patogénico de la esquizofrenia (Keshavan et al., 2008). De este modo, aunque en la actualidad existen evidencias de la existencia de una disfunción serotoninérgica en la patogénesis de la esquizofrenia, aún queda por descubrir el papel específico que juegan los diferentes tipos de receptores de serotonina en el desarrollo de la psicosis (Abi-Dargham, 2007).

El papel de la dopamina (DA) en la patofisiología de la esquizofrenia ha sido durante varias décadas uno de los focos más importantes de investigación en la biología de la esquizofrenia, siendo el exceso de DA una de las tesis más antiguas y ampliamente sostenidas sobre la fisiopatología de este trastorno (Carlsson y Carlsson, 2006). Dicha hipótesis desarrollada por Carlsson y Lindqvist (1963), planteaba que la hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas (mesolímbicas, mesocorticales o nigroestriadas) era la responsable de los síntomas positivos. Esta hipótesis fue apoyada por el efecto de los antipsicóticos, cuya acción producía un bloqueo de los receptores D₂ inhibiendo así la actividad dopaminérgica, y por el descubrimiento de que agonistas dopaminérgicos como las anfetaminas, pueden producir o exacerbar síntomas psicóticos (Guillin, Abi-Dargham y Laruelle, 2007). La principal limitación de la hipótesis dopaminérgica es que solo explicaría una parte de la sintomatología de la psicosis, los síntomas positivos (Keshavan et al., 2008). Así, mientras los síntomas positivos son vulnerables a la acción de los neurolepticos, los síntomas negativos son poco o nada sensibles a su acción farmacológica, e incluso a veces dicha sintomatología se agrava.

Posteriormente, Davis y colaboradores (1991) reformulan la hipótesis dopaminérgica, con el fin de explicar el efecto diferencial en la sintomatología, que se basa en la desregulación de las vías dopaminérgicas en las vías mesocortical y mesolímbica. Proponen que la esquizofrenia se asociaría a una desregulación en la transmisión dopaminérgica, que origina una hiperfunción en la transmisión dopaminérgica subcortical en las proyecciones mesolímbicas, lo cual provocaría una sobreestimulación de los receptores D₂ y la aparición de los síntomas positivos. Dicha desregulación produciría además una hipofunción en las proyecciones dopaminérgicas mesocorticales del cortex prefrontal, dando lugar a una hipoestimulación de los

receptores D₁ y la aparición de sintomatología negativa y alteraciones de las funciones cognitivas superiores.

De este modo, los síntomas positivos de los esquizofrenia, como las alucinaciones y delirios, serían el resultado de un aumento de la liberación de la DA subcortical, que daría lugar a una mayor activación de los receptores D₂, en las proyecciones mesolímbicas. En cambio, los síntomas negativos, como la anhedonia, la falta de motivación o la pobreza del discurso, se producirían por la disminución de la activación de los receptores D₁ en la corteza prefrontal fundamentalmente (Madrás, 2013; Pogarell, et al., 2012; Shen, Liao y Tseng, 2012; Yeragani, Tancer, Chooka y Baher, 2010). Las alteraciones dopaminérgicas se han relacionado con otras alteraciones presentes en los pacientes con psicosis. Así, la hiperactivación dopaminérgica se ha observado en otras áreas cerebrales como la amígdala o el cortex prefrontal, que desempeñan un papel importante en el procesamiento emocional (Laviolette, 2007). Del mismo modo, la hipoactividad dopaminérgica ha sido relacionada con déficit cognitivos presentes en los pacientes con psicosis, como déficit en la memoria de trabajo, en la inhibición atencional o en las funciones ejecutivas, entre otros (Barch y Ceaser, 2012; Smieskova et al., 2013).

Con el avance de las técnicas de neuroimagen del cerebro se han encontrado evidencias que apoyan la hipótesis de la desregulación de la transmisión dopaminérgica en la psicosis (Shen et al., 2012). Estudios recientes realizados con técnicas de neuroimagen *in vivo*, han identificado diferencias en la cantidad de dopamina en la corteza prefrontal, en la corteza cingulada y en el hipocampo, entre pacientes con esquizofrenia y personas sin patología psiquiátrica, observándose un aumento de la actividad de la L-aminoácido aromático descarboxilasa (DOPA descarboxilasa), una enzima que está implicada en la síntesis de DA en el cuerpo estriado de pacientes con esquizofrenia (Patel, Vyas, Puri, Nijran y Al-Nahas, 2010). Del mismo modo, se ha encontrado que el aumento de la disponibilidad del receptor D₁ correlaciona con la alteración en la memoria de trabajo, presente en pacientes con esquizofrenia (Abi-Dargham et al., 2002).

Posteriormente se han desarrollado nuevas teorías, como la glutamatérgica, relacionada con el modelo de la psicosis por fenciclidina, y la gabaérgica, basada en la inhibición que produce el ácido gamma-aminobutírico (GABA) (Baeza, Arango y

Crespo-Facorro, 2001; Keshavan et al., 2008). Inicialmente, la observación de la reducción de glutamato en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con esquizofrenia (Kim, Kornhuber, Schmid-Burgk y Holzmuller, 1980) condujo a la hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia; sin embargo, este hallazgo no fue replicado en otras investigaciones (Perry, 1982). Así, con posterioridad, se ha propuesto que la esquizofrenia puede estar relacionada con una deficiencia de los receptores ionotrópicos del glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA) (Moghaddam, 2003). Esta teoría está apoyada por observaciones clínicas, ya que existen evidencias de que la administración de antagonistas de receptores de NMDA como la fenciclidina (PCP) y la ketamina, puede dar lugar a la producción de síntomas psicóticos (Javitt y Zukin, 1991). Del mismo modo, la administración a pacientes con esquizofrenia de co-agonistas de receptores de NMDA, les hace mejorar, aunque de forma modesta, en muchos de los rasgos característicos del trastorno clínico (Giménez, 2012). Al mismo tiempo, estudios *post-mortem* de pacientes con esquizofrenia han informado de una reducción de la expresión de receptores del glutamato, especialmente de la subunidad del receptor de NMDA, en una variedad de regiones cerebrales, especialmente en la corteza prefrontal y en el hipocampo (Harrison, Law y Eastwood, 2003).

Respecto al papel del GABA en el desarrollo de la esquizofrenia, estudios *post-mortem* llevados a cabo con pacientes con esquizofrenia han hallado niveles reducidos de expresión del GABA en la corteza prefrontal, medidos por los niveles de mRNA de la descarboxilasa del ácido glutámico, el determinante principal de la síntesis de GABA (Lewis, Hashimoto y Volk, 2005). En relación con esta disminución en la neurotransmisión gabaérgica, se ha encontrado un incremento en la regulación de los receptores postsinápticos del tipo GABA-A, que posiblemente sea una respuesta compensatoria a la reducción de los niveles de GABA (Jarskog, Miyamoto y Lieberman, 2007). Estos cambios parecen ser algo específico de la esquizofrenia (Benes et al, 2007), y pueden explicar las alteraciones en la sincronía neural y, en consecuencia, las alteraciones de la memoria de trabajo observadas en los pacientes con esta patología (Lewis y González-Burgos, 2006).

Déficit en otros receptores como en los receptores nicotínicos colinérgicos y en los receptores muscarínicos, han sido otras de las alteraciones neuroquímicas que se han relacionado con el desarrollo de los trastornos psicóticos (Mackowick et al., 2014;

Raedler, Bymaster, Tandon, Copolov y Dean, 2007). Existen, por tanto, varias teorías bioquímicas que se han planteado en el estudio de la fisiopatología de la esquizofrenia; la mayoría de autores coincide en la relación que existe entre la esquizofrenia y la alteración cerebral de monoaminas, aminoácidos, neurotransmisores y neuropéptidos (Hirsch y Weinberger, 2003).

Hallazgos neuroanatómicos

En el ámbito de la fisiología, la idea de vincular la esquizofrenia con algún tipo de alteración cerebral tiene tanta historia como el concepto mismo de esquizofrenia, pues tanto Kraepelin (1919) como Bleuler (1911) pensaban que el sistema nervioso central jugaba un papel esencial en la etiología de la esquizofrenia. Sin embargo, no se han determinado hallazgos que sirvan claramente para el diagnóstico de los trastornos psicóticos. No obstante, diversos estudios de neuroimagen, neuropsicológicos y neurofisiológicos, han mostrado diferencias entre grupos de individuos que padecen esquizofrenia y personas que no presentan dicho trastorno (*American Psychiatric Association*, 2000). Así, los avances en el terreno de los estudios anatómicos y de neuroimagen han permitido mostrar con mayor precisión alteraciones que afectan a la estructura histológica y la citoarquitectura neuronal, así como la afectación de estructuras cerebrales concretas (Byne et al., 2001; Highley et al., 2001).

Dentro de los estudios estructurales, uno de los hallazgos morfológicos más firme y replicado es la disminución del volumen cerebral en pacientes con psicosis (Keshavan, et al., 2008). Diferentes estudios han encontrado un aumento del tamaño ventricular y una disminución de sustancia gris en diferentes áreas cerebrales en pacientes con trastornos psicóticos (Kempton, Stahl, Williams y DeLisi, 2010; Meyer-Lindenberg y Tost, 2014; Nesvåg et al., 2012; Steen, Mull, McClure, Hamer y Lieberman, 2006; Veijola et al., 2014). Así, se ha observado una disminución de la sustancia gris en estructuras como en el lóbulo frontal, especialmente el cortex prefrontal (Kawada et al., 2009; Ohtani et al., 2014), en el lóbulo temporal, sobre todo en el hipocampo (Veijola et al., 2014; Wang, Montchal, Yonelinas y Ragland, 2014), en el cortex cingulado anterior (Baiano et al., 2007) y en diferentes estructuras subcorticales (Collin et al., 2014).

Estas alteraciones estructurales se han confirmado tanto en pacientes con esquizofrenia crónicas como en pacientes con un primer episodio psicótico (Ellison-Wright, Glahn, Laird, Thelen y Bullmore, 2008; Sheng et al., 2013; Vita, De Peri, Silenzi y Dieci, 2006). Del mismo modo, parece que dichas alteraciones estructurales podrían estar ya presentes en las fases tempranas del trastorno. Así, se ha observado que individuos de alto riesgo a desarrollar psicosis muestran una reducción en el volumen cerebral similar al observado en pacientes que ya han transitado a la psicosis (Sun et al., 2009). Así, parece que dichas alteraciones cerebrales son altamente heredables (Baare et al., 2001) y tienden a progresar con el curso de la esquizofrenia (DeLisi, 2008; Veijola et al., 2014; Zhang et al., 2014).

Otra anomalía cerebral frecuente encontrada en pacientes con esquizofrenia es la alteración de la materia blanca en diferentes estructuras cerebrales (Arnone, McIntosh, Tan y Ebmeier, 2008). Así, diferentes estudios han encontrado anomalías en la conectividad de la sustancia blanca, fundamentalmente en áreas prefrontales y en el lóbulo temporal, tanto en pacientes con esquizofrenia como en pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad (Ellison-Wright et al., 2014; Kubicki et al., 2007; Kyriakopoulos, Bargiotas, Basker y Frangous, 2008; Lener et al., 2014). Estas alteraciones de la sustancia blanca están relacionadas con las alteraciones cognitivas y el pensamiento disociativo observados en la esquizofrenia (Chang et al., 2007; Kubicki et al., 2007). Así, en la actualidad, la alteración en la sustancia blanca es considerada uno de los hallazgos etiopatogénicos clave en la esquizofrenia, siendo congruente con la hipótesis glutamatérgica de la enfermedad, en vista del papel fundamental que desempeña el sistema glutamatérgico en la integridad glial (Chang et al., 2007).

Por tanto, en la actualidad se encuentran evidencias de la existencia de alteraciones globales en la estructura del cerebro en la esquizofrenia, siendo las más destacadas la reducción del volumen cerebral en diferentes regiones, así como las disfunciones encontradas en la conectividad, especialmente en el lóbulo temporal y la corteza prefrontal. Estas anomalías parecen persistir durante el curso del trastorno, siendo más prominentes en el inicio temprano de la enfermedad, y parecen estar relacionadas con la predisposición genética a la esquizofrenia (Keshavan et al., 2008).

1.3.2. Factores ambientales

Aunque, como hemos visto, la etiología de la esquizofrenia implica factores genéticos, aproximadamente el 60% de los pacientes esquizofrénicos carece de historia familiar del trastorno (Gottesman y Erlenmeyer-Kimling, 2001). Si además tenemos en cuenta que el grado de concordancia para la esquizofrenia en gemelos monocigóticos es aproximadamente del 50% y del 15% en gemelos dizigóticos (Gottesman, 1991), podemos concluir que para que se manifieste la expresión clínica del trastorno no es suficiente el riesgo genético. Como se ha visto anteriormente, ya desde el enfoque biológico de la esquizofrenia con los estudios de gemelos se ha planteado el papel de los factores ambientales. Así, la importancia de los mismos explicaría las diferencias interindividuales halladas entre gemelos monozigóticos discordantes para la esquizofrenia (Tsuang, Stone y Faraone, 2001). Por tanto, la etiología de los trastornos psicóticos es muy compleja y aunque los recientes avances en estudios epidemiológicos genéticos hayan identificado determinados genes que parecen que incrementan el riesgo a la psicosis, los factores ambientales, sin duda, juegan también un papel muy importante (Oliver, 2011).

En este sentido, se han identificado una serie de factores ambientales asociados al desarrollo de la psicosis. Estos incluyen factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales ocurridos durante los periodos prenatal y perinatal, la niñez, la adolescencia y la edad adulta (Maki et al., 2005). En el período prenatal, las infecciones maternas, las deficiencias nutricionales y la presencia de acontecimientos vitales adversos graves durante el primer y segundo trimestre del embarazo, se han relacionado con un aumento del riesgo de desarrollo de la esquizofrenia (Boksa, 2010; Meyer, Yee, Feldon, 2007; Penner y Brown, 2007; Xu et al., 2009).

Del mismo modo, la presencia de alteraciones durante el parto se ha relacionado con mayores tasas de psicosis. Se ha observado que una serie de complicaciones obstétricas y perinatales duplican el riesgo de desarrollo de psicosis, siendo la hipoxia fetal el fenómeno más estudiado (Byrne, Agerbo, Bennedsen, Eaton y Mortensen, 2007; Fineberg, Ellman, Buka, Yolken y Cannon, 2013; Forsyth et al., 2013; Nicodemus et al., 2008). Aunque los factores de riesgo maternos para la psicosis durante el período prenatal y perinatal reciben la mayor atención (Patterson, 2007), la edad paterna en el

momento de la concepción también es importante. En este sentido, una mayor edad paterna se ha relacionado con el doble de riesgo de desarrollo de esquizofrenia (Miller et al., 2011; Pedersen, McGrath, Mortensen y Petersen, 2014; Opler et al., 2013). Así, cuando la edad de los padres es superior a los 35 años, se incrementa el riesgo de desarrollo de psicosis en comparación con padres más jóvenes (Wohl y Gorwood, 2007).

Existen también una serie de características sociodemográficas que se han relacionado con el desarrollo de los trastornos psicóticos. La época del nacimiento, el nivel socioeconómico y el área sociodemográfica son algunas de las variables sociales analizadas. Así, son numerosos los estudios epidemiológicos que han replicado la observación de que, comparado con la población general, la esquizofrenia se asocia con un incremento del 5-10% de nacimientos en los meses de invierno y primavera (Cheng, Loh, Lin, Chan y Lan, 2013; Davies, Welham, Chant, Torrey y McGrath, 2003; Mortensen, Pedersen, Westgaard, Wohlfahrt y Ewald, 1999). Respecto al área sociodemográfica, se ha observado mayor prevalencia de psicosis en áreas urbanas frente a las zonas rurales (Heinz, Deserno y Reininghaus, 2013; Vassos, Pedersen, Murray, Collier y Lewis, 2012). Del mismo modo, el pronóstico de la esquizofrenia también se ha relacionado con el nivel socioeconómico, observándose mejor pronóstico en los países en vías de desarrollo (Cohen, Patel, Thara y Gureje, 2008; Hopper, Harrison, Janca y Sartorius, 2007). Así, en un estudio llevado a cabo por Hopper y colaboradores (2007), encontraron un mayor porcentaje de remisiones clínicas completas en los países menos desarrollados (37%) en comparación con los países desarrollados (15%). Es decir, más del doble de los pacientes con esquizofrenia en los países menos desarrollados (en relación con los más desarrollados) presentarían remisión completa a largo plazo.

Otros factores psicosociales, como el aislamiento social (Bourque, van der Ven y Malla, 2011; Coid et al., 2008; Morgan y Hutchinson, 2010), el consumo de cannabis (Bossong y Niesink, 2010; Malone, Hill y Rubino, 2010; Moore et al., 2007) y los acontecimientos vitales estresantes (Beards et al., 2013), han sido y son a día de hoy estudiados por su impacto en el desarrollo de los trastornos psicóticos.

1.4. Modelos explicativos de los trastornos psicóticos

La esquizofrenia, y en general los trastornos psicóticos, son entidades clínicas especialmente complejas por la dificultad para establecer un diagnóstico acertado y por su carácter heterogéneo. Esto ha favorecido la proliferación de diversos modelos teóricos que intentan explicar el origen de dichos trastornos, teniendo en cuenta tanto los factores biológicos como los ambientales, factores que no se dan de forma aislada, sino que interactúan entre sí. A continuación, se verán algunos de estos modelos, que tratan de explicar la implicación de los factores biológicos y ambientales en el origen de los trastornos psicóticos.

1.4.1. Modelos de vulnerabilidad-estrés

Dentro de los modelos explicativos de la esquizofrenia, los modelos de vulnerabilidad-estrés, también conocidos como modelos de diátesis-estrés, son posiblemente los modelos más aceptados, debido a su facilidad para dar cuenta de la compleja interacción que ocurre entre los factores genéticos y ambientales (Fonseca-Pedrero, 2009).

Según Ingram y Luxton (2005), dichos modelos consideran que, para que un individuo desarrolle un trastorno psicótico (o de otro tipo), se debe dar necesariamente, en mayor o en menor grado, la conjunción de dos factores: vulnerabilidad y estrés. El concepto de vulnerabilidad alude a determinados rasgos biológicos, de origen preferentemente (aunque no exclusivamente) genético, que confieren una determinada predisposición a sufrir un trastorno psicológico (Lemos-Giráldez, 2003). Es considerada como una variable continua que se puede manifestar en distintos grados de intensidad. En este sentido, las personas situadas en niveles altos dentro de este continuo, presentarían un alto grado de predisposición a desarrollar la esquizofrenia, mientras que los situados en la parte más baja del mismo podrían presentar diversas alteraciones relacionadas con la esquizofrenia, tales como síntomas negativos o deterioro cognitivo (p. ej., déficit en atención sostenida o funciones prefrontales) (Lemos-Giráldez, 1999). A su vez, la vulnerabilidad se encuentra inmersa dentro de un marco de continua interacción con factores ambientales. Por lo tanto, desde este punto de vista, se considera necesaria -pero no suficiente- para manifestar el trastorno, y necesita ser

“desencadenada” por procesos ambientales. Estos componentes ambientales pueden ser de origen biológico, como una infección o el consumo de ciertas sustancias, tipo alcohol o diferentes medicamentos; o también de origen psicológico como, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, el cambio de empleo o diferentes situaciones estresantes en general. La intensidad del estrés ambiental necesario para desarrollar la psicosis difiere de una persona a otra, del mismo modo que el grado de vulnerabilidad. En general, cuanto mayor sea la vulnerabilidad subyacente, menos estrés se necesita para desencadenar el episodio psicótico. Y a la inversa, cuanto menor sea la contribución genética, mayor será el estresor necesario. Por tanto, a partir de un determinado nivel, en función de la acumulación (aditiva o interactiva) de factores ambientales y genéticos, se sobrepasaría el umbral de expresión del trastorno, dando lugar al fenotipo esquizofrénico.

A continuación, en la Figura 1.6 se representa la interacción diátesis-estrés dentro del continuo de vulnerabilidad-resistencia.

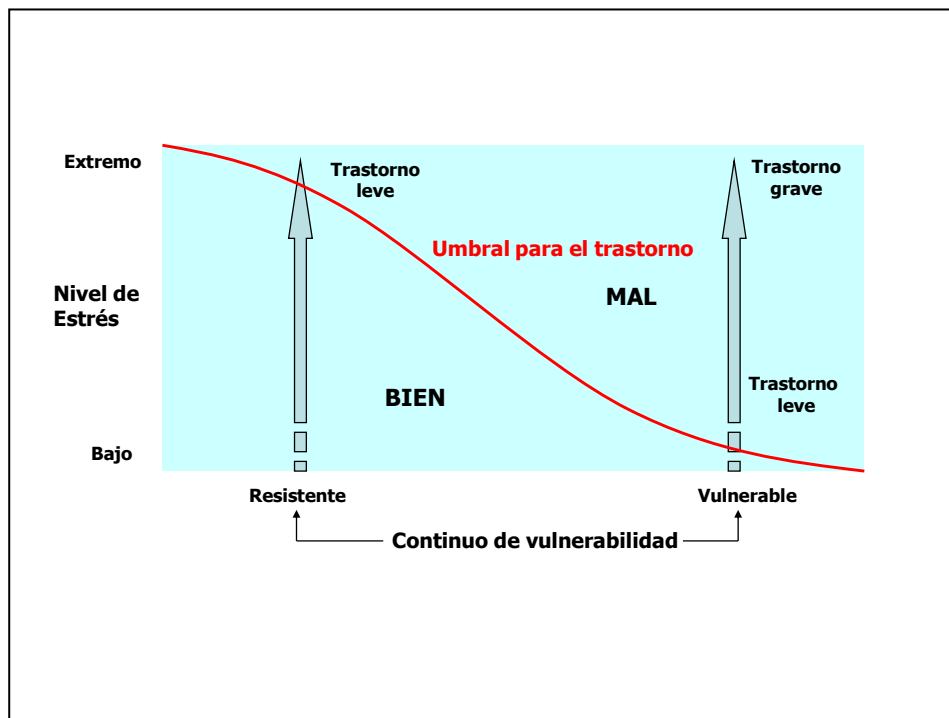


Figura 1.6. El modelo de diátesis-estrés dentro del continuo de vulnerabilidad (tomado de Lemos-Girádez, 2003).

Es importante señalar que, desde estos modelos, el estrés puede estar presente tanto en las fases iniciales del desarrollo (p. ej., estrés materno), como en los periodos más cercanos temporalmente al desarrollo de la psicosis, como la adolescencia. Igualmente, las interacciones o transacciones entre la vulnerabilidad y el estrés pueden cambiar a lo largo del tiempo. Así, puede ocurrir que, en determinadas fases del desarrollo evolutivo, sean más importantes los procesos de tipo biológico, mientras que en otras, los procesos de corte más social cobren mayor importancia. Dicha interacción genético-ambiental pone de manifiesto la gran complejidad de la naturaleza de los trastornos esquizofrénicos, donde todavía es necesario comprender cómo se producen las interacciones (Tsuang et al., 2004).

Existen también factores de protección que pueden atenuar el riesgo de psicosis en personas constitucionalmente predispuestas. Estos factores pueden ser tanto personales, como por ejemplo, la eficacia de las habilidades de afrontamiento del sujeto y el nivel de inteligencia, o ambientales, como la disponibilidad de apoyo social o familiar. Bajo esta premisa, solo una pequeña parte de las personas “vulnerables” desarrollarán en el transcurso de su vida un trastorno del espectro esquizofrénico. De esta forma, según indican Zubin y colaboradores (1983), solo un 26% de todas las personas que portan el genotipo para la esquizofrenia desarrollan el fenotipo.

El modelo de vulnerabilidad desarrollado por Zubin y Spring (1977) es posiblemente uno de los modelos más aceptados para la explicación y comprensión de la esquizofrenia, así como de los trastornos relacionados con ella (Ingram y Luxton, 2005; Lemos-Giráldez, 2003). Hace cuatro décadas estos autores proponen un modelo sistemático de vulnerabilidad a la esquizofrenia, tratando de explicar la naturaleza episódica de los trastornos psicóticos, recogiendo, de alguna manera, las propuestas de autores anteriores que esbozaban la noción de vulnerabilidad (Meehl, 1962). Este modelo, también conocido como el modelo “umbral” (Ingram y Luxton, 2005), parte del supuesto básico de que para producirse un trastorno es necesaria la existencia de una vulnerabilidad, que puede ser precipitada por diversos estresores, desencadenando la aparición del trastorno. Por tanto, el modelo considera que ninguno de los dos factores (vulnerabilidad y estrés) es suficiente por separado para producir un episodio psicótico. Definen la vulnerabilidad esquizofrénica como una tendencia individual permanente a desarrollar episodios psicóticos (Berner, 1999). Así, lo que es permanente en el sujeto

es la vulnerabilidad al trastorno y no la propia esquizofrenia. Dentro de este modelo, la vulnerabilidad o predisposición que tiene una persona a padecer un trastorno es un rasgo dimensional relativamente duradero que se mantiene estable, independientemente del estado clínico del sujeto, considerándose resultado tanto de factores genéticos como de la propensión adquirida.

Los supuestos básicos del modelo de vulnerabilidad-estrés formulados por Zubin y Spring (1977) serían los siguientes:

- 1) La vulnerabilidad no asegura el desarrollo de la esquizofrenia si no concurren las circunstancias adecuadas.
- 2) Los factores ambientales precipitantes son siempre necesarios para que tenga lugar el trastorno, incluso cuando la vulnerabilidad es elevada.
- 3) La intensidad del estrés ambiental desencadenante, es inversamente proporcional al grado de vulnerabilidad manifestado por el individuo.
- 4) Los periodos de enfermedad son episódicos y limitados en el tiempo. En consecuencia, la esquizofrenia es un trastorno episódico, y su cronicidad un artefacto debido a factores iatrogénicos.
- 5) La vulnerabilidad puede ser producida tanto por factores genéticos, bioquímicos o de funcionamiento cerebral, como por factores ecológicos, de aprendizaje o psicosociales.
- 6) Puesto que no todos los individuos vulnerables llegan a desarrollar el cuadro clínico, ello indica la existencia de factores moderadores preventivos entre los que destacan: la personalidad premórbida, el nicho ecológico y/o la red social.
- 7) La intervención psicosocial para prevenir la aparición de episodios clínicos o recaídas sintomáticas debe basarse en la manipulación o modificación de los factores moderadores.

Por tanto, como señalan los supuestos de vulnerabilidad, la predisposición a la psicosis solo se puede apreciar mediante determinados marcadores de vulnerabilidad de corte biológico o conductual. Estos marcadores de vulnerabilidad deben reunir, según este modelo, tres evidencias: (a) que las anomalías estén presentes antes del inicio del trastorno y en las distintas fases del mismo; (b) que dichas anomalías se encuentren en

familiares biológicos de primer grado; y (c) que dichas anomalías estén también presentes en individuos con otros trastornos del espectro esquizofrénico.

Posteriormente, diferentes autores han aumentado las condiciones o criterios necesarios para considerar un marcador de vulnerabilidad como tal (Nuechterlein y Dawson, 1984; Zuckerman, 1999): (a) presentar una baja frecuencia en la población general; (b) ser estable y fiable en el tiempo; (c) ser transmitido genéticamente; (d) encontrarse con frecuencia en los familiares de primer grado de los pacientes; (e) estar presente en personas con esquizofrenia; (f) encontrarse en los individuos que presentan el trastorno, aunque se hallen en periodos de remisión; y (g) predecir la aparición del trastorno en los estudios longitudinales.

Por su parte, los estresores son acontecimientos que exigen al individuo un proceso de adaptación, existiendo dos tipos diferentes de estresores: agudos o crónicos. Desde una perspectiva psicosocial, y como se ha visto en el apartado anterior, se han identificado una serie factores sociales asociados a la presencia de los trastornos psicóticos (Rutten y Mill, 2009; van Os et al., 2010). Así, se ha detectado que la psicosis y la gravedad de su curso se relacionan con diferentes estresores, como situaciones de aislamiento social, el desempleo, la emigración, la falta de formación y marginación social, entre otros (Bourque et al., 2011; Morgan y Hutchinson, 2010). Asimismo, se ha señalado una serie de factores moduladores, que ayudarían a incrementar o mitigar el impacto de las circunstancias vitales sobre el individuo. En este sentido, Zubin y Steinhauer (1981) distinguen tres tipos de variables moduladoras: la red social, la personalidad y el “nicho” ambiental que ocupa la persona. Así pues, dos personas con el mismo grado de vulnerabilidad y expuestas a experiencias estresantes similares no tendrán la misma susceptibilidad a presentar un episodio psicótico, pues ello dependerá de la incidencia de las variables moduladoras.

No obstante, una de las limitaciones de este modelo es que no es capaz de explicar las diferencias cronológicas de aparición en la esquizofrenia, ni las diferencias observadas entre sexos en el curso y en la edad de inicio (Coronas, Arrufat, Domènech y Cobo, 2002).

1.4.2. Modelos del neurodesarrollo

Los avances producidos en los últimos años en el campo de las neurociencias y, sobre todo, las mejoras producidas en las técnicas de neuroimagen, han permitido profundizar en las causas de la esquizofrenia y de sus trastornos relacionados. De este modo, las teorías actuales sobre la etiología de la psicosis hacen hincapié en alteraciones que podrían tener lugar en periodos tempranos del neurodesarrollo. A este conjunto de hipótesis se les ha venido a llamar teorías o modelos del neurodesarrollo, y constituyen una hipótesis integradora y sólida de la etiopatogenia de la esquizofrenia (Parellada, 2001), mejorando ciertos aspectos que los modelos de diátesis-estrés no contemplaban, como por ejemplo, la influencia de los factores ambientales y genéticos en el desarrollo de la esquizofrenia, o la naturaleza de tales eventos.

Desde estos modelos se propone que el trastorno de al menos una parte de los pacientes con esquizofrenia parece ser el resultado de alguna alteración producida durante el periodo del neurodesarrollo, cuyo origen podría ser genético, ambiental o una combinación de ambos factores (Navarro-Mateu, Barcia y van Os, 2000).

Sin embargo, aunque parece existir un acuerdo sobre la existencia de una alteración en el neurodesarrollo, existen discrepancias sobre el momento en el que se producen dichas alteraciones. Así, existen dos posturas diferenciadas, los que postulan que dicha alteración se produce en las etapas tempranas del neurodesarrollo (periodo intrauterino, prenatal o perinatal), frente a los que defienden que dicha alteración parece tener lugar en momentos más tardíos del neurodesarrollo y más cercanos al inicio de la enfermedad, concretamente en la adolescencia (ver Figura 1.7). Seguidamente, se expondrán de manera breve cada uno de estos modelos.

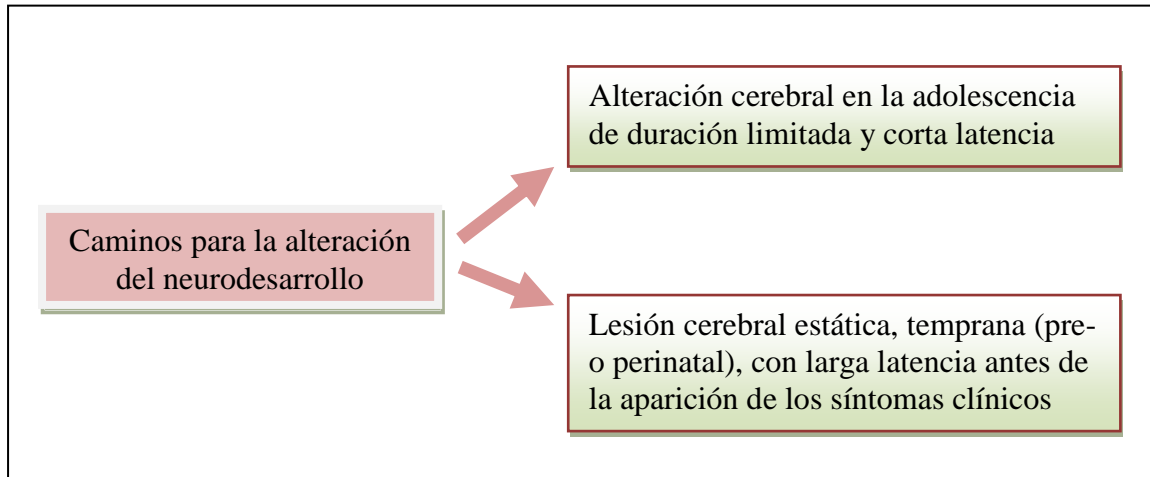


Figura 1.7. Modelos de neurodesarrollo anómalo (tomado de Obiols y Vicens-Viulanova, 2003).

A pesar de que encontramos antecedentes a principios del siglo pasado de la hipótesis que defiende una alteración del neurodesarrollo temprano, no es hasta la década de los ochenta cuando aparece su formulación moderna por parte de los grupos, entre otros, de Weinberger (1986, 1987) en Estados Unidos y de Murray y Lewis en Inglaterra (1987). Weinberger propuso la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo en el cual una lesión cerebral a edades muy tempranas de la vida interactúa con ciertos factores madurativos que ocurren más tarde. Así, en la esquizofrenia existiría un trastorno prenatal del desarrollo cerebral que afectaría principalmente a las redes neuronales temporolímbicas y del córtex prefrontal y a sus interconexiones (Parellada, 2001). Esta alteración se supone que es precoz, de corta duración y que ocurre en el desarrollo cerebral durante el segundo trimestre del embarazo, período en el que tienen lugar fenómenos clave del desarrollo cerebral como es la migración celular, y pudiendo ser secundaria tanto a factores genéticos, como ambientales, o a una combinación de ambos.

Esta alteración dificulta el desarrollo de la potencialidad cerebral normal, la cual se manifiesta en su máxima expresión durante la adolescencia, momento en que se produce una extensa reestructuración sináptica y se desenmascaran los problemas neurológicos, haciéndose más patentes los déficit subclínicos (Coronas et al., 2002).

De este modo, el inicio de la clínica, típicamente en la adolescencia tardía, se produciría cuando las estructuras implicadas alcanzan su madurez funcional. Se hablaría

pues, de una lesión que permanece clínicamente “silente” hasta que el proceso de desarrollo y maduración normal “conecta” las estructuras cerebrales afectadas por la lesión (Marengo y Weinberger, 2000).

A continuación, se muestran los hallazgos procedentes de diversas líneas de investigación, que según Parellada (2001) constituyen “los pilares” de la hipótesis del neurodesarrollo:

- La presencia en primeros episodios psicóticos de alteraciones estructurales y funcionales descritas por la neuroimagen.
- La ausencia de gliosis (marcador de muerte celular por necrosis en enfermedades neurodegenerativas) y la presencia de desorganización de la citoarquitectura del córtex prefrontal y temporolímbico, señalada recientemente por una nueva generación de estudios neuropatológicos y que constituyen, quizá, la evidencia más sólida de la hipótesis.
- La presencia de anomalías físicas menores y de alteraciones clínicas sutiles premórbidas (cognitivas, motoras y conductuales) que dan lugar a una “pandismaduración” del sistema nervioso central.
- La implicación de factores no genéticos aportados por la epidemiología, como son la posible participación en la alteración del neurodesarrollo de factores obstétricos (mayor incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales), así como la exposición materna a infecciones virales durante el segundo trimestre del embarazo.
- La genética de la esquizofrenia que empieza a contemplar la genética del neurodesarrollo.
- Algunos modelos neurológicos y animales que aportan ejemplos de lesiones congénitas que permanecen silentes hasta la maduración de los sistemas implicados en la clínica, y que apoyan también la hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia.

A pesar de que, como se acaba de ver, existen diferentes hallazgos clínicos que apoyan este modelo, han surgido también importantes críticas como: a) el excesivo tiempo existente entre las alteraciones prenatales o perinatales de corta duración y el diagnóstico formal de esquizofrenia; en este tiempo el trastorno se encuentra en un

estado “silente” indicando un cierto nihilismo y determinismo a estar “condenado desde el útero”; y b) los estudios de neuroimagen, donde se indica el posible carácter progresivo de determinadas alteraciones cerebrales (Arango y Kahn, 2008; Lieberman et al., 2001). Del mismo modo, el curso clínico deteriorante encontrado en algunos pacientes con esquizofrenia señala la posibilidad de que la esquizofrenia sea un trastorno de carácter progresivo, y no estático, con alteraciones tempranas y tardías del desarrollo (Arango et al., 2008).

Estas críticas han dado lugar a un refinamiento de la hipótesis inicial del neurodesarrollo, dando lugar a un modelo alternativo denominado hipótesis del neurodesarrollo tardío (Broome et al., 2005). De este modo, y en contra de la idea de lesión prenatal, algunos investigadores como Feinberg (1982) sugieren que la esquizofrenia sería el resultado de una alteración en los procesos de desarrollo más tardíos. Concretamente en la poda sináptica (*synaptic pruning*) que se realiza durante la adolescencia. En esta etapa de la vida se provocaría una excesiva poda sináptica a nivel cortical, que produciría una pérdida exagerada en el número y densidad de las sinapsis cerebrales (Feinberg, 1990), pudiendo dar lugar en ese momento a la esquizofrenia. Así, desde este modelo, cobran especial interés factores no íntimamente relacionados con los periodos tempranos del neurodesarrollo, como son los cambios madurativos tardíos, cerebrales, hormonales y sociales ocurridos durante la adolescencia (Bearden, Meyer, Loewy, Niendan y Cannon 2006; Cannon, 2005; Walker, 2002).

Teniendo en cuenta ambos modelos, algunos autores han desarrollado modelos más integradores, incorporando tanto los aspectos del neurodesarrollo temprano como tardío, así como los posibles factores involucrados en el resultado del fenotipo psicótico (Bearden et al., 2006; Cannon et al., 2003; Keshavan, 1999; Lewis y Levitt, 2002). Por ejemplo, Keshavan (1999) propone un modelo en el que se señala la alteración en el neurodesarrollo en dos momentos críticos (desarrollo temprano del cerebro y la adolescencia) que se combinarían para producir los síntomas asociados con la esquizofrenia. Según este modelo, la alteración temprana daría lugar a una disfunción en las redes neuronales específicas que explicarían los síntomas premórbidos observados en personas que posteriormente desarrollan esquizofrenia. Posteriormente, en la adolescencia, la eliminación excesiva de sinapsis y la pérdida de la plasticidad podría favorecer la aparición de los síntomas. En esta misma línea, Cannon y colaboradores

(2003) proponen un modelo conceptual para explicar las posibles causas, así como la influencia del tiempo en la expresión de la esquizofrenia. El modelo se vertebra en dos ejes dimensionales independientes: un continuo genético-ambiental y un continuo de expresión maduracional temprano-tardía. Igualmente, se señalan los factores más relevantes de la literatura a tener en cuenta dentro de estos dos ejes (p. ej., hipoxia). Este modelo heurístico intenta armonizar, tanto las interacciones genético-ambientales, como el papel que desempeña el tiempo en la expresión temprana o tardía del fenotipo esquizofrénico. Por lo tanto, según estos modelos, las anomalías del neurodesarrollo (prenatales y postnatales) provocarían un patrón de conectividad neural aberrante y éste, a su vez, un procesamiento cognitivo alterado que estaría a la base de los déficit cognitivos y las manifestaciones psicopatológicas de la esquizofrenia (Parellada, 2001).

A pesar de las modificaciones y avances producidos, los modelos del neurodesarrollo no se encuentran exentos de limitaciones. Los críticos de estos modelos, afirman que no tienen en cuenta plenamente una serie de características de la esquizofrenia, incluyendo el largo tiempo transcurrido entre la alteración del neurodesarrollo y el desarrollo de los síntomas, el deterioro clínico progresivo observado en algunos pacientes, y la evidencia de los cambios progresivos en estructuras cerebrales corticales (Lieberman, 1999; Rapoport, Addington, Frangou y Psych, 2005; Rapoport et al., 1999).

1.4.3. Modelos epigenéticos

Como se ha visto, los avances producidos en el campo de la epidemiología y de la genética molecular evidencian la implicación de los factores ambientales y genéticos en la etiología de los trastornos psicóticos. En este sentido, se ha descubierto una serie de factores ambientales postnatales asociados al desarrollo de los trastornos psicóticos (van Os et al, 2010). Al mismo tiempo, estudios con animales y con humanos han mostrado que diferencias en la regulación de la expresión de diferentes genes están asociadas con la patogénesis de los trastornos psicóticos (Talkowski et al., 2008).

El mecanismo a través del cual estos factores ambientales actúan sobre los mecanismos biológicos moleculares y celulares en el cerebro humano y, en última instancia, dan lugar a fenotipos y la patología relacionada con la psicosis, sigue siendo

poco conocido (Rutten y Mill, 2009). En los últimos años, el interés se centra en conocer como se produce esa interacción “genes-ambiente” (G x A) en el desarrollo de los trastornos psicóticos. Desde este enfoque la relación deja de ser una relación lineal (gen-fenotipo), dando lugar a una relación sinérgica en el desarrollo de la psicosis, donde el efecto de uno es condición del otro. De esta manera, la exposición a determinados factores ambientales puede tener un efecto en la expresión del genotipo de un individuo, al mismo tiempo que su dotación genética puede determinar la exposición ambiental (van Os, Rutten y Poulton, 2008). Así, aunque tanto los factores ambientales como los genéticos están implicados en la etiología de los trastornos psicóticos, su efecto puede variar en la expresión del fenotipo psicótico, ya que se ha visto que no todas las personas expuestas a factores de riesgo ambiental con genotipo psicótico acaban desarrollando el trastorno (van Os et al., 2014).

En este sentido, recientes estudios que provienen del campo de la biología molecular han puesto en evidencia que la exposición a factores ambientales pueden dar lugar a cambios en la regulación de la expresión genética (Pishva et al., 2014). Así, a pesar de que la programación genética tiene lugar fundamentalmente durante el desarrollo perinatal, existen datos que indican que la exposición a factores ambientales posnatales puede provocar cambios en la expresión de los genes mediante mecanismos epigenéticos (Kofink, Boks, Timmers y Kas, 2013). Los mecanismos epigenéticos son los encargados de regular la transcripción y expresión de los genes a lo largo de la vida, siendo sensibles a los factores ambientales (Pishva et al., 2014). Así, la epigenética es el conjunto de procesos químicos que modifican la actividad del ácido desoxirribonucleico (ADN) pero sin alterar su secuencia, mediante cambios fundamentalmente en la metilación del ADN o en la alteración de la estructura cromosómica (Jaenisch y Bird, 2003). La metilación del ADN consiste en la transferencia de grupos metilos que se produce fundamentalmente en una citosina (C) que se encuentre situada al lado de un nucleótido de guanina (G), dando lugar a la producción de 5-metilcitosina (5mC). Niveles altos de metilación alteran la unión de factores de transcripción y por lo general, disminuyen la transcripción de los genes; por el contrario, niveles bajos de metilación van a producir un aumento en la expresión de genes (Moore, Le y Fan, 2013).

Los mecanismos epigenéticos podrían explicar los resultados obtenidos en los estudios con gemelos monocigóticos donde, como se ha visto anteriormente, a pesar de

que éstos comparten el 100% de los genes, la concordancia genética para la psicosis se sitúa en torno al 40-50% (Sullivan, Kendler y Nele, 2003). Así, esta discordancia fenotípica entre los gemelos monocigóticos puede atribuirse al papel que desempeñan los factores ambientales y a la acción de los mecanismos epigenéticos (Rutten y Mill, 2009).

Estudios recientes han encontrado por tanto que los mecanismos epigenéticos pueden proporcionar una explicación para la interacción “genes-ambiente” que se observa en muchos trastornos psiquiátricos, entre ellos, en los trastornos psicóticos (Mahgoub y Monteggia, 2013; Melas et al., 2012; Ptak, y Petronis, 2010; van Os, Rutten y Poulton, 2008). Los mecanismos epigenéticos que más se han relacionado con el desarrollo de los trastornos psicóticos, se refieren a cambios en la metilación del ADN, dando lugar a la expresión de diferentes genes que, como se ha visto en el apartado anterior, se han relacionado con el desarrollo de los trastornos psicóticos. Actualmente, no se ha logrado identificar unos perfiles epigenéticos de genes específicos alterados en pacientes con trastornos psicóticos; sin embargo, sí se ha observado un menor nivel global de metilación en diferentes regiones cerebrales en pacientes con psicosis (Pishva et al., 2014; Rutten y Mill, 2009). Así, diferentes estudios han comparado el nivel global de metilación del ADN en personas con psicosis y en personas sin patología psiquiátrica, encontrando una disminución global de la metilación del ADN en el lóbulo frontal en los pacientes con psicosis (Melas et al., 2012; Miller et al., 2008; Nohesara et al., 2011; Shimabukuro et al., 2007). Aunque los mecanismos epigenéticos juegan un papel crucial en la regulación de la expresión genética durante el neurodesarrollo (Rutten et al., 2013; Szulwach, et al., 2011), estudios recientes han observado que factores psicosociales ocurridos durante la niñez, la adolescencia o la vida adulta, pueden activar mecanismos epigenéticos, produciendo cambios en la expresión genética (Rutten y Mill, 2009; van Os et al., 2010).

En esta línea, se han identificado algunos factores ambientales, ocurridos en diferentes periodos del desarrollo, que podrían interactuar con los factores genéticos, dando lugar a cambios en la regulación de la expresión genética, que se han relacionado con el desarrollo de los trastornos psicóticos (ver Tabla 1.1).

Tabla 1.1

Factores ambientales que interactuarían con los factores genéticos en el desarrollo de los trastornos psicóticos (adaptado de Rutter y Mill, 2009)

Factores Ambientales	Estadio de desarrollo
Edad de los padres	Prenatal
Hipoxia	Prenatal
Deficiencias nutricionales	Prenatal
Déficit de ácido fólico	Prenatal
Estrés maternal	Prenatal
Ambiente durante la crianza	Infancia
Estrés crónico	Infancia/ adolescencia
Áreas urbanas	Infancia/adolescencia
Migración	Infancia/ adolescencia
Uso de cannabis y otras drogas de abuso	Infancia/adolescencia

Los cuidados parentales y el ambiente familiar constituyen uno de los factores ambientales que tiene lugar durante la infancia y que se ha relacionado con los mecanismos epigenéticos, dando lugar a la expresión de varios genes que se han relacionado con el desarrollo de la psicosis. Estudios experimentales con animales han observado una fuerte asociación entre cuidados parentales inadecuados y alteraciones epigenéticas de genes implicados en el sistema hipotalámico hipofisario adrenal (HPA) y en el hipocampo, que participan en procesos relacionados con el aprendizaje y la memoria. Así, Weaver y colaboradores (2004), encontraron que las diferencias en la atención materna postnatal en ratas dieron lugar a la hipermetilación en la región promotora del gen que codifica al receptor de glucocorticoides (NR3C1) en la descendencia, dando lugar a fenotipos conductuales que se mantuvieron en la edad adulta. El receptor de glucocorticoides juega un papel muy importante en la regulación del eje HPA que, a su vez, está estrechamente relacionado con la transmisión del sistema dopaminérgico de la vía mesolímbica (Wand et al., 2007). Se ha observado que los pacientes con psicosis presentan una baja regulación del gen NR3C1 en la región hipocámpal (Webster, Knable, O’Gray, Orthomann y Weuckert, 2002). Del mismo

modo, diferentes estudios han encontrado una relación entre la psicosis y la alteración de sistema HTA (Myin-Germeys y van Os, 2007; Pariante, 2008;). Así, la presencia de un ambiente familiar inadecuado puede activar mecanismos epigenéticos que se han relacionado con el desarrollo de los trastornos psicóticos.

Otro factor ambiental, que se ha visto que interactúa con los factores genéticos y desempeña un papel en el desarrollo de la psicosis es el consumo de sustancias, principalmente el consumo de cannabis (Henquet, Di Forti, Morrison, Kuepper y Murray, 2008; Henquet et al., 2009). Diferentes estudios han encontrado que las sustancias psicoestimulantes producen cambios en la expresión de diferentes genes (Numachi et al., 2004). Así, se ha observado que el uso prolongado de metanfetaminas en ratas, se asocia con un nivel alterado de la expresión del principal enzima que actúa en la metilización del ADN, la citosina-5-metiltransferasa 1 (DNMT1) (Numachi et al., 2004). Del mismo modo, la administración aguda y crónica de cocaína en roedores, aumentó la acetilación de las histonas en el núcleo accumbens y la disminución de la actividad de la histona deacetilasa 5 (HDAC5) -las histonas desempeñan un papel crucial en la regulación de la transcripción del ADN- (Kumar et al., 2005). Respecto al uso del cannabis, se ha observado que provoca cambios moleculares y celulares a largo plazo en humanos y en ratones (Villares, 2007); en este sentido, estudios muestran que el principal componente psicoactivo del cannabis, el tetrahidrocannabinol (THC) induce a la expresión de la histona deacetilasa 3 (HDAC3) (Khare, Taylor, Konje y Bell, 2006).

Del mismo modo, diferentes estudios han identificado alteraciones en la expresión genética, en particular en genes implicados en la neurotransmisión dopaminérgica y en el eje HPA después de exposiciones a experiencias estresantes durante la infancia, la adolescencia o la edad adulta (Pishva et al., 2014).

Por tanto, desde los modelos epigenéticos los trastornos psicóticos surgen lentamente a partir de síntomas psicóticos subclínicos que se vuelven anormalmente persistentes cuando sinérgicamente se combinan con diferentes exposiciones ambientales durante los diferentes estadios del desarrollo, dando lugar a diferentes mecanismos epigenéticos que van afectar al funcionamiento de diferentes neurotransmisores (Domínguez et al., 2011; Rutten y Mill, 2009) (ver Figura 1.8).

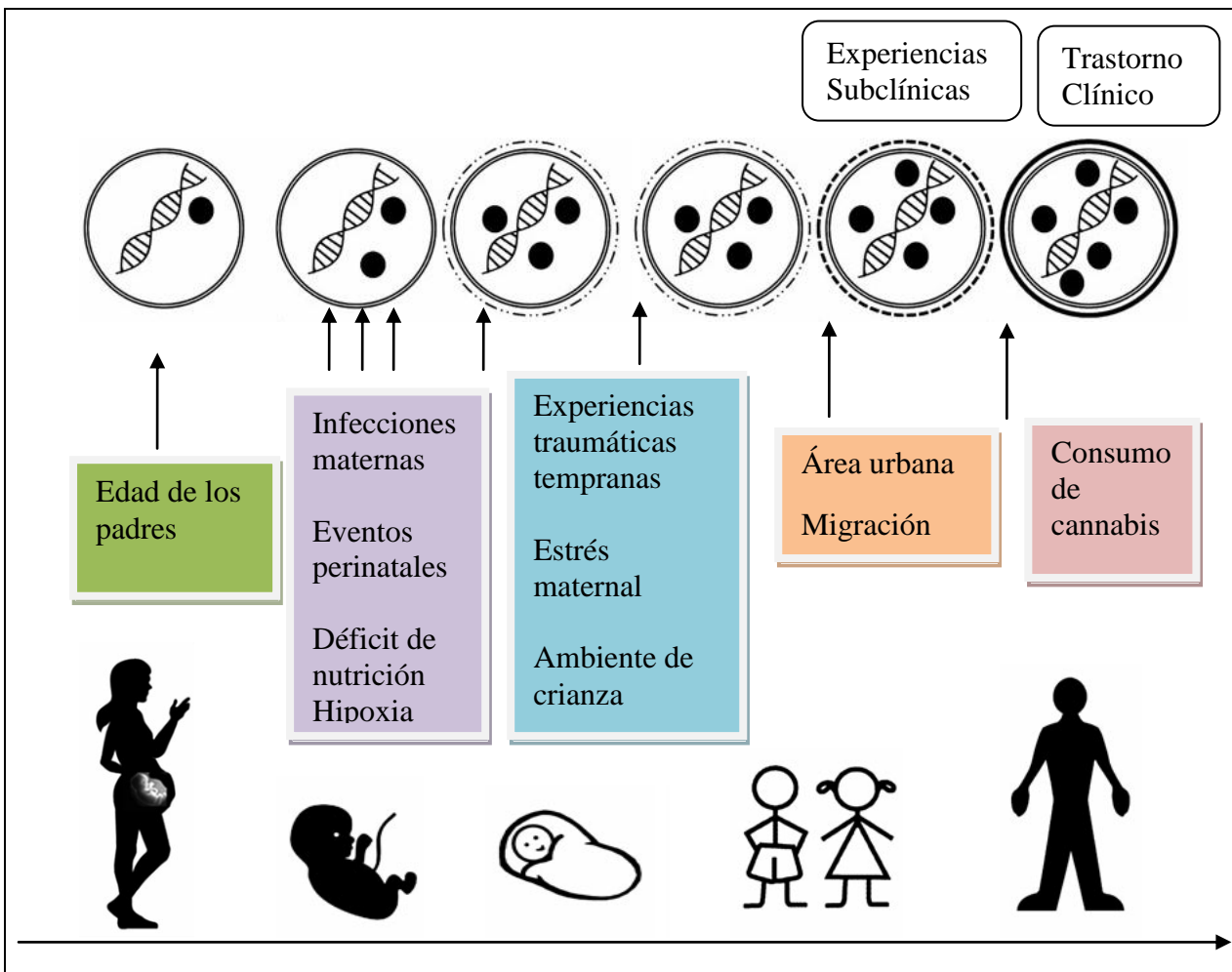


Figura 1.8. Modelo de la mediación epigenética de las influencias ambientales durante el desarrollo y la relación con la vía fenotípica que conduce al desarrollo de los trastornos psicóticos (adaptado de Rutten y Mill, 2009).

1.4.4. Los trastornos psicóticos como trastornos del yo

Dentro de los modelos explicativos de la psicosis y de acuerdo con la fenomenología, existe una corriente que identifica a los trastornos psicóticos como trastornos del yo. De esta manera, los síndromes esquizofrénicos representarían un tipo de “patología del yo” o “patología del *self*”, entendiendo la esquizofrenia como una disociación grave de la experiencia del yo/*self* en las cinco dimensiones básicas que la conforman: vitalidad, actividad, coherencia/consistencia, demarcación e identidad

(Scharffeter, 1996). En este sentido, la esquizofrenia podría ser entendida como una particular alteración de la experiencia de sí mismo y del mundo (Pérez-Álvarez, 2012).

Más específicamente, la esquizofrenia puede ser considerada como un trastorno de la ipseidad (Sass y Parnas, 2003), es decir, como un trastorno del sentido de sí mismo, caracterizado por la hiperreflexividad, el sentido disminuido de sí mismo y la alteración de la experiencia con el mundo. Se entiende, desde este punto de vista, que el paciente esquizofrénico sufre una crisis del sentido de sí mismo (Nelson, Sass y Skodlar, 2003), y que la recuperación supone la recuperación del sentido del yo (Dadvison, 2003).

Por otra parte, la alteración de la experiencia con el mundo se caracterizaría por la desrealización. De esta forma, el mundo del paciente con esquizofrenia sería un mundo falto de realidad, descontextualizado y sin el sentido habitual de las cosas (Pérez-Álvarez, 2012). Desde esta perspectiva, la presentación clínica de la esquizofrenia vendría determinada por la calidad y la cantidad de experiencia respectiva y por las estrategias para afrontarla.

Esta visión de los trastornos psicóticos tiene importantes implicaciones para la práctica clínica en el tratamiento de estos trastornos. De esta manera, la psicoterapia debe centrarse en la persona, en la relación interpersonal, en el entendimiento de las experiencias en el contexto biográfico, y en la recuperación del sentido del yo y de la relación con el mundo (Pérez-Álvarez, García-Montes, Vallina-Fernández, Perona-Garcelan y Cuevas-Yust, 2011).

Capítulo II:

Experiencias traumáticas tempranas

2.1. Conceptualización de las experiencias traumáticas tempranas

El término de experiencias traumáticas infantiles es un concepto muy amplio que abarca diferentes experiencias que ocurren en la infancia y la adolescencia como la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, enfermedades en la infancia, la violencia familiar, la falta de atenciones básicas o el abandono (Bernstein et al., 2003). Estas experiencias se caracterizan por estar fuera del control del niño, por impedir o alterar el desarrollo normal, y causar estrés y sufrimiento en el menor (Burgermeister, 2007). Las principales experiencias traumáticas ocurridas en la infancia son: el abuso emocional, el abuso físico, el abuso sexual, la negligencia emocional y la negligencia física (Bernstein et al., 2003). En este capítulo se describirán más a fondo estas últimas experiencias y se profundizará en el papel que desempeñan en el desarrollo de los trastornos psiquiátricos.

Existen dificultades para establecer una definición única y consensuada de lo que hoy en día entendemos por maltrato infantil. Así, el concepto “malos tratos a la infancia”, representa una realidad compleja y difícil de definir, siendo muy difícil establecer los límites o la línea divisoria que separa el maltrato del trato adecuado, ya que esta división se basa en un *continuum* de conductas y no en categorías independientes (Whipple y Richey, 1997). Algunos de los problemas que se observan a la hora de encontrar una definición clara y precisa del maltrato son: a) la precisión del límite a partir del cual una conducta es considerada como maltratadora; b) la mayor o menor importancia asignada a los valores y costumbres culturales; c) la inclusión de la perspectiva evolutiva; d) la presencia de factores de vulnerabilidad en el menor; y e) la inclusión como requisito del daño real o potencial en el niño (Arruabarrena y De Paúl, 1996).

Inicialmente se entendía por maltrato infantil el maltrato físico activo, con un predominio de criterios médico-clínicos. Sin embargo, en la actualidad, las diferentes definiciones de maltrato se basan en las necesidades y los derechos de la infancia. Una de las definiciones de maltrato más completa es la propuesta por el Centro Internacional de la Infancia de París (*Centre International de L'enfance*, 1980), que considera maltrato infantil a cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo. De este modo, la definición de maltrato incluye tanto la falta de atención adecuada, como los hechos que lesionan la salud física del menor, así como las acciones que atentan contra la salud mental. Por su parte, la OMS (1999) define el maltrato infantil como cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Algunos autores prefieren utilizar el concepto de “situaciones de desprotección infantil” para referirse a estas situaciones de maltrato llevadas a cabo por adultos (De Paúl y Arruabarrena, 2001). Siguiendo a estos autores, se podría hablar de tres tipos de situaciones de desprotección infantil que generalmente son llevadas a cabo:

- Las que se derivan del inadecuado cumplimiento de protección: tales como el maltrato físico o psicológico, experiencias de abuso sexual o negligencia.
- Las situaciones de imposible cumplimiento de protección: como ocurre en el caso de enfermedad, fallecimiento o encarcelamiento de los progenitores.
- Las situaciones de incumplimiento de protección: como las situaciones de abandono o renuncia por parte de los progenitores.

Hay diferentes tipos de maltrato, no existiendo hasta el momento una única tipología. Una de las clasificaciones más utilizadas, es aquella que organiza los malos tratos infantiles en torno a dos grandes dimensiones: activa-pasiva y física o emocional (Arruabarrena y De Paúl, 1996; Simón, López y Linaza, 2000). Así, teniendo en cuenta

la forma del maltrato (físico/emocional) y la actitud del agente que lo ejerce (activa/pasiva) podemos hablar de cinco formas de maltrato: abuso físico, abuso sexual, maltrato emocional, abandono físico y abandono emocional (ver Tabla 2.1).

Tabla 2.1.

Tipos de maltrato en función de la forma del maltrato y la actitud del maltratador

Forma de maltrato	Actitud del maltratador	
	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

A continuación haremos una breve descripción de lo que se entiende por cada uno de los diferentes tipos de maltrato:

- Abuso físico: se definiría como cualquier acción no accidental que provoque daño físico o enfermedad en el menor o le coloquen en grave riesgo a padecerlo.
- Abandono físico: se entendería como aquella situación donde las necesidades básicas del niño (alimentación, vestido, higiene...) no son atendidas temporal o permanentemente.
- Maltrato emocional: se definiría como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza y el aislamiento a la que se ven sometidos los menores.
- Abandono emocional: se entendería como la falta persistente de respuesta a las necesidades emocionales del niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto.

- Abuso sexual: se definiría como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el menor.

Cabe añadir una categoría de maltrato recientemente considerada que es la de *niño testigo de violencia doméstica*, definido como la exposición de forma habitual a las agresiones de un progenitor hacia el otro, teniendo efectos en el desarrollo emocional y social de los niños (Patró y Limiñana, 2005).

Una vez descritas brevemente las diferentes formas de maltrato que pueden darse, es necesario tener en cuenta que, en muchos casos, se produce un cierto solapamiento entre ellas. Así, las víctimas de un único maltrato son muy poco frecuentes, siendo más común la combinación de diversos tipos de malos tratos (Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995). Esto dificulta la existencia de tipologías consensuadas, así como la delimitación de las consecuencias a corto y largo plazo de las diferentes formas de maltrato.

Es difícil conocer la prevalencia real de maltrato en los niños, ya que la mayoría de los casos no son detectados. El hecho de que la mayor parte de estas experiencias traumáticas ocurran en el entorno familiar, la vergüenza experimentada por la víctima, la edad temprana a la que suceden dichas experiencias y la dependencia del adulto o las sanciones criminales que implica la denuncia de estos casos, son algunos de los factores que dificultan el conocimiento de los mismos (Goldman y Padayachi, 2000). Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido estima que alrededor de un 11% de niños sufren abusos sexuales, un 7% abusos físicos y en torno a un 6% abusos emocionales (May-Chahal y Cawson, 2005).

En nuestro país, destaca el estudio llevado a cabo por el Centro Reina Sofía (Sanmartín, 2011) sobre el maltrato infantil en la familia, en el que participaron un total de 769 familias de menores de 18 años, 802 psicopedagogos y responsables de guarderías y colegios, y 898 menores con edades comprendidas entre 8 y 17 años, de diferentes puntos de la geografía española. Por la complejidad del estudio, la investigación se dividió en varios grupos en función de la edad: colectivo de menores de 0 a 7 años, colectivo de menores de 8 a 17 años, y colectivo de familiares de menores de

0 a 17 años. En todos los casos, se preguntó sobre situaciones de maltrato ocurridas en el año anterior; por tanto, todos los datos presentados hacen referencia a situaciones de maltrato infantil familiar ocurridas en 2006. Los resultados muestran que el maltrato infantil disminuye a medida que aumenta la edad del menor. Así, en el grupo de menores entre 0 a 7 años, el 6,36% de los psicopedagogos y responsables de guarderías y colegios detectó algún caso de maltrato en los menores de 0 a 7 años a su cargo. En total fueron 94 los niños identificados como víctimas de maltrato. El tipo de maltrato más detectado fue el maltrato físico, en concreto, el 59,68% de las víctimas sufrían maltrato físico, el 37,10% negligencia, el 17,74% maltrato psicológico y el 4,84% abuso sexual. Si tenemos en cuenta el sexo, los niños son los que padecen más maltrato físico, psicológico y negligencia, mientras que las niñas sufren más abuso sexual. En el grupo de niños de mayor edad, el 4,25% de los menores en edades comprendidas entre los 8 y los 17 años ha sido maltratado en el ámbito familiar durante 2006, siendo en estas edades más prevalente el maltrato psicológico (2,35%), seguido del físico (2,24%), el abuso sexual (0,89%) y, por último, la negligencia (0,78%).

Dentro de este grupo de experiencias adversas infantiles, los abusos sexuales en la infancia han sido unas de las más estudiadas. El abuso sexual infantil se puede definir como “los contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos, o si el niño/adolescente agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre la víctima, aunque no haya diferencia de edad” (Hartman y Burgess, 1989, p. 97). En la actualidad el abuso sexual es considerado un problema universal que está presente, de una forma u otra, en todas las culturas y sociedades, y constituye un complejo fenómeno resultante de la combinación de factores individuales, familiares y sociales, produciendo gran interferencia en el desarrollo evolutivo del niño y dando lugar, en algunos casos, a secuelas que no siempre remiten con el paso del tiempo (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000).

En las dos últimas décadas los abusos sexuales a menores han suscitado un gran interés, tanto entre la comunidad científica, como en la sociedad en general, debido a su prevalencia y a sus consecuencias a corto y a largo plazo (Cantón y Cortés, 2003; Del Campo y López, 2006). Los estudios realizados al respecto confirman que se trata de un problema mucho más extendido de lo previamente estimado y que incluso las tasas de

prevalencia más bajas incluyen a un gran número de víctimas que debe tenerse en cuenta. Así, el descubrimiento del abuso sexual infantil como maltrato frecuente y con importantes y perdurables efectos psicológicos, tanto a corto como a largo plazo, ha dado lugar en la última década a un notable crecimiento de los estudios sobre este tema, tanto a nivel nacional como internacional (Pereda y Forns, 2007). En un meta-análisis llevado a cabo por Pereda y colaboradores (2009), en el que analizaron un total de sesenta y cinco artículos procedentes de 22 países diferentes, encontraron que el 7,9% de los hombres y el 19,7% de las mujeres, había sufrido algún tipo de abuso sexual antes de la edad de dieciocho años.

Los estudios de prevalencia llevados a cabo con muestras nacionales presentan cifras similares a las obtenidas en otros países europeos (Pereda et al., 2012), oscilando en la población general en torno al 18%, siendo en varones este porcentaje del 15% y en las mujeres del 22% (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995), y alrededor del 12 % en estudiantes universitarios (Cantón, Cortés, Cantón-Cortés, 2012). Recientemente, Pereda y colaboradores (2014) examinaron la prevalencia del abuso sexual en una muestra de 1107 jóvenes estudiantes con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. Los resultados mostraron que el 8,7% informaron de la presencia de abusos sexuales en algún momento de su vida y el 5,3% informaban de la presencia de abusos sexuales durante el último año. Respecto a la prevalencia el función del sexo, la prevalencia fue significativamente mayor en las mujeres tanto en el último año ($OR = 4,33, p \leq 0,05$), como durante toda la vida ($OR = 3.82, p \leq 0,05$).

2.2. Reacciones ante las experiencias traumáticas tempranas

El interés por comprender y explicar cómo el ser humano hace frente a las experiencias traumáticas ha existido desde siempre. Gran parte de las investigaciones se han centrado en el estudio de los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, como en el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y otros trastornos psiquiátricos. Así, durante mucho tiempo, las reacciones psicopatológicas han sido consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos; más aún, se ha estigmatizado a aquellas personas que no

mostraban estas reacciones, asumiendo que dichos individuos sufrían de raras y disfuncionales patologías (Bonanno, 2004).

Sin embargo, no todas las personas expuestas a experiencias traumáticas llegan a mostrar alteraciones psicopatológicas. Así, frente a la interpretación del estrés o los acontecimientos adversos como causa segura de daño, la psicología positiva se centra en la capacidad de las personas para afrontar y resistir situaciones estresantes sin desarrollar patología psicológica. En este sentido, diversos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable que tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Paton, Smith, Violanti y Eräen, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

De este modo, como señalan Vera y colaboradores (2006), la reacción de las personas ante experiencias traumáticas puede variar en un *continuum* y adoptar diferentes formas de expresión (ver Figura 2.1)

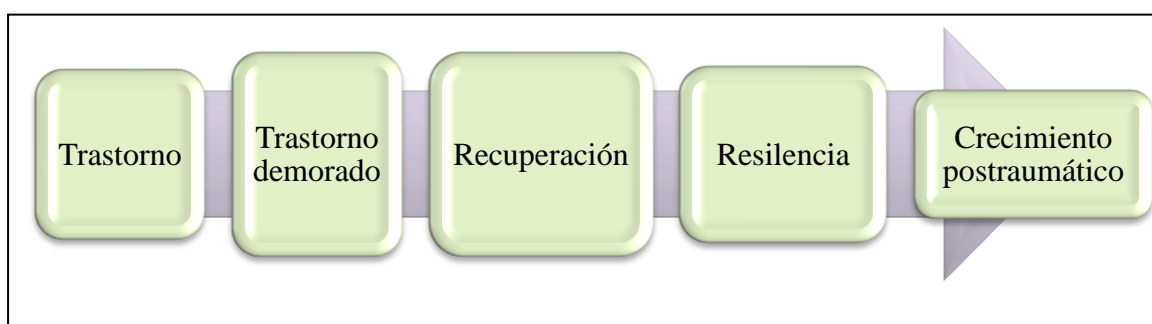


Figura 2.1. Posibles reacciones frente a experiencias traumáticas.

A continuación, veremos de manera breve estas posibles reacciones:

- Trastorno: la exposición a una situación traumática puede dar lugar al desarrollo de un TEPT u otras patologías psiquiátricas.
- Trastorno demorado: algunas personas expuestas a un suceso traumático, y que no han desarrollado patologías en un primer momento, pueden hacerlo mucho tiempo después, incluso años más tarde.
- Recuperación: en ocasiones tiene lugar un proceso de recuperación natural. Así, si bien al principio lleva consigo la experiencia de síntomas postraumáticos o

reacciones disfuncionales de estrés, con el paso del tiempo se desvanecen. Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue este proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno (Bonanno, 2004).

- Resiliencia: la resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas, a veces graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001). Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.
- Crecimiento postraumático: el concepto de crecimiento postraumático hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático, teniendo la posibilidad de aprender y crecer a partir de experiencias adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999). Como en el caso de la resiliencia, la investigación ha mostrado que es un fenómeno más común de lo que a priori se cree, y que son muchas las personas que consiguen encontrar recursos latentes e insospechados (Manciaux et al., 2001).

2.3. Experiencias traumáticas tempranas y psicopatología

Desde que Selye (1950, 1956) desarrollara su teoría del estrés como respuesta no específica del organismo ante las demandas hechas sobre él y conocida como *Síndrome General de Adaptación*, se han desarrollado numerosas propuestas sobre el impacto que los sucesos adversos o acontecimientos vitales estresantes tienen en la persona. Dado que la presencia de eventos o acontecimientos estresantes tiene implicaciones importantes en la salud física y emocional de las personas en cualquier época del desarrollo, durante la infancia su impacto puede ser dramáticamente significativo, ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de

estabilidad y protección (López-Soler, 2008). Así, el hecho de que el cerebro humano siga desarrollándose durante la infancia y la adolescencia, e incluso durante el período adulto, hace que sea especialmente vulnerable ante situaciones traumáticas o de estrés crónico, y se pueden producir daños, en ocasiones irreversibles, de tipo físico, emocional y cognitivo (Mesa-Gresa y Moya-Abiol, 2011).

La infancia es una etapa de gran importancia: durante esta época tienen lugar las primeras experiencias socializadoras que van configurando y dando lugar a la personalidad del niño. Acontecimientos negativos como el maltrato físico, el abandono emocional, el abuso sexual y otros pueden producir unos efectos psicológicos negativos, tanto a corto como a largo plazo (Pereda 2009, 2010). El mayor o menor impacto emocional va a estar, a su vez, agravado o atenuado por una serie de factores mediadores, que van a ser responsables, en buena medida, de las diferencias individuales que se observan en las distintas víctimas en relación con las secuelas del suceso. De este modo, el daño puede tener mayor o menor impacto dependiendo de factores relacionados con el tipo de experiencia traumática como el tipo de maltrato, su gravedad o su frecuencia; de las características individuales del menor, como la edad o las estrategias o mecanismos de afrontamiento, así como de la actitud de los padres y cuidadores. La forma en la que los niños vivencian y afrontan dichas experiencias repercutirá positiva o negativamente en el desarrollo psicosocial del menor. En general, se consideran normales las siguientes reacciones ante un evento estresante grave: tristeza, ansiedad, enfado, comportamiento alterado y otras dificultades menores, que perturban durante un breve periodo de tiempo (López-Soler, 2008). Sin embargo, en ocasiones las dificultades son más intensas y duraderas, dando lugar a importantes problemas en el funcionamiento personal y en la adaptación psicosocial del menor.

Las consecuencias psicológicas de los malos tratos son un elemento común y, por tanto, unificador de sus distintas expresiones, hasta el punto de que algunos autores consideran que son las consecuencias psicológicas de un acto las que definen ese acto como abusivo (Garbarino, Guttman y Seeley, 1986). Cuando se habla de consecuencias de los malos tratos, esto se refiere a un conjunto de alteraciones en el funcionamiento individual, familiar y social de las personas que son o han sido sometidas a malos tratos. Independientemente de los daños o traumas físicos, los malos tratos en la infancia ejercen un fuerte impacto en áreas críticas del desarrollo infantil,

con consecuentes perjuicios, presentes y futuros en el funcionamiento social, emocional y cognitivo. Del mismo modo, el maltrato a una edad temprana puede tener consecuencias neurológicas irreversibles (Giménez-Pando, Pérez-Arjona, Dujovny y Díaz, 2007), teniendo en cuenta el momento en el que se producen las alteraciones, podemos hablar de efectos a corto o a largo plazo.

Dentro de los efectos psicológicos a corto o medio plazo se ha encontrado que los episodios del maltrato producen alteraciones en el desarrollo emocional y de la personalidad en el menor. Autores como Browne y Finkelhor (1986) recomiendan la utilización del término *efectos iniciales*, en lugar de *a corto plazo*, ya que según ellos el término a corto plazo puede dar a entender que los síntomas no persisten, cuando en muchos casos no es así. Se entiende por indicadores o efectos iniciales, a los efectos que tienen lugar durante los dos años siguientes al abuso (Browne y Finkelhor, 1986; López, 1993) y que, por tanto, suelen estar presentes en la infancia o en la adolescencia.

Diferentes estudios muestran el perfil del niño maltratado como un niño inseguro, con baja autoestima y con dificultades en las relaciones sociales (Flynn, Cicchetti y Rogosch, 2014; Young y Widom; 2014), presentando gran dificultad en la expresión y reconocimiento de emociones y un mayor número de emociones negativas (Shenk, Putnam y Noll, 2013). Del mismo modo, los niños maltratados frecuentemente carecen de creencias positivas esenciales acerca de sí mismos y de su mundo, mostrando menos habilidades a la hora de reconocer y reaccionar ante el malestar de los demás (Sanmartín, 2011).

En cuanto a su relación con los iguales, presentan grandes dificultades de interacción, falta de empatía y agresividad (Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Testal y Hesse, 2001). Se ha visto que, los niños que crecen en entornos violentos y que sufren malos tratos o abusos constantes, desarrollan una hipervigilancia que les hará responder de manera hostil ante cualquier tipo de situación (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011), siendo más retraídos y con tendencia a evitar las relaciones con los iguales (Ezpeleta, 2005). Del mismo modo, los niños que han experimentado alguna forma de rechazo parental o maltrato tienden a presentar sesgos atribucionales hostiles y aprenden a anticipar y a evitar las conductas de rechazo, generalizando esta anticipación a contextos interpersonales (Patró y Limiñana, 2005). En este sentido, cabe destacar el estudio realizado por George y Main (1979), por ser de los primeros estudios en

comparar la interacción social con iguales de niños con abuso físico y niños no maltratados. El estudio se realizó con niños de dos años de edad. Los resultados observacionales mostraron que los niños que sufrieron abuso físico manifestaban agresividad y evitación hacia sus iguales; cuando éstos les hacían un gesto amistoso, se debatían en un conflicto de aproximación-evitación, y si por fin respondían, lo hacían de manera indirecta, acercándose por detrás o por un lado.

También se ha encontrado que los niños maltratados son más propensos a mostrar retrasos en el desarrollo cognitivo, observándose déficit en el desarrollo del lenguaje, bajas puntuaciones en test de inteligencia y, en general, un pobre rendimiento escolar (Moreno, 2005; Pino, Herruzo, y Moya, 2000).

Del mismo modo, la exposición a violencia familiar se ha relacionado con alteraciones psicológicas y emocionales en el desarrollo del menor, destacando la sintomatología depresiva, la baja autoestima, el bajo rendimiento académico o la escasa competencia social, entre otras (De Bellis, 2001; Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000; Kernic et al., 2003), siendo la agresividad uno de los signos más comunes en niños/as expuestos a violencia familiar. Así, como señalan Dauvergne y Johnson (2001), este tipo de violencia se ha relacionado con la realización de agresiones físicas por parte de los menores. Se estima que entre el 25% y el 70% de los niños de familias en las que se producen episodios de violencia, manifiestan problemas clínicos de conducta, especialmente problemas externos, como conductas agresivas y antisociales (McDonald y Jouriles, 1991). Resultados similares se han encontrado en nuestro país, en un estudio llevado a cabo por Corbalán y Patró (2003), en el que analizaron los principales síntomas y el comportamiento problemático de los hijos de 40 mujeres maltratadas, residentes en centros de acogida; así, el 10% presentaban conflictos en la escuela, el 7,5% huidas del hogar, un 35% comportamientos violentos hacia los iguales y un 22,5% comportamientos violentos hacia la madre; por lo que respecta a alteraciones emocionales, un 30% presentaba tristeza y aislamiento, el 32,5% síntomas de ansiedad, y miedo a ser maltratados, el 27,5%.

Por lo que se refiere al abuso sexual, al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender, entre otras cosas, del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de las que disponga el menor. Con respecto a los

efectos negativos que las experiencias de abuso sexual tienen sobre los niños, no se ha encontrado un patrón único de problemas emocionales o del comportamiento. Más bien, los menores manifiestan una serie de deficiencias apreciables en diferentes aspectos del desarrollo cognitivo y psicosocial. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas, mientras que los niños, muestran fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos (Echeburúa y De Corral, 2006). Al mismo tiempo, se ha visto que los efectos son diferentes en función de la edad del menor, existiendo un cierto patrón evolutivo para la sintomatología presentada por las víctimas de abuso sexual infantil, con más problemas internalizantes en la edad preescolar (especialmente enuresis, ansiedad y quejas somáticas) y la aparición de problemas externalizantes en edades posteriores (como conductas disruptivas y delincuencia), así como una mayor influencia en las víctimas mayores de los síntomas disociativos y la aparición de la depresión como principal síntoma internalizante (Trickett y McBride-Chang, 1995).

Resultados similares se han obtenido en nuestro país; diferentes investigaciones señalan la presencia, en mayor frecuencia y nivel, de síntomas relacionados con áreas emocionales, sociales, cognitivas, conductuales y funcionales en menores víctimas de abusos sexuales, en comparación con los grupos controles utilizados (Cantón y Cortés, 2000; Echeburúa y Guerricaecheverría; 2000; Simón et al., 2000). En la Tabla 2.2 se muestran las consecuencias psicológicas iniciales más frecuentes en niños víctimas de abusos sexuales.

Tabla 2.2

Principales consecuencias iniciales del abuso sexual infantil (tomado de Pereda, 2009)

Tipos de efectos	Síntomas
Problemas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> -Miedos y fobias -Sintomatología ansiosa-depresiva -Baja autoestima, sentimientos de culpa y estigmatización -Trastorno por estrés postraumático -Autolesiones e ideación y conducta suicida
Problemas cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> -Conductas hiperactivas -Problemas de atención y concentración y bajo rendimiento escolar. Peor funcionamiento cognitivo general -Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Problemas de relación	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas de relación social -Menor cantidad de amigos y menor tiempo de juego con los iguales -Elevado aislamiento social
Problemas funcionales	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas de sueño (pesadillas) -Pérdida de control de esfínteres (enuresis y encopresis) -Trastornos de la conducta alimentaria -Quejas somáticas
Problemas de conducta	<ul style="list-style-type: none"> -Conducta sexualizada -Conformidad compulsiva -Conducta disruptiva y disocial

Dichos déficit, lejos de remitir con el tiempo, pueden llegar a persistir en la edad adulta, dando lugar en algunos casos a diferentes psicopatologías. Así, las consecuencias psicológicas que se han relacionado con la experiencia de abuso sexual infantil pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, los efectos a largo plazo (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000). Se habla de efectos a largo plazo cuando éstos se presentan a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso (Browne y Finkelhor, 1986). También puede ocurrir que durante la infancia y adolescencia el menor no desarrolle ningún problema tras los episodios de maltrato, apareciendo éstos como nuevos durante la edad adulta.

Sin embargo, a pesar de que muchos de esos déficit se mantienen o aparecen con el tiempo, los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos en comparación con las secuelas iniciales (Echeburúa y Corral, 2006). Al igual que a corto plazo, se han identificado una serie de efectos que afectan a las principales esferas psicológicas como son, problemas emocionales y de relación, o problemas de adaptación, entre otros. En la

Tabla 2.3 se muestran las principales secuelas psicológicas a largo plazo en víctimas de abuso sexual en la infancia.

Tabla 2.3

Principales consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil (tomado de Pereda, 2010)

Tipos de secuelas	Síntomas
Problemas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> -Trastorno depresivo y bipolar -Síntomas y trastornos de ansiedad -Trastorno por estrés postraumático -Baja autoestima -Alexitimia -Trastorno límite de la personalidad -Conductas autodestructivas -Autolesiones e ideación y conducta suicida
Problemas de relación	<ul style="list-style-type: none"> -Aislamiento y ansiedad social -Dificultades en la relación de pareja -Dificultades en la crianza de los hijos/as
Problemas de conducta y adaptación	<ul style="list-style-type: none"> -Hostilidad -Trastornos de Conducta
Problemas funcionales	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos de la conducta alimentaria -Dolores físicos -Trastorno de conversión -Crisis convulsivas no epilépticas -Trastorno disociativo -Trastorno de somatización -Desórdenes ginecológicos -Abuso de sustancias
Problemas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> -Sexualidad insatisfactoria y disfuncional -Conductas de riesgo sexual -Maternidad temprana -Prostitución -Revictimización

Aunque estos síntomas aparecen con mayor frecuencia en personas que fueron objeto de abusos durante la infancia, no se encuentran presentes de manera universal en todos los casos, existiendo una serie de variables que pueden influir en la aparición y gravedad de dichos síntomas. Entre dichas variables se encuentran: la edad del menor en el momento en que tuvieron lugar los abusos, la relación entre la víctima y el agresor, la presencia de violencia física, o la respuesta y ayuda recibida por el niño. Así, el impacto negativo de los abusos sexuales será mayor en las siguientes condiciones: cuando el abuso involucra la penetración, cuando el abuso ha persistido en el tiempo, cuando el

perpetrador es el padre, cuando la violencia acompaña a los abusos y cuando la respuesta de la familia es negativa (Corby, 1993).

Del mismo modo, los trastornos mentales son uno de los efectos a largo plazo más frecuentes, aunque no todos los menores que han sufrido malos tratos en la infancia desarrollan psicopatología en la edad adulta. Diferentes investigaciones señalan una peor salud mental en general en personas que han sufrido abusos, con mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos (Carr, Martins, Stingel, Lembruber y Juruena, 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).

Numerosos estudios han encontrado relación entre el maltrato infantil y distintas patologías psiquiátricas como: trastornos de personalidad, trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos, abuso de sustancias, alteraciones en la conducta alimentaria y depresión (Dunkley, Masheb y Grilo, 2010; Grilo y Masheb, 2001; Vitriol, Gomberoff, Basualto y Ballesteros, 2006; Wilson y Widom, 2010). Del mismo modo, se estima que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es cinco veces más alto, comparado con aquellos que no presentaron maltrato en la infancia (López-Soler, 2008). Además de los trastornos de índole psiquiátrica, las conductas violentas y los actos delictivos también han sido asociados con la presencia de maltrato infantil. Recientemente, Wilson y Widom (2010), encontraron que el abuso y la negligencia durante la niñez incrementaban el riesgo de problemas de comportamiento en jóvenes, como inicio temprano de relaciones sexuales, que a su vez incrementaba el riesgo a la prostitución, abandono temprano del hogar familiar y actos delictivos.

De este modo, se podría afirmar que el maltrato durante la infancia supone, en la mayoría de los casos, una grave interrupción del desarrollo normal del niño, ya que además de los daños y lesiones que puede sufrir el niño debido al maltrato de tipo físico y psicológico, éste se encuentra sometido a altos niveles de estrés crónico que pueden provocar importantes secuelas anatómicas, estructurales y funcionales en su cerebro (Mesa-Gresa y Moya-Abiol, 2011). Una de las estructuras cerebrales más estudiadas es el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal debido a su función de respuesta al estrés. En este sentido, Penza y colaboradores (2003), teniendo en cuenta los resultados de

diferentes estudios, sugieren que la vivencia de experiencias estresantes en la infancia, puede provocar lesiones duraderas en dicho eje que, a su vez, aumentarían el nivel de cortisol secretado y ocasionarían un menor volumen en el hipocampo.

Así, la exposición a situaciones altamente estresantes durante la infancia lleva asociada un aumento en la respuesta del eje HPA, dando lugar a cambios cerebrales adversos. Los principales cambios observados son: pérdida acelerada de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización, anomalías en el desarrollo apropiado de la poda neuronal, inhibición en la neurogénesis o estrés inducido por factores de crecimiento cerebral (De Bellis, 2005). Al mismo tiempo, se han observado efectos neurobiológicos funcionales y estructurales que parecen desempeñar un papel relevante, junto con otros factores ambientales y genéticos, en el desarrollo posterior de diversas patologías (Mesa-Gresa y Moya-Abiol, 2011). Estas alteraciones cerebrales pueden mantenerse durante la adultez (Watts-English, Fortson, Gibler, Hooper y De Bellis, 2003). En este sentido, se sugiere la existencia de un período crítico en el desarrollo del individuo en el que la experiencia de estrés puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos, que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad como respuesta a la experiencia de otros estresores posteriores en la vida del individuo (Nemeroff, 2004).

En síntesis, los diferentes estudios mostrados sobre consecuencias a corto y largo plazo de las experiencias de maltrato en la infancia confirman la gravedad de los problemas que pueden presentar estas víctimas y su extensión a lo largo del ciclo evolutivo, no existiendo un único síndrome específico ligado a dichas experiencias. Del mismo modo, y a pesar de la alta probabilidad de que estos problemas y modificaciones cerebrales estén presentes en los niños con historia de abusos, no todos los menores maltratados desarrollan este tipo de dificultades, existiendo diferencias individuales, siendo probable que variables como el sexo del menor, el tipo o intensidad del maltrato y otros factores, puedan estar modulando esos efectos.

2.4. Modelos explicativos de la relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicopatología

En las últimas décadas se han desarrollado diferentes modelos teóricos con el fin de explicar las consecuencias que el maltrato infantil tiene en el menor, si bien, ninguno de ellos por sí solo ha sido capaz de dar respuesta al amplio abanico de síntomas que presentan. A continuación se exponen de manera breve alguno de estos modelos.

2.4.1. Experiencias traumáticas tempranas y psicopatología desde la perspectiva del apego y las relaciones familiares

La relación entre trauma y psicopatología puede entenderse dentro del marco de la teoría del apego (Alexander, 1992). Así, la desorganización del apego puede explicar las vías patogénicas que llevan desde las experiencias traumáticas infantiles hasta los trastornos psiquiátricos. El principio fundamental de la teoría del apego desarrollado por Bowlby (1969, 1973, 1980) es la seguridad, lo que Bowlby denomina “la base segura”. El ser humano tiene necesidad de sentir seguridad. Los niños desde pequeños pueden explorar y adoptar un interés activo por el mundo mucho mejor si sienten que tienen una base segura a la que pueden volver cuando perciben algún peligro. Inicialmente esta base segura la proporciona la persona que cuida del niño, que generalmente suele ser un progenitor. Se trata de una relación recíproca que se establece entre el niño y su cuidador, una vinculación afectiva intensa, duradera y de carácter singular, siendo el objetivo del sistema de apego la protección y autorregulación. En este sentido, Bowlby (1973) propuso que las experiencias de los lactantes en las interacciones con las figuras de apego son interiorizadas y mantenidas hasta la infancia y adolescencia, como esquemas relacionales nucleares implícitos, también conocidos como modelos de trabajo internos (MTI) (Bretherton y Munholland, 1999). Estas estructuras implícitas producen expectativas sobre uno mismo y sobre los demás, regulando las respuestas cognitivas, conductuales y afectivas en las interacciones personales. Así, la mayoría de los esquemas interpersonales que regulan las relaciones durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta reciben la influencia de los MTI que se desarrollaron en la interacción con los cuidadores principales. En esta perspectiva, Bowlby (1973) considera que las relaciones precoces en el apego constituyen las primeras experiencias

emocionales de naturaleza relacional, que funcionarían como prototipos para las relaciones íntimas durante todo el proceso de desarrollo de los individuos. Así, para el estudio de la relación entre apego y psicopatología, las diferentes historias de apego y, por consiguiente, los modelos de trabajo interno, son de gran importancia.

Otro concepto que ayuda a entender mejor la relación existente entre apego y psicopatología es el concepto de estrategias comportamentales (Main, 1990), que hace referencia a las estrategias que posee el individuo para adaptarse al medio. Dichas estrategias se establecen en las primeras relaciones de apego. Anteriormente, Bowlby (1973, 1980) defendió que los niños desarrollaban estrategias con el fin de promover el acceso a las figuras de apego. Muy relacionado con las estrategias comportamentales está otro concepto importante conocido como desorganización del apego, que expresa el colapso de las estrategias organizadas. Los MTI, las estrategias comportamentales y el apego desorganizado, son por tanto conceptos teóricos relevantes del apego para la comprensión de la relación entre el desarrollo del apego y la evolución de la psicopatología (Soares y Dias, 2007)

Se han descubierto en la investigación sobre el apego, diferentes patrones organizadores de conducta de apego, en función de las respuestas que reciben los niños a sus solicitudes de comodidad, alivio e intimidad protectora (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Así, se han identificado tres patrones principales de apego organizado temprano: seguro, de evitación y resistente o ambivalente. Posteriormente se vio que existía también una proporción pequeña pero significativa de lactantes que no llegaban a desarrollar ningún patrón de apego organizado o coherente, presentando un cuarto tipo de apego denominado apego desorganizado (Main y Solomon, 1986). A continuación, se detallan las características principales de cada uno de los cuatro tipos de patrones de apego (véase Tabla 2.4).

Tabla 2.4

Patrones de apego y características principales de cada tipo de patrón

TIPOS DE APEGO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
SEGURO	<ul style="list-style-type: none"> -Es considerado como la situación de mayor normalidad. -El niño solo tiende a protestar durante la separación recibiendo a la figura de apego con solicitud y tranquilizándose. -Suelen mantener conductas exploratorias con normalidad en presencia de la figura de apego y establecen relaciones de confianza con extraños.
EVITATIVO	<ul style="list-style-type: none"> -El niño parece poco afectado cuando se produce la separación de la figura de apego, parecen no tener necesidad de confort dando la impresión de independencia. -Su conducta exploratoria permanece en ausencia de la figura de apego como base de seguridad. - Su contacto con extraños es frecuente soliendo ignorar a la figura de apego cuando vuelve. -Suele darse en madres que ignoran o rechazan al niño, hablan de él en términos negativos, mostrándose molestas con su hijo.
AMBIVALENTE	<ul style="list-style-type: none"> -Son niños que se muestran muy perturbados, con gran ansiedad o agitación durante la separación de la figura de apego. -Cuando buscan consuelo en la figura de apego lo hacen de forma ambivalente: apego excesivo o rechazo. Gran resistencia al consuelo. -Las madres suelen ser insensibles a las demandas del niño y tienen dificultad para interpretar las demandas de su hijo dando respuestas inapropiadas.
DESORGANIZADO	<ul style="list-style-type: none"> -Los niños con este tipo de apego suelen presentar conductas desorganizadas y confusión cuando se produce la separación de la figura de apego, no presentan estrategia que liciten confort ante el estrés y su apego es ambivalente y evitativo. -Las madres han sido, con frecuencia, víctimas de un trauma que no han resuelto siendo ansiosas y temerosas. Proyectan sus miedos en circunstancias actuales y son incapaces de reconocer las demandas de su hijo dando respuestas inconsistentes.

Investigaciones realizadas en adultos han vinculado la desorganización de la conducta de apego desarrollada en la infancia con traumas no resueltos o pérdidas significativas (Main y Hesse, 1990; van Ijzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999). Así, se estima que un 80% de los menores que han experimentado alguna forma de maltrato presentan un patrón desorganizado de vinculación (Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, 1989). De acuerdo con esta teoría, los menores que son expuestos a experiencias de maltrato en edades tempranas tienden a tener una alta probabilidad de desarrollar un patrón desorganizado de vinculación, lo que provoca efectos adversos en el desarrollo. Por tanto, el ambiente adverso temprano al que son

expuestos conllevaría la distorsión del desarrollo de los esquemas mentales, la desregulación afectiva y la alteración de los procesos relacionales (Berry, Wearden, Barrowclough y Liversidge, 2006; Platts, Tyson y Mason, 2002), incrementando así la vulnerabilidad hacia la psicopatología.

Del mismo modo, la desorganización temprana del apego es un antecedente particularmente frecuente de la psicopatología en la edad adulta (Lizardi et al., 2011). Se ha encontrado una asociación entre los diferentes patrones de apego y trastornos depresivos (Agerup, Lydersen, Wallander y Sund, 2014; Cawthorpe, West y Wilkes, 2004; Venta, William, Dawnelle y Sharp, 2014), trastornos de ansiedad (Esbjörn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck y Ollendick, 2012; Picardi et al., 2013), trastornos de la personalidad (Barone, 2003; Levy, 2005) y trastornos de la conducta alimentaria (Milan y Acker; 2014; Ward, Ramsay y Treasure, 2000), entre otros. Así, autores como Shorey y Snyder (2006), argumentan que la teoría del apego ayuda a comprender cómo los estilos de apego formados en la infancia influyen en el funcionamiento psicológico durante toda la vida, pues las orientaciones del apego definen cómo la gente percibe y responde a su entorno, factor determinante en el desarrollo de la psicopatología y la respuesta a los tratamientos.

En esta misma línea, el modelo del apego de Alexander (1992) considera que las relaciones familiares actúan como medidoras entre la experiencia de abuso sexual infantil y el desarrollo de problemas psicológicos a largo plazo. De este modo, establece que el abuso sexual conduce al menor a desarrollar una vinculación afectiva insegura (evitativa, resistente y desorganizada) con su cuidador que, a su vez, dará lugar a alteraciones psicopatológicas a largo plazo (ver Figura 2.2).

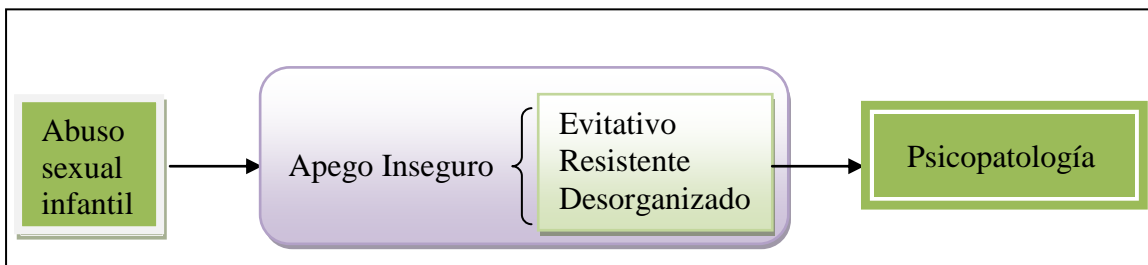


Figura 2.2. Modelo del Apego (Alexander, 1992).

Por lo que respecta a la relación entre apego y psicosis, diferentes estudios muestran la relación entre los trastornos psicóticos y los patrones de apego inseguro (Berry, Barrowclouhe y Wearden, 2007; Gumley, Taylor, Schawannauer y MacBeth, 2014; Kvrjic et al., 2011; Mulligan y Lender, 2010; Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz y Grinshpoon; 2013). Recientemente, Mulligan y colaboradores (2010) llevaron a cabo un meta-análisis en el que examinaron la relación entre los diferentes tipos de apego y la psicosis. Para ello, seleccionaron 22 artículos de las principales bases de datos, publicados desde 1980 hasta enero del 2013, estudiando un total de 1112 pacientes con esquizofrenia. Los resultados mostraron una relación entre la presencia de patrones de apego evitativo y psicosis, considerando los patrones apego inseguro un factor de riesgo para el desarrollo de la psicosis.

El papel del apego en la psicosis, se ha relacionado sobre todo con la sintomatología positiva y negativa, siendo mayor la relación con la dimensión positiva. En este sentido, Gumley y colaboradores (2014) encontraron una asociación entre el apego evitativo y las dimensiones positiva y negativa de la psicosis, siendo mayor la relación con los síntomas positivos. Del mismo modo, Ponizovsky y colaboradores (2013) estudiaron la relación entre los diferentes tipos de apego y psicosis en una muestra de 100 pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Los resultados mostraron que los estilos de apego ambivalente se relacionaban tanto con los síntomas positivos como afectivos, mientras que el estilo evitativo se relacionó más con sintomatología ansiosa. En esta misma línea, Berry y colaboradores (2007), en una muestra de estudiantes informaron que el apego evitativo se relaciona con ambas dimensiones de síntomas positiva y negativa, mientras que el apego ambivalente no presentó resultados significativos.

Del mismo modo, se ha relacionado la presencia de un apego inseguro en pacientes con psicosis con un peor proceso de recuperación. Así, recientemente Ringer y colaboradores (2014) encontraron que un apego evitativo en pacientes con esquizofrenia se relacionaba con niveles más altos de desesperanza, mientras que el apego ambivalente se relacionó con niveles bajos de autoestima. De este modo, el tipo de estilo de apego puede afectar al logro de procesos subjetivos claves en la recuperación de la esquizofrenia, tales como la autoestima o la desesperanza.

Así, la teoría del apego puede ser un marco teórico relevante para conceptualizar la influencia de las relaciones interpersonales sobre el desarrollo y evolución de la psicosis (Gumley et al., 2014), permitiendo entender el papel de la cognición y el afecto en la determinación de la vulnerabilidad al estrés interpersonal y la recaída en la psicosis (Berry, Barrowclough y Wearden, 2008).

2.4.2. Experiencias traumáticas tempranas y psicopatología desde la teoría del desarrollo

De acuerdo con la teoría del desarrollo, el desarrollo supone la integración exitosa de capacidades cognitivas, biológicas, socioemocionales y representacionales, de modo que le permita al niño una adecuada adaptación en el futuro (Cicchetti y Barnett, 1991). Esto significa que las adaptaciones iniciales promueven la adaptación e integración posterior. Así, el individuo, a lo largo del curso del desarrollo, es expuesto a nuevas experiencias que son integradas. De este modo, las experiencias tempranas proporcionan la base para las posteriores adaptaciones, moderando o exacerbando el impacto de los acontecimientos vitales (Lamb, Gaensbauer, Malkin y Schultz, 1985; Sroufe, Carlson, Levy y Egeland, 1999). Por el contrario, el desarrollo patológico se concibe como la falta de integración de los dominios del desarrollo mencionados. Dado que las primeras estructuras son incorporadas en posteriores estructuras, el trastorno temprano del funcionamiento puede causar trastornos de posterior aparición (Cicchetti y Barnett, 1991). De este modo, la vivencia de experiencias de maltrato durante la primera infancia dificultará la integración y adaptación a futuras experiencias.

Desde el nacimiento y a lo largo de la infancia, el niño tiene que hacer frente a las tareas de desarrollo centrales de cada estadio de desarrollo; la calidad de esas resoluciones condiciona la manera en la que las subsiguientes tareas serán afrontadas. Así pues, la resolución de las competencias tempranas facilitará el éxito de sucesivas tareas del desarrollo. Al mismo tiempo la dificultad de los desafíos tempranos puede potenciar los pobres resultados posteriores. Desde este punto de vista, la teoría del desarrollo mantiene que la precocidad y la continuidad del maltrato pondrían en un serio compromiso la capacidad del niño para resolver las siguientes tareas del desarrollo (Muela, 2008), dificultando la consecución de los hitos evolutivos (Cicchetti y Toth, 1995).

Según la psicopatología del desarrollo, las consecuencias de los malos tratos dependerán en gran medida de la interacción producida entre las características del maltrato, las capacidades de desarrollo de los menores para hacer frente al mismo y la capacidad del contexto que le rodea para brindarle protección y apoyo (Finkelhor y Kendall-Tackett, 1997; Margolin, 2005; Margolin y Gordis, 2000). Así, un factor importante a tener en cuenta es la etapa de desarrollo en la que se encuentre el menor en el momento del maltrato. En este sentido, se considera que los niños que sufren maltrato infantil en una etapa posterior del desarrollo, como en la edad escolar, tienen mejores capacidades y recursos de afrontamiento que los menores que lo sufren en edad preescolar. De este modo, el haber recibido un adecuado cuidado en etapas anteriores de desarrollo, hace que los menores desarrollen más competencias para protegerse de las consecuencias del maltrato. Sin embargo, el maltrato infantil que comienza en la primera infancia o en el período preescolar y continúa hasta el período escolar, puede contribuir a la creación de patrones de conducta y de personalidad desadaptativos (Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001). Del mismo modo, y como vimos anteriormente, las consecuencias de los episodios de malos tratos producen diferentes alteraciones psicopatológicas en función de la edad, caracterizándose las edades preescolares por mayor presencia de problemas internalizantes, mientras que en edades posteriores predominan los problemas externalizantes.

Al mismo tiempo se ha visto que, el maltrato infantil, repartido en diferentes etapas del desarrollo, produce en el niño un deterioro mayor que el maltrato infantil focalizado en una etapa concreta de desarrollo (Barnett, Manly y Cicchetti, 1993).

2.4.3. Experiencias traumáticas tempranas, trastorno de estrés postraumático y trauma complejo

Se han descrito reacciones traumáticas en niños que viven diferentes situaciones del maltrato infantil. Estas situaciones, pueden afectar al bienestar personal y la adaptación psicosocial, dando lugar a la aparición de un trastorno psicopatológico específico como es el TEPT. El TEPT es considerado una de las consecuencias psicológicas más frecuentes en víctimas de abuso sexual, tanto en la infancia como en la adolescencia (Avery, Massat y Lundy, 2000; McCutcheon et al., 2010; Raphael y Widom, 2011; Roenholt, Beck, Karsberg y Ask, 2012). En este sentido, diferentes

estudios nacionales señalan que el 25% de todas las víctimas que han experimentado algún tipo de maltrato desarrollan TEPT, ascendiendo esta cifra hasta el 50-60% en el caso de mujeres y niñas agredidas sexualmente (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992) y hasta el 51-55% en el caso de víctimas de maltrato doméstico (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002).

El TEPT fue descrito por primera vez en 1980, en la tercera edición del DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980), dentro de los denominados Trastornos de ansiedad. Anteriormente se aceptaba la categoría *Gran reacción al estrés* en el DSM-I (*American Psychiatric Association*, 1952), y *Trastorno situacional transitorio* en el DSM-II (*American Psychiatric Association*, 1968). Recientemente, en la nueva edición, el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2014), el TEPT ya no forma parte de los trastornos de ansiedad y ha sido incluido en el capítulo denominado *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. Por su parte, la OMS no lo incluye hasta la novena edición de la CIE en 1977 (Organización Mundial de la Salud, 1977), en la categoría de *reacción aguda ante gran tensión*. Actualmente en su última versión, la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) propone una categoría de los trastornos provocados por estrés y trauma, en los cuales se incluyen el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica. En las primeras descripciones, el suceso precipitante debía ser un acontecimiento psicológicamente desagradable que se encontrara fuera del marco normal de la experiencia habitual, considerándolo como un acontecimiento estresante y tremendamente traumático. Posteriormente, la definición del estresor necesario para producir el TEPT se ha ido ampliando, de tal manera, que los sucesos ya no tienen necesariamente que encontrarse fuera de la experiencia humana habitual, al mismo tiempo que se indica que no tienen por qué ser experimentados por el individuo propiamente; sin embargo, sí debe dar lugar a reacciones emocionales intensas. De esta forma, el incremento de las características de los estresores ha conducido a una ampliación de los colectivos vulnerables a desarrollar sintomatología postraumática (Báguena, 2001).

En los principales sistemas de clasificación, no existe una categoría específica para el diagnóstico de TEPT en la infancia y en la adolescencia, utilizándose los criterios para los adultos, aunque sí se hacen algunas especificaciones para el

diagnóstico en el caso de menores de seis años. A continuación se recogen los criterios necesarios para poder llevar a cabo el diagnóstico de TEPT según el DSM-5 (*American Psychiatric Association, 2014*):

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de suceso(s) traumático(s) (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de seis años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas

reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente y autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteraciones del sueño (p.ej., dificultades para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo y deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra alteración médica.

En todos los casos se debe especificar si cursa con síntomas disociativos y si tiene expresión retardada (si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento, aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

De este modo y como se acaba de ver, los síntomas característicos del TEPT son: la re-experimentación del acontecimiento (por ejemplo, *flashbacks*, pesadillas, etc.), la evitación (de recuerdos y situaciones relacionadas con el acontecimiento

traumático), el embotamiento afectivo, y el incremento en la activación (hiperactivación fisiológica, problemas de sueño, etc.).

En niños y adolescentes, la expresión del TEPT puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos o como sueños terroríficos o pesadillas, pudiendo estar presentes conductas repetitivas o juegos simbólicos de los sucesos traumáticos, como expresión de la reexperimentación del suceso (Dyregrow y Yule, 2006). Al mismo tiempo, se ha observado una disminución de intereses y retraimiento afectivo, inquietud, falta de atención y problemas de sueño (López-Soler, 2008). Sin embargo, se ha visto que los menores no siempre desarrollan TEPT tras experiencias traumáticas, siendo más frecuente la presencia de problemas de ansiedad, depresión, agresividad y consumo de sustancias (Reijneveld, Crone, Verlhuyst y Verloove-Vanhorick, 2003). Así, las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia pueden expresarse en diferentes formas de psicopatología, presentando una fuerte asociación con alteraciones depresivas y ansiosas (Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007).

En otros casos, la presencia de TEPT puede tener lugar en la edad adulta y no en los años posteriores al abuso, siendo el TEPT considerado como una de las consecuencias a largo plazo de los malos tratos. Del mismo modo, se ha visto relación entre el antecedente de maltrato infantil y el desarrollo de TEPT en la adultez ante nuevos sucesos traumáticos (Marty y Carvajal, 2005).

Algunos autores consideran que la categoría diagnóstica de TEPT no es la más adecuada para definir las consecuencias de traumas ocurridos de forma reiterada y durante mucho tiempo (Briere, 1992a; Finkelhor 1984; Herman 1992), como la derivada del maltrato infantil. Así, Herman (1992), a partir de diversos estudios factoriales en adultos sobre traumas por abuso en la infancia, determinó que las principales consecuencias psicológicas no se recogían en el TEPT de la *American Psychiatric Association* (APA), y que las características principales del trauma eran: depresión, ansiedad, odio hacia sí mismo, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas (incluidas las familiares), preocupaciones somáticas, y desesperación o desesperanza. Sin embargo, estas características fueron entendidas como condiciones

de comorbilidad, más que como elementos esenciales de la complicada y compleja adaptación postraumática.

En este sentido, se ha denominado *trauma complejo* (Courtois 2004), al tipo de trauma experimentado por los menores cuando se encuentran inmersos en un ambiente en el cual el trauma ocurre de manera repetida e intensa. En estos casos tendría lugar una reacción postraumática compleja, que se desarrollaría cuando las condiciones vitales desbordan las posibilidades de entender y asimilar cognitivamente y emocionalmente la experiencia, alterando la percepción de sí mismo, de la afectividad y del mundo (Finkelhor y Browne, 1985). Así, se ha propuesto la categoría de *Trastorno por Estrés Postraumático Complejo* o *Trastorno de Estrés Extremo no Especificado* (Pelcovitz et al, 1997), siendo las alteraciones centrales del trastorno por estrés postraumático complejo (TEPTC) las siguientes (Herman, 1992):

- Alteraciones en la regulación de los impulsos y afectos: indica déficit en la regulación emocional y el autocontrol, e incluye las adicciones y comportamiento autolesivo que son, paradójicamente, a menudo, usadas como salvavidas
- Alteraciones en la atención y la consciencia: seguido de amnesias, episodios disociativos y despersonalización. Esta categoría incluye respuestas disociativas diferentes a los criterios de la APA para el TEPT. Se considera que la disociación tiende a ser un mecanismo de defensa ante el abuso interpersonal prolongado y severo ocurrido durante la infancia.
- Alteraciones en la autopercepción: así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza. Los individuos víctimas de abusos crónicos, a menudo interiorizan el abuso como una forma de autovaloración (Pearlman, 2001).
- Alteraciones en la percepción del maltratador: incluye aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias. Estas características organizan las relaciones complejas, el sistema de creencias, y posibilitan los abusos premeditados que continúan de forma repetitiva a manos de sus cuidadores primarios.
- Alteraciones en las relaciones con los otros: no están preparados para intimar y confiar en otras personas.

- Somatización y/o problemas médicos: estas reacciones somáticas y condiciones médicas pueden explicar directamente el tipo de abusos sufridos y algún daño físico, o bien puede ser más difusa y aparecer como somatizaciones.
- Alteraciones en el sistema de significados: los individuos víctimas de abusos crónicamente, a menudo sienten desesperación por poder encontrar a alguien que les entienda o entienda su sufrimiento. Se desesperan por recuperarse de su angustia psíquica.

A pesar de que el TEPTC no está todavía incluido en los principales sistemas de clasificación, excepto como síntomas asociados, sigue encontrando apoyo en diversas investigaciones, por considerar que responde a la adaptación post-traumática en abuso severo y trauma afectivo en la infancia (Cook et al., 2005; Copeland et al., 2007; Van der Kolk, Roth, Pelkovitz, Sundey y Spinazzola, 2005).

Así, el trauma puede desencadenar una serie de reacciones psicológicas diversas que pueden considerarse reacciones postraumáticas, tales como problemas de sueño, aturdimiento, problemas de concentración, inquietud, enuresis, desobediencia, tristeza, activación y/o inhibición, o de forma concreta, sintomatología del TEPT o TEPTC. Dichas reacciones, tal y como se ha visto anteriormente, pueden aparecer en los años próximos al trauma o durante la edad adulta.

2.5. Experiencias traumáticas tempranas desde la psicología positiva

Como se ha comentado anteriormente, no todos los menores expuestos a situaciones de maltrato acaban desarrollando trastornos psiquiátricos. En este sentido, diversos estudios longitudinales muestran que hay menores que, aun habiendo pasado por circunstancias difíciles y/o extremas -como abandono o maltrato-, no desarrollan problemas de salud mental (Becoña, 2006), creciendo en los últimos años el interés por el estudio de los factores que favorecen el desarrollo de una respuesta adaptativa frente a las experiencias traumáticas. En esta línea, la Psicología Positiva destaca la capacidad del ser humano para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles (Davidson, 2002).

Un concepto muy relacionado con esto y que ha cobrado gran relevancia en los últimos años es el de *Resiliencia*. El desarrollo del concepto de resiliencia tuvo lugar a finales de 1970, a partir de estudios realizados en el ámbito de la psicología evolutiva para explicar la forma sorprendente de adaptación y bienestar de niños y niñas que habían sido criados en ambientes desfavorables y negativos con múltiples factores de estrés grave y crónico (Garmezy, 1991; Rutter, 1999; Werner, 1995). Así, la resiliencia o resistencia al estrés designa la capacidad del individuo para hacer frente a una determinada situación, logrando una adaptación exitosa, e incluso utilizar la superación de ese estrés para el crecimiento psicológico (Lemos-Giráldez, 1996). La resiliencia nunca es una característica absoluta, ni se adquiere de una vez para siempre (Vera et al., 2006), siendo resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida, y pudiendo expresarse de maneras muy diferentes en distintas culturas (Manciaux et al., 2001).

De este modo, la resiliencia sería uno de los factores que explicaría cómo los menores superan las adversidades, tales como el maltrato, y muestran una buena adaptación en múltiples esferas de funcionamiento (McGloin y Widom, 2001), siendo generalmente considerada como uno de los recursos personales disponibles para proteger al menor, facilitando la adaptación del mismo (Margolin, 2005).

Una de las cuestiones que más interés ha despertado en los últimos años, es el estudio de los factores que promueven la resiliencia. En este sentido, se han propuesto algunos factores que favorecerían las respuestas resilientes como algunas características de personalidad, la seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, o el apoyo social, entre otros. En el caso de menores, se ha encontrado que la resiliencia o habilidad para afrontar exitosamente eventos adversos procede de la interacción de diversos factores en la vida del niño (Becoña, 2006). En este sentido, Kumpfer y colaboradores (1998), establecieron que entre estos factores se encontraban: la inteligencia, el temperamento del niño, el locus de control interno o dominio, la familia y el ambiente de la comunidad en la que vive (especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes) y, el número, intensidad y duración de las circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado, especialmente en edades tempranas, siendo la presencia de padres o cuidadores competentes uno de los factores

que más evidencia empírica acumula en relación con la resiliencia (Masten, 2001; Manciaux et al., 2001).

2.6. Instrumentos de evaluación de las experiencias traumáticas tempranas

Inicialmente el interés por la evaluación de experiencias traumáticas tempranas surge desde el estudio de la presencia del TEPT. Así, desde que en 1980 se incluyó el TEPT como categoría diagnóstica, un gran número de investigaciones han tenido como objetivo la evaluación de este trastorno y de la presencia de experiencias traumáticas, disponiendo a día de hoy de un importante número de instrumentos de evaluación en este campo.

De este modo, algunos de los instrumentos diseñados para la valoración del TEPT dedican una parte a la evaluación de la exposición a experiencias traumáticas, como el *Cuestionario para Experiencias Traumáticas* (TQ) (Davidson, Hughes y Blazer, 1990), que cuenta con traducción y validación al castellano (Bobes et al., 2000). Consta de un total de 45 ítems que se agrupan en tres partes bien diferenciadas. La primera de ellas consta de 18 ítems que cuantifican la presencia de eventos estresantes a lo largo de la vida, la edad en la que se experimentaron dichos acontecimientos y su duración, haciendo el último ítem referencia a “otra situación” que pudiese haber sido impactante para el sujeto. Para cumplimentar las otras dos partes del cuestionario, si el paciente ha sufrido más de un evento traumático a lo largo de su vida, debe centrarse en el acontecimiento que más le preocupe en el momento actual. Las dos partes siguientes evalúan las características y síntomas asociados al evento señalado por el paciente como desagradable (9 acerca de las características del evento y 18 acerca de los síntomas del TEPT asociado a dicho evento). Está indicado como instrumento para el cribado de los síntomas del TEPT (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y De Vicente, 2002). Este instrumento ha mostrado poseer adecuadas evidencias de validez, sin embargo, carece de una consistencia interna aceptable (Bobes et al., 2000).

Del mismo modo, la *Escala Diagnóstica Postraumática* (PDS) (Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997), evalúa los criterios del TEPT según del DSM-IV y la gravedad de los síntomas del trastorno, e incluye una lista de acontecimientos traumáticos. La escala consta de cuatro partes. La primera consta de 12 ítems donde se evalúa la

presencia de diferentes acontecimientos traumáticos (incluyendo una categoría de “otros”): la persona debe marcar aquellos que ha experimentado u observado. En la segunda parte, la persona debe indicar cuál de los acontecimientos le ha perturbado más, describirlo brevemente y contestar a varias preguntas sobre el posible daño físico y emocional durante el acontecimiento. A continuación, se evalúan los 17 síntomas del TEPT (criterios B, C y D), la duración de los síntomas y el tiempo transcurrido desde la exposición al acontecimiento traumático. Por último, se mide la interferencia de los síntomas en diferentes áreas durante el último mes. La utilidad clínica de esta escala es cuestionable ya que se ha visto que, las 3 subescalas correspondientes a los criterios B, C y D del TEPT, correlacionan altamente entre sí y con la puntuación total. Sin embargo, proporciona una información diagnóstica útil (Casado-Blanco y Castellano-Arroyo, 2013).

No obstante, son escasos los instrumentos de evaluación del TEPT que incluyen una evaluación de la historia de traumas del individuo; por ello, y debido al creciente interés por el estudio de la presencia de experiencias traumáticas infantiles, y dada su frecuencia y su impacto en el ajuste psicológico de las personas que las experimentan, en lo últimos años se ha incrementado el desarrollo de diferentes cuestionarios destinados a la evaluación de la presencia de dichas experiencias traumáticas. Sin embargo, la mayoría de los instrumentos existentes proporcionan escaso o ningún apoyo psicométrico y se centran en evaluar un solo tipo de experiencia traumática (Bremner, Bolus y Mayer, 2007; Donald, 2012). Recientemente, diferentes autores han llevado a cabo revisiones sobre los instrumentos de evaluación de experiencias traumáticas tempranas existentes a día de hoy. A continuación se exponen de manera breve alguna de estas revisiones.

Así, Roy y Perry (2004) han llevado a cabo una revisión de todos los instrumentos publicados desde 1985 hasta marzo del 2003 que evaluaran la presencia de experiencias traumáticas infantiles en adultos. Dentro de las experiencias traumáticas contempladas se incluían: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, haber estado expuesto a violencia interpersonal, negligencia física, negligencia emocional y separación o pérdida de cuidadores. Identificaron un total de 42 instrumentos, de los cuales 21 eran entrevistas, y los otros 21 autoinformes (ver Tablas 2.5 y 2.6).

Tabla 2.5

Entrevistas para la evaluación de experiencias traumáticas infantiles (adaptado de Roy y Perry, 2004)

Nombre de la escala	Referencia	Abrev.
<i>Abuse History</i>	(Soloff, Lynch y Kelly, 2002)	AH
<i>Brief Physical and Sexual Abuse Questionnaire</i>	(Marshall et al., 1998)	BPSAQ
<i>Childhood Experience of Care and Abuse</i>	(Bifulco, Brown y Harris, 1994)	CECA
<i>Childhood Life Events and Family Characteristics Questionnaire</i>	(Byrne, Velamoor, Cernovsky, Cortese y Loszтын, 1990)	CLEFCQ
<i>Childhood Maltreatment Interview Schedule</i>	(Briere, 1992b)	CMIS
<i>Childhood Trauma Interview</i>	(Fink, Bernstein, Hadelman, Foote y Lovejoy, 1995)	CTI
<i>Developmental Interview</i>	(Paris, Zweig-Frank y Guzder, 1994)	DI
<i>Early Home Environment Interview</i>	(Lizardi et al., 1995)	EHEI
<i>Early Trauma Inventory</i>	(Bremner, Vermetten y Mazure, 2000)	ETI
<i>Family Experience Interview</i>	(Ogata et al., 1990)	FEI
<i>Family Interview for Protectiveness and Empathy</i>	(Laporte y Guttman, 2001)	FIPE
<i>History of Physical and Sexual Abuse Questionnaire</i>	(Meyer, Muenzenmaier, Cancienne y Struening, 1996)	HPSAQ
<i>Instrument on child sexual abuse</i>	(Russell, 1986)	
<i>Retrospective Assessment of Traumatic Experience</i>	(Gallaghe, Flye, Hurt, Stone y Hull, 1992)	RATE
<i>Retrospective Childhood Experience Questionnaire</i>	(Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz y Frankenburg, 1989)	RCEQ
<i>Retrospective Family Pathology Questionnaire</i>	(Zanarini et al., 1989)	RFPQ
<i>Retrospective Separation Experience Questionnaire</i>	(Zanarini et al., 1989)	RSEQ
<i>Sexual Abuse Severity Scale</i>	(Silk, Lee, Hill y Lohr, 1995)	SASS
<i>Structured Trauma Interview</i>	(Draijer y Langeland, 1999)	STI
<i>Traumatic Antecedents Interview</i>	(Herman, Perry y Van der Kolk, 1989)	TAI
<i>Unwelcome Childhood Sexual Events</i>	(Russ, Shearin, Clarkin, Harrison y Hull, 1993)	UCSE

Nota. Abrev: Abreviatura

Tabla 2.6

Autoinformes para la evaluación de experiencias traumáticas infantiles (adaptado de Roy y Perry, 2004)

Nombre de la escala	Referencia	Abrev.
<i>Assessing Environments III</i>	(Berger, Knuston, Mehm y Perkins, 1988)	AEII
<i>Childhood Abuse and Trauma Scale</i>	(Sanders y Becker-Lausen, 1995)	CATS
<i>Childhood Experiences Questionnaire</i>	(Ferguson y Dacey, 1997)	CEQ
<i>Childhood Unwanted Sexual Events</i>	(Lange, Kooiman, Huberts y van Oostendorp, 1995)	CHUSE
<i>Child Maltreatment History Self-Report</i>	(MacMillan et al., 1997)	CMHSR
<i>Child Maltreatment Interview Schedule-Short Form</i>	(Briere, Elliott, Harris y Cotman, 1995)	CMIS-SF
<i>Childhood Traumatic Events Scale</i>	(Pennebaker y Susman, 1988)	CTES
<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>	(Bernstein, Ahluvalia, Pogge y Handelsman, 1994)	CTQ
<i>Childhood Violence Scale</i>	(Riggs, O'Leary y Breslin, 1990)	CVS
<i>Early Trauma Inventory</i>	(Bremner et al., 2000)	ETI
<i>Life Experience Questionnaire</i>	(Bryer, Nelson, Miller y Krol, 1987)	LEQ
<i>Parental Physical Maltreatment Scale</i>	(Briere y Runtz, 1990)	PHY
<i>Psychological Maltreatment Inventory</i>	(Engels y Moisan, 1994)	PMI
<i>Physical and Sexual Abuse Questionnaire</i>	(Nagata, Kiriike, Iketani, Kawarada y Tanaka, 1999)	PSA
<i>Parental Psychological Maltreatment Scale</i>	(Briere y Runtz, 1990)	PSY
<i>Sexual Abuse Exposure Questionnaire</i>	(Ryan, Rodríguez, Rowan y Foy, 1992)	SAEQ
<i>Sexual Abuse Questionnaire</i>	(Finkelhor, 1979)	SAQ
<i>Sexual Events Questionnaire</i>	(Calam y Slade, 1989)	SEQev
<i>Sexual Experience Questionnaire</i>	(Wagner y Linehan, 1994)	SEQex
<i>Sexual Life Events Inventory</i>	(Palmer, Chaloner y Oppenheimer, 1992)	SLEI
<i>Traumatic Experiences Questionnaire</i>	(Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van de Hart, y Vanderlinden, 1998)	TEQ

Nota. Abrev: Abreviatura

La mayoría de estas entrevistas revisadas se centran en la evaluación de varios tipos de experiencias traumáticas, poseen un formato semiestructurado y pocas requieren manual o entrenamiento para su administración. Las experiencias traumáticas más evaluadas son: el abuso sexual, físico y psicológico, la separación o pérdida de los cuidadores principales y la exposición a la violencia. Solo tres de las entrevistas miden un único tipo de experiencia traumática, nueve informan de sus propiedades psicométricas, ofreciendo solo cuatro, datos sobre sus evidencias de validez. Respecto a los autoinformes, varían notablemente en función del número de ítems, que va desde los

3 a los 164. En lo referente al tipo de experiencias traumáticas, por lo general evalúan menos tipos de experiencias traumáticas en comparación con las entrevistas, siendo el abuso sexual, físico y verbal, la negligencia emocional y la exposición a violencia, los traumas más evaluados. Siete de los autoinformes evalúan un solo tipo de trauma, once aportan datos sobre sus propiedades psicométricas y cuatro informan sobre su validez.

De manera similar, Burgermeister (2007) llevó a cabo una revisión de todos los instrumentos publicados desde 1984 hasta 2004, con unos criterios de inclusión más estrictos, en lo que se refiere a las propiedades psicométricas. Los criterios fueron los siguientes: a) instrumentos que pudiesen valorar la presencia de experiencias adversas de manera retrospectiva en adultos; b) que tuviesen información publicada sobre las propiedades psicométricas; y c) que midiesen más de una categoría de experiencia traumática temprana. Los resultados arrojaron un total de nueve instrumentos, seis autoinformes y tres entrevistas semiestructuradas. A continuación, en la Tabla 2.7 se presentan dichos instrumentos, así como el número de ítems, el formato de respuesta y el tipo de experiencia traumática que evalúa cada uno de ellos.

Tabla 2.7

Instrumentos de medida para la evaluación de experiencias traumáticas infantiles (adaptado Burgermeister, 2007)

Nombre de la escala	Referencia	Abrev.	Nº de ítems	Formato
<i>Assessing Environments</i>	(Berger, Knutson, Mehm y Perkins, 1988)	AEIII	163	V/F
<i>Childhood Experience of Abuse and Care Questionnaire</i>	(Smith, Lam, Bifulco y Checkley, 2002)	CECA-Q	32	Si/No
<i>Childhood Abuse and Trauma Scale</i>	(Sanders y Becker-Lausen, 1995)	CATS	38	Likert 4
<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>	(Bernstein et al., 1994)	CTQ	70	Likert 5
<i>Stressful Life Events Screening Questionnaire</i>	(Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998)	SLESQ	13	Si/No
<i>Comprehensive Child Maltreatment Scales for Adults</i>	(Higgins y McCabe, 2001)	CCMS-A	22	Likert 5
<i>Early Trauma Inventory</i>	(Bremner et al., 2000)	ETI	56	Likert 5
<i>Childhood Trauma Interview</i>	(Fink et al., 1995)	CTI	49	Likert 6
<i>Child Maltreatment Interview Schedule</i>	(Briere, 1992b)	CMIS	46	Likert 6

Nota. Abrev: Abreviatura

Del mismo modo, Burgermeister (2007), llevó a cabo un análisis de las propiedades psicométricas de los diferentes instrumentos de medida identificados (ver Tabla 2.8). En general, las evidencias de fiabilidad y validez de los diferentes instrumentos variaron de moderadas a altas. Respecto a la fiabilidad, los instrumentos que mostraron mayor fiabilidad fueron el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), y el *Early Trauma Inventory* (ETI), ambos con un alfa de Cronbach superior a 0,90. Respecto a las evidencias de validez, la mayoría de instrumentos informó de evidencias de validez convergente no aportando datos de otros tipos de validez.

Tabla 2.8

Propiedades psicométricas de los instrumentos para la evaluación de experiencias traumáticas infantiles (adaptado Burgermeister, 2007)

Instrumentos Abreviatura	Fiabilidad Consistencia interna *	Fiabilidad Test-retest	Evidencias de validez
AEIII	0,65-0,79	0,83	Constructo
CECA-Q	0,80-0,81	0,51-0,84	Contenido y constructo
CATS	0,90	0,89	Constructo
CTQ	0,79-0,94	0,88	Convergente
SLESQ	--	0,89	Convergente
CCMS-A	0,66-0,88	0,92	Convergente
ETI	0,74-0,92	0,91	Convergente
CTI	--	--	Convergente
CMIS	0,75-0,87	--	--

Nota. *Consistencia interna mediante índice alfa de Cronbach. AEIII: *Assessing Environments*; CECA-Q; *Childhood Experience of Abuse and Care Questionnaire*; CATS: *Childhood Abuse and Trauma Scale*; CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire*; SLESQ: *Stressful Life Events Screening Questionnaire*; CCMS-A; *Comprehensive Child Maltreatment Scales for Adults*; ETI: *Early Trauma Inventory*; CTI: *Childhood Trauma Interview*; CMIS: *Child Maltreatment Interview Schedule*

Resultados similares han obtenido recientemente Thabrew y colaboradores (2012), en una revisión de los principales instrumentos de medida para la evaluación de experiencias traumáticas tempranas. De los 43 instrumentos identificados solo 18 evaluaban varios tipos de experiencias traumáticas; del mismo modo, no todos informaban de sus propiedades psicométricas. Así, de los 18 instrumentos que evaluaban varios tipos de experiencias traumáticas, los únicos que aportaron adecuadas propiedades psicométricas fueron el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), el *Early*

Trauma Inventory (ETI) y el *Childhood Experience of Abuse and Care Questionnaire* (CECA-Q).

Así, a pesar de que en los últimos 30 años se ha construido un gran número de instrumentos centrados en la evaluación de experiencias traumáticas en adultos, siguen siendo necesarios más estudios que permitan un mayor desarrollo y conocimiento dentro del campo de la evaluación de las experiencias traumáticas. Como se acaba de ver, no todos los instrumentos desarrollados han aportado información acerca de sus propiedades psicométricas. Al mismo tiempo existe una gran heterogeneidad entre los instrumentos, no solo en el formato y modo de administración, sino también en el tipo de experiencias traumáticas en las que se centran, lo que dificulta la comparación entre los mismos. Del mismo modo, ninguno de los instrumentos con los que contamos actualmente ha sido desarrollado específicamente para la evaluación de experiencias traumáticas tempranas en pacientes con trastornos mentales graves.

Capítulo III:

Trauma y psicosis

Un tema de creciente actualidad es la relación existente entre trauma o experiencias vitales estresantes y psicosis. Esta relación se puede establecer en dos sentidos; por un lado, se puede estudiar cómo experiencias traumáticas, generalmente de inicio temprano pueden predisponer a experimentar un episodio psicótico en la adolescencia o edad adulta; y, por otro, se puede observar cómo la propia experiencia psicótica se puede convertir en un suceso traumático para el individuo. A continuación se profundizará en estas dos relaciones.

3.1. Relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicosis

Como se ha visto anteriormente, las investigaciones sobre la etiología de los trastornos psicóticos muestran una compleja interacción entre los factores genéticos y el medio ambiente. Dentro de los factores ambientales, las experiencias traumáticas tempranas parecen jugar un papel importante en el desarrollo de la psicosis (Beards et al., 2013), en especial las experiencias de abuso físico y sexual (Morgan et al., 2014).

En la actualidad, existe gran controversia acerca de si las experiencias traumáticas infantiles son un factor causal en el desarrollo de las psicosis (Bendall, Jackson, Hulbert y McGorry, 2008; Varese et al., 2012). De este modo, algunos estudios revelan que los diagnósticos de psicosis y esquizofrenia no están más relacionados con el abuso en la infancia que otros diagnósticos (Cohen, et al., 1996; Friedman, et al., 2002; Neria, Bromet y Marshall, 2002). Otros, en cambio, establecen que el abuso y el abandono en la infancia están más fuertemente relacionados con los diagnósticos de esquizofrenia y con otras formas de psicosis, que con diagnósticos que indiquen una perturbación menos severa (Read et al., 2005; Spence et al., 2006). Así, un gran número de personas con experiencias psicóticas informan haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia, tales como abusos físicos, sexuales o psicológicos.

En este sentido, diversos estudios han encontrado que las experiencias traumáticas pueden desempeñar un papel causal en el desarrollo de la psicosis (Bendall et al., 2013; Falukozi y Addington, 2012; Lataster et al., 2012; Read et al., 2005; Spence et al., 2006; Thompson et al., 2014).

En una revisión llevada a cabo por Read y colaboradores (2005), concluyen que el abuso infantil es un factor causal para la psicosis y para la esquizofrenia, encontrando que un gran porcentaje de pacientes diagnosticados de psicosis había experimentado algún tipo de maltrato, como abusos sexuales (48% de las mujeres y el 28% de los hombres), abusos psicológicos (48% de las mujeres y el 50% de los hombres) o incesto (29% de las mujeres y el 7% de los hombres). Posteriormente, en una revisión crítica llevada a cabo por Morgan y Fisher (2007), se concluye que los datos aportados por Read y colaboradores están sobreestimados ya que, de los 51 artículos analizados, solo 20 de ellos utilizaban muestras que cumplían claramente los criterios para el diagnóstico un trastorno psicótico. En este sentido, Morgan y Fisher (2007) volvieron a calcular las prevalencias ponderadas utilizando solo los estudios ($n=20$) en los que los sujetos fueron diagnosticados con una trastorno mental psicótico, reduciéndose la prevalencia de experiencias traumáticas previas en pacientes psicóticos en todos los casos, a excepción de los abusos sexuales en hombres, que seguía siendo la misma. Sin embargo, a pesar de que la tasa de experiencias traumáticas disminuye, sigue existiendo un gran porcentaje de experiencias traumáticas previas en pacientes psicóticos. En concreto, el 42% de las mujeres y el 28% de los hombres informaban de abusos sexuales previos, y el 35% y el 38% respectivamente, informaban de abusos físicos. En esta misma línea, Bendall y colaboradores (2008) en una revisión de 48 estudios, encontraron que entre el 28% y el 73% de pacientes con psicosis había sufrido abusos sexuales, físicos o psicológicos.

Recientemente, se han llevado a cabo diferentes meta-análisis que tuvieron como objetivo estudiar dicha relación. Así, Varese y colaboradores (2012) llevaron a cabo un exhaustivo meta-análisis en el que combinaron un total de 36 estudios (18 casos-control, 10 prospectivos y 8 con población general), incluyendo aproximadamente a unos 80.000 individuos. La psicosis se definía como la presencia de experiencias psicóticas atenuadas o como trastornos psicóticos. Por lo que se refiere a las experiencias traumáticas infantiles, contemplaron abusos sexuales, psicológicos o emocionales, negligencia, *bullying* y fallecimiento de los padres ocurridos antes de los 18 años,

encontrando una relación significativa entre la presencia de dichas experiencias y la psicosis (*odds ratio* (OR) = 2,78, $p \leq 0,001$).

En esta misma línea, Matheson y colaboradores (2012), estudiaron la relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicosis en comparación con otros trastornos psiquiátricos y con personas sin patología psiquiátrica. Para ello, llevaron a cabo un meta-análisis en el que incluyeron estudios que analizaban la relación entre trauma infantil y esquizofrenia, en comparación con personas sin patología psiquiátrica, psicosis afectivas, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos disociativos, trastorno de estrés postraumático, otras psicosis y trastornos de la personalidad. Cuando compararon la presencia de experiencias traumáticas infantiles en pacientes con esquizofrenia con personas sin patología psiquiátrica, encontraron mayor presencia de experiencias traumáticas tempranas en los pacientes con esquizofrenia (OR= 3,60, $p \leq 0,001$). Del mismo modo, encontraron mayor presencia de experiencias traumáticas infantiles en los pacientes con esquizofrenia, en comparación con los trastornos de ansiedad (OR= 2,54, $p \leq 0,007$), aunque el efecto no fue significativo en el análisis de cinco estudios que medían solo abusos sexuales. En cambio, no encontraron diferencias en las tasas de experiencias traumáticas infantiles entre la esquizofrenia y la psicosis afectiva, la depresión y los trastornos de la personalidad; mientras que encontraron una disminución de las tasas de experiencias traumáticas en la esquizofrenia en relación con los trastornos disociativos y el trastorno de estrés postraumático (OR = 0,03, $p \leq 0,001$).

Del mismo modo, estudios recientes destacan el papel de las experiencias traumáticas antes del desarrollo de la psicosis, como posible factor desencadenante. Así, se ha estudiado la presencia de experiencias traumáticas tempranas en personas jóvenes con alto riesgo de desarrollar psicosis. En esta línea, Tikka y colaboradores (2013), encontraron que personas jóvenes con alto riesgo de psicosis informaban de mayor presencia de experiencias traumáticas previas en comparación con un grupo control de personas sin patología psiquiátrica, presentando un peor ajuste premórbido, que correlacionaba con la severidad de las experiencias traumáticas referidas. Del mismo modo, Bechdolf y colaboradores (2010) encontraron que aproximadamente el 70% de personas con alto riesgo de psicosis informaba de la presencia de alguna experiencia traumática. Resultados similares fueron encontrados al estudiar la relación entre abusos sexuales y la severidad de síntomas psicóticos atenuados (Thompson et al., 2009). De esta forma, una historia previa de experiencias traumáticas se ha relacionado con la

transición a psicosis en personas de alto riesgo (Bechdolf et al., 2010; Thompson et al., 2014).

La relación entre trauma y psicosis también se ha estudiado recientemente en muestras no clínicas. Distintas investigaciones indican que el trauma infantil es un importante factor de predisposición a diferentes experiencias psicóticas atenuadas (Kelleher et al., 2008; Shevlin, Dorahy y Adamson, 2007; Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen y van Os, 2006; Whitfield, Dube, Felitti y Anda, 2005). En un estudio llevado a cabo por Kelleher y colaboradores (2008) con 211 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años encontraron que los adolescentes que informaban de síntomas psicóticos habían experimentado más acontecimientos traumáticos en comparación con los que no informaban de sintomatología psicótica. Estos resultados sugieren que el trauma infantil puede incrementar el riesgo de las experiencias psicóticas. En esta misma línea, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre sufrir experiencias de abusos en la infancia y la presencia de alucinaciones en la edad adulta, controlando el efecto de otras variables como el consumo de sustancias (Whitfield et al., 2005). Más recientemente, Shevlin y colaboradores (2011), analizaron la relación entre tres experiencias traumáticas sufridas antes de los 16 años (violación, abuso sexual y abuso físico) y la presencia de alucinaciones visuales y auditivas, controlando el efecto de otras variables como: el sexo, la edad, la urbanidad, el origen étnico, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral y la dependencia de alcohol u otras drogas. Los resultados indicaron una relación significativa entre los tres tipos de experiencias traumáticas y ambos tipos de alucinaciones. La importancia de estos estudios realizados en la población general radica en que, al tratarse de adolescentes sin historia psiquiátrica previa, los resultados no están influidos por los efectos de tratamientos farmacológicos o trastornos mentales comórbidos.

Al mismo tiempo, esta relación trauma-psicosis también se hace evidente cuando se analizan las puntuaciones obtenidas en diferentes escalas que miden también sintomatología psicótica. En este sentido, diferentes estudios han encontrado que individuos con puntuaciones elevadas en diferentes escalas psicométricas también informan de un mayor número de experiencias traumáticas previas (Read et al., 2005). Así, la escala de psicoticismo e ideación paranoide del Inventario de Síntomas de Derogatis (SCL-90-R) (Derogatis, Lipman y Covi, 1973), a menudo está más

relacionada con el abuso en la infancia que las otras nueve escalas clínicas (Ellason y Ross, 1997; Swett, Surrey y Cohen, 1990). Del mismo modo, se han encontrado puntuaciones elevadas en la escala de esquizofrenia del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1940) en adultos que sufrieron abusos en la infancia (Hunter, 1991; Tsai, Feldman-Summers y Edgar, 1979). Igualmente, pacientes con diferentes enfermedades médicas que habían sufrido abuso sexual en la infancia obtuvieron una puntuación considerablemente mayor en las escalas de esquizofrenia y paranoia, pero no en la de depresión del MMPI (Belkin, 1994).

Otro factor importante es la intensidad o severidad de las experiencias adversas previas. Así, la severidad del abuso (determinada en función de factores como edad de inicio, grado de violencia, duración de la experiencia traumática, grado de parentesco con el agente ejercitador de poder, etc.) puede determinar en parte la existencia de episodios psicóticos posteriores (Janssen et al., 2004). En este sentido, se ha observado una relación dosis-respuesta entre la gravedad de la experiencia traumática y el riesgo de experiencias psicóticas; más aún, se ha visto que el cese de la experiencia traumática puede predecir el cese de las experiencias psicóticas (Kelleher, et al., 2013). Así, en un estudio longitudinal llevado a cabo por Kelleher y colaboradores (2013), estudiaron la relación entre la presencia de experiencias traumáticas tempranas y experiencias psicóticas en 1112 estudiantes de entre 13 y 16 años durante un período de un año. Los resultados mostraron que el cese de experiencias traumáticas predijo el cese de las experiencias psicóticas ($OR = 4,02, p \leq 0,001$). También parece existir cierto efecto acumulativo de las experiencias traumáticas. Así, en un estudio llevado a cabo con 100 personas con historia previa de incesto, aquellas con un mayor número de abusos presentaban posteriormente más alteraciones sensorio-perceptivas (alucinaciones visuales y auditivas) (Ensink, 1992).

Además de la gravedad o frecuencia del abuso, otro factor que influye en que la persona víctima de abusos acabe desarrollando sintomatología psicótica es la presencia de otros traumas en momentos posteriores de la vida. En este sentido, se ha encontrado que las personas que sufren abusos en la infancia tienen una mayor probabilidad de sufrir abusos en la edad adulta (Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon y Portera, 1996; Muenzenmaier, Meyer, Struening y Ferber, 1993), donde este nuevo episodio de abuso puede actuar como desencadenante de un episodio psicótico. En un estudio llevado a cabo con pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastorno disociativo, de los cuáles

un 85% informaban de abusos o abandono en la infancia, Honing y colaboradores (1998) encontraron que en el 70% de los casos existían desencadenantes externos antes de las alucinaciones. En la mayoría de los pacientes, el inicio de las alucinaciones auditivas fue precedido de un suceso traumático o de un suceso que reactivó el recuerdo de una experiencia traumática previa. De este modo, el nuevo desencadenante puede ser cualquier experiencia traumática reciente, incluyendo la hospitalización o la propia vivencia de los síntomas psicóticos (Frame y Morrison, 2001; McGorry et al., 1991).

En cuanto al estudio de la prevalencia de dichas experiencias en pacientes con psicosis en función del sexo, la mayoría de estudios no han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia general de experiencias traumáticas tempranas (Friedman et al. 2002; McCabe et al., 2012; Resnick, Bond y Mueser, 2003; Shah et al., 2014). Sin embargo, en lo que respecta a los abusos sexuales, algunos estudios han encontrado una mayor prevalencia en las mujeres que en los varones (Friedman et al. 2002; Resnick, Bond y Mueser, 2003).

Otro aspecto de interés es el papel del sexo en la asociación entre experiencias traumáticas tempranas y psicosis. En este sentido, Fisher y colaboradores (2009) encontraron pocas evidencias de la relación entre experiencias traumáticas y psicosis, en el caso de los hombres. En su estudio evaluaron la presencia de experiencias traumáticas tempranas en individuos entre 16 y 64 años que habían presentado un episodio psicótico. Utilizaron también un grupo control de individuos de la población normal, no encontrando evidencias de que los hombres con episodios psicóticos presentasen en mayor medida historia de maltrato infantil, en comparación con los hombres del grupo control. Sin embargo, en el caso de las mujeres, observaron que aquéllas con experiencias psicóticas presentaban casi el doble de historia previa de abusos, tanto físicos como sexuales, generalmente de inicio anterior a los 16 años. Además, encontraron que, dentro del grupo control, las mujeres con experiencias previas de maltrato presentaban una mayor sintomatología psicótica de acuerdo con el modelo de continuidad de la psicosis.

En nuestro país hasta el momento se han llevado a cabo escasos estudios que analicen dicha relación. En este sentido, Álvarez y colaboradores (2011), analizaron la prevalencia de experiencias traumáticas infantiles en 102 pacientes con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo), encontrando que

casi la mitad de los pacientes (47,5%) había sufrido abusos en la infancia. Así, el 22% de los hombres y el 18% de las mujeres referían abusos físicos, y el 28% y 42% respectivamente, informaban de abusos sexuales previos.

Más recientemente, Ordóñez-Cambor y colaboradores (2014) estudiaron la relación entre trauma y psicosis en 48 pacientes con trastorno psicótico que se encontraban en tratamiento ambulatorio en un equipo de salud mental del Principado de Asturias. Los resultados mostraron que el 75% de los pacientes estudiados refirieron historia previa de experiencias traumáticas. Por lo que respecta al tipo de experiencia traumática, el maltrato psicológico fue el suceso traumático más referido por los pacientes del estudio (64,5% de los hombres y el 70,65% de las mujeres, seguido por la negligencia o el abandono (54,8% de los hombres y el 52,9% de las mujeres) y los abusos físicos (38,7% de los hombres y el 41,2% de las mujeres), siendo los abusos sexuales los menos frecuentes (16,1 % de los hombres y el 23,5% de las mujeres).

3.1.1. Experiencias traumáticas tempranas y síntomas psicóticos específicos

Del mismo modo, se ha estudiado la relación entre diferente sintomatología psicótica y experiencias traumáticas. Así, la presencia de síntomas positivos de la esquizofrenia ha sido relacionada con historia previa de traumas. Un gran número de pacientes que han sufrido experiencias de abuso en la infancia presentan sintomatología positiva, como alucinaciones auditivas y visuales, ideación paranoide, inserción del pensamiento o ideas de referencia (Ellason y Ross, 1997; Ross, Anderson y Clark, 1994).

Read y Argyle (1999), a partir de 100 admisiones de ingreso llevadas a cabo en un hospital de Nueva Zelanda, encontraron que 22 de los pacientes ingresados informaban de la existencia de abusos infantiles físicos o sexuales. En estos pacientes se estudió la presencia de delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento, registrando tanto la frecuencia como el contenido de los mismos, y encontrando que, de los 22 pacientes, 17 de ellos informaban de la presencia de al menos uno de los tres síntomas estudiados. Un análisis de las relaciones entre los tipos de abuso y los síntomas positivos específicos sugiere que las alucinaciones suelen ser más comunes que los delirios y los trastornos del pensamiento en los pacientes que han sufrido abuso sexual,

especialmente entre aquéllos que han experimentado el incesto, mientras que los delirios suelen estar más relacionados con historia de abusos físicos.

En otro estudio llevado a cabo con una muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, Ross y colaboradores (1994) encontraron que los pacientes que habían sufrido abusos sexuales infantiles o maltrato físico infantil presentaban significativamente más síntomas positivos, y ligeramente menos sintomatología negativa, que aquellos pacientes que no referían episodios previos de abusos. Los síntomas que tenían una relación significativa con el abuso eran: voces que comentaban, ideas de referencia, inserción de pensamiento, ideación paranoide, lectura de la mente de otros y alucinaciones visuales.

En nuestro país, Ordóñez-Cambor y colaboradores (2014), estudiaron la diferencia entre pacientes psicóticos con experiencias traumáticas previas y sin experiencias traumáticas previas, en la sintomatología presentada, utilizando la *Community Assessment Psychic Experiences-42* (CAPE-42) (Stefanis et al., 2002) como instrumento de medida de síntomas psicóticos. Los resultados mostraron que los participantes con experiencias traumáticas previas presentaban mayor sintomatología positiva que los sujetos psicóticos sin dichas experiencias, no existiendo diferencias en la sintomatología negativa o depresiva.

Dentro de la sintomatología positiva, las alucinaciones han sido unos de los aspectos más estudiados en relación con el trauma infantil. Varios estudios han encontrado relaciones sólidas entre trauma infantil, en especial el abuso sexual, y alucinaciones, fundamentalmente auditivas, en diferentes pacientes con una amplia gama de diagnósticos (Hammersley et al., 2003; Lysaker, Beattie, Strasburger y Davis, 2005; Read, Agar, Argyle y Aderhold, 2003). De este modo, algunos estudios consideran el abuso sexual como un factor de riesgo para el desarrollo de alucinaciones auditivas (Daahman et al., 2012; Read et al; 2003).

Recientemente, Sheffield y colaboradores (2013), estudiaron la relación entre experiencias traumáticas tempranas y alucinaciones auditivas, en 114 pacientes con psicosis. Los resultados mostraron que los pacientes con psicosis que habían presentado alucinaciones auditivas referían mayor presencia de abuso sexual, físico y emocional en comparación con los pacientes que nunca habían presentado alucinaciones auditivas.

En esta misma línea, diferentes estudios han encontrado que el contenido de las alucinaciones se encontraba relacionado con el trauma sufrido previamente (Hardy et al., 2005; Heins, Gray y Tennant, 1990; Honig et al., 1998; Read et al., 2003). Así, Honig y colaboradores (1998), compararon la forma y el contenido de las alucinaciones auditivas en tres muestras de pacientes diferentes: pacientes diagnosticados de esquizofrenia, pacientes con trastornos disociativos y personas sin diagnóstico clínico que informaban de alucinaciones auditivas. Los resultados mostraron que, en la mayoría de los sujetos de las muestras clínicas, las alucinaciones auditivas estaban precedidas por historias traumáticas previas, estando el contenido de estas alucinaciones relacionado con los abusos sufridos anteriormente, mientras que la muestra no clínica informaba de un menor número de episodios traumáticos previos y el contenido de dichas alucinaciones no estaba asociado a dichas experiencias.

Del mismo modo, Read y Argyle (1999) encontraron que el contenido de las alucinaciones de más de la mitad de los pacientes ingresados con sintomatología positiva estaba relacionado con el abuso previo. Así, relatan el caso de una mujer que había sufrido abusos sexuales por parte de su padre desde los cinco años; la mujer comentaba que oía voces masculinas fuera de su cabeza y voces de niños que gritaban dentro de su cabeza. Igualmente narran el caso de un hombre que presentaba alucinaciones que le incitaban al suicidio; el hombre identificaba la voz del perpetrador del abuso que había sufrido en su infancia.

Más recientemente, Hardy y colaboradores (2005) concluyeron que más que con el contenido exacto de las alucinaciones, eran los temas (por ejemplo, amenaza, culpa y humillación) los que se relacionaban con el trauma previo en pacientes con psicosis no afectiva. Además, los episodios traumáticos intrusivos se asociaban significativamente a alucinaciones consideradas como intrusivas.

Dicha relación entre alucinaciones y experiencias traumáticas previas también ha sido encontrada en la población general. En un estudio, llevado a cabo con una muestra no clínica, se encontró que la predisposición a las alucinaciones auditivas era mayor en aquellos sujetos que informaban de experiencias traumáticas múltiples. En el mismo estudio se halló que el abuso emocional, y el abuso físico en menor medida, estaban también relacionados con la predisposición a las alucinaciones auditivas. En cambio,

experiencias previas de intimidación se relacionaban con una mayor predisposición a alucinaciones visuales (Morrison y Petersen, 2003).

En consonancia con lo expuesto hasta el momento, aunque los hallazgos sobre la relación entre trauma infantil e ideas delirantes, trastornos del pensamiento y síntomas negativos siguen sin ser consistentes (Hammersley et al., 2003; Lysaker, Meyer, Evans, y Marks, 2001; Morrison, Frame y Larkin, 2003; Resnick, Bond y Mueser, 2003), el vínculo entre trauma infantil y alucinaciones ha sido encontrado de forma repetida en diferentes estudios. En esta misma línea, un estudio reciente ha revelado que el abuso en la infancia está relacionado con una tendencia a considerar las alucinaciones auditivas como más malévolas, especialmente entre aquéllos a los que el abuso sucedió a una edad temprana (Offen, Waller y Thomas, 2003).

3.1.2. Experiencias traumáticas tempranas, y curso y evolución de los trastornos psicóticos

Además de lo referente a la sintomatología, la importancia del estudio de la relación entre trauma y psicosis se refleja en el curso y pronóstico de dichos trastornos. En general, los pacientes con trastornos psicóticos con antecedentes de trauma infantil presentan un perfil clínico más grave que aquellos que no refieren experiencias previas de abusos (Garno et al., 2005). Dichas experiencias se asocian con un inicio más temprano de la sintomatología psicótica, mayor número de ingresos hospitalarios y una evolución clínica más grave (Leverich et al., 2002; Schenkel, Spaulding, DiLillo y Silverstein, 2005), presentando menor tasa de remisiones (Neria, Bromet, Carlson y Naz, 2005) y mayor número de ideas o intentos de suicidio (Conus et al., 2010). Del mismo modo, la presencia de experiencias traumáticas previas se ha relacionado con necesitar más dosis de tratamiento psicofarmacológico (Read, Fink, Rudegeair, Felitti y Whitfield, 2008) y presentar una menor adherencia al tratamiento (Bendall et al., 2013; Conus et al., 2010).

Así, Conus y colaboradores (2010) en un estudio con pacientes con un primer episodio psicótico, encontraron que los pacientes con historia previa de abuso físico y/o sexual tenían más probabilidades de presentar otro trastorno psiquiátrico, tenían peor funcionamiento premórbido y más intentos de suicidio. En nuestro país, recientemente, Álvarez y colaboradores (2011) llevaron a cabo un estudio en el estudiaron el impacto

clínico de las experiencias traumáticas tempranas en un grupo de pacientes con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo). Los resultados mostraron que los pacientes con historia previa de abusos psicológicos presentaron un mayor número de ingresos hospitalarios. Del mismo modo, los pacientes con historia de abusos sexuales presentaron casi el doble de prevalencia de intentos de suicidio (el 68% frente al 28,9%).

También la relación trauma y psicosis supone mayor presencia de sintomatología cormórbida. Así, diferentes estudios han encontrado que los pacientes con psicosis presentan mayores niveles de estrés postraumático (Gearon, Kaltman, Brown y Bellack, 2003; Neria et al., 2002). Estudios recientes indican que el 40-50% de los pacientes con psicosis informan de la presencia de experiencias traumáticas tempranas y que entre el 11 y el 46% de estos pacientes cumplen el diagnóstico de TEPT (Schäfer y Fisher, 2011). Del mismo modo, los pacientes con psicosis con una historia de trauma y TEPT presentan un perfil clínico más grave, un peor funcionamiento general, y menores tasas de remisión (Schäfer y Fisher, 2011). También se ha visto, que los pacientes con psicosis y experiencias traumáticas tempranas tienen más probabilidades de ser nuevamente víctimas de abuso a lo largo de su vida (Leverich et al., 2002; Scheller-Gilkey, Moynes, Cooper, Kant y Miller, 2004).

En esta misma línea, se ha visto que los pacientes con psicosis y experiencias traumáticas tempranas presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva (Bak-Klimek et al., 2014; Bendall et al., 2013; Lysaker y Salyers, 2007), más síntomas disociativos (Schäfer et al., 2012; Sar et al., 2010) y mayor abuso de sustancias (Brown, McBride, Bauer y Williford, 2005; Leverich et al., 2002).

3.2. Modelos explicativos de la relación trauma-psicosis

A la hora de explicar el nexo de unión existente entre las experiencias traumáticas previas y la presencia de síntomas psicóticos podemos apelar a dos tipos de modelos: los modelos cognitivos y los modelos biológicos.

3.2.1. Modelos cognitivos

Diferentes teorías psicológicas resaltan el papel central de los procesos cognitivos en la relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicosis.

Un proceso psicológico de creciente interés es el proceso conocido como “derrota social”. Estudios recientes han estudiado el papel que dicho proceso puede desempeñar en la relación trauma-psicosis. La teoría de la derrota social se basa en la investigación con animales, que demuestra que el estrés ocasionado por los ataques repetidos de otro animal más fuerte, conduce a anomalías en la neurotransmisión dopaminérgica (Abercrombie, Keefe, DiFrischia y Zigmond; 1989; Cao et al., 2010). Así, en humanos, una valoración negativa de uno mismo en comparación con los otros puede dar lugar a anomalías en la neurotransmisión dopaminérgica, lo que incrementaría el riesgo de psicosis. En este sentido, Birchwood y colaboradores (2000) han hecho hincapié en que experiencias sociales adversas en la infancia pueden llevar a desarrollar esquemas negativos que incluyan la humillación social y la subordinación, que pueden estar relacionados con las alucinaciones auditivas y con la paranoia en general. Del mismo modo, Selen y Cantor-Graae (2005) propusieron que, estar expuestos a una situación de subordinación, puede ser el denominador común que une la presencia de diferentes factores ambientales, como las experiencias traumáticas infantiles, con el riesgo a desarrollar un trastorno psicótico.

La teoría de la derrota social ha sido estudiada recientemente por Stowkowy y Addington (2012), en un estudio realizado con 38 pacientes con alto riesgo de psicosis, encontrando que los sentimientos de lucha fallida o derrota y la presencia de esquemas negativos acerca de uno mismo predecían la presencia de síntomas psicóticos. En esta misma línea, Taylor y colaboradores (2010), encontraron una asociación significativa entre el sentimiento de derrota y los síntomas positivos en una muestra de 78 pacientes con esquizofrenia. De esta manera, el proceso “derrota social” ha sido considerado uno

de los mecanismos mediadores de la relación entre las experiencias traumáticas y la psicosis (van Nierop et al., 2014).

Del mismo modo, trabajos recientes indican que el trauma infantil puede tener un impacto directo sobre la autoestima, el locus de control, y los síntomas de depresión y ansiedad, y que esto, a su vez, puede conducir a la aparición de las experiencias psicóticas (Fisher et al., 2013).

Existirían también otros sesgos cognitivos que desempeñarían un papel en el desarrollo de los síntomas psicóticos. Algunos de estos sesgos serían: tendencia a saltar a las conclusiones, dificultades en la teoría de la mente, y un estilo atribucional que se caracterizaría por la tendencia a atribuir los acontecimientos negativos a factores externos (especialmente los que implican las acciones intencionales de los demás en lugar de las circunstancias situacionales) (Bentall et al., 2009). Así, la explicación de la psicosis puede entenderse desde la existencia de una vulnerabilidad cognitiva en el procesamiento de la información (Morrison et al., 2003).

En esta línea, los últimos modelos cognitivos de la psicosis (Freeman, Garety y Kuipers, 2001; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001) establecen que la presencia de experiencias tempranas adversas, tales como la marginación social, la pérdida en la infancia de un ser querido o un trauma infantil severo, pueden dar lugar a una vulnerabilidad cognitiva, caracterizada por modelos esquemáticos negativo del yo y el mundo (por ejemplo, las creencias acerca de sí mismos como más vulnerables frente a las amenazas, o la percepción de los demás como agentes de peligro) que facilitan atribuciones externas. Esta tendencia a realizar atribuciones externas está fuertemente relacionada con la ideación paranoide (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001; Freeman y Flower, 2009; Garety, Bebbington, Fowler, Freeman y Kuipers, 2007).

Desde esta perspectiva, Morrison (2001) elaboró una teoría sobre la psicosis en la que sugiere que es la naturaleza culturalmente inaceptable de las evaluaciones que realizan las personas lo que determina si una persona es vista como psicótica o no. En relación con las experiencias traumáticas y la psicosis, son las interpretaciones que hacen las personas de dichas experiencias traumáticas las que determinarán dicho proceso. Así, si el individuo asocia la presencia de las experiencias perceptivas vividas como relacionadas con el último episodio de abuso sufrido, es probable que se

consideren dichas experiencias compatibles con las experiencias de *flashback* propias de un TEPT, mientras que si dichas alucinaciones son interpretadas como reales y sin relación con ninguna experiencia traumática previa, entonces es probable que el individuo sea considerado como una persona psicótica.

Desde este punto de vista, podemos hablar de un modelo integrador cognitivo (Morrison, 2001), que sugiere que las diferentes experiencias de la vida, incluyendo las experiencias traumáticas, darán lugar al desarrollo de creencias sobre uno mismo, el mundo y los otros (incluyendo las creencias acerca de las experiencias psicóticas, la disociación y otras estrategias de procesamiento de la información). Dichas creencias afectarán a la forma en que las experiencias son interpretadas. Si estas experiencias son interpretadas de una manera culturalmente inaceptable, entonces serán vistas como experiencias psicóticas. Sin embargo, si se asocian con experiencias traumáticas previas, serán vistas como síntomas de un TEPT. Estas interpretaciones o evaluaciones darán lugar a un malestar emocional y a un incremento de la activación fisiológica, que puede conducir al desarrollo de círculos viciosos, manteniendo o incrementando las experiencias psicóticas. Además de las interpretaciones, las respuestas cognitivas y conductuales del sujeto, tales como conductas de seguridad, de evitación, supresión de pensamiento o atención selectiva, pueden también contribuir al mantenimiento de dichas experiencias psicóticas. En la Figura 3.1 se ilustra gráficamente este modelo.

En relación con esto, se ha visto que el malestar asociado a dichas experiencias traumáticas depende de las interpretaciones negativas y catastrofistas que realice el individuo de las experiencias psicóticas, y que dichas evaluaciones negativas son más probables en personas que tienen una historia previa de trauma (Chadwick y Birchwood, 1994; Morrison, Nothard, Bowe y Wells, 2004).

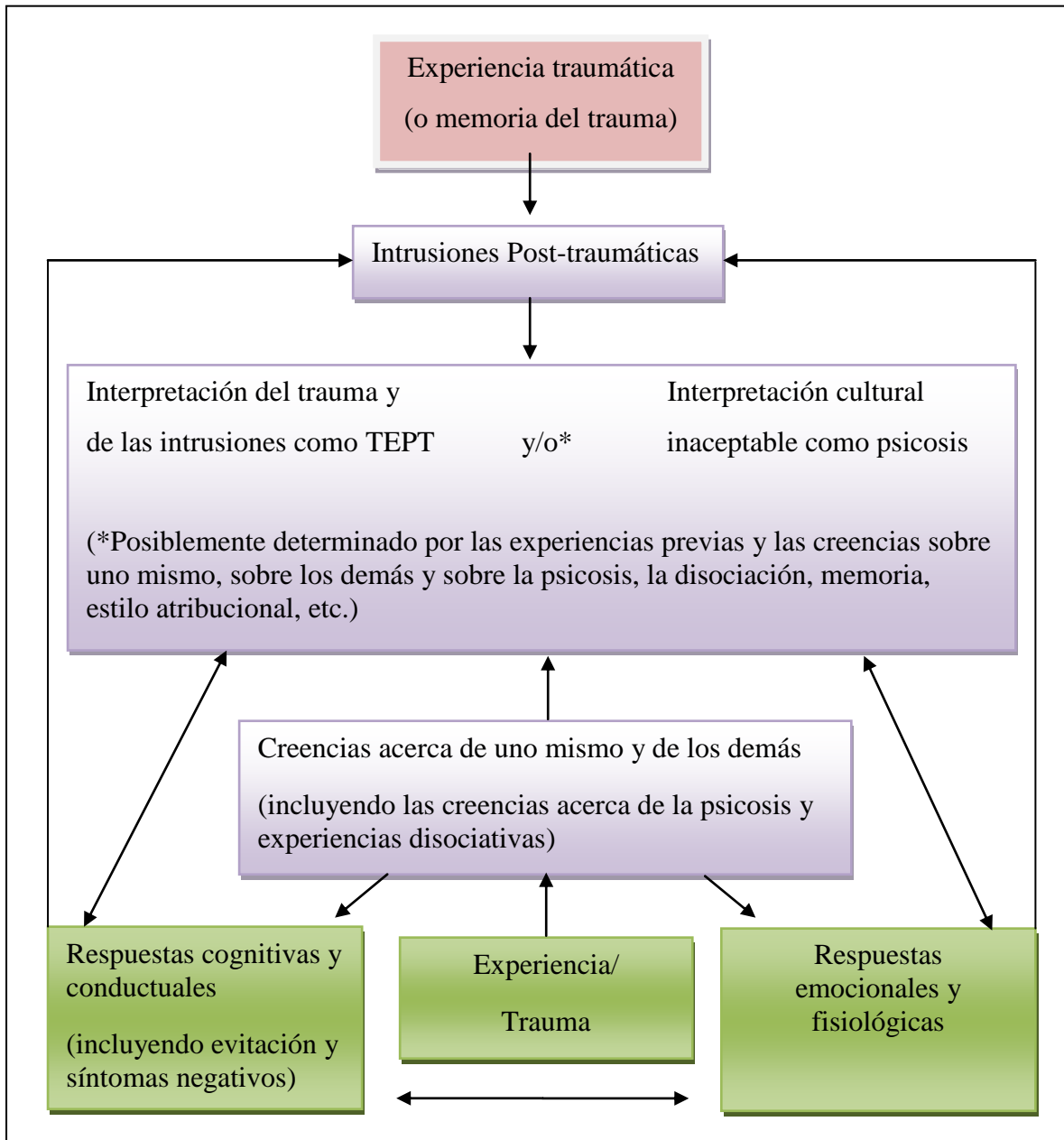


Figura 3.1. Un modelo integrador de la relación existente entre el trauma y la psicosis (adaptado de Morrison 2001).

3.2.2. Modelos biológicos

Desde un punto de vista biológico, los últimos estudios también apoyan la idea de la existencia de vulnerabilidad psicológica a la psicosis. Así, en el plano del sustrato neurobiológico, estos procesos psicológicos se traducen en cambios observables en la estructura o función de las áreas cerebrales pertinentes a la psicosis (van Winkel, van Nierop, Myin-Germeys y van Os, 2013).

El mecanismo biológico más estudiado en la relación entre experiencias traumáticas y psicosis tiene que ver con la sensibilización del sistema dopaminérgico-mesolímbico. Así, niveles elevados de estrés como la presencia de abusos en la infancia, darían lugar a un incremento en la liberación de dopamina, lo que incrementaría el riesgo de psicosis. El estudio llevado a cabo por Pruessner y colaboradores (2004), pone en evidencia la relación entre experiencias estresantes tempranas y el incremento en la respuesta dopaminérgica cerebral. Estudiaron la liberación de dopamina en personas con carencias afectivas por parte de sus padres en la infancia, en comparación con personas que referían alto nivel atencional por parte de sus progenitores, encontrando una mayor liberación de dopamina en el caso de las personas que referían dichas carencias afectivas. Al mismo tiempo, hallaron una correlación significativa entre la respuesta dopaminérgica cerebral y la respuesta de cortisol en saliva ($r = 0,78$). Resultados similares han obtenido Braehler y colaboradores (2005), al comparar los niveles de cortisol entre pacientes esquizofrénicos con y sin experiencias de abusos en la infancia, encontrando una mayor respuesta en los pacientes con experiencias de abusos, lo que indica una mayor disregulación del eje HPA. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en la literatura previa, que evidencian niveles elevados de cortisol en pacientes con esquizofrenia y con trastorno esquizotípico de la personalidad (Gallagher, Watson, Smith, Young y Ferrier, 2007; MacMillan et al., 2001; Ritsner et al., 2007; Ryan, Sharifi, Condren y Thakore, 2004).

Otros estudios han encontrado alteraciones inflamatorias en las personas expuestas a experiencias traumáticas infantiles (Carpenter et al., 2010; Danese et al., 2008; Pace et al., 2006). Del mismo modo, se han encontrado evidencias de alteraciones inmunológicas en pacientes con esquizofrenia, tales como infecciones o enfermedades inflamatorias autoinmunes (Brown y Susser, 2002; Eaton et al., 2006; Potvin et al., 2008). Se ha visto que dichas alteraciones inflamatorias son más evidentes en pacientes con una historia previa de traumas en los primeros años de vida (Mondelli et al., 2011), estando dichas alteraciones inflamatorias relacionadas con ciertas alteraciones estructurales del cerebro, como la reducción del volumen de la amígdala o del hipocampo (Mondelli et al., 2011; Hoy et al., 2012).

Estas y otras investigaciones que demuestran un perfil similar de alteraciones neurológicas y bioquímicas en los individuos con psicosis y en personas con historia de abusos infantiles, ha dado lugar al desarrollo del modelo de neurodesarrollo

traumatogénico de la psicosis (Read, Perry, Moskowitz y Connolly, 2001). Este modelo sugiere que eventos adversos de la vida o pérdidas significativas podrían ser capaces de producir alteraciones del neurodesarrollo subyacentes a una mayor sensibilidad a factores de estrés, si se producen en un momento temprano del desarrollo y el suceso estresante es lo suficientemente severo. Por lo tanto, anomalías en el neurodesarrollo pueden ser producidas por eventos traumáticos en la infancia. En concreto, cuando la exposición a factores de estrés persisten, se produce una mayor liberación de glucocorticoides de forma crónica, que puede dar lugar a cambios permanentes en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Heim et al., 2000). De esta manera, eventos traumáticos sucedidos en la infancia, pueden causar la desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal que, a su vez, puede dar lugar a anomalías dopaminérgicas presentes también en la psicosis.

También desde el campo de la genética, recientemente se están llevando a cabo estudios que analizan dicha relación. A pesar de la evidencia de la relación entre trauma y psicosis, no todas las personas expuestas a experiencias traumáticas previas acaban desarrollando síntomas psicóticos. Así, las experiencias traumáticas pueden no ser la causa necesaria y suficiente para el desarrollo de la psicosis, pudiendo la vulnerabilidad genética desempeñar un papel esencial en dicha relación (van Os et al., 2010; van Winkel et al., 2010). En esta línea, se ha encontrado que el genotipo COMT-Val158Met Val-Val, puede ser un moderador del riesgo de las experiencias psicóticas en individuos expuestos a experiencias traumáticas en la infancia (Alemany et al., 2011; Ramsay et al., 2013), apoyando una vez más la importancia de la interacción genes-ambiente en el desarrollo de la psicosis.

3.3. Las experiencias psicóticas como acontecimientos traumáticos

Las propias experiencias psicóticas pueden ser vividas por los pacientes y por los familiares como verdaderos acontecimientos traumáticos. Así los síntomas psicóticos, como las alucinaciones y los delirios, pueden ser vividos como experiencias aterradoras, en las que el individuo pierde el contacto con la realidad, sintiéndose una amenaza para sí mismo (Tarrier, Khan, Cater y Picken, 2007). En este sentido, estudios recientes hablan de la presencia de sintomatología asociada al TEPT después de un episodio psicótico (Chisholm, Freeman y Cooke, 2006; Mueser, Lu, Rosenberg y

Wolfe, 2010; Picken y Tarrrier, 2001). Así, diferentes estudios indican que entre un 11 y un 67 % de los pacientes con un primer episodio psicótico presenta TEPT (Berry, Ford, Jellicoe-Jone y Haddock, 2013; Brunet, Birchwood, Upthegrove, Michail y Ross, 2012; Lu et al., 2011).

En un estudio llevado a cabo por Chisholm y colaboradores (2006), encontraron que de los 36 pacientes estudiados, los cuales habían sufrido delirios y alucinaciones, un 61% de ellos presentaba sintomatología de estrés postraumático. Más recientemente, Mueser y colaboradores (2010), en un estudio llevado a cabo con 38 pacientes en tratamiento por episodios psicóticos recientes, encontraron que la mitad de los pacientes informaban de una elevada ansiedad en relación con los síntomas psicóticos, y un 66% de ellos cumplía los criterios para el TEPT. En esta misma línea, se estudiaron 110 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y consumo de sustancias, encontrando que 31 de estos pacientes (28%) reunían todos los criterios del TEPT, y 18 de ellos (16%) informaban de experiencias traumáticas relacionadas directamente con los síntomas psicóticos (Picken y Tarrrier, 2001).

Las principales variables que han sido relacionadas con la presencia de TEPT después de un episodio psicótico son los síntomas positivos y factores relacionados con el ingreso hospitalario (Frías, Palma, Giné y Aluco, 2014). En una investigación llevada a cabo por Lu y colaboradores (2011) con 50 pacientes que habían sufrido uno o más episodios psicóticos, encontraron que un 66% informaban de una intensa angustia relacionada con los síntomas psicóticos que habían experimentado con anterioridad, un 25% informaba también de gran angustia pero en este caso relacionada con el tratamiento llevado a cabo y, por último, un 8% refería angustia por ambos factores. De todos ellos, un 69% presentaba sintomatología propia del TEPT.

Se ha observado una relación positiva entre la presencia y gravedad de los síntomas positivos y el desarrollo de TEPT (Tarrrier et al., 2007; White y Gumley, 2009). Sin embargo, dentro de la sintomatología propia de los trastornos psicóticos, no todos los síntomas ejercen el mismo impacto emocional en los pacientes y, por lo tanto, en la posible aparición de sintomatología asociada a TEPT. En concreto, se sabe que, de los diferentes tipos de delirios, los delirios de persecución pueden generar más TEPT que otro tipo de delirio, debido a la sensación de amenaza que generan en el individuo (Freeman y Garety, 2000).

Otros de los factores que influyen en el desarrollo de sintomatología de TEPT tras una experiencia psicótica es la falta de apoyo percibido. En un meta-análisis llevado a cabo por Brewin y colaboradores (2000) se evidencia que, de entre los 14 factores de riesgo encontrados para el TEPT, uno de ellos era la falta de apoyo percibido durante el acontecimiento traumático.

Del mismo modo, existen estudios que relacionan la existencia de experiencias traumáticas previas de las que ya se ha hablado anteriormente y la presencia de sintomatología propia del TEPT ante otro acontecimiento estresante, como puede ser un episodio psicótico (Astin, Ogland-Hand, Coleman y Foy, 1995; Brewin et al., 2000). Recientemente, Picken y Tarrier (2011) llevaron a cabo una investigación para establecer cuáles eran los posibles factores predictores que daban lugar al TEPT tras un episodio psicótico. Entre los factores predictores encontrados figuran: la sensación de indefensión y falta de control, la falta de apoyo social percibido y la presencia de experiencias traumáticas previas. En cuanto a las características propias de las experiencias psicóticas, encontraron que un mayor número de episodios psicóticos previos y la presencia de delirios de persecución pueden predisponer en mayor medida a desarrollar sintomatología propia del TEPT.

Así, las investigaciones actuales sugieren que la presencia de TEPT en pacientes con primeros episodios psicóticos es mayor si existe una historia previa de experiencias traumáticas, presentan sintomatología depresiva cormórbida y si la persona lleva a cabo una evaluación disfuncional de la propia experiencia psicótica y carece de estrategias de afrontamiento para hacer frente al estrés que produce el propio episodio psicótico (Berry, Ford, Jellicoe-Jones y Haddock, 2013; Brunet et al., 2012; Mueser et al., 2010).

3.3.1. Modelos explicativos de la relación psicosis y TEPT

Una explicación de cómo las experiencias psicóticas pueden dar lugar a la sintomatología propia del TEPT la encontramos en el modelo de Rachman (1980). En 1980 elaboró la teoría del procesamiento emocional que establece que estímulos súbitos, incontrolables e impredecibles, son particularmente susceptibles a dar lugar a dificultades emocionales. Por lo tanto, el individuo que presenta uno o más episodios psicóticos carece de control sobre dichas experiencias, y es esa falta de control percibida por el individuo la que genera la sintomatología propia del TEPT. En esta misma línea,

Janoff-Bulman (1992) propone un modelo para explicar el estado emocional tras las experiencias traumáticas. Establece que las creencias que una persona tiene respecto de sí mismo y del mundo antes de la aparición de un acontecimiento traumático serán cruciales a la hora de su recuperación emocional después del trauma. De acuerdo con este modelo, un suceso traumático destruye los supuestos del sujeto de que es invulnerable y de que el mundo es predecible y comprensible. Esta sensación de invulnerabilidad y de falta de control sobre el mundo es lo que llevaría a los individuos que experimentan síntomas psicóticos a desarrollar TEPT tras dichas experiencias.

Otro modelo más reciente que permite entender un poco la presencia de sintomatología propia del TEPT tras un episodio psicótico es la teoría del trauma elaborada por Ehlers y Clark en el año 2000. En esta teoría los autores proponen un modelo cognitivo de las reacciones individuales al trauma y señalan diferentes fuentes de valoración o apreciación para explicar la persistencia de las reacciones traumáticas. Según este modelo, el TEPT se vuelve persistente cuando el sujeto procesa el trauma, de manera que se genera una sensación de amenaza o peligro actual grave. Dicha sensación se genera a partir de una serie de alteraciones en las apreciaciones personales y recuerdos autobiográficos del sujeto. En primer lugar, las valoraciones responsables del mantenimiento de la sensación de amenaza actual incluyen las interpretaciones excesivamente negativas del suceso traumático, en este caso el episodio psicótico, y de las consecuencias del mismo. En segundo lugar, se ha sugerido que las alteraciones en la memoria biográfica, propias de los pacientes psicóticos, y caracterizadas por la débil elaboración y contextualización, también contribuyen a mantener la sensación de amenaza actual. Junto a la sensación de amenaza, las consecuencias conductuales de las experiencias psicóticas tales como, la evitación y el aislamiento, y los estilos de procesamiento cognitivo, como supresión y evitación cognitiva o pensamientos rumiativos, se vuelven desadaptativos y problemáticos, impidiendo que el trauma se resuelva adecuadamente, y perpetuando los síntomas del TEPT.

En este sentido, estudios recientes indican que el temor a producirse un nuevo episodio psicótico, la baja intolerancia a la incertidumbre y las evaluaciones negativas que hace el paciente sobre las experiencias psicóticas, incrementarían la vulnerabilidad a desarrollar un TEPT (White y Gumley, 2009).

Por lo tanto, el estudio de los episodios psicóticos y la forma en que la persona vivencia y procesa dichos episodios es de suma importancia de cara a una mayor comprensión de los trastornos psicóticos. De lo expuesto anteriormente podría entenderse la relación entre trauma y psicosis como una especie de bucle de retroalimentación bidireccional. En primer lugar, como se ha visto con anterioridad, existen evidencias de que las experiencias traumáticas previas pueden ser consideradas como factores predictivos de la aparición, intensidad y cronicidad de los episodios psicóticos (Gearon et al., 2003; Schenkel et al., 2005). En segundo lugar y como se acaba de ver, hoy en día se sabe que las experiencias psicóticas pueden generar un TEPT (Chisholm et al., 2006; Lu et al., 2011; Mueser et al., 2010). En tercer lugar, existen evidencias que establecen que la presencia de experiencias traumáticas previas predispone a reacciones postraumáticas ante otras experiencias traumáticas, como pueden ser las experiencias psicóticas (Brewin et al., 2000; Picken y Tarrier, 2001).

Así, y de acuerdo con el modelo de Morrison (2001) explicado anteriormente, parece ser que algunas personas pueden engancharse en un círculo vicioso de experiencias psicóticas y reacciones negativas. Una mayor comprensión de esta relación, aportará luz y conocimiento acerca de unos de los trastornos más desconocidos del siglo XXI, los trastornos psicóticos.

Capítulo IV:

Psicosis y recuperación

4.1. La recuperación en psicosis: tipos de recuperación y criterios de remisión.

4.1.1. El concepto de recuperación

Si bien el concepto de recuperación parece explicarse por sí mismo, es difícil intentar plantear su significado, al tratarse de un concepto muy amplio, pudiendo adoptar significados diferentes en función del ámbito de aplicación.

Según la Real Academia Española (2001), “recuperación” significa acción y efecto de recuperar o recuperarse y por “recuperar” se entiende volver a un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil.

En el ámbito médico, la recuperación de un resfriado o de una fractura de hueso es entendida como la desaparición de las manifestaciones de dicha enfermedad. Recuperarse, por lo tanto, parece significar un regreso a un punto inicial de buen funcionamiento, siendo este el sentido que se le da habitualmente al término “curación” (Buckley, Fenley, Mabe y Peeples, 2007).

Dentro del campo de la salud mental existen dos formas de entender la recuperación; por un lado, los que consideran que la reducción de síntomas es una condición necesaria para la recuperación (Lieberman y Kopelowicz, 2005) y, por otro, los que no (Roberts y Wolfson, 2004). Así, Davidson y colaboradores (2008) distinguen dos conceptos dentro de la recuperación: *recovery from* y *being in recovery* (Davidson, Schmutte, Dinzeo y Andres-Hyman, 2008). El primero de ellos hace referencia al hecho de encontrarse libre de psicopatología y estar capacitado para funcionar en la comunidad a lo largo de un periodo de tiempo, mientras que el segundo no tiene mucho que ver con el grado de psicopatología que presenta la persona, sino con la forma en la que la persona maneja su enfermedad y cómo construye una vida significativa.

En esta misma línea, se encuentra la distinción entre “recuperación clínica” y “recuperación personal” (Slade et al., 2008). El término “recuperación clínica” ha sido empleado fundamentalmente en el contexto clínico y ha surgido de la literatura profesional. Tiene que ver con una remisión sustancial de los síntomas, es decir, iguala la recuperación con la reducción a largo plazo o, idealmente la eliminación, de la sintomatología, acompañada de una mejora del funcionamiento y un menor uso de los servicios médicos. Este tipo de definición es invariable a través de los individuos, lo cual hace relativamente fácil operacionalizar el concepto, considerando la recuperación como un estado dicotómico, pudiendo ser medida de una manera fiable y estableciendo así unas tasas de recuperación. El problema de esta concepción es que no tiene en cuenta los casos en los que se produce una remisión sustancial de los síntomas, aunque persista el proceso general de la enfermedad. Además, tampoco tienen en cuenta los casos en los que se ha producido un cambio en el estatus premórbido (Bellack, 2006); otra de las limitaciones es que no contempla la parte subjetiva, ya que no evalúa el nivel de satisfacción que la persona tiene con la vida.

En contraposición, el concepto de “recuperación personal”, ha surgido de la literatura procedente de las historias personales, es decir, de individuos que han experimentado trastornos mentales y han usado los servicios de salud mental. Se centra en la satisfacción vital, la esperanza y las contribuciones a la vida a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. Varía en función de los individuos y la evidencia empírica establece una serie de estadios de cambio, en vez de unas tasas de prevalencia. En este caso se realizan análisis cualitativos más que cuantitativos, enfatizando la recuperación como algo más que la ausencia de marcadores de síntomas o de fallos en el funcionamiento. Desde esta perspectiva, la recuperación es posible a pesar de la existencia de síntomas psiquiátricos (Cavelti, Kvrgiv, Beck, Kossowsky y Vauth, 2012).

De este modo, otros conceptos como *recuperación clínica versus recuperación social* (Secker, Membrey, Grove, y Seebohm, 2002), *modelos de recuperación científicos versus modelos de recuperación basados en el consumidor* (Bellack, 2006) o *recuperación objetiva versus subjetiva* (Lysaker et al., 2006), han sido empleados para diferenciar ambas formas de recuperación. Sin embargo, estas dos conceptualizaciones de la recuperación *clínica versus personal* pueden ser complementarias y no

necesariamente dos concepciones contrapuestas (Silverstein y Bellack, 2008). Así, en el campo de los trastornos mentales el término de recuperación debe hacer referencia a un concepto más amplio. En este sentido, Fitzpatrick (2002), describe el significado de la recuperación en un continuo, con tres puntos identificables: el modelo médico, el modelo de rehabilitación, y el modelo de autogestión (*empowerment*). El modelo médico asume que la enfermedad mental es una enfermedad física y, por lo tanto, la recuperación se entiende como un retorno al estado anterior de salud, es decir, la persona se cura (Whitwell, 1999). Este modelo es uno de los más utilizados en el campo de los trastornos mentales graves, y por tanto en los trastornos psicóticos. La recuperación requiere un retorno al estado anterior y sería medida a través de la reducción de la sintomatología, las hospitalizaciones, la medicación y la mejora en el funcionamiento.

Desde el modelo de rehabilitación se sostiene que, aunque la enfermedad es incurable, con los esfuerzos de rehabilitación la persona puede volver a un funcionamiento semejante al que tenía antes de la misma (Anthony y Liberman, 1999). Este acercamiento se basa en el modelo médico, en el que se asume que una enfermedad mental grave es incurable, al igual que una lesión de la médula es permanente. Sin embargo, presupone que, la persona, a pesar de que siempre tendrá la enfermedad, puede aprender a vivir dentro de los límites de la discapacidad.

Por último, desde el modelo de autogestión (*empowerment*), se defiende que la enfermedad mental no posee una base biológica, siendo considerada una señal de angustia emocional severa frente a factores estresantes. Como la persona hace frente a estos estresores juega un papel crucial en su desarrollo, con la comprensión, el optimismo y la autogestión (*empowerment*), la persona puede volver a su papel social anterior, evitando la etiqueta de enfermedad mental (Ahern y Fisher, 2001).

Por lo tanto y como se acaba de ver, el concepto de recuperación tiene diferentes significados. Sin embargo, parece que ha habido una evolución y reconceptualización del término, lo que ha llevado a plantear diferentes objetivos terapéuticos. Si bien en los planteamientos iniciales el objetivo final de la práctica clínica de cualquier trastorno era la remisión completa de los síntomas y una vuelta al funcionamiento premórbido, en la actualidad el término *recuperación* abarca mucho más allá que la mera reducción de los síntomas. Así, la noción de recuperación es más demandante y un fenómeno más a largo

plazo, en el cual la persona está libre de psicopatología y tiene la habilidad de funcionar en la comunidad (Andreasen et al., 2005). De este modo, el objetivo de la recuperación puede ser, no tanto la vuelta a puntos de funcionamiento previos, sino llegar a dotar al paciente de herramientas que le permitan avanzar y construir nuevos espacios vitales (Vázquez y Nieto, 2010). Por tanto, además de reconstruir la propia vida, es necesario incorporar mejoras en otras áreas como la autogestión, la calidad de vida, y el funcionamiento psicosocial (van Os et al., 2006), siendo un proceso personal de crecimiento y desarrollo que conlleva la superación de los efectos de ser un paciente de salud mental (Schrank y Slade, 2007). Así pues, la recuperación en el caso de los trastornos mentales puede tener una serie de facetas que hacen la tarea aún más compleja que la que sucede en los escenarios médicos de los cuales se ha derivado el término (Vázquez y Nieto, 2010).

El concepto de recuperación en los trastornos psicóticos comenzó a ganar impulso en 1980 cuando personas con esquizofrenia comenzaron a publicar sus historias de recuperación. Estos relatos revelaban que muchos habían logrado superar los problemas impuestos por el trastorno y pasaron a disfrutar de una vida plena y significativa (Andresen, Oades, y Caputi, 2011).

Hasta hace poco la idea predominante era la consideración de que la esquizofrenia era un trastorno mental crónico con gran deterioro a largo plazo. En este sentido ya Kraepelin (1919), en su descripción inicial de la esquizofrenia, presentó una enfermedad crónica e indefectiblemente progresiva en la mayoría de los casos, si bien también describió algún caso de remisiones espontáneas en algunos de sus pacientes. Bleuler (1911), en cambio, defendió la hipótesis de la heterogeneidad del curso de la esquizofrenia. Sin embargo, la concepción inicial de Kraepelin dominó la nosología de la esquizofrenia durante los dos primeros tercios del siglo XX (Ciudad et al., 2011). Esta idea se refleja también en los sistemas de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana. Así, el DSM-I publicado en 1952 (*American Psychiatric Association*, 1952), describe la esquizofrenia como una enfermedad con curso deteriorante y el DSM-IV (1994) hace referencia al deterioro progresivo en una parte de personas con esquizofrenia, advirtiendo que las remisiones completas en este trastorno clínico son raras (Kruger, 2000).

Por tanto, la idea predominante era la creencia de que no era posible la recuperación y existía la regla de los tercios: un tercio de las personas con esquizofrenia necesitan ser hospitalizados durante toda su vida, ya que muestran un curso continuado de síntomas, aun con el tratamiento y los apoyos. Otro tercio son hospitalizados de forma intermitente recibiendo el apoyo del sistema de salud mental y, el tercio restante, son capaces de vivir en la comunidad, dejando pronto el sistema de salud mental, aunque con un amplio apoyo y algún tipo de discapacidad (Ralph y Corrigan, 2005; Wing, 1988). En esta misma línea, otras conceptualizaciones consideraban que un 20% volvía al nivel de funcionamiento premórbido, otro 20% tenía un curso de declive continuo y el 60% restante tenía un curso más variable, pero crónico (Bellack, 2006).

Es, a mediados del siglo XX, cuando comienza un cambio en la conceptualización del curso de la esquizofrenia (Roe y Davidson, 2008). Este cambio de visión sobre el concepto de recuperación se debe fundamentalmente a la publicación de diferentes relatos. Así, en esta época, los pacientes, muchos de ellos exitosos profesionales de salud mental, explicaron la recuperación mediante la publicación de sus propias historias personales en revistas profesionales (Deegan, 1988; Houghton, 1982; Leete, 1989). Artículos como *Maintaining Mental Health in a Turbulent World* (Houghton, 1982) o *How I Perceive and Manage My Illness* (Leete, 1989) son claros ejemplos. Los pacientes describen sus experiencias con la enfermedad mental y cómo han conseguido recuperarse. Es decir, cómo han ido aprendiendo a afrontar su enfermedad, las barreras a las que se han enfrentado, los apoyos que han recibido y las actividades que han realizado y ofreciendo diferentes definiciones y procesos de la recuperación (Ralph, 2000). Revistas como *Psychiatric Services*, *Psychiatric Rehabilitation Journal* y *Psychiatric Rehabilitation Skills* publican periódicamente este tipo de historias. En la actualidad, existe un número creciente de individuos que se ha recuperado y ha escrito relatos de sus experiencias de tratamiento y sobre su propio camino de recuperación. Con todo ello, están empezando a cuestionarse la eficacia y la validez de los modelos médicos a la hora de tratar a las personas con esquizofrenia (Kelly y Gamble, 2005).

En estas descripciones de historias personales, Ralph (2000) identifica cuatro dimensiones de la recuperación:

- Factores internos: factores que están dentro del paciente, como la conciencia de enfermedad, el reconocimiento de la necesidad de cambio o el *insight* sobre cómo el cambio puede determinar la recuperación.
- Autocuidado: una extensión de los factores internos en los cuales los pacientes describen cómo manejan su propia salud mental y cómo se enfrentan con las dificultades y barreras con las que se encuentran.
- Factores externos: incluye interconexiones con otros; los apoyos proporcionados por la familia, amigos y profesionales; y tener a alguien que cree que puede enfrentarse y reponerse de su enfermedad mental.
- Fortalecimiento: combinación de factores internos y externos, donde la fuerza interna se combina con interconexiones para proporcionar autoayuda y preocupación por lo que nos pasa a nosotros y a los otros.

Por su parte, Tooth y colaboradores (2003), analizaron el significado que tiene la recuperación de los pacientes, obteniendo las siguientes respuestas:

- Asumir responsabilidades (32%).
- Tener organización (30%).
- Sentirse personas normales (23%).
- Un proceso que ocurre en diferentes estadios (23%).
- Una orientación personal para vivir su vida (21%).
- Disfrutar la vida, sentir paz y sentirse contento (18%).
- Usar mecanismos de afrontamiento (14%).
- No tener más síntomas o episodios (14%).

En las historias personales, las personas describen la recuperación como: tener esperanza, pasar de la negación a la aceptación, comprometerse y mantener una vida activa, realizar un afrontamiento activo, tener un sentimiento positivo sobre uno mismo, pasar de la alienación a establecer sus propios objetivos, o un viaje complejo que conlleva apoyo y compañerismo. Así, el paradigma de la recuperación sugiere un objetivo positivo, en vez de uno negativo; más que tratar de reducir el riesgo de recaídas, el individuo en recuperación trabaja por su éxito personal (Sullivan, 1994).

Esta perspectiva más positiva de la psicosis es respaldada por diferentes estudios longitudinales, que defienden que el restablecimiento sintomático y social es posible en una proporción considerable de pacientes (Ciompi, 1980; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss y Breier, 1987a, 1987b; Harrison et al., 2001; Harrow, Grossman, Jobe y Herbener, 2005). Dentro de estos trabajos, el estudio longitudinal de Vermont fue investigación de referencia de los resultados a largo plazo de la esquizofrenia (Harding et al., 1987a, 1987b). En esta investigación, Harding y sus colaboradores hicieron el seguimiento de 269 pacientes durante 32 años. La mayoría de los pacientes estudiados eran pacientes crónicos que llevaban enfermos alrededor de 16 años, incapacitados durante al menos 10 años y hospitalizados de forma continua durante unos seis años; encontrando que, entre la mitad y las dos terceras partes de los mismos, mostraron una mejora significativa o una recuperación total. Los criterios de recuperación eran los siguientes: vivir en comunidad, tener un trabajo, no tomar medicación psiquiátrica, ausencia de síntomas psicóticos, ausencia de comportamientos propios de un “enfermo mental” y tener adecuadas relaciones sociales. El porcentaje de pacientes que cumplieron esas características fue del 62-68%; el 45% no mostró síntomas después de dos décadas, y un 23% dejó de tener todos los síntomas de esquizofrenia, pero desarrolló síntomas de otros trastornos mentales menos graves.

Posteriormente, Harding, Zubin y Strauss (1987) combinaron los resultados obtenidos por el estudio de Vermont con los obtenidos en otros cuatro estudios similares (Bleuler, 1972; Ciompi y Muller, 1976; Huber, Gross, Schuttler y Linz, 1980; Tsuang, Woolson y Fleming, 1979). En total estudiaron a un total de 1300 pacientes, de los cuales, entre la mitad y los dos tercios se habían recuperado o mejorado significativamente.

En los últimos años, diferentes estudios aislados y diferentes revisiones han encontrado resultados en la misma línea. Así, Harrison y colaboradores (2001), en un trabajo denominado *The International Study of Schizophrenia*, llevado a cabo durante 15-25 años, encontraron que el 48,1% de los pacientes con esquizofrenia mostraron haberse recuperado, usando los mismos criterios que Bleuler (1972), esto es, tener trabajo y un adecuado funcionamiento, no ser visto como mentalmente enfermo por los familiares y no mostrar síntomas psicóticos; mientras que, si se empleaba un criterio

más estricto (criterios Bleuler y una puntuación en la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) (Hall, 1995) superior a 60), el porcentaje se reducía al 37,8%.

Del mismo modo, en el *Chicago Follow-up Study* (Harrow et al., 2005), estudio de seguimiento de 15 años, se encontró que, un 41% de personas con diagnóstico de esquizofrenia y un 55% de personas con un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, estaban recuperadas. Los criterios de recuperación fueron los siguientes: ausencia de síntomas psicóticos, adecuado funcionamiento psicosocial, incluyendo trabajo, la ausencia de un nivel de actividad social muy pobre, y la ausencia de hospitalizaciones psiquiátricas.

En esta misma línea, Warner (2004) analizó 114 estudios publicados entre el 1904 y el 2000 que examinaban el papel de la recuperación en la esquizofrenia. Definió la recuperación en términos de “recuperación completa” (disminución de síntomas psicóticos y vuelta al nivel de funcionamiento previo) y “recuperación social” (independencia social y económica y bajo nivel de dificultades sociales), no utilizando criterios de persistencia temporal en la recuperación. De acuerdo con estos criterios encontró que, entre el 11 y el 33%, conseguían “la recuperación completa” y entre un 22 y un 55% lo que denominó “recuperación social”. Posteriormente, Menezes y colaboradores (2006) llevaron a cabo una revisión en la que estudiaban la recuperación tras un primer episodio psicótico. Para ello analizaron los resultados obtenidos en un total de 37 estudios, concluyendo que el 42% de los pacientes obtuvieron buenos resultados de recuperación. Sin embargo, en esta revisión, no tuvieron en cuenta ambos tipos de recuperación (clínica y social) y no se requirió que los buenos resultados se mantuviesen durante un periodo de tiempo concreto. Más recientemente, en un meta-análisis llevado a cabo por Jääskeläinen y colaboradores (2012), en el que sometieron a análisis 50 estudios, se encontró que la proporción media de individuos con esquizofrenia que cumplieron los criterios de recuperación fue del 13,5%, con peores resultados en los países pobres y no observando diferencias en función del género.

A pesar de que, como acabamos de ver, diferentes estudios apoyan la idea de que la esquizofrenia no es necesariamente una enfermedad crónica y que es posible la recuperación, los diferentes trabajos utilizan diferentes criterios de recuperación. Evidentemente, el empleo de unos criterios u otros afectará de un modo decisivo a las tasas de recuperación (Vázquez y Nieto, 2010). Así, el concepto de recuperación en este

ámbito es aún un concepto en evolución y los criterios o dimensiones aún se están desarrollando (Lieberman y Kopelowicz, 2005; Roe, Rudnick y Gill, 2007).

4.1.2. Criterios de remisión

El impulso del concepto de recuperación en los trastornos psicóticos, de la mano de la proliferación de historias personales y de estudios sobre la recuperación, planteó la necesidad de una definición estandarizada de ésta para la esquizofrenia. Con este objetivo, en 2003 se estableció el Grupo de Trabajo para la Remisión en Esquizofrenia, liderado por Andreasen, que culminó sus actividades con la publicación en 2005 de unos criterios operativos basados en la consecución de unos niveles mínimos de intensidad de síntomas mantenidos en el tiempo (Andreasen et al., 2005). Así, la remisión es entendida como una mejora de los síntomas y otros déficit en un grado que pueda ser considerado dentro de la supuesta normalidad y mantenido durante un periodo de tiempo, mínimo de seis meses. En este sentido, la recuperación puede ser considerada como un objetivo de la remisión a largo plazo (Schrank y Slade, 2007).

En la actualidad, la remisión de los síntomas en la esquizofrenia está bien conceptualizada, pudiendo lograrse en una proporción importante de pacientes (Ciudad et al., 2011). Sin embargo, a pesar de que dichos criterios son una medida de estabilidad clínica que se asocia a mejoras funcionales y cognitivas, el concepto de remisión se circunscribe a tres dimensiones de la psicopatología y no contempla otros componentes de la esquizofrenia que son determinantes para un funcionamiento psicosocial adecuado (Ciudad et al., 2011). Así, la remisión clínica no está necesariamente asociada con una mejoría funcional (Pinna et al., 2013). En este sentido, los estudios indican que aunque aproximadamente el 50% de los pacientes tratados logran la remisión clínica, solo el 20% logran la remisión funcional (Schennach-Wolff et al., 2009). De esta manera, la remisión puede entenderse como un paso necesario pero no suficiente para la recuperación (Andreasen et al., 2005; van Os et al., 2006).

4.2. El proceso de recuperación

Algunos autores han venido insistiendo en la aproximación de la recuperación entendida como un proceso más que como un resultado (Anthony, 1993; Deegan, 1988;

Sullivan, 1994). Desde esta perspectiva, la recuperación no debe entenderse como un “resultado” o un “producto final” estático. Tampoco debe ser considerada sinónimo de curación y, por tanto, implica mucho más que volver a un estado premórbido. Es más bien un proceso que continúa para siempre y que conlleva una serie ilimitada de pasos incrementales en dominios diversos de la vida (Davidson, O’Connell, Tondora, Lawless y Evans, 2005).

Así, la recuperación se entiende, no solo como un proceso diacrónico, sino también como un proceso en el que la meta no es necesariamente restablecer competencias, sino vivir creciendo y desarrollándose (Vázquez y Nieto, 2010); así, no sería un proceso lineal, sino que se trataría más bien de un viaje en espiral, formado por múltiples tipos de experiencias, como las recaídas y recuperaciones constantes (Anthony, 1993). Lo que en el modelo médico sería considerado una regresión o descompensación, es considerado una oportunidad para aprender (Deegan, 1988). La metáfora de la espiral, por tanto, puede ser más útil que la idea de estadios lineales, ya que a menudo las personas vuelven a etapas anteriores antes de progresar a etapas más avanzadas (Slade, 2009). Sería por tanto un proceso activo que requiere que la persona asuma la responsabilidad personal de su propia recuperación, a menudo en colaboración con la ayuda de amigos, familiares y profesionales (Jacobson y Curtis, 2000).

Por tanto, a pesar de que el proceso de recuperación es un proceso individual, algunos autores establecen diferentes componentes comunes presentes en el mismo, como la esperanza, la espiritualidad, la autogestión (*empowerment*), la conexión, el propósito, la auto-identidad, el manejo de los síntomas, el estigma, el significado o la responsabilidad personal, entre otros (Andresen, Oades y Caputi, 2003; Bellack, 2006; Schrank y Slade, 2007; Spaniol, Wewiorski, Gagne y Anthony, 2002). En este sentido, Andresen y colaboradores (2003) destacan cuatro componentes del proceso de recuperación:

- 1) Encontrar y mantener la esperanza.
- 2) Asumir la responsabilidad de la vida y el bienestar.
- 3) Redefinición del *self* y construcción de una identidad positiva.
- 4) Encontrar significado y propósito en la vida.

En la Tabla 4.1 pueden verse algunos de los conceptos incorporados en cada uno de los componentes del proceso de recuperación.

Tabla 4.1

Conceptos relacionados con los componentes del proceso de recuperación (adaptado de Andresen, Oades y Caputi, 2011)

Esperanza	Responsabilidad	Self e identidad	Significado y propósito
Optimismo	Responsabilidad y	Reestructuración del <i>self</i>	Propósito en la vida
Esperar de los demás	recuperación	Redefinición del <i>self</i>	Espiritualidad
Inspiración	Determinación	Aceptación de la	Cambio de valores
Crear en uno mismo	Actitud	enfermedad	Cambio de actitudes
Asumir roles	Construir independencia	Aceptación del <i>self</i>	Autoestima
Expectativas	Disposición	Búsqueda del significado	Búsqueda del
	Autogestión de la	de la enfermedad	significado en la
	enfermedad	Superación del estigma	enfermedad
	Disposición a tomar	Hacer balance del <i>self</i>	
	riesgos	Autoconocimiento	
	Rechazar el rol de	personal	
	paciente	Relación con la	
		enfermedad	

A continuación veremos cada uno de los componentes del proceso de recuperación de forma un poco más detenida.

1) Encontrar y mantener la esperanza

La importancia de la esperanza en el proceso de recuperación ha sido defendida por diferentes autores en trabajos previos (Anthony, 1993; Jacobson y Greenley, 2001; Kelly y Gamble, 2005; Onken, Craig, Ridgway, Ralph y Cook, 2007; Spaniol, Gagne y Koehler, 1998), entendiendo la esperanza como un ingrediente esencial en el proceso de recuperación de la esquizofrenia (Kelly y Gamble, 2005). Jacobson (2001) realizó un análisis dimensional de 30 relatos de recuperación escritos por personas con esquizofrenia; dentro de estas narraciones, el comienzo de la recuperación fue

identificado como el momento en que despertó la esperanza en el individuo. De hecho, la esperanza es el tema más común en los relatos de los adultos que se han recuperado o están recuperándose de un trastorno psicótico (Smith, 2000; Turner-Crowson y Wallcraft, 2002). De este modo, así como la desesperanza es central en la cronicidad de la psicosis (Davidson y Stayner, 1997; Deegan, 1997; Hoffmann, Kupper y Kunz, 2000), la esperanza es considerada como el punto de partida del proceso de recuperación (Deegan, 1996; Lovejoy, 1984).

Snyder (1995) define la esperanza en función de tres componentes cognitivos distintos que son: una meta, las vías para conseguir esa meta y la creencia en la propia capacidad para alcanzar esa meta. Así, las personas con esperanza son buenas en la generación de objetivos viables y alcanzables, en el desarrollo de medios eficaces o caminos para alcanzar sus objetivos, y poseen la motivación necesaria para perseguir estos objetivos, incluso cuando se encuentran obstáculos (López, Floyd, Ulven y Snyder, 2000). Desde este punto de vista, la esperanza es un proceso cognitivo utilizado por todas las personas en mayor o menor medida para hacer frente al día a día (Snyder, Michael y Cheavens, 1999).

Dentro del proceso de recuperación en los trastornos psicóticos, la esperanza supone la creencia de que la recuperación o el cambio son posibles, y también, la determinación de estar mejor. Se trataría por tanto de un desencadenante del proceso de recuperación y de su mantenimiento que conlleva (Schrank y Slade, 2007):

- Reconocer y aceptar que existe un problema.
- Perpetrar el cambio.
- Reordenar las prioridades.
- Centrarse en las fortalezas más que en las debilidades.
- Cultivar el optimismo.
- Creer en uno mismo.

Así, en el proceso de recuperación se produce una transición desde la desesperanza, angustia y pesimismo a una nueva esperanza acerca de cómo la vida puede ser diferente, una esperanza confirmada por la presencia de otras personas preparadas para proporcionar el apoyo y cuidados necesarios (Deegan, 1988).

2) Asumir la responsabilidad de la vida y el bienestar

Tan importante como encontrar la esperanza es asumir la responsabilidad y el control sobre el tratamiento, y sobre la vida en general (Andresen et al., 2011). Los pacientes tienen la responsabilidad personal sobre su propio auto-cuidado y sobre el camino hacia la recuperación (Bellack, 2006). Re-asumir la responsabilidad y el control sobre la vida de uno, la enfermedad y la recuperación, puede ser visto como un acto de emancipación de la dependencia del sistema. Conlleva ganar un sentido de independencia y está fuertemente asociado a otros conceptos como el de autogestión (*empowerment*). La autogestión conlleva (Schrank y Slade, 2007):

- Autonomía. Depende del conocimiento, auto-confianza y disponibilidad de elecciones significativas.
- Coraje. Conlleva salirse de la rutina segura y tomar riesgos.
- Asumir el control y la responsabilidad personal.
- Demandar los mismos derechos y asumir las mismas responsabilidades que otros ciudadanos.

3) Redefinición del *self* y construcción de una identidad positiva

La pérdida del sentido de identidad es uno de los efectos de los trastornos mentales. Así, el proceso de redefinición del *self* es fundamental para la recuperación (Deegan, 1997). Pettie y Tiolo (1999) describen dos métodos para reconciliarse uno mismo con el trastorno mental. En primer lugar, la enfermedad puede ser aceptada como parte del yo en un espíritu de crecimiento; es decir, “la enfermedad entendida como evolución”. En esta explicación, la enfermedad es vista como una forma de aprender sobre el *self* y como una forma de desarrollar fortalezas previamente no reconocidas. Este significado de la enfermedad ayuda a tener esperanza en un futuro positivo y da una razón para trabajar hacia la recuperación. La “enfermedad como evolución” es una forma de aceptar la enfermedad como parte del *self*.

Alternativamente, la enfermedad puede ser vista como algo que se vivió, pero que es independiente del “verdadero yo”; esto es, aceptar la enfermedad considerándola como una entidad separada o “enfermedad personificada”. Esto implica una relación

entre el *self* y la enfermedad, y permite a la persona desarrollar una identidad separada de la enfermedad. Pettie y Triolo explican que la “enfermedad personificada” da a la persona cierto control sobre su implicación en la relación, es decir, sobre la forma en la que responde a la enfermedad. Consideran que la explicación de la enfermedad supone el origen, a partir del cual, las personas empiezan a trabajar hacia la recuperación.

La forma en la que los pacientes integran el trastorno en su identidad influye en su respuesta, en la aceptación del tratamiento, en la recuperación y en el resultado del tratamiento (Ralph y Corrigan, 2005). De alguna manera, este proceso está relacionado con la toma de conciencia, porque supone el entendimiento, por parte de los pacientes, de su trastorno clínico y tiene importantes implicaciones en cuanto a las estrategias terapéuticas (Thompson, McGorry y Harrigan, 2003). De este modo, Schrank y Slade (2007) consideran que la reconceptualización del *self* después de una enfermedad mental severa es un elemento importante en el proceso de recuperación. Para estos autores, la redefinición del *self* conlleva:

- La aceptación de la enfermedad.
- El desarrollo de un marco explicativo para entender la experiencia.
- Entender qué ha sucedido.
- Definir el *self* como algo independiente de la enfermedad, la enfermedad es solo una parte del *self*.
- Restablecer un sentido de identidad.
- Desarrollar la autoestima y el auto-respeto.

4) Encontrar significado y propósito en la vida

La búsqueda de un significado y un sentido en la vida es otro de los esfuerzos de la recuperación. Con la experiencia de enfermedad, los individuos sufren una pérdida de los objetivos vitales previos, siendo la búsqueda de nuevos valores y objetivos vitales una de las tareas del proceso de recuperación. Para algunas personas, el significado se puede reflejar a través del trabajo o de las relaciones sociales mientras que, para otras, puede ser a través de las acciones políticas o de elementos espirituales (Jacobson y Curtis, 2000), existiendo grandes diferencias interindividuales. Así, a pesar de que existen indicios que establecen que la búsqueda de sentido de la vida es esencial para la

recuperación en psicosis, la fuente de ese significado puede variar entre los individuos y también a lo largo del tiempo (Andresen et al., 2003).

4.3. Modelos de recuperación

Como se acaba de ver, en los últimos años ha ido cambiando el concepto de recuperación en los trastornos psicóticos. Cada vez gana más fuerza la idea de que el concepto de recuperación va más allá de la ausencia de síntomas clínicos, el alta hospitalaria o las medidas de funcionamiento social o familiar, y alude más bien a una recuperación psicológica del trauma de la enfermedad, es decir, al establecimiento de una vida plena y con significado, así como a un sentimiento positivo de identidad basado en la esperanza y la auto-determinación (Andresen et al., 2003). La recuperación se entiende como un proceso activo e individual en el que la persona va desarrollando diferentes competencias que le permitan encontrar un nuevo sentido a la vida y a la enfermedad.

Esta reconceptualización ha dado lugar a la proliferación de numerosos modelos de recuperación dentro del campo de la psicosis. En este sentido, los modelos de recuperación en la salud mental están de plena actualidad, debido también al crecimiento de pruebas longitudinales que muestran cómo la gente puede reponerse de los trastornos psicóticos (Lemos-Giráldez et al., 2015; Sklar et al., 2013; Strauss, Harrow, Grossman y Rosen, 2010).

Dentro de los modelos de recuperación podemos diferenciar dos tipos de modelos, aquellos que describen diferentes fases o estadios en el proceso de recuperación y los que se centran en áreas o características personales importantes de cara a la recuperación, sin establecer fases o estadios. Como se puede ver en la Tabla 4.2, existen diferentes modelos que han identificado varias fases o estadios en el proceso de recuperación (Andresen et al., 2003; Baxter y Diehl, 1998; Davidson y Strauss, 1992; McGlashan, 1987; McGlashan, Carpenter y Levy, 1977; National Institute for Mental Health in England, 2004; Pettie y Triolo, 1999; Ralph, 2004; Spaniol et al., 2002; Young y Ensing, 1999).

Tabla 4.2

Modelos de recuperación de los trastornos psicóticos que identifican fases o estadios de recuperación

Modelo	Referencia	Número de estadios	Nombre de los estadios
Modelo de “integración” versus “encerramiento”	(McGlashan, 1987; McGlashan et al., 1977)	2	-Integración -Encerramiento
Modelo de Davidson y Strauss	(Davidson y Strauss, 1992)	4	-Descubrir la posibilidad de un sentido del <i>self</i> más activo - Hacer un balance de las fortalezas y limitaciones - Poner aspectos del <i>self</i> en acción - Usar este sentido del <i>self</i> mejorado como un recurso en la recuperación
Modelo de Baxter y Diehl	(Baxter y Diehl, 1998)	3	-Crisis: recuperación -Decisión: reconstruir la independencia -Despertar: construir la interdependencia
Modelo de Pettie y Triolo	(Pettie y Triolo, 1999)	2	-¿Por qué yo? -Y ahora, ¿qué?
Modelo desarrollado por el Departamento de Salud Mental de Ohio (<i>Ohio Department of Mental Health</i>)	(Townsend, Boyd, Griffin, Hicks y Hogan, 1999)	4	-Dependiente e inconsciente -Dependiente y consciente -Independiente y consciente -Interdependiente y consciente
Modelo desarrollado por el <i>Recovery Advisory Group</i>	(Ralph, 2004; Ralph y The Recovery Advisory Group, 1999)	6	-Angustia -Despertar - <i>Insight</i> -Plan de acción -Compromiso para estar bien -Bienestar/autogestión
Modelo de Young y Ensing	(Young y Ensing, 1999)	3	-Iniciar la recuperación -Responder y salir adelante -Mejorar la calidad de vida
Modelo de Spaniol, Wewiorski, Gagne y Anthony. <i>Center for Psychiatric Rehabilitation.</i>	(Spaniol et al., 2002)	4	-Agobiado con la enfermedad -Lucha contra la enfermedad -Vivir con la enfermedad -Vivir más allá de la enfermedad
Modelo de Andresen, Capui y Oades	(Andresen et al., 2003)	5	-Moratoria -Conciencia -Preparación -Reconstrucción -Crecimiento
Modelo desarrollado por el <i>National Institute for Mental Health in England</i>	(<i>National Institute for Mental Health in England</i> , 2004)	4	-Dependiente e inconsciente -Dependiente y consciente -Independiente y consciente -Interdependiente y consciente
Modelo de Valiente, Vázquez y Smith	(Valiente, Vázquez y Smith, 2010)	4	-Desmoronamiento de la persona -Lucha activa -Restablecimiento de roles y funciones - Crecimiento personal

Uno de los primeros estudios sobre los estilos de recuperación, fue el llevado a cabo por McGlashan y colaboradores en los años ochenta (McGlashan, 1987; McGlashan et al., 1977). Describieron dos estilos de recuperación clínicamente distintos, dos formas diferentes de enfrentarse a las enfermedades psiquiátricas, principalmente a la psicosis, denominados “integración” y “encerramiento”, considerados estilos de afrontamiento globales.

El estilo “encerramiento” se define por un aislamiento de la experiencia psicótica respecto de la experiencia vital, considerándola como una interrupción en sus vidas. Se caracteriza por el desinterés por cualquier aspecto relacionado con la enfermedad, desinterés por la investigación de las experiencias psicóticas, la toma conciencia de los aspectos negativos de la psicosis, la no implicación con los demás en la exploración de sus experiencias y la rigidez cognitiva.

Por el contrario, el estilo “integración” conlleva la integración de la psicosis en su experiencia vital. Así, implica aspectos como la conciencia de continuidad de la actividad mental y la personalidad tras la psicosis; la responsabilidad respecto a las producciones psicóticas, la utilización de las experiencias psicóticas como fuente de conocimiento sobre sí mismo, la búsqueda de ayuda en los demás y la flexibilidad cognitiva, son las características de este estilo de recuperación, convirtiendo esta experiencia en una situación positiva, en vez de en una situación que deba ser evitada.

Estos dos estilos de recuperación representan dos extremos de un continuo, y debería reconocerse que muchos pacientes presentan una mezcla de los dos. Además, desde esta perspectiva, el estilo de recuperación parece un rasgo de personalidad estable a través del tiempo (McGlashan, 1987), en vez de un estadio a través del cual pasan las personas. En su estudio, McGlashan (1987), se centró en el estilo de recuperación de un grupo de pacientes 15 años después de un ingreso hospitalario. Los resultados mostraban que los pacientes psiquiátricos que integraban su experiencia psicótica tenían un mejor resultado clínico al cabo de ese tiempo.

En la década de los noventa se fueron desarrollando nuevos modelos de recuperación. En este sentido, Davidson y Strauss (1992) evaluaron la recuperación de 66 pacientes con enfermedad mental grave (de los cuales 25 estaban diagnosticados de esquizofrenia). Se evaluó a los pacientes, primero cada 15 días y después de manera

anual, durante varios años. Centrando la recuperación en la reconstrucción del *self*, identificaron cuatro fases o etapas en dicho proceso:

- 1) Descubrir la posibilidad de un sentido del *self* más activo: implica el conocimiento de aspectos latentes del *self*, ya sea a través del redescubrimiento de partes del *self* no afectadas por la enfermedad o el descubrimiento de nuevas partes del *self*, y pudiendo llegar a la aceptación de la enfermedad como algo separado del *self* o a la interpretación del presente como un despertar de un período previo de retirada o pasividad.
- 2) Hacer un balance de las fortalezas y limitaciones: una vez que la persona está esperanzada y ha adoptado un papel más activo en su vida, tiene que determinar si posee los recursos personales necesarios para perseguir sus nuevas metas o propósitos. Esto requiere una valoración cognitiva de sus recursos y limitaciones.
- 3) Poner aspectos del *self* en acción: después de haber tomado conciencia de los recursos y limitaciones personales y de haber adquirido las habilidades necesarias, la persona tiene que intentar conseguir los propósitos establecidos. Es importante en esta etapa, que los objetivos y las acciones para conseguirlos sean definidos por el propio paciente.
- 4) Usar este sentido del *self* mejorado como un recurso en la recuperación: el *self* reafirmado puede servir para proteger de los efectos de estrés o del estigma, pudiendo, por tanto, gestionar mejor la enfermedad.

Davidson y Strauss (1992) señalan que los pacientes no tienen que pasar por cada una de las fases de manera ordenada, sino que establecen que las cuatro etapas estarían interconectadas, pudiendo existir superposiciones o interacciones entre ellas.

Posteriormente, Baxter y Diehl (1998), desarrollaron un modelo de etapas emocionales de la recuperación. Identificaron tres eventos psicológicos generales que darían lugar a las diferentes etapas de recuperación, estableciendo las emociones predominantes y las necesidades de la persona en cada una de las etapas.

- Fase 1: Crisis-seguida de una etapa de recuperación: describen los problemas de la fase inicial: la experiencia de la crisis y un periodo de recuperación caracterizado por la negación de la enfermedad, la confusión y la desesperación. Las emociones experimentadas incluirían la negación, sentimientos negativos hacia uno mismo y hacia los demás, la desesperación y la ira. Las necesidades de la persona en esta etapa son: seguridad, alimentación, descanso, cuidados y, probablemente, medicación.
- Fase 2: Decisión-seguida de una etapa de reconstrucción de la independencia: supone la decisión de ponerse en marcha, seguida de la reconstrucción de la habilidad para reasumir los roles normales de la vida, a pesar de los reveses y el desarrollo de un sentido del *self* mas integrado. Así, tras la crisis, la persona experimentará éxitos y recaídas. Durante esta etapa la persona necesitará ser escuchado y aceptado, aprender sobre la enfermedad mental y desarrollar habilidades de recuperación.
- Fase 3: Despertar-seguido de una etapa de construcción de una independencia sana: supone el despertar de una personalidad reestructurada, seguido de un estadio de recuperación y reconstrucción de la interdependencia sana. Esta etapa se caracterizará por la aceptación de sí mismo y de los otros, por la confianza, la ayuda a los demás y la rabia ante la injusticia. La persona necesita un sueño por el que esforzarse, buenas relaciones, un trabajo significativo, diversión y abogar por sí mismo y por los demás.

Baxter y Diehl (1998), consideran que las personas con enfermedad mental grave experimentan un profundo sentido de pérdida. La recuperación, por tanto, supone superar el duelo de esa pérdida y adaptarse al propio rol social para reestructurar el *self*.

Un año después, Young y Ensing (1999) desarrollaron un modelo de recuperación basado en las experiencias de un amplio grupo de usuarios de los servicios de salud mental. Este modelo estaría formado por tres fases:

- Fase 1: Iniciar la recuperación. Superación del estancamiento: esta fase implica el conocimiento y aceptación de la enfermedad, el desarrollo de deseo y motivación para el cambio, y encontrar y utilizar una fuente de esperanza e

inspiración. Para la mayoría de pacientes, esta fase resulta la más complicada de todo el proceso; siendo el resultado más importante de esta etapa inicial la creencia de que el progreso es posible y el deseo de trabajar para conseguir ese cambio positivo.

- Fase 2: Responder y salir adelante: esta fase intermedia supone: descubrimiento y autogestión, aprendizaje y auto-redefinición, y, retorno al funcionamiento básico. Implica tomar conciencia de lo que se ha perdido y tratar de seguir adelante: a) asumiendo el control de la propia vida, incrementar la autoconfianza y llevar a cabo una serie de cambios; b) asumiendo la responsabilidad del proceso de su recuperación y aprendiendo nuevas perspectivas sobre uno mismo, sobre la enfermedad y sobre el mundo; y c) volviendo al funcionamiento básico, esto es, a una forma adaptativa básica de vivir y reintegrarse en la sociedad. Para ello, la persona tiene que ser capaz de cuidar de sí mismo, ser activo y conectar con otras personas.
- Fase 3: Mejorar la calidad de vida: dos aspectos fundamentales de esta última fase son: los esfuerzos por lograr el bienestar general y la búsqueda de nuevos potenciales. El hecho de lograr el bienestar general supone esforzarse por ciertos ideales, a menudo asociados con la salud psicológica estable, además de un movimiento hacia la autoactualización. Así, uno de los objetivos comunes de la recuperación para algunas personas es sentirse mejor con ellos mismos, el deseo de reconstruir una auto-imagen que sea adaptativa y positiva. Por otro lado, el esfuerzo en la búsqueda de nuevos potenciales de alto funcionamiento, como el deseo de una existencia más significativa, puede obtenerse por medio de la adopción de nuevos roles o mediante el desarrollo de un nuevo sentido de dedicación o un nivel más profundo de implicación con la causa o la actividad preexistente en sus vidas.

Por su parte, Pettie y Triolo (1999) examinaron las experiencias de pacientes con enfermedades mentales y estudiaron el efecto que dichas enfermedades tenían en su identidad. Establecen dos fases en el proceso de recuperación:

- Fase 1. ¿Por qué yo?: esta primera fase va seguida de una búsqueda de significado de la enfermedad por parte de la persona, es decir, trata de dar

sentido a la enfermedad. Así, la persona lucha por reconciliar su identidad anterior a la enfermedad con su nueva identidad con la enfermedad.

- Fase 2. Y ahora, ¿qué?: esta fase va seguida del desarrollo de una nueva identidad y de un sentido positivo del *self*. La persona trata de reconstruir la identidad. Esto puede implicar cambios en el estilo de vida y el desarrollo de nuevos valores.

Estos autores concluyen que el proceso de recuperación es progresivo; primero la persona debe encontrar un significado aceptable para la enfermedad; luego, puede utilizar este significado como una base sobre la cual construir su *self*. Así, cuando las personas redescubren que hacen algo verdaderamente valioso, obtienen un sentido que posibilita la identidad positiva.

Más recientemente, Spaniol y colaboradores (2002), llevaron a cabo un estudio longitudinal con 12 personas diagnosticadas de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Los pacientes fueron entrevistados cada cuatro u ocho meses, durante cuatro años. A partir de los resultados de este estudio desarrollaron su modelo de recuperación formado por tres fases. Posteriormente añadieron una cuarta fase a partir de una revisión literaria sobre la recuperación. A continuación se explica brevemente cada una de estas fases:

- 1) Agobiado por la enfermedad: en esta primera fase, la persona lucha con la vida diaria. Se siente confusa, con falta de control sobre su vida, con falta de autoconfianza y de conexión con otras personas, pudiendo sentirse incapaz de establecer metas.
- 2) Luchar contra la enfermedad: esta fase se caracteriza por la búsqueda de una explicación a la enfermedad, aprender a afrontar la situación, miedo a fallar y construir fortalezas.
- 3) Vivir con la enfermedad: la persona ha aceptado la enfermedad. Incluye el manejo de la enfermedad, un fuerte sentido del *self*, roles significativos y una vida satisfactoria, teniendo en cuenta las limitaciones que supone la enfermedad.
- 4) Vivir más allá de la enfermedad: supone vivir una vida significativa que no está limitada por la enfermedad. La persona se siente conectada consigo

misma y con los demás, y tiene un sentido de significado y propósito en la vida.

Spaniol y colaboradores (2002) describen la recuperación como un proceso de desarrollo encontrando que, mientras algunos pacientes avanzan por las fases de forma constante, otros en cambio fluctúan de una fase a otra.

Poco después, y a partir de estos estudios que se acaban de ver (Baxter y Diehl, 1998; Davidson y Strauss, 1992; Pettie y Triolo, 1999; Spaniol et al., 2002; Young y Ensing, 1999), Andresen y colaboradores (2003) desarrollan su modelo de recuperación basado en el concepto de “recuperación personal”. Este modelo de recuperación psicológica consiste en cuatro procesos psicológicos generales de recuperación y cinco estadios de recuperación.

Como vimos en el apartado anterior los procesos psicológicos generales son:

- Encontrar y mantener la esperanza.
- Asumir la responsabilidad sobre su propia vida.
- Restablecimiento de una identidad positiva.
- Encontrar significado a la vida.

Además de estos procesos psicológicos, establecen varios estadios o fases en el proceso de recuperación:

- 1) Moratoria: este estadio se caracteriza por un profundo sentido de pérdida y desesperanza. La negación de la “identidad de enfermedad”, la confusión, la impotencia y el aislamiento auto-protector. Se denomina moratoria, porque parece que "la vida está en suspenso".
- 2) Conciencia: la persona se da cuenta de que no todo está perdido y una vida plena es posible. Aparece la esperanza, es posible otra identidad, una identidad diferente de la enfermedad, se puede recuperar el yo. Puede surgir desde dentro o ser provocado por otra persona significativa, por un modelo o por un clínico.
- 3) Preparación: la persona tiene que empezar a trabajar en la recuperación. En esta etapa se hace un balance del *self*, de los valores personales, las fortalezas

y las debilidades. Implica aprender acerca de la enfermedad mental, los servicios disponibles, habilidades de recuperación, involucrarse en grupos y conectar con otras personas. Podría considerarse el inicio de la recuperación.

- 4) Reconstrucción: en esta etapa se trabaja activamente hacia la recuperación, a través de una nueva identidad positiva, estableciendo de metas personales significativas. Implica responsabilizarse del manejo de la enfermedad y de su vida, asumiendo riesgos, cometiendo errores, con múltiples intentos.
- 5) Crecimiento: este estadio final de la recuperación puede ser visto como el resultado del proceso de recuperación. A pesar de que pueden quedar síntomas, la persona tiene confianza en el manejo de la enfermedad. Mantiene un perspectiva positiva del futuro, fija planes, se muestra resiliente ante los contratiempos y considera que la vida tiene sentido, presentado un sentido del *self* positivo y la creencia de que la experiencia le ha hecho mejor persona.

Según este modelo, los estadios son secuenciales y el estadio de crecimiento representaría el último de los estadios del proceso de recuperación. Los componentes psicológicos del proceso representan los estados psicológicos en los que se encuentra la persona que progresa a través de los estadios de recuperación. Sin embargo, debido a que la naturaleza del proceso de recuperación de cada persona es diferente, este modelo es flexible en cuanto al límite de tiempo y al significado que tiene para cada persona este proceso. Cada persona encuentra sus propios motivos de esperanza y caminos para hallar significado y construir una identidad positiva (Andresen, Caputi y Oades, 2006). Del mismo modo, el tipo de ayuda y apoyo necesario en el proceso de recuperación será diferente dependiendo del estadio en el que se encuentra la persona.

A continuación, en la Tabla 4.3 pueden verse los cinco estadios de este modelo y su relación con los estadios o etapas encontrados en otros estudios.

Tabla 4.3

Comparación entre los estadios de recuperación de diferentes modelos (adaptado de Andreasen et al. 2011)

<i>Andresen et al., (2003)</i>	<i>Davidson y Strauss (1992)</i>	<i>Baxter y Diehl (1998)</i>	<i>Young y Ensing (1999)</i>	<i>Pettie y Triolo (1999)</i>	<i>Spaniol et al. (2003)</i>
Estadio 1: Moratoria		1.Crisis Recuperación		1. ¿Por qué yo? Búsqueda del significado de la enfermedad	1. Agobiado por la discapacidad
Estadio 2: Conciencia	1. Descubrir un <i>self</i> más activo		1. Iniciar la recuperación		
Estadios 3: Preparación	2. Hacer un balance del <i>self</i> 3. Poner el <i>self</i> en acción	2. Decisión	2. Reestablecer la calma y seguir adelante	2. Y ahora ¿qué? Reconstrucción de la identidad	2. Luchar contra la discapacidad
Estadio 4: Reconstrucción	4. Utilizar el <i>self</i> mejorado	3. Reconstruir independencia			3. Vivir con la discapacidad
Estadio 5: Crecimiento		4. Construcción de una independencia sana	3. Mejorar la calidad de la vida		4. Vivir más allá de la discapacidad

Otros modelos de recuperación han surgido posteriormente como el desarrollado por el *National Institute for Mental Health in England* (2004) que describe cuatro estadios: dependiente e inconsciente; dependiente y consciente; independiente y consciente; e interdependiente y consciente. También el desarrollado recientemente por Valiente y colaboradores (2010), tras una revisión de los modelos existentes, formado por cuatro estadios: desmoronamiento de la persona; lucha activa; restablecimiento de roles y funciones; y crecimiento personal.

Del mismo modo, se han desarrollado modelos que se centran en la recuperación en diferentes áreas o características personales, sin identificar estadios o fases de recuperación. Como el modelo de DeMasi y colaboradores (1996), que explican la recuperación centrándose en tres áreas de bienestar; salud, psicológica y social, o el modelo conceptual de la recuperación en la enfermedad mental (Jacobson y Greenly,

2001), que definen la recuperación mediante la interacción de condiciones internas experimentadas por las personas y las condiciones externas que facilitan dicha recuperación.

Al mismo tiempo, y como se verá en el apartado siguiente, se han desarrollado más modelos a partir de diferentes instrumentos diseñados para medir el proceso de recuperación. Como el modelo de recuperación en el que se basa el *Consumer Recovery Outcomes System* (CROS) (Bloom y Miller, 2004) o el modelo de recuperación en el que se basa la *Recovery Oriented Systems Indicators Measure* (ROSI) (Dumont, Ridgeway, Onken, Dornan, y Ralph, 2005), entre otros. En la Tabla 4.4 se puede ver algunos de estos modelos y las características o aspectos en los que se centran.

Así, como acabamos de ver, se han formulado diferentes modelos teóricos que han aportado mayor conocimiento en la descripción del concepto de recuperación. Dando lugar también a la creación de diferentes modelos de tratamiento. De esta manera, conocer el estadio de recuperación en el que se encuentra la persona sería de suma importancia desde el punto de vista de la recuperación personal, ya que, en función del estadio en el que se encuentre se podrían desarrollar diferentes estrategias de tratamiento.

Los modelos aquí presentados son solo una muestra de la gran variedad de los existentes en la literatura. Actualmente, sigue sin haber un acuerdo sobre cuál es el más indicado para estudiar la recuperación de los trastornos psicóticos. Sin embargo, la mayoría coinciden en establecer diferentes etapas para explicar el proceso de recuperación, aunque no hay unanimidad entre el número y características de cada uno de los estadios, centrandose su atención en la “recuperación personal” y en conceptos como la autogestión, la esperanza, el apoyo, la responsabilidad y el propósito o significado vital.

Tabla 4.4

Modelos de recuperación en psicosis

Modelo	Referencia	Áreas o características personales y otros aspectos centrales
Modelo de Fisher. “ <i>Empowerment Vision of Recovery from Mental Illness</i> , posteriormente, “ <i>Empowerment Model of Recovery from Mental Illness</i> ”	(Fisher, 1994; Fisher y Ahern , 1999)	-Estrés emocional severo e insuficientes habilidades sociales de apoyo/recursos/afrontamiento -Rol social e impacto de etiqueta de enfermo -recuperación mediante combinación de apoyos y habilidades de automanejo
Modelo de DeMasi y colaboradores	(DeMasi et al., 1996)	- Salud (física y mental) - Psicológica (autoestima, esperanza, afrontamiento y confianza) - Social (calidad de vida económica e interpersonal)
Modelo de Curtis	(Curtis, 2000)	-Metáfora: “ <i>una cultura de la curación</i> ” -Aspectos centrales: el idioma; la dignidad y el respeto; la autogestión y la responsabilidad personal; los pacientes y la participación familiar; el estigma y la discriminación; la practica reflexiva y la mejora continua; la sensibilidad cultural y la seguridad; la espiritualidad y el significado personal.
Modelo conceptual de la recuperación de la enfermedad mental. Wisconsin	(Jacobson y Greenley, 2001)	-Condiciones internas (esperanza, curación, <i>empowement</i> y conexión) -Condiciones externas (derechos humanos, una cultura positiva de curación y servicios orientados a la recuperación)
Modelo de recuperación en el que se basa el <i>Consumer Recovery Outcomes System (CROS)</i>	(Bloom y Miller, 2004)	-Aspectos centrales: la esperanza en el futuro, el funcionamiento diario, la satisfacción con el tratamiento, el afrontamiento de los síntomas clínicos y la calidad de vida. -Habilidades que pueden aprenderse y desarrollarse: el incremento del funcionamiento y del afrontamiento -Satisfacción de los pacientes con el tratamiento factor crucial en la rehabilitación psiquiátricas -Importancia de factores interpersonales
Modelo Tidal (Universidad de Newcastle, UK)	(Barker y Buchanan-Barker, 2005)	-Dominio propio -Dominio del mundo -Otros dominios
Modelo de recuperación en el que se basa la <i>Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI)</i>	(Dumont et al., 2005)	- Características del individuo (autocontrol, holismo, esperanza, significado y propósito) - Características del ambiente (recursos materiales básicos, relaciones sociales, actividades significativas, apoyo recibido) -Características del cambio (esperanza, elección, autogestión, poder referente, independencia e interdependencia)

4.4. Factores relevantes en la recuperación

El mayor conocimiento acerca del proceso de recuperación en los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ha potenciado la necesidad de tener más información acerca de los factores que afectan a dicho proceso de recuperación, beneficiando o dificultado el mismo. Esto incluye más evidencia, tanto sobre los factores que pueden facilitar la recuperación, como sobre los factores que tienen más probabilidades de contribuir a las recaídas (Harrow y Jobe, 2005).

En este sentido, diferentes estudios han analizado la influencia de distintos factores que benefician el proceso de recuperación. Así, Sullivan (1994) observó que la medicación (72%), el apoyo de los servicios comunitarios/gestión de casos (67%), la voluntad propia y el auto-monitoreo (63%), las actividades profesionales (46%) y la espiritualidad (43%), son factores importantes en la recuperación. En esta misma línea, Smith (2000) identifica como determinantes de la recuperación y de una perspectiva positiva en el presente y en el futuro, el tipo correcto de medicación, el apoyo y las actividades significativas. Más recientemente, Harrow y Jobe (2005), en una revisión realizada sobre estudios longitudinales de recuperación, identifican tres factores relevantes asociados a los periodos de recuperación: el tratamiento inicial con antipsicóticos, la intervención temprana y la influencia de factores protectores -como los recursos internos de los pacientes-.

De este modo, se ha identificado una serie de factores protectores que mejoran la recuperación. Así, el apoyo social funciona como factor protector que facilita el afrontamiento y la competencia, modulando los efectos deteriorantes de los estresores sociales y ambientales. Sentirse conectado con otras personas y ser capaz de confiar en otros de forma empática y optimista es fundamental para la recuperación (Jacobson y Greenley, 2001). Por lo tanto, la existencia de redes adecuadas de apoyo social, y un entorno seguro y estructurado, son factores relevantes para la recuperación (Baldor-Tubet, Jerez-Álvarez, Rullas-Trincado y González-Cases, 2008). Del mismo modo, una buena adaptación social premórbida está asociada con buenos resultados (Albert et al., 2011; Bobes et al., 2009); mientras que un funcionamiento premórbido más pobre está asociado con más síntomas negativos al comienzo de la enfermedad, menos mejora de éstos y un pobre funcionamiento clínico y social (Haim, Rabinowitz y Bromet, 2006).

Otro factor protector importante es tener un sentido activo del *self*. Así, en un estudio llevado a cabo por Tooth (2003), se encontró que la mayoría de las personas identifican, como el factor más importante para la recuperación, un sentido activo del *self*. Este factor incluye: la determinación de mejorar, encontrar formas para manejar la enfermedad y el reconocimiento de la necesidad de ayudarse a uno mismo.

Otro concepto relacionado y que también se ha asociado con un mejor proceso de recuperación es la toma de conciencia de enfermedad (*insight*). El *insight* es definido por la OMS como la capacidad de los pacientes de ser conscientes de tener un trastorno mental (Greenfeld, Strauss, Bowers y Mandelkern, 1989). Se ha encontrado que la toma de conciencia de enfermedad está asociada con una menor sintomatología (Mintz, Dobson y Romney, 2003), una mayor adherencia al tratamiento y mejor funcionamiento social (Olfson, Marcus, Wilk y West, 2006; Rusch y Corrigan, 2002), un mejor rendimiento en el trabajo (Lysaker, Bryson y Bell, 2002) y un mejor funcionamiento global (Rusch y Corrigan, 2002). A diferencia de otros trastornos psiquiátricos o neurológicos que pueden presentar diferentes niveles de conciencia sobre su sintomatología, las personas con trastornos psicóticos presentan por lo general una baja conciencia de sus síntomas (Melle y Barrett, 2012). Se estima que entre el 50 y el 80% de los pacientes con psicosis tienen un bajo *insight* (Lincoln, Lüllmann y Rief, 2007). Diferentes estudios han encontrado, que el pobre *insight* está relacionado con una baja adherencia al tratamiento y un peor curso de la enfermedad (Rusch y Corrigan, 2002; Ouzir, Azorein, Adida, Boussaoud y Battas, 2012; Zhang et al., 2014), el aumento en la tasa de recaídas (Drake et al., 2007) y con déficits en el funcionamiento de estas personas (Francis y Penn, 2001; Montemagni et al., 2014).

El tener un puesto de trabajo, es otro de los factores que se ha relacionado con una mejor recuperación. Así, y pesar de que el trabajo supone una demanda social importante para los pacientes con psicosis, se ha visto que estar desempleado tiene consecuencias psicológicas importantes en estos pacientes (Mckee-Ryan, Song, Wanberg y Kiniki, 2005). En este sentido, Boydell y colaboradores (2013) establecen que la relación entre psicosis y desempleo es una relación compleja, pudiendo el desempleo formar parte de una espiral de causalidad: así las personas con predisposición a la esquizofrenia pueden ser menos capaces de obtener un empleo, y el estrés y el aislamiento resultante puede entonces aumentar el riesgo de psicosis. Del

mismo modo, se ha visto una relación positiva entre el trabajo y el proceso de recuperación de la psicosis, al disminuir la sintomatología psicótica y mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente (Marwaha y Jonhson, 2004). Así, la situación laboral es comúnmente usada como un signo de estabilidad en la recuperación (Laudet, Magura, Vogel, y Knight, 2002).

Por lo que respecta a factores que dificultan la recuperación, se ha visto que en pacientes con primer episodio psicótico, el diagnóstico de esquizofrenia, el sexo masculino, una mayor edad, el alto nivel de síntomas negativos, un funcionamiento social premórbido pobre y el abuso de sustancias se han asociado con un peor resultado (Arseneault et al., 2002; Brill et al., 2009; Harrison et al., 2001; Harrow et al., 2005; Hofer et al., 2006; Lambert et al., 2005; van Os et al., 2002). Recientemente, Álvarez-Jiménez y colaboradores (2012) llevaron a cabo una revisión sobre los factores de riesgo que se relacionaba con una mayor probabilidad de recaídas en pacientes con un primer episodio psicótico. Los resultados obtenidos indicaron que factores como la falta de adherencia a la medicación, el abuso de sustancias, la actitud crítica de los cuidadores y un peor ajuste premórbido aumentaban de manera significativa el riesgo de recaídas. A continuación se analizarán alguno de estos factores de forma más detallada.

Respecto al tratamiento psicofarmacológico, uno de los principales problemas es la falta de adherencia terapéutica de los pacientes con psicosis. Estudios previos indican que aproximadamente el 60% de los pacientes con psicosis no toman adecuadamente la medicación que se les prescribe (Brown, Gray, Jones y Whitfield, 2013). En el tratamiento de los trastornos mentales, la falta de adherencia puede ser definida como un fracaso para llevar a cabo un programa de tratamiento, la finalización prematura del mismo o el seguimiento incompleto de las instrucciones, en especial las relativas a la administración de los psicofármacos (Nosé, Barbui y Tansella, 2003). De este modo, la aceptación y la adherencia a la medicación en una etapa temprana es una parte importante para conseguir unos buenos resultados terapéuticos (Rabinovitch, Bechard-Evans, Schmitz, Joober y Malla, 2009). Así, los pacientes que se adhieren a las recomendaciones de tratamiento tienen tasas de recaída más bajas (Ascher-Svanum et al., 2006; Valenstein et al., 2002). Del mismo modo, la falta de adherencia a la medicación es un factor predictor importante de las recaídas y el factor que más contribuye a las re-hospitalizaciones (Ascher-Svanum et al., 2006; Brown et al., 2013).

En una revisión llevada a cabo por Nosé y colaboradores (2003), se observó que uno de cada cuatro pacientes que recaen no toma la medicación prescrita.

Por otro lado, se ha observado que las intervenciones integrales procedentes de los servicios de intervención temprana han demostrado que mejoran el estado clínico, el funcionamiento social, y reducen las re-hospitalizaciones y la duración de las estancias hospitalarias (Álvarez-Jiménez, Parker, Hetrick, McGorry y Gleson, 2011; Craig et al., 2004). Así, en los últimos años se han desarrollado diferentes programas de intervención temprana en psicosis, como los programas de intervención de primeros episodios psicóticos o los programas de intervención en las fases prodrómicas de la psicosis. En el primer caso, el objetivo de estos programas es la instauración de protocolos de intervención que garanticen la identificación y tratamiento precoz de la enfermedad, promoviendo los procesos de aceptación de la enfermedad, la adherencia terapéutica y la prevención de recaídas. En el caso de los programas de intervención en las fases prodrómicas de la enfermedad, el objetivo principal es intervenir en las fases iniciales para evitar o disminuir la transición a la psicosis (Müller, Laier y Bechdorf, 2014).

Un aspecto relacionado con esto, es la relevancia del periodo de psicosis sin tratar, conocido como DUP (*Durating of Untreated Psychosis*). La DUP es definida como el período de tiempo que transcurre desde la aparición del primer síntoma psicótico positivo con una gravedad relevante, hasta que se inicia el tratamiento psiquiátrico (por ejemplo, la prescripción de medicamentos o la hospitalización) (Marshall et al., 2005). Puede durar varios meses, años o incluso un período de más de 10 años (Scully, Coakley, Kinsella y Waddington, 1997), existiendo estudios que han encontrado duraciones medias de la DUP diferentes, por ejemplo 15.08 meses (Perkins et al., 2004) o 17 meses (Malla, Norman, McLean y McIntosh, 2001).

La DUP es considerada un predictor importante del curso de la enfermedad, entendiéndose que, a mayor DUP, el pronóstico de la enfermedad en general será peor (Harrison et al., 2001). Así, la presencia de una mayor gravedad de la sintomatología negativa inicial parece asociarse a la presencia de una DUP más larga (Loebel et al., 1992). Del mismo modo, la DUP parece asociarse con una clínica positiva más severa al ingreso (Haas, Garratt y Sweeney, 1998) y una menor adherencia terapéutica (Dassa et al., 2010). Por el contrario, una DUP más corta, ha sido relacionada con un mejor

proceso de recuperación (Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva y Lieberman, 2005). Debido a esto, las intervenciones integrales procedentes de los servicios de intervención temprana son muy importantes, ya que han demostrado que mejoran el curso inicial de la enfermedad, desapareciendo prácticamente el tiempo de espera sin recibir tratamiento de los pacientes en sus primeros episodios psicóticos (Kelly, Conley y Carpenter, 2005; Larsen et al., 2001; Marshall et al., 2014), siendo el objetivo de la intervención precoz, reducir la DUP y tratar de forma intensiva la sintomatología de cada paciente (Flórez-Menéndez, 2005). Así, la detección e intervención temprana de la psicosis es una de metas más importantes para reducir el impacto y mejorar la recuperación de los trastornos psicóticos.

Otro de los factores que contribuyen a un incremento en las recaídas y por lo tanto a una peor recuperación es el estigma. Tal es así, que ha llegado a ser considerado como una de las barreras para la recuperación más -si no la más- significativa (Hocking, 2003; Smith, 2000; Yanos, Roe y Lysaker, 2010). Se estima que alrededor de un tercio de personas con una enfermedad mental grave presentan niveles elevados de estigma (Brohan, Elgie, Sartorius y Thornicroft, 2010; Yanos, Roe y Lysaker, 2011). Entendemos por estigma el conjunto de actitudes de connotaciones negativas, que un grupo social mantiene en sectores minoritarios que presentan algún tipo de rasgo diferencial; un rasgo diferencial o “señal” que, al identificarlos, crea en la conciencia social un estereotipo negativo hacia ellos (Roca y Crespí, 2013). Podemos establecer una distinción entre el estigma público o social y el estigma internalizado o autoestigma en los trastornos mentales. El primero sería la reacción de la sociedad ante la enfermedad mental, mientras que el segundo sería la reacción de los propios portadores de trastornos mentales contra sí mismos (Corrigan y Watson, 2002). Así, el autoestigma en el contexto de la salud mental se refiere al proceso mediante el cual una persona con una enfermedad mental grave pierde las anteriores identidades a la enfermedad y la esperanza de tener nuevas identidades (por ejemplo, yo como estudiante o trabajador), y adopta el punto de vista estigmatizante sostenido por muchos miembros de la comunidad (por ejemplo, yo como peligroso, yo como incompetente) (Corrigan y Watson, 2002; Ritsher y Phelan, 2004; Yanos et al., 2010).

Diferentes estudios sobre el estigma internalizado han encontrado una fuerte asociación del autoestigma con la baja autoestima, la baja sensación de autogestión,

bajo apoyo social, baja esperanza, mala adherencia al tratamiento y baja calidad de vida subjetiva (Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010; Lysaker, Roe y Yanos, 2007; Werner, Aviv y Barak, 2008). A nivel psicopatológico, se ha asociado la estigmatización con un incremento de la sintomatología depresiva y la ansiedad (Aukst-Margetić, Jakšić, Boričević Maršanić y Jakovljević, 2014; Park, Bennet, Couture y Blanchard, 2013; Trude y Stoddard, 2003). Además, contribuye al aislamiento social y reduce la accesibilidad a los servicios de salud (Silva, Chávez y Thiemer, 2006; Trude y Stoddard, 2003). De este modo, la recuperación implica superar, no solo los problemas de salud mental propios, sino también los efectos de la discriminación y la exclusión que los acompañan (Repper y Perkins, 2003). Así, la reducción del estigma es una de las estrategias específicas que se han desarrollado para operacionalizar e implementar la recuperación (Jacobson y Curtis, 2000).

Otros factores, como padecer problemas de salud comórbidos, el consumo de sustancias o la presencia de alteraciones cognitivas, han sido relacionados con un peor pronóstico en el proceso de recuperación de los trastornos psicóticos (Green, Kern, Braff y Mintz, 2000; Laudet, Mogura, Vogel y Knight, 2000; Shean, 2010).

En esta misma línea, recientemente, García-Álvarez y colaboradores (2014) estudiaron los procesos clave de la recuperación en los trastornos psicóticos. Llevaron a cabo un estudio con 95 pacientes que habían presentado al menos un episodio psicótico, encontrando que un nivel más bajo de recuperación correlacionaba significativamente con más experiencias psicóticas subjetivas, más estigma, más impacto funcional de la enfermedad y más síntomas psicóticos.

4.5. Instrumentos de evaluación del proceso de recuperación

Como se ha visto en el apartado anterior, los avances en el estudio de los procesos de recuperación han dado lugar a la creación de nuevos modelos de recuperación y de diferentes instrumentos de evaluación.

Aunque el estudio del proceso de recuperación es relativamente reciente, se han desarrollado gran número de instrumentos de evaluación. Sin embargo, aún sigue habiendo pocos en comparación con el número de instrumentos que miden otras áreas de la salud mental, por ejemplo, los síntomas o la satisfacción (Ralph, 2000). La

mayoría de estos instrumentos presentan aspectos positivos, ya que están basados en las experiencias de los propios pacientes y varían en el número de ítems, en la forma de administración y en los dominios evaluados, pudiendo elegir el más adecuado en función de las necesidades. No obstante, son necesarios más estudios que analicen sus propiedades psicométricas.

En los últimos años, diferentes autores han llevado a cabo revisiones sobre las medidas de recuperación existentes en la actualidad (Burgess, Pirkis, Coombs y Rosen, 2010; Chamberlin, Carpenter y Leff, 2005; Khanam, McDonald y Williams, 2013; Ralph, 2000). Así, los instrumentos de evaluación pueden diferenciarse en diferentes tipologías.

De este modo, Ralph (2000), distingue entre:

- Medidas de recuperación: instrumentos que tratan de medir uno o más aspectos de la recuperación
- Medidas relacionadas con la recuperación: instrumentos que miden constructos asociados con la recuperación.

Por su parte, Campbell-Orde y colaboradores (2005) plantean la siguiente clasificación:

- Medidas de recuperación individual.
- Medidas de recuperación basadas en la promoción de ambientes.

Del mismo modo, Burgess y colaboradores (2010) distinguen entre:

- Instrumentos diseñados para medir la recuperación de los individuos.
- Instrumentos para medir la recuperación orientada a los servicios (proveedores).

En este estudio, Burgess y colaboradores (2010) identifican 33 instrumentos de medida, 22 para evaluar la recuperación de las personas con psicosis y 11 para medir la recuperación orientada a los servicios (proveedores), y recomiendan cuatro instrumentos

de cada grupo como candidatos para ser usados de forma rutinaria en los servicios de salud mental públicos australianos. Los criterios empleados para evaluar los instrumentos de recuperación fueron los siguientes:

- 1) Evaluar temas relacionados con la recuperación individual medidos explícitamente.
- 2) Instrumentos breves y fáciles de usar (≤ 50 ítems).
- 3) Considerar la perspectiva de los pacientes.
- 4) Emplear datos cuantitativos.
- 5) Haber sido analizados científicamente.
- 6) Haber demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas (consistencia interna, validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio).
- 7) Ser aplicables al contexto australiano.
- 8) Ser aceptados por los pacientes.

En el caso de la recuperación orientada a los servicios (proveedores), los criterios fueron:

- 1) Medir ámbitos directamente relacionados con la orientación de los servicios hacia la recuperación.
- 2) Ser manejables y fáciles de utilizar en términos de administración (≤ 100 ítems).
- 3) Haber sido objeto de procesos adecuados de desarrollo, experimentación, y documentación, e, idealmente, haber sido analizados científicamente.
- 4) Incluir la perspectiva del consumidor.
- 5) Ser aplicables al contexto australiano.
- 6) Ser aceptados por los pacientes.

Más recientemente, y en esta misma línea, Khanam y colaboradores (2013) diferencian entre:

- Medidas de recuperación a nivel individual.
- Medidas de recuperación a nivel de programas.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta estas cuatro revisiones, podemos identificar tres tipos de medidas de recuperación:

- a) Los instrumentos que miden constructos relacionados con la recuperación: que permiten examinar más en profundidad ciertos aspectos, para así potenciarlos y evaluar los cambios que se producen en ellos.
- b) Instrumentos de medida de recuperación individual/personal: que pueden ser útiles para evaluar el estadio de recuperación en el que se encuentran los pacientes, los cambios que se van produciendo en el proceso de recuperación y también para identificar los aspectos a trabajar y mejorar desde los programas de tratamiento.
- c) Los instrumentos diseñados para medir la recuperación orientada a los servicios: que pueden ser útiles para evaluar el cambio en la orientación hacia la recuperación de un grupo en particular o de unos servicios concretos. Además, permiten comparar unos servicios con otros, mejorar la orientación de los servicios hacia la recuperación y ver qué aspectos de la recuperación son útiles para los usuarios de esos servicios concretos.

A continuación, en las Tablas 4.5, 4.6, 4.7, se presentan los instrumentos de medida diseñados para valorar la recuperación, según las cuatro revisiones comentadas anteriormente, así como el número de ítems y el formato de recogida de información.

Tabla 4.5

Instrumentos de medida de aspectos relacionados con la recuperación

Nombre de la escala	Referencia	Abrev.	Nº de ítems	Formato
<i>Leadership Education and Training Assessment</i>	(Bullock, Ensing, Alloy y Weddle, 2000)		250	Preg.
<i>Well-Being Scale</i>	(Campbell y Schraiber, 1989)		151	Preg. Cerradas
<i>Mental Health Confidence Scale</i>	(Carpinello, Knight, Markowitz y Pease, 2000)		16	Likert 6
<i>Herth Hope Index</i>	(Herth, 1991, 1992)	HHI	12	Likert 4
<i>Hope Scale</i>	(Snyder et al., 1991)	HS	12	Likert 4
<i>Staff Relationships Scale</i>	(Hornick, Ralph y Salmons, 1999)		21	Likert 7
<i>Making Decisions Empowerment Scale</i>	(Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean, 1997)		28	Likert 4
<i>UCLA Loneliness Scale, Version 3</i>	(Russell, 1996)		20	Likert 4
<i>Personal/Organizational /Extra-Organizational (Empowerment Scales)</i>	(Segal, Silverman y Temkin, 1995)		22/17/2	Likert 4

Nota. Abrev: Abreviatura; Preg: preguntas.

Tabla 4.6

Instrumentos de medida orientados a la recuperación individual/personal

Nombre de la escala	Referencia	Abrev.	Nº de ítems	Formato
<i>Crisis Hostel Healing Scale</i>	(New York Crisis Hostel Project, 1998)	CHHS	40	<i>Likert 4</i>
<i>Rochester Recovery Inquiry</i>	(Hopper et al.,1996)	RRI	32	Preg.Abiertas
<i>Recovery Interview</i>	(Heil y Jonhson, 1998)	RI	31	Preg.
<i>Recovery Attitudes Questionnaire</i>	(Borkin et al.,2000; Borkin et al., 1998)	RAQ-16 RAQ-7	16 7	<i>Likert 5</i>
<i>Personal Vision of Recovery Questionnaire</i>	(Ensfield, Steffen, Borkin y Schafer, 1998)	PVRQ	24	<i>Likert 5</i>
<i>Agreement with Recovery Attitudes Scale</i>	(Murnen y Smolak, 1996)	ARAS	22	<i>Likert 5</i>
<i>Mental Health Recovery Measure</i>	(Young y Bullock, 2003)	MHRM	30	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Assessment Scale</i>	(Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf y Gervain, 1995)	RAS	41	<i>Likert 5</i>
<i>Consumer Recovery Outcomes System</i>	(Bloom y Miller, 2004)	CROS	38	<i>Likert 5</i>
<i>Illness Management and Recovery Scales</i>	(Mueser et al., 2004; Mueser et al., 2006),	IMR	15	<i>Likert 5</i>
<i>Ohio Mental Health Consumer Outcomes System</i>	(Ohio Department of Mental Health, 2004)	OMHCOS	67	<i>Likert 4 ó 5</i>
<i>Peer Outcomes Protocol</i>	(Campbell, Cook, Jonikas y Einspahr, 2004; Campbell, Einspahr, Evenson y Adkins, 2004)	POP	241	<i>Likert 4</i>
<i>Reciprocal Support Scale</i>	(Silver, Bricker, Pesta y Pugh, 2002)	RSS	14	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Measurement Tool</i>	(Ralph, 2004)	RMT	91	<i>Likert 5</i>
<i>Relationships and Activities that Facilitate Recovery Survey</i>	(Leavy, McGuire, Rhoades y McCool, 2002)	RAFRS	18	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Process Inventory</i>	(Jerrell, Cousins y Roberts, 2006)	RPI	22	<i>Likert 5</i>
<i>Multi-Phase Recovery Measure</i>	(Beeble y Salem, 2009)	MPRM	11	<i>Likert 4</i>
<i>Mental Health Recovery Star</i>	(MacKeith y Burns, 2008)	MHRS	10	<i>Likert 10</i>
<i>Recovery Orientation /Schizophrenia Patient Outcomes Research Team-Scale</i>	(Resnick, Fontana, Lehman, Rosenheck, 2005; Resnick, Rosenheck y Lehman, 2004)	RO/ PORT-Scale	56/ 49	<i>Likert 4,5 ó 7</i>
<i>Stages of Recovery Instrument</i>	(Andresen et al., 2006; Andresen et al., 2003)	STORI	50	<i>Likert 5</i>
<i>Integration/Sealing Over Scale</i>	(McGlashan, 1987; McGlashan et al, 1977)	ISOS	13	Si/No
<i>Recovery Styles Questionnaire</i>	(Drayton, Birchwood y Trower, 1998)	RSQ	39	A/D
<i>The Recovery Interview</i>	(Heil y Johnson, 1998 ; ILGARD Research Team, 1998)	RI	31	Preg.Abiertas
<i>Psychosis Recovery Inventory</i>	(Chen, Tam, Wong, Law y Chiu, 2005)	PRI	25	<i>Likert 6</i>
<i>Self-identified stage of recovery</i>	(Andreasen, Caputi y Lindsay ,2010)	SISR	10	<i>Likert 6</i>
<i>Maryland Assesment of Recovery Questionnaire on the Process of Recovery</i>	(Drapalski et al., 2012)	MARS	25	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Star</i>	(Neil, Killbride y Pitt, 2009)	QPR	22	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Star</i>	(Dickens, Weleminsky, Onifade y Sugarman, 2012)	RS	41	<i>Likert 10</i>
<i>Short Interview to Assess Stages of Recovery</i>	(Wolstencroft, Oades, Caputi y Andresen, 2010)	SIST-R	5	<i>Likert 5</i>

Nota. Abrev: Abreviatura; Preg: preguntas

Tabla 4.7

Instrumentos de medida de recuperación orientados a los servicios o basadas en la promoción de ambientes

Nombre de la escala	Referencia	Abrev.	Nº de ítems	Formato
<i>Recovery Enhancing Environment Measure</i>	(Ridgeway, 2004)	REE	166	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Oriented Systems Indicators Measure</i>	(Dumont et al., 2005)	ROSI	42	Preg. y <i>Likert 5</i>
<i>Recovery Self Assessment</i>	(O'Connell et al., 2005)	RSA	36	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Oriented Practices Index</i>	(Mancini y Finnerty, 2005)	ROPI	20	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Interventions Questionnaire</i>	(Ellis y King, 2003)	RIQ	50	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Knowledge Inventory</i>	(Bedregal, O'Connell, y Davidson, 2006)	RKI	20	<i>Likert 5</i>
<i>Staff Attitudes to Recovery Scale</i>	Crowe, Deane, Oades, Caputi, y Morland, 2006)	STARS	19	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Promoting Relationships Scale</i>	(Russinova, Rogers, y Ellison, 2006)	RPRS	24	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Based Program Inventory</i>	(Ragins, 2005)	RBPI	148	Preg.
<i>Magellan Recovery Culture Report Card</i>	(Burgess et al., 2010)	MRCRC	102	Preg.
<i>Recovery Promotion Fidelity Scale</i>	(Armstrong y Steffen, 2009)	RPFS	12	<i>Likert 5</i>
<i>Recovery Oriented Service Evaluation</i>	(Campbell-Orde et al., 2005)	AACP-ROSE	46	<i>Likert 5</i>

Nota. Abrev: Abreviatura; Preg: preguntas

Actualmente, el interés se centra en el estudio de las propiedades psicométricas de dichos instrumentos de medida. Así, en los últimos años se han llevado a cabo diferentes revisiones que se centran en la identificación y el estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos de recuperación disponibles (Cavelti et al., 2012; Shanks et al., 2013; Williams et al., 2012).

Respecto al estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida orientados a la recuperación, Calveti y colaboradores (2012) llevaron a cabo una revisión de todos los artículos publicados desde octubre de 2009 a agosto del 2010 que estudiaran la recuperación personal en pacientes con psicosis. Los criterios de inclusión que debían de cumplir los instrumentos de medida fueron: 1) ser autoinformes

diseñados para la evaluación de la recuperación personal que permitiesen obtener una medida cuantitativa; 2) estar específicamente desarrollados para medir la recuperación en pacientes con esquizofrenia, con trastorno esquizoafectivo o con trastorno mental grave; 3) informar sobre las propiedades psicométricas y/o estar publicado en una revista en Inglés. Fueron excluidos aquellos que no evaluaran las principales dimensiones de la recuperación personal y se centrasen en un solo aspecto, como el estigma o la esperanza. Identificaron un total de 13 instrumentos que cumplían con los requisitos mencionados. Los resultados indicaron que la *Recovery Assessment Scale* (RAS), era la escala que presentaba mejores propiedades psicométricas, siendo una medida válida y fiable para medir la recuperación personal. La *Self- Identified Stage of Recovery* (SISIR) y la *Mental Health Recovery Measure* (MHRM) fueron las siguientes en calidad métrica. Sin embargo, ninguna de estas tres escalas permite evaluar las diferentes etapas del proceso de recuperación; para este propósito específico, la escala que mejores propiedades psicométricas mostró fue el *Stages of Recovery Instrument* (STORI).

En esta misma línea, recientemente, Shanks y colaboradores (2013), llevaron a cabo una revisión de los principales instrumentos de medida de recuperación personal. En total analizaron un total de 35 artículos e identificaron 13 instrumentos de medida. De todos los instrumentos revisados, la *Recovery Assessment Scale* (RAS) resultó ser la escala más utilizada y de la que más publicaciones existen; al mismo tiempo es una de las escalas que mejores propiedades psicométricas ha demostrado, junto con el *Stages of Recovery Instrument* (STORI), el *Matyland Assesment of Recovery* (MARS) y el *Questionnaire About the Prcoess of Recovery* (QPR). Los autores concluyen que, en la actualidad, no existe una medida de recuperación que pueda ser inequívocamente recomendada.

En la Tabla 4.8 se muestran los instrumentos analizados por estas dos revisiones junto con sus propiedades psicométricas.

Tabla 4.8

Propiedades psicométricas de los instrumentos de medida orientadas a la recuperación individual/personal

Instrumentos Abreviatura	Fiabilidad Consistencia interna*	Fiabilidad Test-retest	Evidencias de validez
CROS 3.0	0,79-0,90	0,69/0,76	Contenido
IMR	0,50-0,72	0,81	Contenido
MES	0,91	--	Constructo
MHRM	0,92	0,91	Contenido
OMHCOS	0,77-0,93	--	Contenido
PORT- <i>Scale</i>	0,75-0,92	--	--
PRI	0,79	--	Contenido
RAS	0,70-0,93	0,88	Contenido y constructo
RAQ-7	0,70	--	Contenido
RPI	0,56-0,81	0,36/0,63	Contenido
RSQ	0,73	0,81	Contenido
STORI	0,81-0,94	0,90/0,96	Contenido
SISR	0,79-0,82	0,40	Contenido y constructo
MARS	0,96	0,86	Contenido
QPR	0,94 (subescala 1) y 0,77 (subescala 2)	0,87 (intraescala) y 0,76 (interescala)	Contenido y constructo
RS	0,85	--	Contenido
SIST-R	--	--	Contenido

Nota. *Consistencia interna mediante índice alfa de Cronbach. CROS 3.0: *Consumer Recovery Outcomes System*; IMR: *Illness Management and Recovery Scales*; MES: *Modified Engulfment Scale*; MHRM: *Mental Health Recovery Measure*; OMHCOS: *Ohio Mental Health Consumer Outcomes System*; PORT-*Scale*: *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team- Scale*; PRI: *Psychosis Recovery Inventory*; RAS: *Recovery Assessment Scale*; RAQ-7: *Recovery Attitudes Questionnaire*; RPI: *Recovery Process Inventory*; RSQ: *Recovery Styles Questionnaire*; STORI: *Stages of Recovery Instrument*; SISR: *Self-identified stage of recovery*; MARS: *Maryland Assesment of Recovery*; QPR: *Questionnaire on the Process of Recovery*; RS: *Recovery Star*; SIST-R: *Short Interview to Assess Stages of Recovery*

Dentro de los instrumentos de medida orientados a la recuperación de servicios, recientemente Williams y colaboradores (2012) mediante una revisión de las principales bases de datos, identificaron 13 instrumentos de medida, de los cuáles solo seleccionaron seis para su estudio, ya que los otros no cumplían los criterios de inclusión, a saber: (1) evaluar la contribución de los servicios de salud mental para apoyar la recuperación personal; (2) disponer de una versión para los usuarios del servicio; (3) ofrecer datos cuantitativos; (4) estar escritos en Inglés; (5) disponer de

datos sobre las propiedades psicométricas; y (6) ser de libre acceso. Fueron excluidas las medidas que evaluaban la recuperación clínica, la recuperación personal, creencias o actitudes hacia la recuperación, o del conocimiento personal de la recuperación. Los seis instrumentos analizados fueron los siguientes: la *Recovery Enhancing Environment Measure* (REE), la *Recovery Oriented Systems Indicators Measure* (ROSI), la *Recovery Self Assessment* (RSA), el *Recovery Oriented Practices Index* (ROPI), la *Evaluation of the Collaborative Recovery Model* (CRM), y el *Recovery Interventions Questionnaire* (RIQ). Los resultados indicaron que ninguno de los instrumentos analizados había sido sometido a una evaluación psicométrica completa (véase Tabla 4.9). Del mismo modo, las comparaciones entre las medidas se vieron obstaculizadas por las diferentes conceptualizaciones de recuperación utilizados, no existiendo a día de hoy una medida que pueda ser considerada más adecuada, siendo necesario seguir trabajando para producir medidas con una base conceptual transparente y propiedades psicométricas demostradas.

Tabla 4.9

Propiedades psicométricas de los instrumentos de medida orientados a los servicios (adaptado de Williams et al., 2012)

Instrumentos Abreviatura	Fiabilidad Consistencia interna	Fiabilidad Test-retest	Evidencias de validez
RSA	0,76-0,90	--	Contenido
REE	0,94-0,97	--	Contenido
ROSI	0,95	--	Contenido
RIQ	0,64	--	--
ROPI	--	--	Contenido
CRM	0,41-0,69	--	Contenido

Nota. *Consistencia interna mediante índice alfa de Cronbach. RSA: *Recovery Self Assessment*; REE: *Recovery Enhancing Environment Measure*; ROSI: *Recovery Oriented Systems Indicators Measure*; RIQ: *Recovery Interventions Questionnaire*; ROPI: *Recovery Oriented Practices Index*; CRM: *Evaluation of the Collaborative Recovery Model*

Por tanto, y a pesar de que la investigación acerca de la recuperación en enfermedades mentales es relativamente reciente, el concepto de recuperación en psicosis ha ganado un impulso considerable tanto a nivel político como clínico en los últimos años (Kelly y Gamble, 2005), existiendo en la actualidad diferentes modelos

explicativos del proceso de recuperación en psicosis. Del mismo modo, se han ido desarrollando instrumentos de evaluación que permiten obtener un mayor conocimiento de la recuperación en los trastornos psicóticos. Sin embargo, y dado que es un campo de estudio relativamente nuevo, son necesarias más investigaciones que permitan conocer más en profundidad el proceso de recuperación de los trastornos psicóticos así como indagar en el conocimiento psicométrico de los instrumentos de medida disponibles.

INVESTIGACIÓN
EMPÍRICA

Capítulo V:

Objetivos e hipótesis

5.1. Objetivos

Objetivo general:

La presente Tesis está orientada a tratar de conseguir un mayor conocimiento acerca de los trastornos psicóticos y su relación con las experiencias traumáticas tempranas. Para ello se ha planteado un doble objetivo general: a) desarrollar un instrumento de medida breve y sencillo que permita detectar de forma rápida y precisa la presencia de experiencias traumáticas en pacientes con psicosis y, b) analizar la prevalencia, así como la posible influencia de dichas experiencias en el curso, sintomatología y en el proceso de recuperación psicológica de los pacientes con psicosis. Este doble objetivo general se desglosa en los siguientes ocho objetivos específicos.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar un instrumento de medida breve y sencillo que permita evaluar la presencia de experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis.
2. Analizar las propiedades psicométricas del instrumento de medida y obtener diferentes evidencias de validez y fiabilidad en una muestra de pacientes con psicosis.
3. Examinar la distribución de las experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis y la existencia de diferencias con población no clínica.
4. Analizar la influencia del sexo en las experiencias traumáticas autoinformadas en pacientes con psicosis.
5. Examinar la influencia de dichas experiencias traumáticas previas en la sintomatología de los pacientes con psicosis.
6. Analizar el efecto de las experiencias traumáticas tempranas en el curso y en la evolución de los síntomas psicóticos.

7. Conocer el grado de recuperación psicológica de los pacientes con psicosis, a través del análisis de los estadios y estilos de recuperación, en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas.
8. Analizar la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en tres variables que han sido relacionadas con el proceso de recuperación de la psicosis: el estigma, las experiencias subjetivas de déficit cognitivos y el funcionamiento psicosocial.

5.2. Hipótesis

Para la consecución del objetivo general y los objetivos específicos de este trabajo, se postulan la siguiente hipótesis general y diferentes hipótesis específicas.

Hipótesis general:

Se desarrollará un instrumento de medida breve y sencillo con adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de experiencias traumáticas tempranas en psicosis. Por lo que se refiere a la relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas, un gran número de pacientes con psicosis presentará historia previa de experiencias traumáticas tempranas. Del mismo modo, los pacientes con psicosis con historia de experiencias traumáticas tempranas, presentarán características clínicas que han sido relacionadas con un peor curso y un peor proceso de recuperación psicológica.

Hipótesis específicos:

1. Teniendo en cuenta los avances psicométricos recientes se desarrollará un instrumento de medida breve, sencillo y útil para la evaluación de las experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis.
2. Siguiendo los principios teóricos y psicométricos adecuados, el instrumento de medida desarrollado mostrará adecuadas propiedades psicométricas para la medición de experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis.
3. De acuerdo con la literatura previa, un elevado número de pacientes con psicosis informarán de historia previa de experiencias traumáticas tempranas, siendo

mayor la prevalencia de dichas experiencias en este grupo que en el grupo de comparación formado por adultos jóvenes no clínicos.

4. De acuerdo con las investigaciones previas, no se encontrarán diferencias entre hombres y mujeres en las experiencias traumáticas tempranas analizadas.
5. La presencia de experiencias traumáticas tempranas en los pacientes con psicosis estará relacionada con una mayor sintomatología psicótica, preferentemente de tipo positivo.
6. Los pacientes con psicosis con experiencias traumáticas tempranas presentarán peor curso y evolución de su trastorno en comparación con aquellos que no presenten dichas experiencias tempranas.
7. El proceso de recuperación de los pacientes con psicosis seguirá los estadios y estilos descritos en la literatura previa, sin embargo, los pacientes con psicosis con experiencias traumáticas tempranas presentarán un proceso de recuperación más lento en comparación con los pacientes con psicosis que no hayan experimentado experiencias traumáticas tempranas.
8. Los pacientes con psicosis con experiencias traumáticas tempranas presentarán una mayor experiencia subjetiva de estigma, más quejas subjetivas de déficit cognitivos y mayor restricción del funcionamiento psicosocial.

Capítulo VI:

Método

6.1. Participantes

En el presente trabajo de investigación se han utilizado dos muestras de participantes: pacientes con trastornos psicóticos y un grupo de comparación de adultos jóvenes no clínicos.

La muestra clínica inicial con la que llevó a cabo la validación del instrumento de medida diseñado para la evaluación de experiencias traumáticas, estuvo formada por 114 pacientes que habían experimentado, en algún momento de su vida, al menos un episodio psicótico, independientemente de los posibles desencadenantes del mismo. La selección de los participantes se llevó a cabo en diferentes centros de Salud Mental del Principado de Asturias, Cantabria y Cataluña. Del total de pacientes, 82 eran varones (71,9%). La media de edad fue 35,5 años ($DT = 9,26$), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 52 años. Respecto a la nacionalidad, el 94,7 % era de nacionalidad española, y el 5,3 % extranjera. El 25,4% de los pacientes se encontraba en una situación laboral activa. En relación con el nivel de estudios, el 24,6% de la muestra tenía estudios primarios, el 24,6% poseía el graduado en educación secundaria, el 29,8% el bachillerato y el 21,1% estudios universitarios. El 62,2% recibía tratamiento farmacológico y el 36,8% tratamiento combinado (psicológico y farmacológico). Asimismo, el 29,8% de la muestra informó de antecedentes familiares de trastorno mental, y el 47,74 % de antecedentes personales de trastorno mental. En la Tabla 6.1 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de pacientes con psicosis.

Para llevar a cabo el segundo objetivo de este trabajo, fueron eliminados cuatro participantes que no habían cumplimentado algunas de las pruebas utilizadas en este estudio. Así, la muestra final estuvo compuesta por 110 pacientes que habían tenido en algún momento de su vida al menos un episodio psicótico, independientemente de cuál hubiese sido la causa que lo produjese.

Tabla 6.1

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de pacientes con psicosis

Variables	Varones (n=82)	Mujeres (n=32)	Total (n=114)
Edad, Media, (DT)	35,04(9,05)	36,78(9,81)	35,53 (9,26)
<i>Estudios</i>			
Primarios, n (%)	20(24,4)	8(25,0)	28(24,6)
Secundarios /FP1, n (%)	23(28,6)	5(15,6)	28(24,6)
Bachiller/FP2, n (%)	24(29,3)	10(31,3)	34(29,8)
Universitarios, n (%)	15 (18,3)	9(28,1)	24(21,1)
<i>Situación laboral</i>			
Empleado, n (%)	21(25,6)	8(25,0)	29(25,4)
Desempleado, n (%)	61(74,4)	24(75,0)	85(74,6)
<i>Nacionalidad</i>			
Española, n (%)	79(96,3)	29(90,7)	108(94,7)
Extranjera, n (%)	3(3,7)	3(9,3)	6(5,4)
<i>Tratamiento</i>			
Farmacológico, n (%)	54(65,9)	18(56,3)	72(63,2)
Combinado, n (%)	28(34,1)	14(43,8)	42(36,8)
<i>Antecedentes Psiquiátricos Personales</i>			
Sí, n (%)	35(42,7)	19(59,4)	54(47,4)
No, n (%)	47(57,3)	13(40,6)	60(52,6)
<i>Antecedentes Psiquiátricos Familiares</i>			
Sí, n (%)	25(30,5)	9(28,1)	34(29,8)
No, n (%)	57(69,5)	23(71,9)	80(70,2)

Como grupo de comparación se seleccionó de forma incidental una muestra de adultos jóvenes. La muestra final la conformaron un total de 153 universitarios, 122 mujeres (79,7%), pertenecientes a distintos estudios de ciencias sociales y de la salud de la Universidad de Oviedo y de la Universidad de La Rioja. La media de edad de los participantes fue de 20,8 años ($DT = 1,8$), oscilando el rango de edad entre los 18 y los 30 años.

6.2. Instrumentos de medida

6.2.1. Entrevista de datos personales

Al comienzo de cada evaluación se realizó a cada participante del grupo de pacientes una entrevista semi-estructurada en la que se recogieron las principales características sociodemográficas, así como ciertos datos de interés clínico relacionados con el inicio y curso del trastorno psicótico. La entrevista consta de un total de 11 preguntas, donde se recogen cuestiones como: antecedentes personales y familiares, consumo de sustancias, actitud familiar ante la enfermedad, edad a la que tuvo lugar el primer episodio psicótico, número de total de brotes psicóticos, número total de hospitalizaciones, tratamiento recibido, adherencia a la medicación e implicación personal y familiar en el tratamiento.

En aquellos casos en los que el paciente no recordaba dicha información se recurría a las historias clínicas de los pacientes, con el fin de asegurar la fidelidad de los datos. La entrevista se presenta en el Anexo I.

6.2.2. *Screening* de Experiencias Traumáticas Tempranas en Pacientes con Trastorno Mental Grave (ExpTra-S)

Es un instrumento de medida breve desarrollado en este estudio para la valoración de las experiencias traumáticas tempranas en muestras clínicas de pacientes con psicosis. El proceso de construcción del autoinforme se comenta con mayor profundidad en el apartado 7.1.

Consta de dos escalas, una de frecuencia y otra de malestar. La escala de frecuencia está compuesta por un total de 18 ítems en formato de respuesta *Likert* de 4 categorías (0 “nunca”, 1 “a veces”, 2 “con frecuencia”, 3 “casi siempre”). Se evalúa la presencia de experiencias traumáticas tempranas a través de 17 preguntas acerca de los diferentes tipos de maltrato infantil: abuso sexual, abuso físico, maltrato emocional y abandono emocional y físico, añadiendo un último ítem que hace referencia a cualquier otro tipo de acontecimiento traumático ocurrido sobre el cual no se haya preguntado anteriormente y que al participante le haya generado malestar.

Del mismo modo, la escala de malestar está formada también por 18 ítems en formato de respuesta *Likert* de 4 categorías (1, “ningún malestar”, 2 “ligero malestar”, 3 “bastante malestar” y 4 “mucho malestar”), donde se valora el malestar asociado a dichas experiencias. Esta escala de afectación solo debe ser contestada en caso de que la experiencia traumática esté presente al menos “a veces” en la escala de frecuencia. El autoinforme y su formato de corrección se presentan en el Anexo II.

6.2.3. Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas. “Community Assessment Psychic Experiences-42” (CAPE-42) (Stefanis et al., 2002)

Es un autoinforme que permite evaluar las experiencias psicóticas, en sus facetas afectiva y no afectiva. El CAPE se compone por 42 ítems que evalúan las dimensiones Positiva (20 ítems), Negativa (14 ítems) y Depresiva (8 ítems) de los síntomas psicóticos. Cada pregunta se responde en un formato de respuesta tipo *Likert* de 4 puntos, que oscila desde “nunca” (1) hasta “casi siempre” (4). En el caso que el participante elija las opciones de respuesta “a veces”, “a menudo” o “casi siempre”, debe indicar el grado de malestar que le produce tal experiencia en una escala también tipo *Likert* de 4 categorías (1, “ningún malestar”; 4, “mucho malestar”). La incorporación de una escala de malestar deriva de las actuales teorías cognitivas de la psicosis, como la desarrollada por Garety y colaboradores (2001), que proponen que la experiencia psicótica se convertiría en un síntoma clínicamente relevante en función de la evaluación o nivel de afectación emocional que le produce al sujeto dicha experiencia.

Estudios previos han utilizado el CAPE-42 en muestras clínicas, en población general y en adolescentes no clínicos, mostrando un adecuado comportamiento psicométrico referido a la consistencia interna, la estabilidad temporal y a las diferentes fuentes de validez (Konings, Bak, Hanssen, van Os y Krabbendam, 2006; Stefanis et al., 2002; Wigman et al., 2011). En relación al análisis de su estructura interna, se ha encontrado que la solución tridimensional formada por las dimensiones Positiva, Negativa y Depresiva, es la que mejores índices de bondad de ajuste presentó en comparación con demás modelos propuestos, si bien es cierto que otras estructuras dimensionales son igualmente plausibles (Stefanis et al., 2002; Wigman et al., 2011).

En este estudio se utilizó la versión validada y adaptada al español [disponible en <http://cape42.homestead.com/>] (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2012; Ros-Morente, Vilagra-Ruiz, Rodríguez-Hansen, Wigman y Barrantes-Vidal, 2011). Las puntuaciones de la versión española de la CAPE-42 presentan niveles adecuados de fiabilidad; asimismo, se dispone de diferentes fuentes de validez que apoyan su uso como medida para la valoración del fenotipo psicótico (Barragan, Laurens, Navarro y Obiols, 2011; Obiols, Barragán, Vicens y Navarro, 2008; Ros-Morente et al., 2011). El instrumento de medida y su formato de corrección se presentan en el Anexo III.

6.2.4. Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona (EES) (Cuesta, Peralta y Irigoyen, 1995; Cuesta, Peralta y Irigoyen, 1996)

Es una escala diseñada en nuestro país a partir de la Escala de Experiencias Subjetivas de Frankfurt (3ª versión), que fue diseñada por Süllwold (1986), y adaptada al español por Peralta y Cuesta (1989). La EES se compone de 18 ítems, a través de los cuales se evalúan las quejas subjetivas de déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia. Estos ítems componen un único factor y constituyen una medida homogénea del déficit cognitivo, con especial relevancia en el área de las quejas subjetivas de deficiencias cognitivas y atencionales cuando tratan de pensar, concentrarse, dirigir la atención hacia algo o recordar. Las respuestas se expresan mediante una escala con formato tipo *Likert* con 5 alternativas de respuesta (“nunca” = 0, “a veces” = 1, “a menudo” = 2, “frecuentemente” = 3, “casi siempre” = 4). La puntuación total es la suma de los resultados de todos los ítems. El rango de la escala va de 0 a 72 puntos. A mayor puntuación, mayor presencia y frecuencia de quejas subjetivas de déficit cognitivos. La escala posee adecuadas propiedades psicométricas, presentando elevada consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91) y una estructura interna unidimensional (Cuesta et al., 1995).

La principal ventaja de la escala es el aumento en la homogeneidad de las experiencias subjetivas que recoge y una mayor facilidad de empleo, al disminuir el tiempo de administración. Según sus autores, puede sustituir a la escala original en el área de la investigación por sus mejores propiedades psicométricas, aunque la original

podría ser más adecuada con fines exclusivamente clínicos (Cuesta et al., 1996). El instrumento de medida y su formato de corrección se recogen en el Anexo IV.

6.2.5. Cuestionario de Estadios de Recuperación. “*Stages of Recover Instrument*” (STORI) (Andresen et al., 2006; Andresen et al., 2003)

Es un autoinforme que permite evaluar el estadio de recuperación en el que se encuentran los pacientes tras sufrir un episodio psicótico. El STORI está formado por 50 ítems, con un formato de respuesta tipo *Likert* de 5 puntos (0 “*nada cierto*”, 5 “*completamente cierto*”). Los ítems se presentan agrupados en 10 bloques de 5 ítems cada uno. La puntuación de cada uno de esos grupos puede ir de 0 a 50 y representa uno de los cuatro componentes del proceso de recuperación: Esperanza, Identidad, Significado y Responsabilidad, existiendo más de un grupo para cada componente del proceso, 2 ó 3 grupos, dependiendo del proceso. Cada uno de los ítems dentro de cada grupo representa un estadio de recuperación (estadio 1: moratoria, estadio 2: conciencia, estadio 3: preparación, estadio 4: reconstrucción, y estadio 5: crecimiento). Se toma el estadio con la puntuación total más alta como el estadio de recuperación de la persona. Así, cuando la puntuación más alta es igual en dos estadios, se toma el estadio “más alto”. Por otra parte, no existe una puntuación “total”, ya que la forma en que están contruidos los ítems no permite un “total” sumando todos los ítems de los diferentes estadios. Del mismo modo, los componentes del proceso no se puntúan por separado (es decir, no hay una puntuación total de “esperanza”).

El STORI ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas a nivel de evidencias de validez, así como fiabilidad test-retest y consistencia interna (Andresen et al., 2006; Weeks, Slade y Hayward, 2010), siendo además uno de los cuatro instrumentos que se recomiendan para evaluar la recuperación de forma rutinaria en los servicios de salud mental públicos australianos (Burgess et al., 2010).

En este estudio hemos utilizado la versión adaptada y validada al español (García-Álvarez, 2012). Según esta versión, parece que el modelo de tres estadios es el que mejor se ajusta a los datos, en lugar de los cinco estadios propuestos por Andresen y colaboradores (2006). Este modelo de tres estadios ha sido respaldado en la literatura (Spaniol et al., 2002; Weeks et al., 2010). El STORI y su formato de corrección se muestran en el Anexo V.

6.2.6. Cuestionario de Estilos de Recuperación. “*Recovery Styles Questionnaire*” (RSQ) (Drayton et al., 1998)

Es un autoinforme desarrollado para medir el estilo de recuperación en personas con psicosis, basado en la entrevista desarrollada por McGlashan (1987) *Integration/Sealing Over Scale* (ISOS). Consta de un total de 39 ítems y 13 subescalas, a saber: Curiosidad (sobre sus experiencias psicóticas, el hecho de querer comprenderlas); Educación (la psicosis como fuente de información sobre uno mismo); Optimismo (ver los aspectos positivos de haber tenido una crisis psicótica); Impacto de la psicosis en su vida; Miedo (actitud hacia la enfermedad mental); Simpatía (satisfacción con alguna de las experiencias o sensaciones vividas durante la psicosis); Continuidad (conciencia de continuidad entre lo sentido durante la psicosis y los conflictos emocionales previos y posteriores a la psicosis); Propiedad (experimentar la psicosis como algo personal y no ajeno a uno); Responsabilidad sobre los pensamientos y actos psicóticos; Buscar ayuda en los demás para resolver los problemas de la psicosis; Culpa (la enfermedad como responsable de sus problemas en la vida); Causa (verse a sí mismo como teniendo una crisis nerviosa); y Satisfacción (la psicosis le ayuda a valorar más la vida).

El RSQ mide los seis estilos de adaptación y recuperación de la psicosis: encerramiento, tendencia al encerramiento, mixto con predominio del encerramiento, mixto con predominio de la integración, tendencia a la integración e integración. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 78, una puntuación más alta indica tendencia hacia la integración. Los pacientes deben indicar si están de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones (por ejemplo “siento curiosidad por mi enfermedad”).

Estudios previos han utilizado el RSQ en pacientes con psicosis, mostrando un adecuado comportamiento psicométrico, con un alfa de Cronbach de 0,73, presentando una alta correlación con el ISOS ($r = 0,92$, $p \leq 0,01$) (Drayton et al., 1998). Recientemente, ha sido adaptada y traducida al castellano por Nasillo y colaboradores (2013), en una muestra de 70 pacientes con psicosis clínicamente estabilizados, presentando adecuadas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach = 0,62; fiabilidad test-retest = 0,81). El RSQ y su formato de corrección se presentan en el Anexo VI.

**6.2.7. Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental.
“Internalized Stigma of Mental Illness” (ISMI) (Ritsher, Otilingam y
Grajales, 2003)**

Es una escala que evalúa la experiencia subjetiva de estigma o el estigma internalizado por aquellos que padecen una enfermedad mental. Valora correctamente la autopercepción del estigma por parte de los pacientes o el impacto del estigma social sobre la experiencia de la vida cotidiana. Contiene 29 ítems, aunque su versión inicial formaban 55 ítems. Este cuestionario inicial mostraba excelente consistencia interna (0,92), si bien decidieron acortarlo para que fuese más fácil de administrar en la práctica. Los ítems que mostraban correlaciones más bajas dentro de cada una de las subescalas fueron eliminados ($r = -0,40$). La ISMI presenta un formato *Likert* de 4 puntos que oscila desde “*totalmente en desacuerdo*” (1) hasta “*totalmente de acuerdo*” (4), y consta de cinco subescalas, a saber: a) Alienación (6 ítems): mide la experiencia subjetiva de ser menos que los demás o tener una identidad deteriorada; b) Aprobación del estereotipo (7 ítems): mide el grado de acuerdo con los estereotipos que existen sobre las personas con enfermedad mental; c) Experiencia discriminatoria (5 ítems): intenta capturar la percepción de la persona sobre el modo en que es tratado por otros; d) Aislamiento social (6 ítems): evalúa la tendencia a aislarse socialmente; y e) Resistencia al estigma (5 ítems): refleja la experiencia de resistir o no verse afectado por el estigma internalizado. Para la obtención de puntuaciones en cada uno de los factores se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes. De este modo, a mayor puntuación, mayor es el valor del factor para la persona, excepto en la subescala “resistencia al estigma”, ya que en ésta, las puntuaciones en los ítems se invierten: a mayor puntuación en el ítem y en la subescala, menor resistencia al estigma.

La escala presenta adecuadas propiedades psicométricas, referidas a la consistencia interna, la fiabilidad test-retest y a las diferentes fuentes de validez (Ritsher et al., 2003). En este estudio se ha utilizado la versión validada y adaptada al español por Muñoz y colaboradores (2009). El instrumento de medida, así como su formato de corrección se presentan en el Anexo VII.

6.2.8. Escala de Impacto de la Enfermedad. “*Impact of Illness Scale*” (IIS) (Klimidis, Minas y Yamamoto, 2001)

Es una escala breve y fácil de administrar, compuesta por 9 ítems con formato de respuesta tipo *Likert* de 4 categorías que va de 0 a 3 (“*nada*” = 0, “*un poco*” = 1, “*mucho*” = 2 y “*completamente*” = 3). Evalúa el grado de restricción del funcionamiento psicosocial en personas con una enfermedad (mental o física), tal y como es percibido por éstas. Los resultados sugieren que la IIS es una medida fiable del impacto psicosocial de la enfermedad que se puede administrar en una amplia gama de entornos socioculturales. Es una medida del grado en que una enfermedad ha afectado negativamente a ámbitos importantes de la vida de una persona. La IIS está diseñada para ser utilizada en psiquiatría, así como en medicina general. Se trata principalmente de una herramienta de investigación, pero puede usarse adicionalmente en la evaluación clínica. Las respuestas a esta escala exploran las limitaciones impuestas por la enfermedad en nueve áreas de funcionamiento diario del paciente, según su percepción subjetiva: la participación en relaciones satisfactorias, la capacidad para trabajar o estudiar, la participación en actividades recreativas, la capacidad para cumplir con las obligaciones sociales y religiosas, la capacidad para cumplir con las obligaciones y expectativas familiares, la capacidad para realizar tareas rutinarias, la capacidad para atender a las necesidades personales de todos los días, la movilidad general, y la capacidad para pensar o asistir a otras cosas distintas de la enfermedad.

Los resultados indican que la IIS presenta una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,93) y parece tener una estructura esencialmente unidimensional. Además, las puntuaciones en la IIS muestran buena capacidad para discriminar entre personas con distintos niveles de gravedad y frecuencia de la enfermedad (Klimidis et al., 2001). La IIS y su formato de corrección se muestran en el Anexo VIII.

6.3. Procedimiento

La administración de las pruebas a la muestra de pacientes con psicosis se llevó a cabo de forma individual, durante una sesión clínica y en un despacho acondicionado para este fin. El contacto con los pacientes se realizó gracias a la mediación de sus

psiquiatras/psicólogos de los equipos de salud mental. Todos los participantes dieron de manera voluntaria su consentimiento informado para participar en el estudio (ver Anexo IX). El estudio se presentó a los participantes como una investigación sobre la prevención e intervención temprana y el seguimiento longitudinal de pacientes con pródromos o de primer episodio psicótico, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas, así como el carácter voluntario de su participación. No se dio gratificación alguna por su colaboración en el estudio. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias.

En cambio, la administración al grupo de adultos jóvenes no clínicos se llevó a cabo de forma colectiva en grupos de entre 10 y 30 participantes, durante el horario académico y en un aula acondicionada para este fin. La administración de los autoinformes se realizó en todo momento bajo la supervisión de un investigador.

6.4. Análisis de los datos

Los análisis estadísticos llevados a cabo han sido los siguientes:

1- Para llevar a cabo el estudio de las propiedades psicométricas del ExpTra-S, se realizaron los análisis de datos que se presentan a continuación. Se examinaron los estadísticos de los ítems de frecuencia y malestar (media, desviación típica, asimetría y curtosis) del ExpTra-S en la muestra de pacientes con psicosis. A continuación, se procedió al estudio de obtención de evidencias de validez del ExpTra-S. Para ello se llevó a cabo un estudio de la estructura interna de las puntuaciones del ExpTra-S, mediante un análisis factorial exploratorio, a nivel de los ítems sobre la matriz de correlaciones policóricas. El método de estimación fue Mínimos Cuadrados No Ponderados con posterior rotación Promin. El procedimiento para determinar el número de dimensiones fue la implementación óptima del Análisis Paralelo (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011). Posteriormente se analizó el Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del sexo. Se empleó el test generalizado de Mantel-Haenszel (GMH) (Mantel y Haenszel, 1959), concretamente *the Generalized Ordinal MH statistic* -QGMH(2), dado que el procedimiento de Mantel-Haenszel se encuentra entre los más utilizados para evaluar DIF, debido a su simplicidad de cálculo e interpretación. El nivel de significación estadística se fijó en $p \leq 0,01$. Una vez realizado el estudio de

validez factorial, se examinó la fiabilidad de la puntuación total mediante el coeficiente alfa de Cronbach para datos ordinales (Elosúa y Zumbo, 2008).

2- Para el estudio de la prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas se examinó la distribución de la muestra clínica y la muestra de comparación, analizando también la frecuencia de dichas experiencias en función de dos categorías: intensidad moderada e intensidad alta. Para establecer las categorías se utilizó la distribución de los percentiles de la muestra clínica; *ausencia de experiencias traumáticas tempranas*: puntuaciones por debajo del percentil 20, *intensidad moderada*: puntuaciones entre el percentil 20 y 70, e *intensidad alta*: puntuaciones por encima del percentil 70.

Seguidamente, tras realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov y obtener que la variable EspTra-S no sigue una distribución normal, se procedió a realizar los análisis estadísticos mediante pruebas no paramétricas. Se analizó la existencia de diferencias en la presencia de experiencias traumáticas tempranas entre pacientes con psicosis y en población no clínica, mediante la prueba de U de Mann-Whitney para muestras no paramétricas. Para obtener más información sobre la prevalencia de las diferentes experiencias traumáticas tempranas, se analizaron los porcentajes de pacientes que respondieron a las diferentes opciones de respuesta de los diferentes ítems y se procedió a agrupar a los ítems en función del tipo de experiencias traumática evaluada, obteniéndose las puntuaciones medias y prevalencias de los pacientes que refirieron algún tipo de experiencia traumática temprana.

3- Para analizar la influencia del sexo en las experiencias traumáticas tempranas autoinformadas en pacientes con psicosis se llevó a cabo la prueba de U de Mann-Whitney para muestras no paramétricas.

4- Con el fin de analizar la relación entre los síntomas centrales de los trastornos psicóticos y las experiencias traumáticas tempranas, se analizó la correlación de Pearson entre la puntuación total del ExpTra-S y las tres dimensiones de la CAPE-42.

5- Se examinó la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en un grupo de variables que han sido relacionadas con el curso y la evolución de los trastornos psicóticos. Para ello se analizó la prevalencia de dichas variables y se estudió por separado la relación de cada una de ellas con la presencia de experiencias traumáticas tempranas, mediante las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney. Las variables estudiadas fueron: edad del primer brote, número de

brotos psicóticos y número de hospitalizaciones, presencia de ideas e intentos de suicidio, y abuso de sustancias.

6- Para conocer el grado de recuperación psicológica de los pacientes psicóticos, a través del análisis de los estadios y estilos de recuperación, en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas, se examinó la prevalencia de los diferentes estadios de recuperación medidos a través del STORI en la muestra clínica, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de experiencias traumáticas previas, así como la intensidad de dichas experiencias. Posteriormente, se analizó la relación entre la puntuación total del ExpTra-S y los estadios del STORI, mediante la correlación de Pearson. Al mismo tiempo, se examinó la presencia de diferencias entre los diferentes estadios de recuperación en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas. Para ello se llevó a cabo la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

De manera similar, se analizó la prevalencia de los diferentes estilos de recuperación medidos a través del RSQ en la muestra clínica en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas y la intensidad de dichas experiencias. Seguidamente, se analizó la correlación de Pearson entre la puntuación total del ExpTra-S y la puntuación total del RSQ, estudiando también la presencia de diferencias en el estilo de recuperación en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

7- Se analizó la influencia de las experiencias traumáticas previas en tres variables que han sido relacionadas con el proceso de recuperación de la psicosis: el estigma, el impacto de enfermedad y las experiencias subjetivas. Para ello, se llevó a cabo la correlación de Pearson entre la puntuación total del ExpTra-S y la puntuación total y las subescalas del ISMI y la puntuación total del IIS y del EES, y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para estudiar la existencia de diferencias en el estigma, en el impacto de la enfermedad y en las experiencias subjetivas en función del grado de experiencias traumáticas tempranas.

Para el análisis de los datos se utilizaron los programas: SPSS 18 (Meulman y Heiser, 2009), FACTOR 9.0 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006) y GHMDIF (Fidalgo, 2011).

Capítulo VII:

Resultados

7.1. Proceso de construcción y desarrollo del ExpTra-S

Todo el proceso de construcción de un instrumento de medida debe ser definido objetivamente siguiendo unos principios teóricos y métricos para así maximizar su validez (Downing, 2006). Puede decirse que el proceso de validación ya comienza a fraguarse antes de la propia elaboración del instrumento, pues todas las acciones que se realicen antes, durante y después permitirán recoger datos empíricos que ayuden a la interpretación de las puntuaciones (Elosúa, 2003; Muñiz, 2004; Zumbo, 2007). Si el proceso de construcción se lleva cabo de forma defectuosa, las inferencias que se obtengan a partir de las puntuaciones y la toma de decisiones que de ellas se deriven serán totalmente equivocadas e infundadas (Elosúa, 2003; Muñiz, 2004; Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martínez y Moreno, 2005).

El *Screening de Experiencias Traumáticas en Pacientes con Trastorno Mental Grave* (ExpTra-S) es un autoinforme construido a partir de diferentes avances sustantivos y metodológicos ocurridos en los últimos años en el campo de la evaluación psicológica. El proceso de construcción del mismo se realizó de acuerdo a las directrices internacionales para la construcción de instrumentos de medida (*American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education*, 1999; Downing, 2006; Schmeiser y Welch, 2006; Wilson, 2005). Establecer los pasos necesarios para el desarrollo del ExpTra-S permitió llevar a cabo el proceso de construcción de una forma sistemática y rigurosa, de cara a garantizar las posibles inferencias que con posterioridad se fuesen a extraer de los datos, además del consabido ahorro de tiempo y esfuerzo. En este sentido, se debe mencionar que el propio proceso de validación del ExpTra-S empezó con la consideración de las fases que se siguieron en su construcción. Las fases que se tuvieron en cuenta para la elaboración del ExpTra-S se recogen en la Tabla 7.1.

Tabla 7.1

Fases del proceso de construcción del ExpTra-S (tomado de Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008)

<p>1. Marco general del instrumento de medida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Justificación y motivación - Contexto de aplicación - Uso e interpretación de las puntuaciones <p>2. Definición operativa de la variable medida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición operativa - Definición sintáctica y semántica <p>3. Especificaciones del instrumento de medida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requerimientos de administración - Tipo, número, longitud, formato, contenido y distribución de los ítems - Especificaciones e instrucciones en la entrega del material - Aspectos de seguridad <p>4. Construcción de los ítems</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple - Principios generales para la construcción de ítems <p>5. Producción, base de datos, normas de puntuación y corrección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composición - Edición - Puntuación y corrección <p>6. Estudio piloto cualitativo y cuantitativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selección de la muestra piloto (cualitativo y cuantitativo) - Análisis y resultados del estudio piloto (cualitativo y cuantitativo) - Depuración, revisión, modificación o construcción de ítems - Producción de una nueva versión del instrumento de medida <p>7. Selección de otros instrumentos de medida convergentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obtener información convergente - Utilizar pruebas ya validadas <p>8. Estudio de campo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selección y tamaño de la muestra y tipo de muestreo - Administración del instrumento de medida - Control de calidad y seguridad de la base de datos <p>9. Estimación de las propiedades psicométricas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de ítems (cualitativo y cuantitativo) - Dimensionalidad - Estimación de la fiabilidad - Obtención de evidencias de validez - Tipificación <p>10. Versión definitiva, informe final y manual del instrumento de medida</p>

A continuación se verá, de manera breve, cada una de estas fases en relación con la construcción del ExpTra-S:

- FASE 1: MARCO GENERAL DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

La primera fase en la elaboración del ExpTra-S fue la justificación de forma detallada de las causas que motivaron su construcción, así como la determinación del constructo objeto de medición, del contexto de aplicación y población de interés, y de las decisiones que se iban a tomar a partir de las puntuaciones de los sujetos en el cuestionario. La construcción de un nuevo instrumento de medida para la evaluación de las experiencias traumáticas tempranas en población clínica con Trastorno Mental Grave (TMG) se justificó por la inexistencia de un instrumento de medida específico de evaluación de este tipo de experiencias en población clínica española. A nivel nacional no existía ningún instrumento construido, validado y baremado específicamente para la evaluación de las experiencias traumáticas en población clínica. Más aún, a nivel internacional, escasos instrumentos de medida llevan incorporada una escala que valore el malestar asociado a tales experiencias. La finalidad última fue la de desarrollar un instrumento de medida para evaluar la frecuencia y el malestar de las experiencias traumáticas tempranas frecuentemente encontradas en pacientes con TMG (p. ej., psicosis).

- FASE 2: DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

El objetivo esencial de la segunda fase fue la definición de forma rigurosa del constructo objeto de medición, así como de las facetas o dimensiones del mismo. En esta fase, fue también preciso realizar una definición semántica y sintáctica del constructo (Wilson, 2005). La primera se refiere básicamente a una definición operativa de las facetas o del dominio de interés, mientras que la segunda se refiere, por un lado, a la relación que se establece entre las propias facetas del constructo y, por otro, a las relaciones que se establecen entre este constructo y otras variables psicológicas de interés. En ambas definiciones tuvo un papel relevante el juicio de expertos en la temática. Llevar a buen puerto esta fase no solo repercute en la validez de contenido del ExpTra-S, sino también en la posterior construcción de ítems.

Como se comentó en la introducción, las experiencias traumáticas tempranas es un concepto bastante complejo, que puede englobar diferentes acepciones. En este instrumento de medida no se consideraron experiencias traumáticas referidas a procesos bélicos como guerras o conflictos armados o eventos relacionados con atentados terroristas. Así, pretende ser un instrumento breve que permita hacer un cribado general de las experiencias traumáticas y el malestar asociado a las mismas. Sobre todo se tuvieron en cuenta aquellas experiencias traumáticas que tuvieran relación con el maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional, al ser las experiencias traumáticas consideradas más frecuentes en la infancia (Bernstein et al., 2003). Se considera maltrato a cualquier acción, omisión no accidental que comprometa la satisfacción de las necesidades básicas del menor y/o dificulten su desarrollo óptimo (De Pául y Arruabarrena, 2001). La definición operativa de cada una de las facetas que se han incluido en el ExpTra-S se recoge en la Tabla 7.2.

Tabla 7.2

Definición operativa de las facetas del ExpTra-S (tomado de Arruabarrena y De Paúl, 1996)

Faceta	Definición Operativa
ABUSO FÍSICO	Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo sexual.
MALTRATO EMOCIONAL	Conductas de los padres o cuidadores, tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización, etc., que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.
ABUSO SEXUAL	Cualquier clase de placer sexual con un niño, por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. Puede ser que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) o puede utilizarse al niño como objeto de estimulación.
ABANDONO FÍSICO	Situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia...) no son atendidas adecuadamente, temporal o permanentemente, por ningún adulto del grupo que convive con él.
ABANDONO EMOCIONAL	Situación en la que el niño no recibe el afecto, ni la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución, lo que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa...) o a sus intentos de aproximación o interacción.

- FASE 3: ESPECIFICACIONES DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

En esta fase se llevó a cabo una definición operativa del instrumento de medida y de aspectos generales del mismo, como el formato, el tipo, tiempo y lugar de aplicación, instrucciones en la entrega del autoinforme y la seguridad del mismo. Igualmente, también se especificaron los requerimientos cognitivos, de vocabulario y de accesibilidad de los participantes, el tipo, número y longitud de los ítems, y la naturaleza de las puntuaciones del cuestionario.

El ExpTra-S es un instrumento de medida breve para la valoración de las experiencias traumáticas tempranas en muestras clínicas de pacientes con trastorno mental grave. Es un instrumento de medida que se administra en formato de lápiz y papel de forma individual, si bien también se puede utilizar en formato colectivo. El ExpTra-S no ha sido desarrollado para pacientes con algún tipo de deficiencia o discapacidad intelectual, visual o auditiva. No se han incorporado acomodaciones al *Braille* o su administración en formato auditivo, ni se ha realizado ninguna modificación que permita la accesibilidad al mismo de los participantes con algún tipo de deficiencia.

Se compone por un total de 18 ítems que se administran de forma rápida y no invasiva. El formato de respuesta es tipo *Likert* de 4 puntos en función de la frecuencia (nunca, a veces, con frecuencia, y casi siempre). Si el participante responde a las opciones “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, tiene que pasar a responder el grado de malestar que le provoca tal experiencia en un formato tipo *Likert* de 4 puntos (desde ningún malestar a mucho malestar). Como señala la literatura psicométrica y psicopatológica al respecto, un formato de respuesta tipo *Likert* mejora la fiabilidad de las puntuaciones y la obtención de evidencias de validez de los resultados, así como la satisfacción de respuesta de los usuarios (Lozano, García-Cueto y Muñiz, 2008; Markon, Chmielewski y Miller, 2011; Muñiz, García-Cueto y Lozano, 2005). Como se ha comentado, la construcción del ExpTra-S se realizó siguiendo las directrices internacionales para el desarrollo y traducción de tests y construcción de ítems (Downing y Haladyna, 2006; Moreno, Martínez y Muñiz, 2006; Muñiz y Bartram, 2007; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008; Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013).

El objetivo principal del ExpTra-S es analizar el tipo, la frecuencia y el grado de malestar asociado a diferentes experiencias traumáticas tempranas. La finalidad última es llevar a cabo una evaluación psicológica más precisa y exhaustiva de las experiencias de trauma y poder guiar la intervención y el posible proceso terapéutico. En este sentido, el ExpTra-S se debe utilizar como instrumento de *screening* de las experiencias traumáticas en pacientes con trastorno mental grave. No se trata de un instrumento de medida que recoja todas las experiencias traumáticas, pues está pensado para su utilización principalmente en el contexto clínico y/o investigador, donde no se dispone de tiempo suficiente para recabar demasiada información. La puntuación del ExpTra-S se debe situar siempre en relación con otros factores ambientales, biológicos y sociales dentro de un modelo biopsicosocial y considerando la heterogeneidad y la comorbilidad del cuadro clínico.

- FASE 4: CONSTRUCCIÓN DE LOS ÍTEMS

La tarea de construcción de ítems fue una etapa crucial dentro del proceso de construcción general del ExpTra-S. Los ítems son como los ladrillos a partir de los cuales se forma un instrumento de medida, por lo que una construcción errónea o deficiente de los mismos repercute en las propiedades psicométricas finales del mismo y en las inferencias que se extraigan a partir de los datos. El objetivo primordial de esta fase fue conseguir un banco de ítems representativo del constructo, teniendo presente que se deseaba construir un instrumento de medida breve. La construcción del banco de ítems exigió un análisis meticuloso en la elaboración de cada elemento que constituyó parte del mismo, y del mismo se extrajeron los ítems finales para construir el cuestionario.

La construcción de los ítems del ExpTra-S se realizó considerando el dominio objeto de medición, el contexto de aplicación y la población diana a la cual iban dirigidos. En la elaboración de los elementos se tuvieron en cuenta las directrices propuestas para la construcción de ítems de elección múltiple (Moreno et al., 2006; Muñoz et al., 2005). Estas directrices permitieron llevar a cabo la construcción de ítems de forma objetiva. Los principios que se siguieron para la construcción de los ítems fueron: representatividad, relevancia, diversidad, claridad, sencillez y comprensibilidad.

La validez de contenido de los ítems se garantizó a partir del juicio de expertos, y de una revisión exhaustiva de los diferentes autoinformes existentes en la literatura para la evaluación de las experiencias traumáticas en adultos. En la elaboración y revisión de los ítems del ExpTra-S participaron tres expertos en la construcción de tests e ítems de elección múltiple, y tres expertos en el campo de la evaluación psicológica. A los seis expertos se les entregaron el conjunto inicial de ítems y las posteriores revisiones del mismo. El conjunto inicial de ítems fue desarrollado a partir de: a) la adaptación y traducción de ítems de otros autoinformes y heteroinformes para la valoración de las experiencias traumáticas en adultos, siguiendo las directrices internacionales de traducción y adaptación de tests (Muñiz et al., 2013); b) adaptación y/o modificación de ítems: ítems de otros autoinformes en los que se introdujeron modificaciones para que pudieran ser comprendidos por los pacientes; y c) construcción de ítems nuevos: se generaron nuevos elementos siguiendo las directrices para la construcción de ítems de elección múltiple mencionadas anteriormente.

Los principales autoinformes o heteroinformes que se tomaron como modelo para la construcción del banco de ítems del ExpTra-S fueron: a) *The Sexual Abuse Exposure Questionnaire* (SAEQ) (Rodríguez, Ryan, Vande Kemp y Foy, 1997); b) *The Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein et al., 1994) y su versión abreviada (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003); c) *The Trauma History Questionnaire* (THQ) (Green, 1996); o d) preguntas empleadas en investigaciones de experiencias traumáticas en el estudio del fenotipo psicótico (Kelleher et al., 2013; Wigman et al., 2011).

La valoración de los ítems por parte de los expertos se llevó a cabo de manera iterativa, siendo revisada cada nueva versión del conjunto inicial de ítems. La valoración de los ítems se delimitó a juzgar si los ítems estaban bien redactados para la población de interés, si cada ítem representaba de forma adecuada el constructo o la dimensión a la cual pertenecía, y si era o no pertinente para evaluar esa faceta. Algunos ítems fueron descartados, mientras que otros fueron modificados.

- FASE 5: PRODUCCIÓN, BASE DE DATOS, NORMAS DE PUNTUACIÓN Y CORRECCIÓN

Una vez elaborado el banco de 18 ítems, y de acuerdo con las especificaciones del test, se pasó a la fase de composición y producción del ExpTra-S. Además, en esta fase

se establecieron las normas de puntuación y corrección del mismo. Así, el ExpTra-S es un instrumento de medida tipo autoinforme de fácil administración cuya corrección no resulta nada laboriosa. Para su corrección se deben sumar simplemente las puntuaciones en los ítems de frecuencia y de malestar del ExpTra-S. De este modo se construye una puntuación total para frecuencia y malestar teniendo en cuenta los siguientes valores:

- a) Ítems de frecuencia: el sistema de respuesta oscila de 0 a 3.
- b) Ítems de malestar: el sistema de respuesta oscila de 1 a 4, la opción de respuesta “0” se deja para aquellos casos donde el participante contesta “nunca” al ítem de frecuencia.

- FASE 6: ESTUDIOS PILOTO CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

La finalidad del estudio piloto, cualitativo y cuantitativo, fue examinar el funcionamiento general del ExpTra-S. El estudio piloto de naturaleza cualitativa se realizó siguiendo las directrices de Wilson (2005), con la finalidad de examinar el funcionamiento general del cuestionario, la detección de cualquier tipo de error (ortográfico, semántico, gramatical, de formato, etc.), así como la puesta en común de posibles sugerencias relacionadas con la mejora de los ítems o del cuestionario.

Para ello se formó un grupo de aproximadamente 15 personas a los que se les aplicó esta versión inicial del ExpTra-S, donde cada una realizaba sus comentarios en voz alta. Los miembros del grupo fueron alumnos de primer curso del Grado de Magisterio. Se realizó una sesión de dos horas, con la finalidad de seguir un proceso estandarizado, y se establecieron una serie de fases que sirvieron de guía para la estructuración de la sesión (ver Tabla 7.3). En todo momento se señaló el carácter voluntario, fomentándose la participación.

Al inicio de la sesión, previa entrega del material, se realizó una introducción a la temática, en donde se enmarcaba el trabajo dentro del proceso de construcción de instrumentos de medida y de ítems; asimismo, se explicaban de forma clara y concisa los objetivos y la forma de proceder durante la sesión. Una vez entregado el ExpTra-S, los participantes leyeron los ítems de forma individual, con la finalidad de detectar posibles errores que existían a nivel ortográfico, sintáctico y/o gramatical, así como la presencia de vocablos extraños o de difícil comprensión. A continuación, los ítems se

leyeron en voz alta por el coordinador del grupo, en este caso el profesor, y los integrantes del grupo comentaban sus impresiones en relación a diferentes aspectos como por ejemplo: modificación de preposiciones, cambio de la forma gramatical o del tiempo del verbo, reformulación del ítem, sustitución de palabras, modificación del lugar de alguna palabra dentro del ítem, cambio del complemento directo o indirecto, etc. Posteriormente, se evaluaba el grado de comprensión de cada uno de los ítems por parte de los participantes. Para este fin, se les hicieron dos cuestiones referidas a qué comprendían ellos que se estaba preguntando en ese ítem en particular, y si creían que ese ítem era de fácil o de difícil comprensión. En el caso de que considerasen que el ítem era de difícil comprensión, debían indicar cómo lo reformularían para que fuese más comprensible. Finalmente, se terminaba la sesión resumiendo la información que se había extraído a lo largo de la misma, con el objetivo de integrar la información y buscar la aprobación por parte de todos los participantes en los cambios que se debían introducir en el cuestionario.

Tabla 7.3

Fases del estudio piloto cualitativo llevadas a cabo durante la construcción del cuestionario

Fase 1:	Introducción a la sesión y temática general del estudio.
Fase 2:	Lectura de los ítems de manera individual con el fin de detectar posibles errores en la redacción de los mismos.
Fase 3:	Lectura de los ítems en voz alta por parte del coordinador y puesta en común de las impresiones individuales.
Fase 4:	Evaluación individual del grado de comprensibilidad de los diferentes ítems y sugerencias para mejora de los mismos.
Fase 5:	Integración de la información, aprobación por parte de los participantes de los principales resultados y finalización de la sesión.

El estudio piloto cuantitativo se llevó a cabo sobre una muestra no clínica con la finalidad de depurar el banco de ítems inicial. Los criterios empíricos que se establecieron para la eliminación de ítems fueron los siguientes: 1) Ítems con índices de discriminación inferiores a 0,20; 2) Ítems cuya carga factorial no saturaba en el factor general o no se ajustaban a una solución esencialmente unidimensional; y 3) Ítems con cargas factoriales inferiores a 0,25. En función de los criterios estadísticos no se eliminó ningún ítem del instrumento medida.

- FASE 7: SELECCIÓN DE OTROS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La selección adecuada de otros instrumentos de medida permitió recoger evidencias a favor de la validez de las puntuaciones de los participantes en el ExpTra-S. La utilización de materiales complementarios se determinó por las exigencias reales referidas al tiempo de aplicación, y al número final de ítems. Se consideraron instrumentos de medida que fueran adecuados para población clínica, fáciles y de rápida administración. Para la construcción del ExpTra-S, y para obtener fuentes de validez del mismo, se utilizaron como instrumentos complementarios la Escala Comunitaria de Experiencias Psíquicas (CAPE-42) (Stefanis et al., 2002) y la puntuación total de la Escala de Experiencias Subjetivas de Frankfurt-Pamplona (EES) (Cuesta et al., 1995; Cuesta et al., 1996).

- FASE 8: ESTUDIO DE CAMPO

Esta fase se correspondió con la selección de la muestra, referida tanto al procedimiento de selección de la misma como a la población diana, la administración del ExpTra-S y otros instrumentos de medida, y la tabulación de datos. Se seleccionaron dos muestras de forma incidental, un grupo de pacientes con trastorno psicótico y un grupo control de adultos jóvenes.

- FASE 9: ESTIMACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Una vez administrado el ExpTra-S a las dos muestras de interés, se procedió al estudio de las propiedades psicométricas del mismo, concretamente: estadísticos descriptivos, obtención de evidencias de validez (análisis de la dimensionalidad, y relación con otros autoinformes), funcionamiento diferencial de los ítems en función del sexo de los participantes, estimación de la fiabilidad de las puntuaciones y construcción de baremos.

- FASE 10: VERSIÓN DEFINITIVA, INFORME FINAL Y ELABORACIÓN DEL MANUAL DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA.

En último lugar, y a partir de los análisis psicométricos, se construyó la versión definitiva del ExpTra-S y se elaboró el manual.

7.2. Propiedades psicométricas del ExpTra-S

7.2.1. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones

En las Tablas 7.4 y 7.5 se recogen los estadísticos descriptivos para los ítems de frecuencia y malestar del ExpTra-S en la muestra de pacientes con psicosis. Como se puede observar, en la mayoría de los ítems los niveles de asimetría y curtosis se encontraron fuera del rango de la normalidad.

Tabla 7.4

Estadísticos descriptivos de los ítems de frecuencia del ExpTra-S

Ítems	Media	DT	Asimetría	Curtosis
1	0,18	0,45	2,59	6,30
2	0,28	0,59	2,25	5,06
3	0,29	0,49	1,38	0,89
4	0,12	0,38	3,26	10,76
5	0,25	0,59	2,81	8,52
6	0,14	0,40	2,92	8,45
7	0,14	0,37	2,60	6,35
8	0,45	0,86	1,93	2,68
9	0,27	0,54	1,87	2,64
10	0,32	0,67	2,18	4,35
11	0,46	0,83	1,85	2,59
12	0,46	0,73	1,54	1,71
13	0,53	0,85	1,61	1,73
14	0,58	0,88	1,57	1,68
15	0,21	0,63	3,25	10,22
16	0,35	0,79	2,17	3,58
17	0,39	0,81	2,16	3,89
18	0,70	0,79	0,92	0,26

Tabla 7.5

Estadísticos descriptivos de los ítems de malestar del ExpTra-S

Ítems	Media	DT	Asimetría	Curtosis
1	0,31	0,82	2,78	7,01
2	0,63	1,27	1,75	1,55
3	0,73	1,27	1,39	0,39
4	0,26	0,85	3,39	10,74
5	0,61	1,33	1,89	1,87
6	0,41	1,16	2,62	5,14
7	0,48	1,26	2,32	3,56
8	0,80	1,38	1,23	-0,07
9	0,61	1,25	1,81	1,75
10	0,73	1,39	1,53	0,60
11	0,89	1,45	1,20	-0,30
12	1,09	1,60	0,91	-0,98
13	1,01	1,48	0,98	-0,74
14	1,14	1,55	0,82	-1,03
15	0,32	0,91	2,82	6,83
16	0,52	1,17	2,10	2,95
17	0,65	1,25	1,69	1,43
18	1,72	1,76	0,19	-1,77

7.2.2. Evidencias de validez de las puntuaciones del ExpTra-S

Evidencias de validez de contenido

La validez de contenido de los ítems del ExpTra-S se garantizó a partir del juicio de expertos, y de una revisión exhaustiva de los diferentes autoinformes existentes en la literatura para la evaluación de las experiencias traumáticas en pacientes con TMG (trastornos psicóticos y trastornos con psicosis afectiva). Como se ha señalado anteriormente, en la elaboración y revisión de los ítems del instrumento de medida participaron tres expertos en la construcción de tests e ítems de elección múltiple, y tres expertos en el campo de la evaluación psicológica.

Evidencias de validez de estructura interna

Con la finalidad de examinar la estructura interna de las puntuaciones del ExpTra-S, se realizó un análisis factorial exploratorio, a nivel de los ítems, sobre la matriz de correlaciones policóricas. El índice de esfericidad de Bartlett fue 1204.6 ($p \leq 0,001$) y el valor de Kaiser-Meyer-Olkin fue 0,85. El análisis de la dimensionalidad subyacente a las puntuaciones del ExpTra-S reveló una estructura esencialmente unidimensional. La implementación óptima del análisis paralelo al 95% aconsejó la extracción de un factor general que explicó el 57,06% de la varianza total (*eigenvalue* de 10,27). El valor de *RMSR* (*Root Mean Square Residual*) fue 0,09, el de *GFI* (*Goodness-of-Fit Index*) fue 0,95 y el criterio de Kelly fue 0,09.

En la Tabla 7.6 se recogen las cargas factoriales y las comunalidades estimadas para la solución esencialmente unidimensional. Como se puede observar, todas las cargas factoriales fueron superiores a 0,30, el porcentaje de varianza explicado por el primer factor fue elevado y los índices de bondad de ajuste resultantes fueron adecuados. A partir de estos datos se considera pertinente la construcción de una puntuación total que refleja la dimensión o variable latente de *Experiencias traumáticas*. Se desea mencionar que la puntuación total del ExpTra-S se ha construido en función de criterios sustantivo-empíricos, lo cual permite obtener mayores evidencias de validez a partir de las puntuaciones de los participantes en el instrumento de medida.

Tabla 7.6

Análisis factorial exploratorio para los ítems del ExpTra-S en la muestra clínica

Ítems	Carga factorial	Comunalidad
1	0,67	0,45
2	0,80	0,64
3	0,75	0,56
4	0,77	0,59
5	0,76	0,58
6	0,56	0,32
7	0,64	0,41
8	0,82	0,68
9	0,73	0,53
10	0,88	0,77
11	0,70	0,48
12	0,82	0,67
13	0,80	0,65
14	0,69	0,47
15	0,78	0,61
16	0,63	0,40
17	0,84	0,71
18	0,48	0,23

Funcionamiento diferencial de los ítems

El Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) es una de las principales amenazas contra la validez de las puntuaciones de los participantes en los instrumentos de medida (*American Educational Research Association et al., 1999*). Los diferentes estándares internacionales recomiendan su estudio de forma exhaustiva, si bien es cierto que todavía muchos de los autoinformes y manuales de tests publicados que no recogen información en relación a esta temática. La presencia de DIF supone que la probabilidad de respuesta correcta no depende únicamente del nivel de la persona en la variable objeto de medición, sino que ésta se haya además condicionada por la pertenencia a un determinado grupo social, cultural, lingüístico, etc., que genera una falta de equivalencia métrica entre las puntuaciones (Elosúa, 2003). Si se detecta DIF en un ítem concreto, sería indicativo de que las diferencias en la variable se deben a un artefacto estadístico, más que a diferencias reales en la variable de medida. De los 18 ítems que componen el ExpTra-S, ningún elemento presentó DIF en función del sexo, lo cual aporta una mayor fuente de validez a los datos derivados a partir del ExpTra-S. La ausencia de DIF en función del sexo permite garantizar la equidad en el proceso de medición de las experiencias traumáticas medidas a través del este instrumento de medida, y no supone una amenaza contra la validez de los datos.

7.2.3. Estimación de la fiabilidad de las puntuaciones del ExpTra-S

La estimación de la fiabilidad de la puntuación total del se llevó a cabo con el coeficiente alfa de Cronbach para datos ordinales (Zumbo, Gaderman y Zeisser, 2007), el valor de alfa fue 0,96. Todos los índices de discriminación fueron superiores a 0,30. En la Tabla 7.7. se muestran los índices de discriminación del ExpTra-S, suprimiendo cada ítem y correlación ítem-test.

Tabla 7.7

Índices de discriminación del ExpTra-S suprimiendo cada ítem y correlación ítem-test

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	0,44	0,90
2	0,66	0,90
3	0,57	0,90
4	0,56	0,90
5	0,56	0,90
6	0,31	0,91
7	0,37	0,90
8	0,73	0,89
9	0,57	0,90
10	0,78	0,89
11	0,60	0,90
12	0,74	0,89
13	0,75	0,89
14	0,62	0,90
15	0,54	0,90
16	0,43	0,90
17	0,75	0,89
18	0,31	0,91

7.2.4. Baremación del ExpTra-S

La baremación del ExpTra-S para la muestra total se realizó mediante el cálculo de los correspondientes percentiles. A continuación, en la Tabla 7.8 se presenta la baremación para la muestra clínica y en la Figura 7.1 la distribución de las puntuaciones.

Tabla 7.8

Baremación para las puntuaciones del ExpTra-S en la muestra clínica

Percentil	Total ExpTra-S frecuencia	Total ExpTra-S malestar	Percentil
1	0	0	1
5	0	0	5
10	0	0	10
20	0	0	20
30	1	2	30
40	2	4	40
50	4	7	50
60	5	12	60
70	7	17	70
80	12	25	80
90	17	37	90
95	23	43	95
99	39	61	99

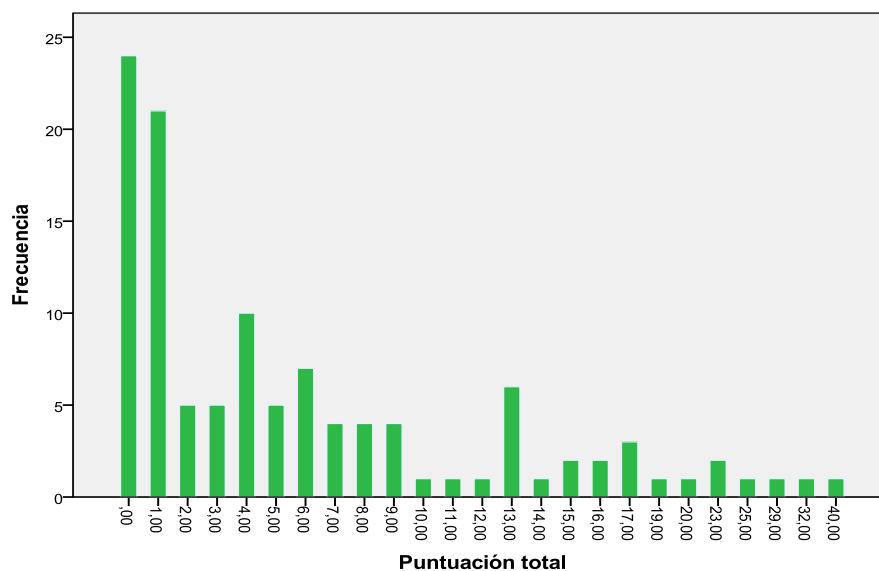


Figura 7.1. Distribución de las puntuaciones de frecuencia del ExpTra-S.

7.2.5. Corrección e interpretación de las puntuaciones del ExpTra-S

El ExpTra-S es un instrumento de medida tipo autoinforme de fácil administración cuya corrección no resulta nada laboriosa. Para su corrección se deben sumar simplemente las puntuaciones en los ítems de frecuencia y de malestar. De este modo se construye una puntuación total para frecuencia y malestar teniendo en cuenta los siguientes valores:

- a) Ítems de frecuencia el sistema de respuesta oscila de 0 a 3.
- b) Ítems de malestar el sistema de respuesta oscila de 1 a 4, la opción de respuesta “0” se deja para aquellos casos donde el participante contesta “nunca” al ítem de frecuencia.

Para la interpretación de la puntuación de frecuencia y de malestar del ExpTra-S se establecen tres niveles o rangos hipotéticos de puntuaciones seleccionados de forma arbitraria:

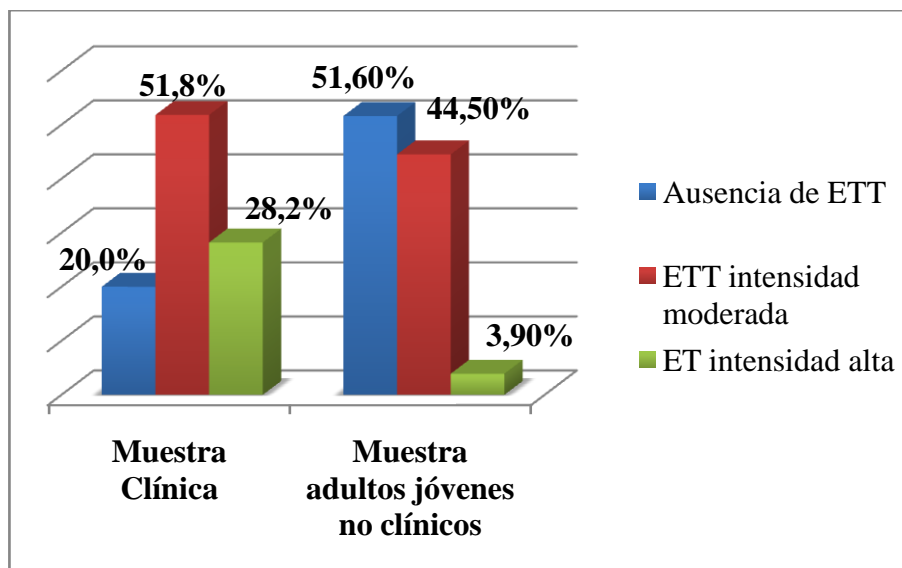
<p><i>Nivel Ausente:</i> puntuaciones por debajo del percentil 20.</p> <p><i>Nivel Medio:</i> puntuaciones entre el percentil 20 y 70.</p> <p><i>Nivel Grave:</i> puntuaciones por encima del percentil 70.</p>

La construcción de tres niveles de puntuaciones se debe ver como orientativa pues pueden existir, por ejemplo, personas cuya puntuación en el número y frecuencia de las experiencias traumáticas sea bajo, pero con un claro impacto en el malestar asociado a tal evento. Asimismo, podría existir un caso donde el número de las experiencias traumáticas informadas fuera elevado pero con un escaso impacto a nivel de malestar. Así, la valoración cuantitativa de perfil en función de los tres niveles propuestos es interesante, si bien no debe ir desligada de la interpretación de los ítems concretos (su contenido) y del malestar asociado a cada uno de ellos, pues puede dar pistas relevantes de cara a la comprensión de la experiencia traumática y como guía en el tratamiento.

7.3. Prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas

7.3.1. Experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis y en adultos jóvenes no clínicos

En la muestra clínica, el 80% refería historia previa de experiencias traumáticas, frente al 48,4% del grupo de adultos jóvenes no clínicos. Respecto a la frecuencia de dichas experiencias traumáticas en la muestra clínica, el 51,8% refería una intensidad media y el 28,2 % una intensidad alta, mientras que en el grupo de comparación, el 44,5 % presentaban dichas experiencias en grado medio y el 3,9% en grado alto (ver Figura 7.2).



Nota. ETT: Experiencias Traumáticas Tempranas

Figura 7.2. Distribución de la muestra clínica y control en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas.

Se han analizado las diferencias existentes entre ambos grupos en las puntuaciones del ExpTra-S, mediante la utilización de una prueba no-paramétrica, la prueba *U* de Mann-Whitney, encontrando diferencias estadísticamente significativas; así, el grupo con trastornos psicóticos, presentó una puntuación mayor de experiencias traumáticas en comparación con el grupo de comparación (Rango Promedio clínica = 168,08; Rango Promedio adultos jóvenes no clínicos = 106,06; *U* de Mann-Whitney 4446; $p \leq 0,001$).

7.3.2. Diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas y psicosis

Con la finalidad de extraer información cualitativa sobre los diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas medidas en el ExpTra-S, se procedió a analizar los porcentajes de pacientes que respondieron a las diferentes opciones de respuesta de los diferentes ítems (ver Tabla 7.9).

Como se puede ver en la Tabla 7.9, el 27, 2% de pacientes con psicosis manifestaron que al menos en alguna ocasión *le castigaron dándole golpes con un objeto duro como un cinturón, una tabla o una cuerda*, siendo algo inferior el porcentaje de pacientes que manifestaron que *algún familiar le pegó tan fuerte que le dejó cardenales o marcas en su cuerpo* (21,1%). Por lo que se refiere al abuso sexual, el 13,2 % de los pacientes con psicosis refirieron que *alguien trató de obligarle (en contra de su voluntad) a hacer cosas relacionadas con el sexo*. Respecto al abuso emocional, el 26,2 % de los pacientes con psicosis informaron que *cuando era niño algún familiar le insultó de forma habitual y repetida*; del mismo modo, el 22,8 % refirieron que *los comentarios que hacían sus padres sobre sus comportamientos eran insultantes o le herían, incluso haciéndole llorar*. Por último en cuanto al abandono de las necesidades físicas y emocionales, el abandono emocional, un 38, 6% manifestó que en alguna ocasión *se ha sentido inseguro, desprotegido y con falta de amor por parte de su familia*, mientras que si se tienen en cuenta los ítems que evalúan el abandono físico, la prevalencia es menor, refiriendo el 12,2% que *cuando estaba enfermo no le llevaron al médico por dejadez o por despreocupación*.

Si tenemos en cuenta la intensidad con la que se producen dichas experiencias, en la todas las experiencias evaluadas los pacientes refieren en mayor proporción una intensidad baja, pues la mayoría de pacientes informan de que dichas experiencias se han producido “a veces”, siendo las situaciones de abandono y maltrato emocional las que han sido referidas con una mayor intensidad. Así, el 7,0% de los pacientes con psicosis informó que *“casi siempre” se ha sentido inseguro, desprotegido y con falta de amor por parte de su familia*, y el 6,1 % manifestó con la misma intensidad que *cuando era niño algún familiar le insultó de forma habitual y repetida*.

Tabla 7.9

Porcentajes de pacientes que respondieron a las opciones de respuesta de los ítems de frecuencia del ExpTra-S

Ítems	Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi Siempre
1-¿Sus padres o un familiar cercano le golpearon tan fuerte que tuvo que ir al médico o al hospital?	85,1	12,3	2,6	0
2-¿Algún familiar le pegó tan fuerte que le dejó cardenales o marcas en su cuerpo?	78,1	16,7	4,4	0,9
3-¿Le castigaron dándole golpes con un objeto duro como un cinturón, una tabla o una cuerda?	72,8	25,4	1,8	0
4-¿Le golpearon tan fuerte que otra persona, como un profesor, un vecino o un médico se dio cuenta?	89,5	8,8	1,7	0
5-¿Alguien abusó físicamente de usted?	81,6	14,0	2,6	1,8
6-¿Alguien abusó sexualmente de usted?	87,7	10,5	1,8	0
7- ¿Alguien trató de obligarle (en contra de su voluntad) a hacer cosas relacionadas con el sexo?	86,8	12,3	0,9	0
8-¿Cuándo era niño algún familiar le insultó de forma habitual y repetida?	73,7	14,0	6,1	6,1
9- ¿Sus padres o familiares cercanos le dijeron que mejor sería que no hubiera nacido?	77,2	18,4	4,4	0
10- ¿Los comentarios que hacían sus padres sobre sus comportamientos eran insultantes o le herían, incluso haciéndole llorar?	77,2	14,9	6,1	1,8
11- ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que sus padres o familiares cercanos le odiaban?	70,2	18,4	6,1	5,3
12- ¿Abusaron emocionalmente de usted?	66,7	22,8	8,8	1,8
13- ¿Se ha sentido odiado o rechazado por su familia?	65,8	21,1	7,9	5,3
14- ¿Se ha sentido inseguro, desprotegido y con falta de amor por parte de su familia?	61,4	26,3	5,3	7,0
15- ¿Cuando estaba enfermo no le llevaron al médico por dejadez o por despreocupación?	87,7	6,1	3,5	2,6
16- ¿Con qué frecuencia alguno de sus padres bebía y se emborrachaba y no cuidaron de usted o de sus hermanos?	80,7	7,0	8,8	3,5
17- ¿Sus padres o familiares cercanos le han dicho que podría ser un fracasado en la vida?	75,4	14,9	4,4	5,3
18- ¿Alguna vez ha sufrido algún acontecimiento traumático (p. ej., accidente, pérdida de un familiar cercano, etc.) sobre el cual no se le haya preguntado anteriormente, que considere que fue importante, y que le provocó malestar?	47,4	37,7	12,3	2,6

Del mismo modo, aunque la estructurada dimensional subyacente a las puntuaciones es esencialmente unidimensional, se ha decidido recabar información por las diferentes facetas o tipos de experiencias que recoge el instrumento de medida. Esta información tiene valía o relevancia desde un punto de vista clínico, ya que puede orientar al clínico en el tratamiento y la intervención. Se agruparon a los ítems en función del tipo de experiencias traumática evaluada y se obtuvieron las puntuaciones medias y prevalencias de los pacientes que refirieron algún tipo de experiencia traumática temprana (véase Tabla 7.10).

Tabla 7.10

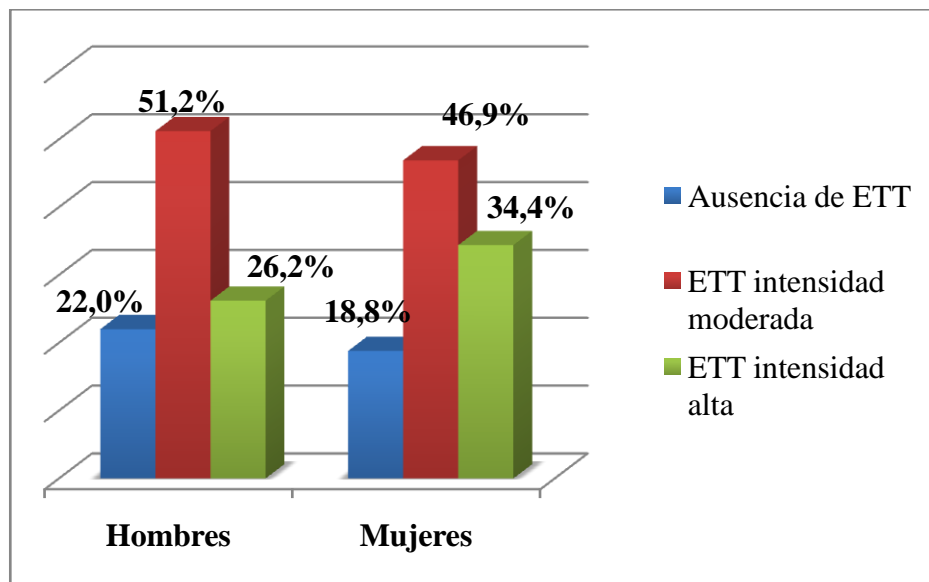
Puntuaciones medias y prevalencia en los diferentes tipos de experiencias traumáticas medidas en el ExpTra-S

Ítems y tipos de experiencias traumáticas del ExpTra-S	Media (DT)	n	%
Abuso Físico (ítems 1,2,3,4 y 5)	0,47 (0,32)	45	41
Abuso Sexual (ítems 6 y 7)	0,83 (0,38)	18	16,9
Maltrato Emocional (ítems 8,9,10,11,12, y 17)	0,68 (0,56)	58	52,6
Abandono Emocional (ítems 13 y 14)	1,20 (0,75)	48	43,6
Abandono Físico (ítems 15 y 16)	1,03 (0,43)	27	24,5
Otras experiencias traumáticas (ítem 18)	1,32 (0,57)	58	52,7

Así, junto con el ítem 18, que hace referencia a cualquier otro tipo de acontecimiento traumático ocurrido sobre el cual no se haya preguntado anteriormente, las experiencias traumáticas más referidas por los pacientes con psicosis tienen que ver con situaciones que suponen un maltrato emocional (52,6%) seguido de las experiencias que suponen un abandono de las necesidades emocionales (43,6%). En cambio, los abusos sexuales serían las experiencias que en menor medida refieren los pacientes con psicosis (16,9%), seguidas de las experiencias que suponen un abandono físico (24,5%).

7.4. Prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas en función del sexo

Del mismo modo, se examinó la prevalencia de dichas experiencias en función del sexo. Se encontró que, el 22 % de los hombres no refería historia previa de traumas, el 51,2 % refirió la presencia de experiencias traumáticas tempranas en grado moderado y el 26,2% en grado alto. Por lo que se refiere a las mujeres, el 18,8 % no presentaron experiencias traumáticas tempranas, el 46,9% presentaron dichas experiencias con frecuencia moderada, y con frecuencia alta el 34,4% (ver Figura 7.3).



Nota. ETT: Experiencias Traumáticas Tempranas

Figura 7.3. Prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en función del sexo en la muestra clínica.

Para estudiar si existían diferencias en la presencia de experiencias traumáticas tempranas según las puntuaciones del ExpTra-S en función del sexo en la muestra clínica, se llevó a cabo la prueba *U* de Mann-Whitney para muestras no paramétricas. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (Rango Promedio hombre = 54,46; Rango Promedio mujer = 58,27; *U* de Mann-Whitney 1117; $p = 0,574$).

7.5. Relación entre los síntomas psicóticos y las experiencias traumáticas tempranas

Previo al estudio de la relación entre la sintomatología psicótica y las experiencias traumáticas tempranas, en la Tabla 7.11 se recogen los estadísticos descriptivos de los diferentes instrumentos de medida empleados referidos, a la media, desviación típica, y las puntuaciones mínimas y máximas.

Tabla 7.11

Estadísticos descriptivos de los diferentes instrumentos de medida

	Media	DT	Mínimo	Máximo
ExpTra-S				
ExpTra-S puntuación total	5,69	6,44	0	29
CAPE-42				
Dimensión Positiva	1,47	0,41	1	3,10
Dimensión Negativa	1,90	0,56	1	3,43
Dimensión Depresiva	1,88	0,58	1	4
STORI				
Estadio 1	16,40	12,29	0	47
Estadio 2	105,57	32,96	14	161
Estadio 3	24,13	7,93	0	35
RSQ				
Puntuación total	62,37	4,88	50	73
ISMI				
Alineación	14,05	3,87	6	24
Aprobación del estereotipo	12,50	3,67	7	25
Experiencia discriminatoria	10,37	3,17	5	19
Aislamiento social	12,53	3,91	6	23
Resistencia al estigma	10,91	2,77	5	20
ISMI puntuación total	60,38	13,44	36	109
IIS				
Puntuación total	7,30	6,10	0	27
EES				
Puntuación total	12,73	11,90	0	63

Para estudiar la relación entre los síntomas centrales de la psicosis y las experiencias traumáticas tempranas se realizó una correlación de Pearson entre las dimensiones de la Escala comunitaria de Experiencias Psíquicas (CAPE-42) y la puntuación total del ExpTra-S. Como se puede observar (Tabla 7.12), la puntuación total del ExpTra-S únicamente correlacionó de forma moderada con la puntuación de los síntomas positivos de la CAPE-42. En este sentido, las experiencias traumáticas tempranas se asocian con los síntomas positivos del fenotipo psicótico (experiencias perceptivas extrañas, pensamiento mágico o ideación paranoide) pero no con los síntomas negativos ni con los depresivos.

Tabla 7.12

Correlaciones de Pearson entre la puntuación total (frecuencia y malestar) del ExpTra-S y la CAPE-42

CAPE-42	ExpTra-S	
	Puntuación total frecuencia	Puntuación total malestar
Dimensión Positiva	0,253**	0,206**
Dimensión Negativa	0,060	0,093
Dimensión Depresiva	0,071	0,066

* $p \leq 0,01$

7.6. Influencia de las experiencias traumáticas tempranas en el curso y en la evolución de los trastornos psicóticos

Seguidamente, se procedió a estudiar la influencia de la presencia de experiencias traumáticas tempranas en un grupo de variables que han sido relacionadas con el curso y la evolución de los trastornos psicóticos. Las variables estudiadas fueron: la edad del primer brote psicótico, el número de brotes, el número de hospitalizaciones, la presencia de ideas e intentos de suicidio y el abuso de sustancias. A continuación, en la Tabla 7.13, se muestra la prevalencia de cada una de estas variables.

Tabla. 7.13

Prevalencia de variables clínicas relacionadas con el curso de la psicosis

Variable	Sin ETT	Con ETT	Total
Edad del primer brote psicótico			
Media (DT)	24,81 (7,43)	25,88 (7,87)	25,65 (7,76)
Nº de brotes psicóticos			
Media (DT)	1,41 (0,66)	2,83 (1,79)	2,55 (1,72)
Nº de hospitalizaciones			
Media (DT)	0,80 (0,52)	1,56 (1,65)	1,41 (1,53)
Ideas de suicidio			
Sí, n (%)	8 (36,4%)	50 (56,8%)	58 (52,7%)
No, n (%)	14 (63,6%)	38 (43,2%)	52 (47,3%)
Intentos de suicidio			
Sí, n (%)	3 (13,6%)	18 (20,5%)	21 (19,1%)
No, n (%)	19 (86,4%)	70 (79,5%)	89 (80,9%)
Abuso de sustancias			
Nunca, n, (%)	12 (54,5%)	39 (44,3%)	51 (46,4%)
A veces, n (%)	5 (22,7%)	27 (30,7%)	32 (29,1%)
Frecuentemente, n (%)	5 (22,7%)	17 (17,0%)	20 (18,2%)
Dependiente, n (%)	0 (0 %)	7 (8 %)	7 (6,4%)

Nota. ETT: Experiencias Traumáticas Tempranas

Para estudiar la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en la edad del primer brote psicótico, el número de brotes y el número de hospitalizaciones, se llevó a cabo la prueba no-paramétrica de Kruskal-Wallis. Los resultados mostraron diferencias significativas en el número de brotes entre los pacientes con experiencias traumáticas previas y los que no refieren dichas experiencias. Así, los pacientes que refieren historia previa de experiencias traumáticas presentan un mayor número de brotes psicóticos. Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la edad del primer brote, ni en el número de hospitalizaciones (ver Tabla 7.14).

Tabla. 7.14

Influencia de las experiencias traumáticas tempranas en la edad del primer brote psicótico, el número de brotes y el número de hospitalizaciones

	ETT	Rango Promedio	χ^2	g.l	p
Edad del primer brote	Ausencia	50,41	0,238	2	0,888
	ETT moderada	53,24			
	ETT alta	54,57			
Números de brotes	Ausencia	34,80	15,434	2	$\leq 0,001$
	ETT moderada	56,65			
	ETT alta	68,08			
Número de hospitalizaciones	Ausencia	42,35	3,320	2	0,190
	ETT moderada	56,04			
	ETT alta	52,66			

Nota. ETT: Experiencias Traumáticas Tempranas

Para saber entre qué grupos se dan estas diferencias, como la prueba de Kruskal-Wallis no dispone de contrastes post-hoc, es necesario utilizar la prueba de *U* de Mann-Whitney, comparando los grupos dos a dos, lo que supone un total de 3 comparaciones. Teniendo en cuenta que al tener 3 grupos (en función del grado de intensidad de las experiencias traumáticas) se tienen que hacer 3 comparaciones, hay que corregir el aumento que se produce en el error tipo I. Para ello, se utilizó la corrección de Bonferroni, que consiste en dividir la significación encontrada en cada comparación entre el número de comparaciones realizadas ($*\alpha = \alpha/c$, donde *c* es el número de comparaciones llevadas a cabo). De este modo, el nivel de significación se situó en $\alpha = 0,017$ (ver Tabla 7.15).

Tabla 7.15

Prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de las diferencias en el número de brotes psicóticos en función de la intensidad de las experiencias traumáticas previas

Grupos 2 a 2 con los grados del ETT	Números de brotes Rango Promedio	<i>U</i> de Mann-Whitney	p
Ausencia- ETT moderada	29,36- 44,11	393,00	$\leq 0,006$
Ausencia- ETT alta	16,93- 34,15	119,50	$\leq 0,001$
ETT moderada- ETT alta	41,54- 49,94	715,00	0,129

Nota. ETT: Experiencias Traumáticas Tempranas

Los resultados obtenidos mostraron que existieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sin experiencias traumáticas previas y los pacientes con experiencias traumáticas en grado moderado y alto en el número de brotes psicóticos. No se han observado dichas diferencias entre los pacientes con experiencias traumáticas tempranas en intensidad moderada y alta. De este modo, los pacientes con presencia de experiencias traumáticas tempranas presentan un mayor número de brotes psicóticos, en comparación con los que no refieren dichas experiencias. Sin embargo, parece que el número de brotes no se incrementa cuando aumenta la intensidad de las experiencias traumáticas previas.

Por último, por lo que se refiere a las ideas e intentos de suicidio y el abuso de sustancias, como se puede ver en la Tabla 7.16, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las ideas de suicidio, pero no en los intentos de suicidio ni en el abuso de sustancias. De este modo, la presencia de experiencias traumáticas tempranas se relacionó con mayores ideas de suicidio.

Tabla. 7.16

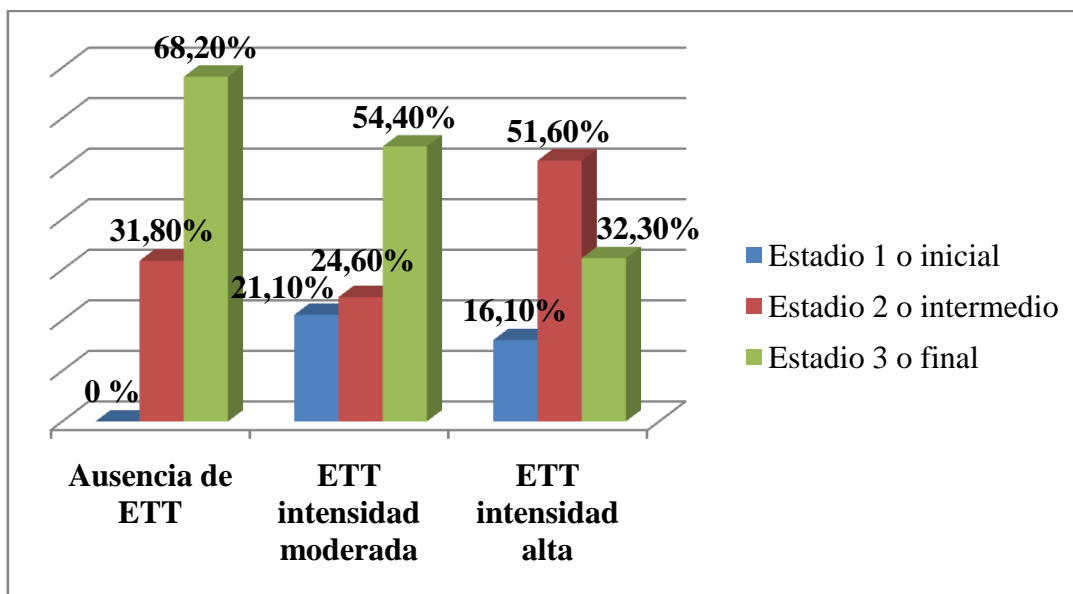
Influencia de las experiencias traumáticas tempranas en la presencia de ideas e intentos de suicidio y el abuso de sustancias

		ExpTra-R	<i>U</i> de Mann-	
		<i>Rango Promedio</i>	Whitney	<i>p</i>
Ideas de suicidio	Con	61,48	1161,0	≤0,036
	Sin	48,83		
Intentos de suicidio	Con	59,67	847,0	0,502
	Sin	54,52		
Abuso de sustancias	Nunca	50,14	4,398	0,222
	A veces	60,56		
	Frecuentemente	55,00		
	Dependiente	72,86		

7.7. Recuperación en psicosis y experiencias traumáticas tempranas

7.7.1. Estadios de recuperación en los trastornos psicóticos y experiencias traumáticas tempranas

En la Figura 7.4 se muestra el porcentaje de personas de la muestra clínica que se encuentran en cada uno de los estadios de recuperación medidos a través del Cuestionario de Estadios de Recuperación (STORI), según la versión española (Lemos-Giráldez et al., 2015), teniendo en cuenta la presencia o ausencia de experiencias traumáticas previas, así como la intensidad de dichas experiencias.



Nota. ETT: Experiencias Traumáticas Tempranas.

Figura 7.4. Porcentaje de personas en cada uno de los estadios de recuperación en función del grado de experiencias traumáticas tempranas.

Como se puede ver, la mayoría de pacientes con psicosis que no han sufrido experiencias traumáticas tempranas se encuentran en el nivel de recuperación más alto (68,20%), no encontrándose ningún sujeto en el Estadio 1, es decir, el nivel más bajo de recuperación. Sin embargo, las personas con experiencias traumáticas previas se encuentran en mayor proporción en los estadios iniciales. Así, el 21,10% de los pacientes que refiere experiencias traumáticas tempranas con una intensidad moderada,

y el 16,10% que refiere dichas experiencias en intensidad grave, se encuentran en el Estadio 1, alcanzando el Estadio 3 el 54,40% en el caso de los pacientes con experiencias traumáticas tempranas en intensidad moderada y el 32,30% en los de intensidad alta.

En cuanto a la relación entre los diferentes estadios de recuperación medidos a través del STORI y la puntuación total del ExpTra-S, como se puede observar en la Tabla 7.17, existe una correlación positiva entre la puntuación total del ExpTra-S (tanto en la frecuencia como en el malestar) y el Estadio 1. En este sentido, las experiencias traumáticas tempranas y el malestar provocado por dichas experiencias se asocian con el nivel más bajo de recuperación.

Tabla 7.17

Correlaciones de Pearson entre la puntuación total (frecuencia y malestar) del ExpTra-S y los estadios del STORI.

STORI	ExpTra-S	
	Puntuación total frecuencia	Puntuación total malestar
Estadio 1	0,232*	0,227*
Estadio 2	0,086	0,078
Estadio 3	-0,124	-0,103

* $p \leq 0,05$

A continuación, para el estudio de las diferencias entre los diferentes estadios de recuperación en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas, se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para K muestras independientes, obteniendo diferencias estadísticamente significativas (Rango Promedio estadio 1 = 68,62; Rango Promedio estadio 2 = 64,99; Rango Promedio estadio 3 = 45,25; Chi cuadrado = 12,130; $p \leq 0,05$).

Por último, para saber entre qué grupos se dan estas diferencias, como la prueba de Kuskal-Wallis no dispone de contrastes post-hoc, es necesario utilizar la prueba U de Mann-Whitney comparando los grupos dos a dos, lo que supone un total de 3 comparaciones. Para corregir el aumento que se produce en el error tipo I, se utilizó la corrección de Bonferroni. De este modo, el nivel de significación se situó en $\alpha = 0,017$.

Como puede verse en la Tabla 7.18, existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que se encuentran en el estadio inicial y los que se encuentran en el final, y también entre los que se encuentran en el estadio intermedio y en el estadio final. Esto quiere decir que los pacientes que se encuentran en el estadio inicial y los que se encuentran en el estadio intermedio presentan más experiencias traumáticas tempranas que los que se encuentran en el estadio final, no existiendo diferencias entre los pacientes de los estadios 1 y 2.

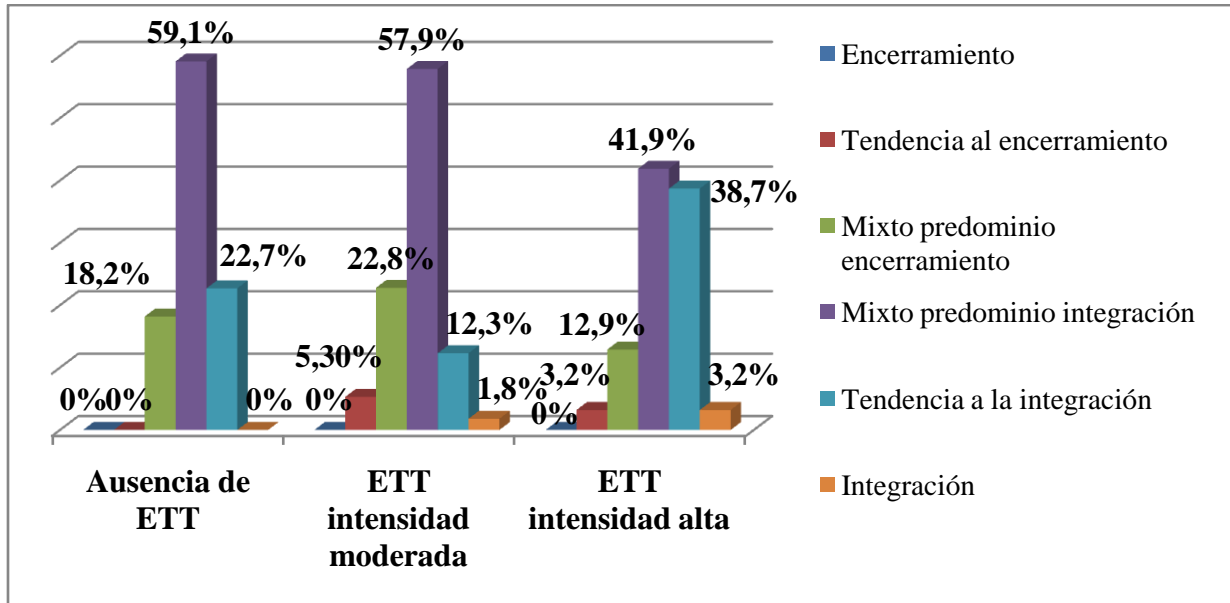
Tabla 7.18

Prueba U de Mann-Whitney para el análisis de las diferencias en los estadios del STORI en función de la puntuación total del ExpTra-S

Grupos 2 a 2 con los estadios del STORI	Rango Promedio ExpTra-S	U de Mann-Whitney	p
Estadio 1- Estadio 2	27,94 - 27,30	307,00	0,889
Estadio 1- Estadio 3	49,68 - 33,15	260,50	≤0,004
Estadio 2- Estadio 3	56,69 - 40,60	677,50	≤0,004

7.7.2. Estilos de recuperación en los trastornos psicóticos y experiencias traumáticas tempranas

En la Figura 7.5 se recogen los porcentajes de personas de la muestra clínica que se encontraban en cada uno de los estilos de recuperación medidos a través del Cuestionario de Estilos de Recuperación (RSQ), en función del grado de experiencias traumáticas tempranas referidas. Los pacientes con experiencias traumáticas previas presentaron estilos de recuperación más heterogéneos en comparación con los pacientes que no tenían historia previa de experiencias traumáticas. La mayoría de pacientes presentaron un estilo mixto con predominio a la integración, no presentando ningún paciente el estilo de encerramiento. Los pacientes con experiencias traumáticas previas de intensidad alta fueron los que presentaron mayor tendencia a la integración.



Nota. ETT= Experiencias Traumáticas Tempranas

Figura 7.5. Porcentaje de pacientes en cada uno de los estilos de recuperación en función del grado de ETT.

A continuación, con el fin de estudiar la relación entre los estilos de recuperación y la presencia de experiencias traumáticas tempranas, se llevó a cabo la correlación de Pearson entre la puntuación total del ExpTra-S y la puntuación total del RSQ. Los resultados obtenidos indicaron que no existía relación estadísticamente significativa ($r = 0,136$; $p = 0,156$). Por último, se estudió la existencia de diferencias en el estilo de recuperación en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Como se puede ver en la Tabla 7.19, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 7.19

Prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de las diferencias en el estilo de recuperación en función del grado de experiencias traumáticas tempranas

ETT	RSQ Rango Promedio	χ^2	g.l	p
Ausencia de ETT	53,95			
ETT en intensidad moderada	50,24	5,174	2	0,075
ETT en intensidad alta	66,27			

Nota. ETT= Experiencias Traumáticas Tempranas.

7.8. Experiencias traumáticas tempranas y variables relacionadas con el proceso de recuperación: el estigma, el impacto de la enfermedad y las experiencias subjetivas de déficit cognitivos

Con el fin de estudiar la relación entre la presencia de experiencias traumáticas tempranas y variables que han sido relacionadas con el proceso de recuperación como el estigma, el impacto de la enfermedad y las experiencias subjetivas de déficit cognitivos, se llevó a cabo la correlación de Pearson entre las puntuaciones en frecuencia y malestar del ExpTra-S y las subescalas de la Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI), la puntuación total de la Escala de Impacto de la Enfermedad (IIS) y la Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona (EES) (ver Tabla 7.20).

Tabla 7.20

Correlaciones de Pearson entre la puntuación del ExpTra-S la puntuación total y las subescalas del ISMI y la puntuación total del IIS y del EES

	ExpTra-S	
	Puntuación total frecuencia	Puntuación total malestar
ISMI		
Alineación	0,256**	0,726**
Aprobación del estereotipo	0,226*	0,647**
Experiencia discriminatoria	0,354**	0,606**
Aislamiento social	0,228**	0,580**
Resistencia al estigma	0,018	-0,317**
ISMI puntuación total	0,289**	0,253**
IIS		
Puntuación total	0,050	-0,184
EES		
Puntuación total	0,186	0,203*

* $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Los resultados mostraron correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones del ExpTra-S, tanto de frecuencia como de malestar, y la puntuación total del ISMI, lo que indica que la presencia de experiencias traumáticas previas está relacionada con más estigma. Al mismo tiempo, se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas con varias subescalas del ISMI; así, a mayor presencia de experiencias traumáticas tempranas, más alineación, más aprobación del estereotipo, más experiencia discriminatoria y más aislamiento social.

Respecto a las experiencias psicóticas subjetivas, no se ha encontrado correlación entre la puntuación total en frecuencia del ExpTra-S y la puntuación total del EES, aunque sí se ha encontrado con la puntuación total malestar. Así, el malestar producido por la presencia de experiencias traumáticas tempranas está relacionado con el incremento en las quejas subjetivas de déficit cognitivos. No se ha encontrado relación entre el impacto de la enfermedad -medido a través del IIS- y la presencia de experiencias traumáticas tempranas.

Por último, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para estudiar la existencia de diferencias en el estigma y en el impacto de la enfermedad en función del grado de experiencias traumáticas tempranas. Como se puede ver en la Tabla 7.21, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el impacto de la enfermedad en función de los diferentes grados de experiencias traumáticas tempranas. En cambio, sí existieron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales del EES y del ISMI y en sus subescalas, a excepción de la resistencia al estigma. Así, la presencia de experiencias traumáticas tempranas está relacionada con el estigma y las quejas subjetivas de déficit cognitivos.

Tabla 7.21

Prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de las diferencias en el estigma, en el impacto de la enfermedad y en las experiencias subjetivas en función del grado de las experiencias traumáticas tempranas

	ETT	<i>Rango Promedio</i>	χ^2	g.l	<i>p</i>
ISMI					
Alineación	Ausencia de ETT	29,77	18,257	2	$\leq 0,001$
	ETT moderada	60,69			
	ETT alta	64,21			
Aprobación del estereotipo	Ausencia de ETT	32,18	14,932	2	$\leq 0,001$
	ETT moderada	60,43			
	ETT alta	62,98			
Experiencia discriminatoria	Ausencia de ETT	33,57	16,890	2	$\leq 0,001$
	ETT moderada	56,16			
	ETT alta	69,85			
Aislamiento social	Ausencia de ETT	41,64	6,920	2	$\leq 0,031$
	ETT moderada	55,72			
	ETT alta	64,94			
Resistencia al estigma	Ausencia de ETT	49,16	2,564	2	0,278
	ETT moderada	60,09			
	ETT alta	51,56			
ISMI puntuación total	Ausencia de ETT	30,61	17,881	2	$\leq 0,001$
	ETT moderada	59,06			
	ET alta	66,61			
IIS					
IIS puntuación total	Ausencia de ETT	57,61	,125	2	0,939
	ETT moderada	55,12			
	ETT alta	54,69			
EES					
EES puntuación total	Ausencia de ETT	38,07	11,777	2	$\leq 0,003$
	ETT moderada	55,15			
	ET alta	68,52			

Nota. ETT= Experiencias Traumáticas Tempranas.

Para saber entre qué grupos se dan estas diferencias se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney, comparando los grupos dos a dos, lo que supone un total de 3 comparaciones. Se aplicó la corrección de Bonferroni con la finalidad de reducir la tasa de error tipo I. El nivel de significación se situó en $\alpha = 0,017$ (ver Tabla 7.22).

Tabla 7.22

Prueba U de Mann-Whitney para el análisis de las diferencias en grados de ETT en función de la puntuación total del EES y la puntuación total y las subescalas del ISMI

	Grupos 2 a 2 con los grados de ETT	Rango Promedio	U de Mann-Whitney	p
ISMI				
	Ausencia- ETT moderada	23,95- 46,19	274,00	≤0,001
Alineación	Ausencia- ETT alta	17,32- 33,87	128,00	≤0,001
	ETT moderada- ETT alta	43,50- 46,34	826,50	0,617
Aprobación del estereotipo	Ausencia- ETT moderada	25,43- 45,62	306,50	≤0,001
	Ausencia- ETT alta	18,25- 33,21	148,50	≤0,001
	ETT moderada- ETT alta	43,81- 45-77	844,00	0,729
Experiencia discriminatoria	Ausencia- ETT moderada	27,89- 44,68	360,50	≤0,003
	Ausencia- ETT alta	17,18- 33,97	125,00	≤0,001
	ETT moderada- ETT alta	40,48- 51-89	654,50	0,044
Aislamiento social	Ausencia- ETT moderada	32,55- 42,88	463,00	0,072
	Ausencia- ETT alta	20,59- 31,55	200,00	≤0,011
	ETT moderada- ETT alta	41,84- 49,39	732,00	0,184
Resistencia al estigma	Ausencia- ETT moderada	34,23-42,23	500,00	0,161
	Ausencia- ETT alta	26,43- 27,40	328,50	0,820
	ETT moderada- ETT alta	46,86- 40,16	749,00	0,236
ISMI puntuación total	Ausencia- ETT moderada	25,75- 45,50	313,50	≤0,001
	Ausencia- ETT alta	16,36- 34,55	107,00	≤0,001
	ETT moderada- ETT alta	42,56- 48,08	773,00	0,334
EES				
EES puntuación total	Ausencia- ETT moderada	30,75- 43,57	423,50	0,026
	Ausencia- ETT alta	18,82- 32,81	161,00	≤0,001
	ETT moderada- ETT alta	40,58- 51,71	660,00	0,051

Nota. ETT= Experiencias Traumáticas Tempranas.

Los resultados obtenidos mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sin experiencias traumáticas previas y los pacientes con estas experiencias en grado moderado y alto en la puntuación total y en la mayoría

de subescalas del ISMI. Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre los pacientes con experiencias traumáticas tempranas de intensidad moderada y alta. De este modo, los pacientes con presencia de experiencias traumáticas tempranas presentan un mayor estigma en comparación con los que no refieren dichas experiencias. Sin embargo, parece que el estigma no se incrementa cuando aumenta la intensidad de las experiencias traumáticas previas.

Por lo que se refiere a las experiencias subjetivas, los resultados indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sin experiencias traumáticas tempranas y los pacientes con experiencias traumáticas tempranas en grado elevado. Así, las quejas subjetivas de déficit cognitivos se hacen más evidentes cuando la intensidad de las experiencias traumáticas temprana es elevada.

Capítulo VIII:

Discusión y conclusiones

A continuación, se discuten los principales resultados de esta tesis en función de los objetivos planteados, así como las principales limitaciones y futuras líneas de investigación, con el propósito de ofrecer un mejor conocimiento y comprensión de las experiencias traumáticas tempranas y su relación con el proceso de recuperación de los trastornos psicóticos.

8.1. Discusión

Sobre el objetivo 1: desarrollar un instrumento de medida breve, sencillo y útil que permita detectar de forma rápida y precisa la presencia de experiencias traumáticas en pacientes con psicosis

Uno de los objetivos principales de este trabajo de investigación fue el desarrollo de un instrumento de medida breve, sencillo y útil que permitiese evaluar la presencia de experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis. La consecución de este objetivo es de suma importancia, ya que en la actualidad no existe ningún instrumento de medida específico para la evaluación de este tipo de experiencias en población clínica española. Del mismo modo, a nivel internacional son escasos los instrumentos de medida que evalúan el malestar experimentado por los pacientes ante dichas experiencias traumáticas.

El proceso de construcción ExpTra-S, se realizó de acuerdo a las directrices internacionales para la construcción de instrumentos de medida (*American Educational Research Association* et al., 1999; Downing, 2006; Schmeiser y Welch, 2006; Wilson, 2005), siguiendo una serie de fases que permitiesen asegurar el proceso de construcción de una forma sistemática y rigurosa (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008). El banco de ítems se construyó a partir de una revisión exhaustiva de los instrumentos existentes para la valoración de las experiencias traumáticas tempranas en adultos y del juicio de expertos en la temática. Los ítems que formaron el banco fueron seleccionados o

modificados a partir de diferentes escalas y/o de nueva creación. Todos los ítems se construyeron y se redactaron en función de los criterios de sencillez, claridad, comprensibilidad y adecuación a la población de interés. La traducción, adaptación y construcción de los ítems se llevó a cabo siguiendo las directrices internacionales para la traducción y adaptación de tests (Hambleton, Merenda y Spielberg, 2005; Muñiz y Bartram, 2007; Muñiz et al., 2013), y la construcción de ítems de elección múltiple (Haladyna, 2002; Moreno et al., 2006). Se incorporó un formato de respuesta tipo *Likert* que, como señala la literatura psicométrica al respecto, mejora la fiabilidad y la validez de los resultados, así como la satisfacción de respuesta de los usuarios (Lozano et al., 2008; Markon et al., 2011; Muñiz et al., 2005).

El ExpTra-S es un instrumento de medida breve formado por 18 ítems con una redacción sencilla y comprensible. La utilización de una redacción sencilla es importante, más aún si tenemos en cuenta que muchos pacientes con psicosis suelen presentar cierto grado de deterioro cognitivo (Chico del Río et al., 2013). Del mismo modo, se debe mencionar la relevancia de disponer de instrumentos de medida que supongan un ahorro de tiempo y esfuerzo, ya que la excesiva longitud merma la motivación de los pacientes. En la literatura se pueden encontrar autoinformes que miden experiencias traumáticas tempranas en adultos que cuentan con más de 50 ítems, como el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein et al., 1994) o el *Early Trauma Inventory* (ETI) (Bremner et al., 2000).

El ExpTra-S es un cuestionario desarrollado específicamente para analizar el tipo, la frecuencia y el grado de malestar asociado de diferentes experiencias traumáticas tempranas. No se trata de un instrumento de medida que recoja todas las experiencias traumáticas posibles; sin embargo, sí recoge las experiencias traumáticas que han sido consideradas más frecuentes en la infancia (Bernstein et al., 2003). Esto es importante, pues como señalan Roy y Perry (2004), muchos de los instrumentos de medida existentes para la evaluación de experiencias traumáticas tempranas, se centran en evaluar un solo tipo de trauma. En este sentido, estudios previos, se han centrado a menudo en estudiar únicamente un tipo de trauma en la infancia, generalmente el abuso sexual o el físico, a pesar de que la literatura previa indica que los diferentes tipos de abusos suelen darse de forma conjunta (Bernstein et al., 2003). Del mismo modo, ninguno de los instrumentos de los que se dispone en la literatura especializada, evalúa el malestar asociado a dichas experiencias. Esto es importante, ya que desde un punto de

vista clínico, la forma en la que el paciente procesa y maneja el trauma es fundamental para la elaboración de las experiencias traumática.

Sobre el objetivo 2: analizar las propiedades psicométricas del instrumento de medida y obtener diferentes evidencias de validez y fiabilidad en una muestra de pacientes con psicosis

Los resultados parecen indicar que el ExpTra-S presentó un comportamiento psicométrico adecuado en esta muestra de pacientes con trastorno mental grave. Las puntuaciones del ExpTra-S han mostrado ser fiables en lo referente a la consistencia interna. Asimismo, se han recogido diferentes evidencias de validez sobre las experiencias traumáticas tempranas. A continuación se comentan y discuten las propiedades psicométricas del ExpTra-S.

Estimación de la fiabilidad

La fiabilidad se concibe como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite. Para estimar empíricamente los estadísticos de fiabilidad se emplean diversos diseños de recogida de datos que reflejan distintas repeticiones del proceso de medida (Prieto y Delgado, 2010). En este sentido, para analizar la fiabilidad de las puntuaciones del ExpTra-S, se realizó el estudio de la consistencia interna del mismo, obteniendo un valor del coeficiente alfa ordinal de 0,96. Estos resultados son bastante similares a los obtenidos por otros instrumentos de medida que evalúan experiencias traumáticas tempranas como, el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), y el *Early Trauma Inventory* (ETI), ambos con un alfa de Cronbach superior a 0,90 (Bernstein et al., 1994; Bremner et al., 2000).

Pocos estudios han estimado la fiabilidad de las puntuaciones utilizando el alfa ordinal. El alfa ordinal es equivalente al alfa de Cronbach, la diferencia fundamental entre ambos es que el alfa ordinal se basa en la matriz de correlación policóricas (por ejemplo, formato de respuesta dicotómica), en lugar de matriz de covarianzas Pearson. (Elosúa y Zumbo, 2008).

Evidencias de validez

En la actualidad se considera que la validez, definida como el grado en que las interpretaciones y los usos que se hacen de las puntuaciones están justificados científicamente; es la propiedad psicométrica más importante (Prieto y Delgado, 2010). La validez no es un concepto unitario, si no que proviene de diversas fuentes, la importancia otorgada cada una de ellas dependerá de los objetivos del test (Elosúa, 2003). En esta línea, en la presente investigación se han establecido evidencias de validez de contenido, de estructura interna y de relación con otras variables. Asimismo se ha llevado a cabo el estudio del Funcionamiento Diferencial de los Ítems (DIF) en función del sexo, proceso importante para garantizar la equidad en el proceso de medición (Zumbo, 2007).

Para examinar la validez de contenido de los ítems del ExpTra-S, se llevó a cabo un juicio de expertos, y una revisión exhaustiva de los diferentes autoinformes existentes en la literatura para la evaluación de las experiencias traumáticas en pacientes con trastorno mental grave. Este hecho garantiza, entre otros aspectos, que el cuestionario recoja muestras adecuadas de comportamiento del constructo que es objeto de medición y que sus facetas estén adecuadamente representadas, evitando fuentes de varianza irrelevante así como la posible infra o sobrerrepresentación de contenidos.

Con respecto a la validez de la estructura interna, se analizó la dimensionalidad de las puntuaciones del ExpTra-S, revelando una estructura esencialmente unidimensional. A partir de estos resultados se considera pertinente la construcción de una puntuación total que refleja la dimensión o variable latente de *Experiencias traumáticas*. Es digno de mencionar que la puntuación total del ExpTra-S se ha construido en función de criterios sustantivos y empíricos, lo cual permite obtener mayores evidencias de validez a partir de las puntuaciones de los participantes en este instrumento de medida.

En la actualidad la dimensionalidad de este constructo no se encuentra estudiada en profundidad. Si bien en los últimos años, se han desarrollado varios instrumentos que han incorporado metodológicamente un enfoque más sofisticado en la evaluación de las experiencias traumáticas infantiles, se ha prestado relativamente poca atención a las evidencias de validez (Bernstein et al., 2003), siendo escasos los estudios que aportan

información sobre la validez de constructo de los instrumentos utilizados (Burgermeister, 2007).

La validez de relación con otras variables externas, se examinó analizando la relación de las puntuaciones totales obtenidas en el ExpTra-S, con las puntuaciones obtenidas en la CAPE-42 y en el EES. Los resultados obtenidos indicaron que las experiencias traumáticas, tanto frecuencia como malestar, se asociaron con los síntomas positivos del fenotipo psicótico (experiencias perceptivas extrañas, pensamiento mágico o ideación paranoide), pero no con los síntomas negativos o depresivos, ni con las experiencias subjetivas medidas a través del EES. Estos resultados son relevantes, no solo desde el punto de vista psicométrico, sino también desde el punto de vista clínico, por ello se comentaran más en profundidad en la conclusión del objetivo cinco.

Por último, se ha analizado el DIF, con el fin de determinar que la puntuación de una persona dependa del nivel de las experiencias traumáticas tempranas informadas y no esté condicionada por la pertenencia a otras variables (p. ej., sexo). Una de las principales amenazas contra la validez de las puntuaciones en los cuestionarios proviene de que la probabilidad de respuesta a los ítems no dependa únicamente del nivel del participante en la variable objeto de medición, sino que se encuentre condicionada por la influencia de otras variables (p. ej., sexo o grupo cultural de pertenencia), generando una falta de equivalencia métrica entre las puntuaciones (Elosúa, 2003). En otras palabras, se utiliza la expresión DIF para señalar aquellos ítems cuya probabilidad de acertarlo difiere, a igual nivel de habilidad en la variable de medida, entre distintos subgrupos de una población dada (Muñiz et al., 2005). Por lo tanto la ausencia de DIF permite garantizar la equidad en el proceso de medición, mientras que su presencia supone una amenaza contra la validez de los datos derivados de los tests psicológicos (Fonseca-Pedrero, 2009).

En este trabajo, el análisis del DIF se llevó a cabo con el test generalizado de Mantel-Haenszel (GMH) (Mantel y Haenszel, 1959). Ninguno de los 18 ítems que componen el ExpTra-S, presentó DIF en función del sexo, lo cual aporta una mayor fuente de validez a los datos derivados a partir del ExpTra-S. En este trabajo, no se examinó el DIF de tipo no uniforme, ni se realizaron estimaciones del tamaño del efecto, lo cual supone dos limitaciones. Para la detección de DIF de tipo no uniforme o el tamaño del efecto se pueden utilizar otros procedimientos como la regresión logística

ordinal (Zumbo, 1999). No obstante, es cierto que el procedimiento Mantel-Haenszel es uno de los más utilizados por su sencillez, bajo costo computacional y buenos resultados (Muñiz et al., 2005). El análisis del DIF se encuentra escasamente investigado en el campo de estudio de las experiencias traumáticas tempranas, por lo que futuros trabajos deberían someter a una revisión exhaustiva y sistemática los diferentes autoinformes que se utilizan para evaluar este constructo.

Baremación, corrección e interpretación del ExpTra-S

La baremación del ExpTra-S para la muestra total se realizó mediante el cálculo de los correspondientes percentiles. Para su corrección se deben sumar las puntuaciones en los ítems de frecuencia y de malestar; de este modo, se construye una puntuación total para frecuencia y una puntuación total para malestar. La interpretación de las puntuaciones de frecuencia y de malestar del ExpTra-S se establece en función de tres niveles o rangos hipotéticos de puntuaciones (nivel ausente, nivel moderado y nivel alto). La inclusión de baremos permite la comparación de los participantes con una muestra clínica de referencia. No obstante, es igualmente cierto que se hace necesario aumentar el tamaño muestral con participantes de otras comunidades y ámbitos clínicos con la finalidad de mejorar los baremos disponibles para su uso con fines clínicos o de investigación.

Sobre el objetivo 3: examinar la distribución de las experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis y la existencia de diferencias con población no clínica

Con el fin de obtener un mayor conocimiento sobre la relación trauma y psicosis, se procedió a estudiar la prevalencia de las experiencias traumáticas en pacientes con psicosis y compararla con la prevalencia de dichas experiencias en una muestra no clínica. Del mismo modo, se procedió a analizar la presencia de diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas medidas a través del ExpTra-S en los pacientes con psicosis.

Prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis y en adultos jóvenes no clínicos

La identificación de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la psicosis y sus trastornos relacionados es de suma importancia. Dentro de esta línea, las experiencias traumáticas tempranas han sido consideradas como uno de los factores predisponentes y/o precipitantes en el desarrollo de un episodio psicótico en personas con vulnerabilidad (Bendall et al., 2013; Thompson et al., 2014). En este sentido, el tercer objetivo de este trabajo fue estudiar la prevalencia de diferentes experiencias traumáticas tempranas en una muestra clínica de pacientes psicóticos y compararlo con una muestra de adultos jóvenes no clínicos. Para ello, se examinó la distribución de las muestras en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas y la intensidad de las mismas. Los resultados indicaron que el 80% de los pacientes con psicosis refería historia previa de experiencias traumáticas, frente al 48,4% del grupo de comparación. Así, la presencia de experiencias traumáticas tempranas es más frecuente en población clínica. Respecto a la frecuencia de dichas experiencias traumáticas en la muestra clínica, el 51,8% refería una intensidad moderada y el 28,2 % una intensidad alta; mientras que en el grupo de comparación, el 44,5 % presentaban dichas experiencias en grado moderado y el 3,9% en grado alto. Del mismo modo, se compararon las puntuaciones medias del ExpTra-S en función del grupo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, presentando el grupo de pacientes con psicosis una mayor puntuación de experiencias traumáticas tempranas en comparación con el grupo no clínico.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos que sugieren que los pacientes con trastornos psicóticos suelen tener una historia más severa de maltrato en la infancia que los individuos sin patología psiquiátrica (Bebbington et al., 2011, Kessler et al., 2010; Mauritz, Groossens, Draijer y van Achterberg, 2013). En esta misma línea, estudios previos indican que la presencia de experiencias traumáticas tempranas ha sido relacionada con una mayor presencia de psicopatología en la edad adulta (Carr et al., 2013; Sala et al., 2014).

Si bien en este trabajo no se ha realizado un estudio longitudinal, estos resultados parecen también señalar la importancia de las experiencias traumáticas tempranas en el desarrollo de los trastornos psicóticos. Investigaciones previas indican

que las experiencias traumáticas tempranas pueden desempeñar un papel causal relevante en el desarrollo de los trastornos psicóticos (Read et al., 2005; Spence et al., 2006). Así, la presencia de acontecimientos traumáticos en edades tempranas se han relacionado con un mayor riesgo de trastornos psicóticos en la edad adulta (Matheson et al., 2013; Varese et al., 2012), situándose la prevalencia de experiencias traumáticas en psicosis entre un 28 y un 73% (Bendall et al., 2008). Recientemente, Shah y colaboradores (2014), estudiaron la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en una muestra de 1825 pacientes con psicosis con edades comprendidas entre 18 y 64 años, encontrando que un 30,6% de los pacientes con psicosis presentaban una historia previa de abusos en la infancia. Del mismo modo, Campbell y colaboradores (2013), encontraron que el 70% de los pacientes con un primer episodio psicótico evaluados, presentaba historia previa de traumas.

Resultados similares, se han encontrado al estudiar la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en personas con alto riesgo a desarrollar psicosis (Bechdolf et al., 2010; Thompson et al., 2014; Tikka et al., 2013) y en la población general (Kelleher et al., 2008; Shevlin et al., 2011; Spauwen et al., 2006). En este línea, Velthorst y colaboradores (2013), estudiaron la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en una muestra de 123 personas con alto riesgo a desarrollar psicosis, encontrando que el 56% había presentado al menos un tipo de experiencia traumática temprana. La relación trauma-psicosis también ha sido analizada en la población general encontrando resultados similares a los encontrados en muestras clínicas. Así, la presencia de abusos previos ha sido relacionada con una mayor sintomatología psicótica, como alucinaciones o delirios (Janssen, et al., 2004; Shevlin, Houston, Dorahy y Adamson, 2008).

En nuestro país, son escasos los estudios que analizan la relación entre experiencias traumáticas tempranas y el fenotipo psicótico. Los estudios existentes, también apuntan a las experiencias traumáticas tempranas como factores predisponentes para el desarrollo de los trastornos psicóticos en la edad adulta (Frías et al., 2014), situándose la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en psicosis entre un 40 y un 75% (Álvarez et al., 2010; Ordóñez-Cambolor et al., 2014).

En consecuencia, y dado el importante porcentaje de pacientes con psicosis que suelen referir historia previa de experiencias traumáticas tempranas, es importante

evaluar la presencia de dichas experiencias en el abordaje clínico habitual con estos pacientes. Del mismo modo, dentro del campo de la prevención e intervención temprana, sería necesario explorar la presencia de dichas experiencias y promover su elaboración en los equipos de salud mental infanto-juvenil, debido al impacto que dichas experiencias pueden tener en el desarrollo de los trastornos psicóticos.

Diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas y psicosis

En la actualidad se han encontrado evidencias de que la exposición a experiencias traumáticas tempranas incrementa el riesgo a psicosis, independientemente de la naturaleza de la dicha experiencia. Así, no se ha encontrado que un tipo específico de trauma sea un predictor más potente de la psicosis (Varese et al., 2012). Sin embargo, es interesante conocer la prevalencia de los diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas, ya que investigaciones recientes han encontrado que los diferentes tipos de traumas tienen una incidencia diferente en la sintomatología psicótica (Fisher et al., 2010; Velthorst et al., 2013). Así, es posible que diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas pueden estar relacionados con diferentes tipos de trastornos psicóticos (Larsson et al., 2013).

En este sentido, y a pesar de que la estructura del ExpTra-S es esencialmente unidimensional, con el fin de obtener información sobre los diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas medidas, se procedió a agrupar los ítems en función del tipo de experiencia traumática: un 41% de los pacientes con psicosis informó de haber sufrido abusos físicos, un 19,9% abusos sexuales, un 52,6% maltrato emocional, un 43,6% abandono emocional, un 24,5 % abandono físico y un 52,7 % refirieron haber sufrido otro tipo de experiencia traumática diferente. Por tanto, junto con “otras experiencias traumáticas” que es una categoría muy amplia, que engloba a cualquier acontecimiento que los participantes hayan considerado traumático, el maltrato emocional sería el acontecimiento traumático más referido por los pacientes con psicosis seguido del abandono emocional, siendo los abusos sexuales los menos frecuentes.

En la literatura previa, la prevalencia de los diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis difiere mucho de unos estudios a otros. Varios trabajos han encontrado una mayor prevalencia de abusos sexuales en pacientes

con psicosis (Bebbington et al., 2011; Thompson et al., 2014; Sheffield et al., 2013), otros en cambio, señalan asociaciones más pronunciadas con el abuso emocional (Álvarez et al., 2001; Falukozi y Addington, 2012; Braehler et al., 2013; Schäfer et al., 2006) o con el abuso y la negligencia física (Sar et al., 2010; Velthorst et al., 2014). Esta variabilidad puede ser debida a diferencias metodológicas como la propia definición de abuso infantil, la heterogeneidad de los trastornos psicóticos o el tipo de instrumento de medida utilizado, entre otras. También hay que señalar que la mayoría de estudios realizados se han centrado fundamentalmente en el estudio de la relación entre los abusos físico y sexual y psicosis, siendo menores los estudios que abordan otros tipos de abusos como el maltrato emocional o el abandono emocional y físico. Así, en una revisión realizada por Bendall y colaboradores (2008), encontraron que de los 46 estudios sometidos a revisión, solo 10 de ellos estudiaron la relación entre la presencia de ambos tipos de maltrato (sexual y psicológico) y la psicosis. Del mismo modo, Read y colaboradores (2008) en una revisión realizada sobre la relación entre maltrato infantil y psicosis, seleccionaron 64 estudios, de los cuáles 59 se centraban únicamente en la relación entre psicosis y abuso sexual y/o físico, mientras que seis estudios tenían en cuenta también otros tipos de abusos, como el abuso emocional y el abandono físico y emocional.

Diferentes investigaciones, en consonancia con los resultados obtenidos en este trabajo, apuntan a la presencia de una relación más fuerte entre la psicosis y el abuso emocional y la negligencia, frente a los abusos físicos y sexuales (Berenbaum, Valera y Kerns, 2003; Larsson et al., 2013; Whitfield et al., 2005). En esta línea, Compton y colaboradores (2004) analizaron la prevalencia de diferentes tipos de abusos infantiles en pacientes hospitalizados con un primer episodio psicótico. La proporción de experiencias traumáticas referidas fueron las siguientes: un 94% refirieron abusos emocionales, un 89% abandono emocional, un 89% abandono físico, un 78% abusos físicos y un 39% abusos sexuales. Del mismo modo, Üçok y Bikmaz (2007), encontraron que un 40,9% de los pacientes con psicosis referían abusos emocionales previos, un 29,8% abusos sexuales y un 13,6 % abusos físicos. Más recientemente, Braehler y colaboradores (2013), en un estudio realizado también con pacientes con un primer episodio psicótico, encontraron que la experiencia traumática más referida fue el abandono emocional (29,5%). Resultados similares se han encontrado en nuestro país, siendo el abuso emocional (36,2%) la experiencia traumática más referida por pacientes

con trastorno mental grave (p. ej., esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo) (Álvarez, et al., 2010).

Estudios futuros deberían de investigar el papel específico de los diferentes tipos de experiencias traumáticas en el curso y la sintomatología de los trastornos psicóticos, de cara al desarrollo de intervenciones psicológicas más individualizadas.

Sobre el objetivo 4: analizar las influencia del sexo en las experiencias traumáticas tempranas autoinformadas en pacientes con psicosis

El papel del sexo en la relación trauma-psicosis ha sido poco estudiado en la literatura previa (Bendall et al., 2008; Fisher et al., 2009). El cuarto objetivo de esta investigación fue analizar la influencia del sexo en la relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicosis. Los resultados obtenidos indicaron que apenas existieron diferencias entre los hombres y las mujeres en la prevalencia de dichas experiencias. Así, el 77,4% de los hombres refirieron algún tipo de experiencias traumática previa, frente al 81,3% de las mujeres, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Respecto a la intensidad de las experiencias traumáticas tempranas, las mujeres presentaron con más intensidad dichas experiencias. De este modo, el 34,4% de las mujeres refirieron haber sufrido experiencias traumáticas tempranas previas con una intensidad alta frente, al 26,2% de los hombres.

De forma semejante a lo hallado en este presente trabajo de investigación, estudios previos no han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis en función del sexo, aunque en la mayoría de estudios, en general, las mujeres informan de un mayor número de dichas experiencias (Friedman et al. 2002; McCabe et al., 2012; Resnick et al., 2003; Shah et al., 2013; Üçok y Bikmaz, 2007; Velthorst et al., 2014).

En este sentido, en una revisión realizada por Read y colabores (2008), en la que analizaron un total de 59 investigaciones publicadas desde el año 1984 hasta el año 2008, encontraron que el 64,5% de las mujeres con psicosis referían historia previa de abusos sexuales o físicos, frente al 55,5% de los hombres. En otro estudio, Aas y colaboradores (2011) examinaron la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en 138 pacientes con un primer episodio psicótico, encontrando en este caso que el 78%

de las mujeres refería historia previa de traumas, frente al 60% de los hombres. Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio reciente, llevado a cabo con 405 pacientes con esquizofrenia, donde el 90% de las mujeres con psicosis informaba de la presencia de al menos un tipo de experiencia traumática temprana, frente al 85,1% de los hombres (McCabe et al., 2012). En esta misma línea, Thompson y colaboradores (2013) analizaron la relación entre diferentes experiencias traumáticas tempranas y los trastornos psicóticos, en un estudio con personas con alto riesgo a desarrollar psicosis, utilizando el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein et al., 1994). Los resultados obtenidos mostraron que las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en la puntuación total del CTQ y en las subescalas que medían abuso sexual y emocional.

En este campo, destaca el estudio llevado a cabo por Fisher y colaboradores (2009) por ser una de las pocas investigaciones que analiza en profundidad el papel del sexo en la relación trauma y psicosis. En dicho trabajo analizan la prevalencia de las experiencias traumáticas en pacientes con psicosis y la compara con la de un grupo de población no clínica. Los resultados indicaron que la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas era más pronunciada en las mujeres que en los varones. Del mismo modo, al comparar la muestra de pacientes con psicosis con el grupo de comparación concluyen que existen pocas evidencias de la relación entre experiencias traumáticas y psicosis, en el caso de los hombres. Así, los resultados hallados en este trabajo, coinciden con las observaciones de Fisher y colaboradores (2009) encontrando que, en general, las mujeres tienden a informar de más abusos que los hombres. Sin embargo, en contraposición con este estudio, que observó una escasa relación entre experiencias traumáticas y psicosis en los hombres, en la presente investigación la relación entre trauma y psicosis se ha observado tanto en los hombres como en las mujeres, de acuerdo a lo hallado en otros estudios recientes (Arseneault et al., 2011; Heins et al., 2011).

Si tenemos en cuenta los diferentes tipos de experiencias traumáticas tempranas, estudios previos han encontrado diferencias en la presencia de abusos sexuales en función del sexo, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (Conus et al., 2010; Resnick et al., 2003; Velthorst et al., 2014). En esta misma línea, se ha observado que el sexo juega un papel muy importante en la relación entre abuso sexual infantil y

psicosis, siendo esta relación mucho más fuerte en las mujeres que en los hombres (Bebbington et al., 2011).

Recientemente, Mauritz y colaboradores (2013) estudiaron la relación entre la presencia de experiencias traumáticas tempranas y los trastornos mentales graves, encontrando que la prevalencia de abuso sexual fue significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, no existiendo diferencias en la prevalencia de los abusos físicos. De forma similar, Conus y colaboradores (2010), encontraron que las mujeres con un primer episodio psicótico presentaban mayor probabilidad de presentar abusos sexuales que los hombres, diferencias que no se observan en los abusos físicos. En esta misma línea, Velthorst y colaboradores (2014) analizaron la prevalencia de diferentes experiencias traumáticas tempranas en 127 personas con alto riesgo a desarrollar psicosis. Los resultados obtenidos indicaron que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la prevalencia de las experiencias traumáticas tempranas ($\chi^2 = 0,05$; $p = 0,82$). Sin embargo, las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de haber experimentado abusos sexuales en la infancia ($\chi^2 = 5,56$; $p = 0,02$). Estos resultados coinciden con los encontrados en la población general, donde la prevalencia de abusos sexuales es superior en las mujeres que en los hombres (Pereda et al., 2009).

Sobre el objetivo 5: examinar la posible influencia de dichas experiencias traumáticas previas en la sintomatología de los trastornos psicóticos

En la actualidad, la psicosis es considerada un síndrome, que se caracteriza por la presencia de diferentes signos y síntomas. Para comprender mejor la naturaleza de la relación entre trauma y psicosis, estudios recientes se han centrado en estudiar la asociación entre el trauma infantil y los síntomas específicos de la psicosis (Sheffield et al., 2013). Así, se ha visto que las experiencias traumáticas tempranas no se relacionan con todos los síntomas psicóticos (Read et al., 2005; Üçok y Bikmaz, 2007). En este sentido, la presencia de un mayor riesgo de presentar alucinaciones después de haber sufrido abusos en la infancia, ha sido uno de los hallazgos más consistentes en múltiples estudios (Hardy et al., 2005; Sheffield et al., 2013; Shevlin et al., 2007). En esta línea, el quinto objetivo de este trabajo fue estudiar la posible influencia que las experiencias

traumáticas tempranas pudieran tener en los síntomas centrales de los trastornos psicóticos.

Los resultados encontrados permiten constatar que la presencia de experiencias traumáticas tempranas se asocia con la sintomatología positiva (p. ej., alucinaciones y delirios) del fenotipo psicótico, no observando relación entre dichas experiencias y la sintomatología negativa o depresiva de la psicosis. Estudios previos han encontrado resultados similares a los hallados en este trabajo. Así, la presencia de historia previa de experiencias traumáticas ha sido relacionada con la sintomatología positiva de la psicosis (Heins et al., 2011; Schenkel et al., 2005; Ross et al., 1994). Lardinois y colaboradores (2011), establecen que el trauma infantil se relaciona con un aumento de la reactividad al estrés, pudiendo este aumento contribuir al desarrollo de los síntomas positivos de la psicosis.

Dentro de los síntomas positivos de la psicosis, las alucinaciones y los delirios paranoides son los síntomas que más se ha relacionado con las experiencias traumáticas (Gracie et al., 2007). Así, diferentes experiencias traumáticas infantiles han sido relacionadas con un aumento en la probabilidad de presentar diferentes tipos de alucinaciones (Shevlin et al., 2007). De este modo, experiencias traumáticas infantiles, como el abusos sexual y físico y el maltrato emocional, han sido relacionadas con una mayor probabilidad de presentar alucinaciones auditivas (Sheffield et al., 2013). En esta misma línea, diferentes estudios apuntan al abuso sexual infantil como un factor de riesgo específico para el desarrollo de alucinaciones auditivas (Daahman et al., 2012; Hammersley et al., 2003; Read et al., 2003). Recientemente Daahman y colaboradores (2013), estudiaron la relación entre las alucinaciones (visuales y auditivas) y las experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis ($n= 100$), en pacientes no psicóticos pero que referían con frecuencia la presencia de alucinaciones ($n= 127$) y en población sin patología psiquiátrica ($n= 124$). Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes con psicosis y los pacientes no psicóticos que referían alucinaciones frecuentes, presentaban una mayor prevalencia de experiencias traumáticas tempranas (abusos sexuales y emocionales) en comparación con el grupo de personas sin patología psiquiátrica. Los autores concluyeron que la presencia de experiencias traumáticas tempranas incrementaba la vulnerabilidad a sufrir alucinaciones, tanto visuales como auditivas. Resultados similares, han obtenido Sheffield y colaboradores (2013), al comparar la relación entre abuso sexual en la infancia y alucinaciones auditivas en un

grupo de pacientes con psicosis y un grupo de adultos sin patología psiquiátrica. Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes con psicosis informaron de un mayor número de experiencias traumáticas tempranas, en comparación con los adultos sin historia psiquiátrica. Del mismo modo, dentro del grupo de los pacientes con psicosis, aquellos que presentaban alucinaciones informaban de una mayor historia de abusos sexuales emocionales, físicos y sexuales que los pacientes que no habían presentado alucinaciones a lo largo del curso del trastorno psicótico. Sin embargo, la presencia de abusos físicos y emocionales en ausencia de abusos sexuales, no se ha relacionado con una mayor presencia de alucinaciones, lo que sugiere que los abusos sexuales en la infancia confieren un riesgo mayor de desarrollar alucinaciones auditivas, en comparación con los abusos emocionales o físicos. En esta misma línea, algunos estudios consideran el abuso sexual como un factor de riesgo para el desarrollo de alucinaciones auditivas (Daahman et al., 2012; Read et al., 2003).

La relación entre experiencias traumáticas y la sintomatología psicótica se ha observado también en la población general (Janssen et al., 2008); fundamentalmente, se ha asociado la presencia de traumas tempranos con las alucinaciones (Shevlin et al., 2007; Whitfield et al., 2005). Recientemente, Shevlin y colaboradores (2011) estudiaron la relación entre traumas infantiles y alucinaciones en población no clínica, encontrando una fuerte asociación entre la presencia de diferentes tipos de experiencias traumáticas infantiles y varios tipos de alucinaciones. Por ejemplo, encontraron que las personas que habían sido víctimas de agresiones sexuales infantiles tenían una elevada probabilidad de presentar alucinaciones visuales (OR= 3,41) y auditivas (OR= 2,97). Del mismo modo, observaron una elevada relación entre la presencia de abusos físicos en la infancia y las alucinaciones visuales ($\chi^2= 13,81$; $p \leq 0,01$) y auditivas ($\chi^2= 37,26$; $p \leq 0,01$). Este tipo de resultados encontrados en población general que encuentran una asociación entre experiencias psicóticas atenuadas y trauma sugieren que el fenotipo psicótico se podría expresar en un continuo de gravedad, apoyando, en cierta medida, los modelos dimensionales de psicosis (van Os et al., 2009).

Por lo que respecta a la sintomatología negativa de los trastornos psicóticos, estudios previos indican que la relación entre las experiencias traumáticas tempranas y la sintomatología negativa es menos clara (Read et al., 2005; Schenkel et al., 2005; Üçok y Bikmaz, 2007), lo que concuerda con los resultados obtenidos que indican una ausencia de relación significativa con estos síntomas. Por último, respecto a la

sintomatología depresiva en la psicosis, la relación entre abusos infantiles y sintomatología depresiva ha sido menos estudiada. Sin embargo, algunas investigaciones apuntan la existencia de relación entre una historia de abusos infantiles y una mayor sintomatología depresiva (Russo et al., 2014; Schenkel et al., 2005), dato no coincidente con los resultados obtenidos en este trabajo.

Por lo tanto, a pesar de que los resultados obtenidos van en la línea de lo hallado en la literatura previa que tienden a relacionar la sintomatología positiva del fenotipo psicótico con las experiencias traumáticas infantiles, no obstante es necesario seguir profundizando en dicha relación, siendo difícil realizar comparaciones entre los diferentes estudios. Una de las principales limitaciones es la falta de una medida cuantitativa de abuso infantil que evalúe sistemáticamente varios dominios del trauma (sexual, físico, emocional) (Sheffield et al., 2013). Así, algunos estudios han determinado la tasa de abusos mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes, mientras que otros han diseñado encuestas específicas para evaluar las experiencias traumáticas. Además, muchos de los estudios se centran en analizar la relación entre los síntomas psicóticos y el abuso sexual y físico en la infancia, no recogiendo información sobre otro tipo de experiencias traumáticas tempranas.

Sobre el objetivo 6: analizar el posible efecto de las experiencias traumáticas tempranas en el curso y en la evolución de los trastornos psicóticos estudiados

Del mismo modo que las experiencias traumáticas tempranas se han asociado con la sintomatología positiva, una historia previa de traumas ha sido relacionada con un peor curso y una peor evolución en la psicosis (Bechdolf et al., 2010). En este sentido, se ha visto que las experiencias traumáticas tempranas producen un impacto negativo en el curso y en la funcionalidad de los pacientes con trastornos psicóticos (Bendall et al., 2013). Con el fin de estudiar la asociación entre trauma y el curso de la psicosis el sexto objetivo de este trabajo fue analizar el posible efecto que las experiencias traumáticas tempranas en una serie de variables que han sido relacionadas con el curso y la evolución del trastorno. Las variables estudiadas han sido: edad del primer brote psicótico, número de brotes psicóticos, números de hospitalizaciones, ideas e intentos de suicidio y abuso de sustancias.

Los resultados mostraron que una historia previa de trauma se relaciona con un mayor número de brotes psicóticos y con un mayor número de ideas de suicidio, no existiendo relación entre una historia previa de traumas y la edad del primer brote psicótico, el número de hospitalizaciones, los intentos de suicidio y el abuso de sustancias. En relación con investigaciones previas, a pesar de que la mayoría de estudios coinciden en observar un peor pronóstico en los pacientes con psicosis e historia previa de traumas, a la hora de analizar la posible influencia de diferentes variables en el curso de la psicosis los resultados son diversos. A continuación se comentarán y discutirán más en profundidad estos resultados según las diferentes variables analizadas.

Edad del primer brote psicótico, número de brotes y número de hospitalizaciones

En esta investigación, los pacientes que informaron de una historia previa de experiencias traumáticas presentaron un mayor número de brotes psicóticos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Por lo que se refiere a la relación entre el número de brotes y la intensidad o frecuencia de las experiencias traumáticas, no se han encontrado diferencias. Así, parece que el número de brotes no se incrementa cuando aumentan la intensidad o frecuencia de las experiencias traumáticas previas. Por tanto, de acuerdo con los resultados obtenidos, podemos concluir que una historia previa de traumas se relaciona con un mayor número de brotes psicóticos; sin embargo, una mayor intensidad o frecuencia de traumas no da lugar a un mayor número de brotes psicóticos. Respecto al resto de variables analizadas, no se ha encontrado relación entre la presencia de experiencias traumáticas tempranas, la edad del primer brote y el número de hospitalizaciones.

La literatura previa muestra resultados contradictorios al respecto. Así, aunque algunos estudios han informado de que una historia previa de traumas se asocia con un mayor número de hospitalizaciones (Read et al., 2005; Schenkel et al., 2005), otros, en cambio, no han encontrado dicha relación (Álvarez et al., 2011; Conus et al., 2010). Lo mismo ocurre cuando se analiza la edad del primer brote psicótico y su posible relación con una historia previa de traumas; mientras que en algunas investigaciones, como la llevada a cabo por Conus y colaboradores (2011), no han encontrado evidencias que

indiquen que los pacientes con historia de abusos infantiles presenten una menor edad de inicio del primer brote psicótico, otros estudios apuntan a un inicio precoz en aquellos pacientes que refieren presencia de experiencias traumáticas previas (Álvarez et al., 2011; Schenkel et al., 2005).

Ideas e intentos de suicidio y consumo de sustancias

Por los que se refiere a las ideas de suicidio, los resultados obtenidos indican que una mayor presencia de experiencias traumáticas previas se relaciona de manera significativa con la presencia de ideas de suicidio, no existiendo relación con los intentos de suicidio. Tampoco se ha encontrado relación entre la presencia de experiencias traumáticas autoinformadas por los pacientes con psicosis y una historia de consumo de sustancias.

Estos resultados coinciden parcialmente con las investigaciones anteriores, que han encontrado un mayor número de intentos e ideas de suicidio en los pacientes con psicosis y con una historia previa de abusos (Conus et al., 2010; Read, Bentall y Fosse, 2009; Schenkel et al., 2005; Üçok y Bikmaz, 2007). Destaca el estudio llevado a cabo por Shah y colaboradores (2014), en una muestra de 1825 pacientes con psicosis con edades comprendidas entre los 16 y 64 años. Los resultados obtenidos indicaron una relación significativa entre los intentos de suicidio y los abusos infantiles en las mujeres, pero no en los hombres. En este sentido, sería interesante que estudios futuros estudiaran el papel del sexo en la relación entre traumas e intentos de suicidio en pacientes con psicosis.

Del mismo modo, existen resultados contradictorios a la hora de relacionar el abuso de sustancias con las experiencias traumáticas tempranas. Así, mientras diferentes estudios han encontrado mayor consumo de sustancias en los pacientes con psicosis (Brown et al., 2005; Leverich et al., 2002), otras investigaciones, en consonancia con lo obtenido en este trabajo, no han hallado una relación entre la presencia de maltrato infantil y un mayor abuso de sustancias (Conus et al; 2010 Shah et al., 2014).

Por tanto, a pesar de que parece existir cierta relación entre la presencia de experiencias traumáticas tempranas y el curso de la psicosis, son necesarias más investigaciones que analicen en profundidad el efecto diferencial de las distintas

variables que se han relacionado con un peor curso y pronóstico en los trastornos psicóticos, ya que en la actualidad existen resultados contradictorios al respecto.

Sobre el objetivo 7: conocer el grado de recuperación psicológica de los pacientes con psicosis, a través del análisis de los estadios y estilos de recuperación, en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas

El proceso de recuperación en psicosis ha cambiado en los últimos años, gracias a la publicación de los relatos de recuperación de pacientes con psicosis (Spaniol et al., 2002). Actualmente la recuperación en los trastornos psicóticos puede ser considerada como un resultado o como un proceso (Lemos-Giráldez et al., 2015) o lo que es lo mismo se puede distinguir entre “recuperación clínica” y “recuperación personal” (Slade et al., 2008). El concepto de “recuperación clínica” hace referencia a una remisión sustancial de los síntomas, es decir, iguala la recuperación con la reducción a largo plazo o, idealmente, la eliminación de la sintomatología, acompañada de una mejora del funcionamiento ocupacional y social. Por el contrario, desde la perspectiva de la “recuperación personal”, la recuperación no debe entenderse como un resultado o un producto final estático, ni debe ser considerada sinónimo de curación e implica mucho más que volver a un estado premórbido. Es un proceso que las personas pasan con el fin de vivir una vida satisfactoria, siendo posible la recuperación a pesar de la existencia de síntomas psiquiátricos (Cavelti et al., 2012). Se trataría de un proceso activo e individual en el que la persona pasaría por una serie de fases o estadios e iría desarrollando diferentes competencias que le permitan encontrar un nuevo sentido a la vida y a la enfermedad.

En los últimos años, el interés por el concepto de la recuperación en psicosis se ha incrementado internacionalmente, tanto a nivel clínico como político (Slade et al., 2008), de tal manera que ha aumentado el interés por el conocimiento de los factores que pueden beneficiar o dificultar el proceso de recuperación de la psicosis. Así se ha analizado la influencia de distintos factores como el estigma, el apoyo social, el *insight* o el funcionamiento social premórbido, entre otros. Sin embargo, no existen en la actualidad estudios que hayan analizado el papel de las experiencias traumáticas tempranas en dicho proceso de recuperación. Desde esta perspectiva, con el fin de conocer el grado de recuperación psicológica de los pacientes evaluados, se estimó el

porcentaje de pacientes que se encuentran en cada uno de los diferentes estadios y estilos de recuperación en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas.

Estadios de recuperación en los trastornos psicóticos y experiencias traumáticas tempranas

Para examinar los estilos de recuperación, en este trabajo de investigación se utilizó la versión adaptada y validada al español del Cuestionario de Estadios de Recuperación (STORI) (Lemos-Giráldez et al., 2015). Según esta versión, parece que el modelo de tres estadios es el que mejor se ajusta a los datos, en lugar de los cinco estadios (estadio 1: moratoria, estadio 2: conciencia, estadio 3: preparación, estadio 4: reconstrucción, y estadio 5: crecimiento) propuestos inicialmente por Andresen y colaboradores (2006). Este modelo de tres estadios ha sido respaldado en la literatura previa (Spaniol et al., 2002; Weeks et al., 2010).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la mayoría de pacientes se encuentran en los estadios más avanzados de recuperación, siendo el estadio inicial el menos frecuente. Estos resultados concuerdan con la distribución obtenida en estudios anteriores (Andresen et al., 2006; Weeks et al., 2010). Por ejemplo Andresen y colaboradores (2006), encontraron que de los 94 pacientes con psicosis estudiados, el 9% se encontraba en el estadio 1, el 2% en el estadio 2, el 5% en el estadio 3, el 32% en el estadio 4, y el 51% en el estadio 5.

Por lo que se refiere a la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en el proceso de recuperación, los resultados revelan la importancia de dichas experiencias en la recuperación de la psicosis. Así, los pacientes que no han referido experiencias traumáticas previas se encuentran en mayor proporción en el estadio final de recuperación en comparación con los pacientes que han informado de la presencia de dichas experiencias en intensidad moderada y alta (68,2%, 54,4% y 32,3% respectivamente). Del mismo modo, el grupo de pacientes con psicosis que no informa de experiencias traumáticas tempranas se distribuye entre los estadios finales, no encontrando ningún paciente en el estadio inicial. En cambio, los pacientes con psicosis que refieren experiencias traumáticas tempranas en intensidad moderada muestran una distribución más desigual. Así, aunque la mayoría de pacientes se encuentran en el

estadio final (54,4%), también una proporción elevada de pacientes se encuentra en los estadios inicial e intermedio (21,1% y 24,6% respectivamente). Por último, el grupo de pacientes con psicosis que informa de la presencia de experiencias traumáticas tempranas con intensidad alta, presenta un proceso de recuperación más lento, ya que la mayoría de pacientes se encuentra en el estadio intermedio (51,6%).

En esta misma línea, los resultados mostraron que las experiencias traumáticas tempranas y el malestar provocado por dichas experiencias se asocian con un nivel más bajo de recuperación. Del mismo modo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estadios de recuperación y la puntuación total ExpTra-S. Así, los pacientes que se encuentran en el estadio inicial y los que se encuentran en el estadio intermedio presentan más experiencias traumáticas tempranas que los que se encuentran en el estadio final. Estos resultados concuerdan con los resultados que apuntan a una mayor desesperanza en los pacientes con psicosis con historia previa de experiencias traumáticas tempranas. Por ejemplo, Lysaker y colaboradores (2007) estudiaron la relación existente entre sintomatología ansiosa, desesperanza e historia previa de experiencias traumáticas tempranas en 128 pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes con psicosis que presentaban historia previa de abusos sexuales mostraban niveles elevados de ansiedad generalizada, que a su vez se relacionaba con una mayor desesperanza.

Estilos de recuperación en los trastornos psicóticos y experiencias traumáticas tempranas

De manera similar, para estudiar la relación entre los estilos de recuperación en psicosis y las experiencias traumáticas tempranas, se analizó la prevalencia de los diferentes estilos de recuperación medidos a través del Cuestionario de Estilos de Recuperación (RSQ) (Drayton et al., 1998) en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas y la intensidad de dichas experiencias. Los resultados obtenidos indicaron que la mayoría de los pacientes presentaron un estilo “mixto” (considerando tanto el “mixto con predominio encerramiento” como el “mixto con predominio integración”). Resultados que concuerdan con lo encontrado por Modestin y colaboradores (2008). Sin embargo, a diferencia de este estudio, en este trabajo de investigación el porcentaje de pacientes que se sitúan en el estilo “integración”

(considerando tanto “integración” como “tendencia a la integración”) es superior a los situados en el estilo “encerramiento” (considerando tanto “encerramiento” como “tendencia al encerramiento”).

Respecto a la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en los estilos de recuperación en psicosis, los pacientes que informan de experiencias traumáticas tempranas presentan una distribución más heterogénea en los diferentes tipos de estilos de recuperación. Así, mientras que los pacientes que no informan de experiencias traumáticas previas presentan estilos “mixtos” y “con tendencia a la integración”, no presentando ningún paciente estilos de “encerramiento”, los pacientes que refieren una historia previa de abusos se distribuyen por todos los estilos, existiendo un porcentaje de pacientes que se encuentran en el estilo de “encerramiento” y en el de “integración”. Llama la atención que los pacientes que informan de experiencias traumáticas tempranas en intensidad alta presentan en mayor proporción estilos de integración.

Por otro parte, los resultados indicaron que no existe relación entre la presencia de experiencias traumáticas tempranas y un estilo de integración en la recuperación. Del mismo modo, no existieron diferencias estadísticamente significativas en el estilo de recuperación en psicosis en función de la presencia de experiencias traumáticas tempranas. Hasta donde sabemos, en la literatura previa no se dispone de estudios que hayan analizado el papel de las experiencias traumáticas tempranas en el estilo de recuperación de los pacientes con psicosis.

De esta manera y de acuerdo con los resultados obtenidos, el proceso de recuperación de los pacientes con psicosis que refieren experiencias traumáticas previas difiere de los pacientes que no informan de abusos tempranos. Así, los pacientes con experiencias traumáticas tempranas presentan un proceso de recuperación más lento, siendo el paso de unos estadios a otros más costoso. De la misma manera, el estilo de recuperación es diferente, presentando los pacientes con traumas tempranos estilos más heterogéneos. El hecho de que un mayor número de pacientes con experiencias traumáticas tempranas presente estilos de “integración” podría indicar que si bien el proceso de recuperación puede ser más lento, la presencia de experiencias traumáticas tempranas no conlleva estilos de recuperación menos adaptativos. El conocimiento de estas diferencias es de suma importancia, de cara al desarrollo de tratamientos más específicos para cada uno de los estadios del proceso de recuperación, promoviendo el

desarrollo de un estilo de recuperación integrador, que permita avanzar hacia la recuperación psicológica.

Sobre el objetivo 8: analizar la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en tres variables que han sido relacionadas con el proceso de recuperación de la psicosis: el estigma, el impacto de enfermedad y las experiencias subjetivas de déficit cognitivos

El estudio del proceso de recuperación en los pacientes con psicosis ha permitido la identificación de diferentes variables que influyen en dicho proceso, dificultando o facilitando la recuperación. El estigma, las experiencias subjetivas de déficit cognitivos y el impacto psicosocial, han sido algunas de estas variables que se han relacionado con el proceso de recuperación de los trastornos psicóticos (Boydell et al., 2013; Gerlinger et al., 2013; Shean, 2010). Con el objetivo de conocer más en profundidad el proceso de recuperación de los pacientes con psicosis que refieren la presencia de experiencias traumáticas tempranas, el último objetivo de este trabajo de investigación ha sido analizar la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en estas tres variables relacionadas con la recuperación. A continuación se comentaran y discutirán cada una de estas variables.

Estigma y experiencias traumáticas tempranas

Respecto al estigma, diferentes estudios han encontrado que niveles elevados de estigma internalizado en pacientes con psicosis se han relacionado con resultados más negativos, incrementado el riesgo de recaídas y dificultado el proceso de recuperación (Corrigan, Watson y Miller, 2006; Gerlinger et al., 2013; Yanos et al., 2010). Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que la presencia de experiencias traumáticas tempranas está relacionada con niveles más elevados de estigma. Del mismo modo, la presencia de abusos en edades tempranas se ha relacionado con una mayor alienación más aprobación del estereotipo, más experiencia discriminatoria y más aislamiento social. En esta misma línea, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que no refieren experiencias traumáticas tempranas y los que sí las refieren. Así, los pacientes con presencia de experiencias traumáticas tempranas presentan un mayor estigma en comparación con los

que no refieren dichas experiencias. Sin embargo, parece que el estigma no se incrementa cuando aumenta la intensidad de las experiencias traumáticas previas, ya que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estigma entre los pacientes que informan de experiencias traumáticas tempranas en intensidad moderada y los que refieren dichas experiencias en intensidad alta.

Estos resultados refuerzan la relevancia de la presencia de las experiencias traumáticas tempranas en el proceso de recuperación de la psicosis ya que, como se ha visto anteriormente, niveles elevados de estigma internalizado se han relacionado con un peor proceso de recuperación en psicosis. En este sentido, estudios previos han encontrado una fuerte relación entre el autoestigma y diferentes variables que han sido relacionadas con el proceso de recuperación como la baja autoestima, la baja sensación de autogestión o la desesperanza (Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010; Lysaker et al., 2007; Werner et al., 2008). Así, Yanos y colaboradores (2011), establecen que niveles elevados de estigma internalizado dificulta el proceso de recuperación, relacionándose con niveles más elevados de desesperanza, baja autoestima, mayor presencia de sintomatología psicótica, mayor riesgo de suicidio y un peor funcionamiento social y profesional. En esta misma línea, Calveti y colaboradores (2014), estudiaron la relación existente entre el estigma internalizado, el *insight* y la desmoralización con la sintomatología y el funcionamiento en 133 pacientes con esquizofrenia. Los resultados indicaron que niveles elevados de estigma internalizado y un mayor *insight* se asociaban con niveles más altos de desmoralización a los 12 meses del estudio. Niveles elevados de estigma internalizado se relacionó con una mayor sintomatología y un peor funcionamiento en el momento del estudio y 12 meses después. Del mismo modo, la desmoralización se relacionó con un peor funcionamiento al cabo de los 12 meses. En cambio, un mayor *insight* no se relacionó con ninguna de las variables clínicas estudiadas.

Por tanto, dada la importancia del estigma en el curso y en el proceso de recuperación de estos trastornos, uno de los componentes de la intervención en la recuperación debería centrarse en la reducción del estigma, siendo esta intervención especialmente relevante en los pacientes con historia previa de experiencias traumáticas, al estar dichas experiencias relacionadas con niveles mayores de estigma.

Experiencias subjetivas de déficit cognitivos y experiencias traumáticas tempranas

Otra variable que se ha relacionado con el proceso de recuperación son los déficit cognitivos presentes en los pacientes con psicosis. La presencia de alteraciones cognitivas se ha relacionado con un peor pronóstico, tanto a nivel clínico como social, dificultado el proceso de recuperación (Bowie et al., 2008). Del mismo modo, la presencia de experiencias traumáticas tempranas se ha asociado con un peor funcionamiento cognitivo en la edad adulta (Gurvits et al., 2000; Mezzacappa, Kindlon y Earls, 2001; Raine et al., 2001). Son escasos los estudios que han analizado la relación entre abusos infantiles y deterioro cognitivo en pacientes con trastornos psicóticos (Schenkel et al., 2005). Sin embargo, parece que dicha relación entre trauma y déficit cognitivos ha sido hallada también en los pacientes con psicosis (Lysaker et al., 2001; Read et al., 2001; Schenkel et al., 2005). En este sentido, Lysaker y colaboradores (2001), compararon el funcionamiento cognitivo de un grupo de pacientes con psicosis que referían historia previa de abusos sexuales con otros pacientes con psicosis sin abusos. Los resultados obtenidos indicaron que los pacientes con psicosis que referían abusos sexuales infantiles presentaban un mayor déficit en memoria de trabajo.

En consonancia con la literatura previa, los resultados obtenidos en esta investigación muestran que los pacientes con experiencias traumáticas tempranas presentan más quejas subjetivas de déficit cognitivos, en comparación con los pacientes que no informan de traumas tempranos. Del mismo modo, el malestar asociado a la presencia de experiencias traumáticas tempranas se ha relacionado con el incremento de quejas subjetivas de déficit cognitivos. En este sentido, la elaboración de las experiencias traumáticas tempranas puede ser importante de cara a reducir el malestar asociado a las mismas y disminuir las quejas subjetivas de déficit cognitivos.

Impacto psicosocial de la psicosis y experiencias traumáticas tempranas

Por último, por lo que se refiere al impacto psicosocial de los trastornos psicóticos, un adecuado funcionamiento psicosocial ha sido relacionado con un mejor proceso de recuperación (Boden, Sundström, Lindström y Lindström, 2009). En este sentido, uno de los componentes de la recuperación incluye la mejora de las habilidades

sociales y del funcionamiento en diversos ámbitos de la vida cotidiana (Davidson et al., 2008; Lieberman et al., 2008). En contraposición, la pérdida de funcionalidad, el aislamiento social, el desempleo o la falta de apoyo familiar se han relacionado con una peor recuperación (Drake y Whitley, 2014). Respecto a la influencia de las experiencias traumáticas tempranas en el impacto psicosocial de la psicosis, los resultados obtenidos indican que no existe relación, es decir, la presencia de abusos previos no está relacionada con un peor desempeño psicosocial.

Estos resultados obtenidos concuerdan con las investigaciones previas que tienden a relacionar las experiencias traumáticas tempranas con la sintomatología positiva de la psicosis, no encontrando relación con los síntomas negativos. Investigaciones recientes han observado que los síntomas negativos predicen un peor funcionamiento psicosocial, constituyendo el tratamiento de los síntomas negativos uno de los objetivos de la recuperación, con el fin de reducir los déficits funcionales (Iosifescu, 2012; Stouten, Veling, Laan, van der Helm y van der Gaag, 2014).

La importancia del conocimiento de los factores que influyen en el proceso de recuperación de los pacientes con psicosis radica en la necesidad de llevar a cabo tratamientos más individualizados. Así, en el caso de los pacientes que refieren historia previa de traumas, la intervención debe centrarse en trabajar la elaboración de las experiencias traumáticas y, al mismo tiempo, llevar a cabo tratamientos más específicos que incluyan, entre otros aspectos, el papel del estigma y de los déficit cognitivos.

8.2. Limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación

Como parte final del proceso de investigación, se hace necesario reflexionar sobre las posibles limitaciones y dificultades encontradas durante el trabajo que pueden haber condicionado los resultados y conclusiones obtenidas. Del mismo modo, se van a plantear posibles líneas de investigación que se podrían desarrollar en un futuro.

8.2.1. Limitaciones del estudio

Los datos encontrados en esta investigación se deberían interpretar a la luz de las siguientes limitaciones:

a) En cuanto al diseño de la investigación, el estudio transversal utilizado limita la interpretación causal de los resultados. Del mismo modo, no se ha podido observar la evolución de los pacientes en los diferentes estadios del proceso de recuperación a lo largo del tiempo. Sería interesante en investigaciones futuras plantearse la utilización de diseños longitudinales.

b) Referente al tipo de instrumentos de medida utilizados, existe la problemática inherente a la aplicación de cualquier tipo de autoinforme, ampliamente conocida, en cuanto a las limitaciones que implica (Fernández-Ballesteros, 2004). Entre ellas destacan: una menor capacidad de los pacientes con psicosis para informar de sus propias conductas, las posibles dificultades en la interpretación y comprensión de algunos de los ítems por parte de los participantes, o la posible falta de sinceridad. Del mismo modo, no se ha obtenido información de fuentes externas, que permita ampliar y garantizar la fidelidad de información, por lo que hubiese sido interesante la utilización de informantes externos, como los familiares.

c) La naturaleza retrospectiva de las experiencias traumáticas que se han recabado de los pacientes. Si bien el efecto de malestar que dichas experiencias ha originado parece confirmar su ocurrencia, no puede descartarse también la omisión de otras experiencias no accesibles a la memoria en el momento de la evaluación. Del mismo modo, la capacidad cognitiva de los pacientes con psicosis puede afectar a los resultados obtenidos. En este sentido, se ha visto que los pacientes con trastornos psicóticos suelen tener un cociente intelectual y un rendimiento neuropsicológico inferior a la población general (Reichenberg, 2007). El uso de tratamientos psicofarmacológicos y el propio curso del trastorno se ha asociado con un mayor deterioro cognitivo en la psicosis (Veselinovic et al., 2013).

d) La representatividad de la muestra y la generalización de los resultados. La muestra estuvo formada por personas con psicosis con un nivel de funcionamiento relativamente alto, personas estabilizadas y con tratamiento en régimen ambulatorio, capaces de responder a las cuestiones planteadas y con cierto grado de *insight* que les permitiese hablar sobre lo que les ocurre. Esto hace que la muestra no sea representativa de todas las personas que tienen trastornos psicóticos y los resultados no pueden ser generalizados a pacientes cuyos trastornos sean presumiblemente más severos.

8.2.2. Futuras líneas de investigación

Futuras líneas de investigación deberían seguir examinando la relación existente entre las experiencias traumáticas tempranas, los procesos de recuperación y psicosis, con el objetivo de obtener un mayor conocimiento sobre las alteraciones psicóticas, tanto desde el punto de vista de la detección e intervención temprana, como de cara al desarrollo de tratamientos más personalizados dentro de la práctica clínica. Como se ha visto anteriormente, el término psicosis es muy amplio y engloba una gran cantidad de patologías diferentes, por lo que el conocimiento de diferentes patrones de funcionamiento dentro de dichas patologías permitiría el desarrollo de programas más eficaces y efectivos.

A continuación, se proponen las siguientes líneas de investigación que pueden optimizar los resultados obtenidos:

a) Desde un punto de vista psicométrico es importante seguir obteniendo evidencias de validez del ExpTra-S, así como examinar diferentes propiedades psicométricas como la fiabilidad test-retest. También sería interesante aplicar el ExpTra-S en pacientes con otras patologías mentales graves.

b) En lo referente a la relación entre experiencias traumáticas y psicosis, estudios futuros deberían examinar el papel específico de los diferentes tipos de experiencias traumáticas en el curso y la sintomatología de los trastornos psicóticos. En relación con ello, sería interesante controlar el efecto de diferentes variables que pueden afectar al curso y la evolución de los trastornos psicóticos, como el consumo de sustancias, la presencia de patología psiquiátrica comorbida o el tratamiento farmacológico, entre otras.

c) Estudios futuros deberían seguir profundizando en el papel que las experiencias traumáticas tempranas pueden desempeñar en diferentes variables que afectan al curso y recuperación de los trastornos psicóticos ya que, como se ha visto anteriormente, en la actualidad existen resultados contradictorios.

d) Tomando como punto de referencia los modelos “genes-ambiente” (GxA), sería interesante que futuras investigaciones estudiaran la relación entre las

experiencias traumáticas tempranas y diferentes marcadores endofenotípicos tanto cognitivos como genéticos.

e) Futuros estudios de diseño longitudinal podrían establecer relaciones de causalidad entre las experiencias traumáticas tempranas y la psicosis. Al mismo tiempo, dentro del campo de la recuperación, permitirían observar los cambios que se producen en los diferentes estadios a lo largo del tiempo.

f) La realización de estudios transculturales en futuras investigaciones permitiría garantizar la generalización de los resultados.

La incorporación de este conjunto de medidas y el estudio de las posibles relaciones que se establecen entre los diferentes niveles de análisis, tal vez posibiliten el establecimiento de relaciones causales, así como el establecimiento de marcadores de riesgo o vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos psicóticos. De esta manera, será posible articular una intervención específica, individualizada y ajustada, con vistas a poder mejorar la salud y bienestar de los pacientes con psicosis.

8.3. Conclusiones

Las principales conclusiones que se pueden extraer de los datos obtenidos son las siguientes:

1. El ExpTra-S es una medida sencilla y útil de cara a examinar la posible existencia de alguna experiencia traumática en población clínica y su posible impacto a nivel de malestar o preocupación.

2. El ExpTra-S es un instrumento de medida con adecuadas propiedades psicométricas que puede ser utilizado para la evaluación de experiencias traumáticas tempranas en pacientes con psicosis.

3. Existe una relación entre la presencia de experiencias traumáticas tempranas y la psicosis, informando los pacientes con psicosis de mayor presencia de experiencias traumáticas tempranas en comparación con jóvenes adultos no clínicos.

4. No existen diferencias en la presencia de experiencias traumáticas tempranas en los pacientes con psicosis en función del sexo.

5. La presencia de experiencias traumáticas tempranas se encuentra estrechamente relacionada con la sintomatología positiva de los trastornos psicóticos, no existiendo relación con la sintomatología negativa ni con la depresiva.

6. Los pacientes con psicosis que refieren una historia previa de trauma presentan un mayor número de brotes psicóticos y un mayor número de ideas de suicidio, no existiendo relación entre una historia previa de traumas con la edad del primer brote psicótico, el número de hospitalizaciones, los intentos de suicidio y el abuso de sustancias.

7. Los pacientes con psicosis que refieren experiencias traumáticas previas se encuentran en los estadios más bajos de recuperación y presentan estilos de recuperación más heterogéneos. Sin embargo, aunque el proceso de recuperación es más lento, no conlleva estilos de recuperación desadaptativos, siendo posible una recuperación psicológica satisfactoria.

8. Los pacientes con psicosis que informan de traumas tempranos presentan mayor nivel de estigma internalizante y mayor número de quejas subjetivas de déficit cognitivos, no presentando un mayor impacto psicosocial.

Referencias

- Aas, M., Dazzan, P., Fisher, H. L., Morgan, C., Morgan, K., Reichenberg, A., ... Pariante, C. M. (2011). Childhood trauma and cognitive function in first-episode affective and non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, *129*(1), 12–19. doi:10.1016/j.schres.2011.03.017
- Abercrombie, E. D., Keefe, K. A., DiFrischia, D. S. y Zigmond, M. J. (1989). Differential effect of stress on in vivo dopamine release in striatum, nucleus accumbens, and medial frontal cortex. *Journal of Neurochemistry*, *52*(5), 1655-1658. doi:10.1111/j.1471-4159.1989.tb09224.x
- Abi-Dargham, A. (2007). Alterations of serotonin transmission in schizophrenia. *International Review of Neurobiology*, *78*, 133-164. doi:10.1016/s0074-7742(06)78005-9
- Abi-Dargham, A., Mawlawi, O., Lombardo, I., Gil, R., Martínez, D., Huang, Y., ... Laruelle, M. (2002). Prefrontal dopamine D1 receptors and working memory in schizophrenia. *Journal of Neuroscience*, *22*, 3708-3719.
- Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J. y Sund, A.M. (2014). Associations Between Parental Attachment and Course of Depression Between Adolescence and Young Adulthood. *Child Psychiatry and Human Development*. doi: 10.1007/s10578-014-0506-y
- Agorastos, A., Pittman, J. O., Angkaw, A. C., Nievergelt, C. M., Hansen, C. J., Aversa, L. H., ... Baker, D. G. (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of Psychiatric Research*, *58*, 46-54. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.014
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum, Hillsdale.
- Ahern, L. y Fisher, D. (2001). Recovery at your own PACE (Personal Assistance in Community Existence). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *39*, 50–51.

- Alarcón, L. C., Araujo, P. A., Godoy, A P. y Vera, M. E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUnab*, 13(2), 103-115.
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., ... Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis: Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 257-266. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.013
- Aleman, A. y Kahn, R. S. (2005). Strange feelings: do amygdala abnormalities dysregulate the emotional brain in schizophrenia? *Progress in Neurobiology*, 77(5), 283-298.
- Aleman, S., Arias, B., Aguilera, M., Villa, H., Moya, J., Ibáñez, M. I., ... Fanñanás, L. (2011). Childhood abuse, the BDNF Val66Met polymorphism and adult psychotic-like experiences. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 38-42. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083808
- Alexander, P.C. (1992). Application of Attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 185-195.
- Álvarez, M. J., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J. y Arrufat, F. X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 156-161. doi: 10.1097/NMD.0b013e31820c751c
- Álvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D. y Gleeson, J. F. (2011). Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619-630. doi:10.1093/schbul/sbp129
- Álvarez-Jiménez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., ... Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139(1-3), 116–128. doi:10.1016/j.schres.2012.05.007
- Álvarez-López, E. (2005). *Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos. Correlatos cognitivos en la esquizotipia psicométrica*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Barcelona. Barcelona.

- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (1999). *Standars for Educational and Psychological Testing*. Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. rev)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia domestica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Andreasen, N. C. (1979). Thought, language, and communication disorders: I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives General of Psychiatry*, 36, 1315-1321.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. y Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal Psychiatry*, 162(3), 441-449. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.441
- Andreasen, N. C. y Olsen, S. (1982). Negative v positive schizophrenia. Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.
- Andresen, R., Caputi, P. y Oades, L. G. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. doi: 10. 1111/ j. 1440-1614.2006.01921.x

- Andresen, R., Caputi, P. y Oades, L. G. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatric Research*, *177*(3), 309-317. doi: 10.1016/j.psychres.2010.02.013
- Andresen, R., Oades, L. G. y Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*, 586-594.
- Andresen, R., Oades, L. G. y Caputi, P. (2011). *Psychological recovery: beyond mental illness*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16* (4), 11-23.
- Anthony, W. A., Liberman, R. P. (1992). Principles and practice of psychiatric rehabilitation. En R. P. Liberman (Eds), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 1-29). New York: Macmillan.
- Arango, C. y Kahn, R. (2008). Progressive brain changes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 310-311. doi: 10.1093/schbul/sbm166
- Arango, C., Moreno, C., Martínez, S., Parellada, M., Desco, M., Moreno, D., ... Rapoport, J. (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 341-353. doi: 10.1093/schbul/sbm157
- Armstrong, N. P. y Steffen, J. J. (2009). The Recovery Promotion Fidelity Scale: Assessing the organisational promotion of recovery. *Community Mental Health Journal*, *45*(3), 163-170. doi:10.1007/s10597-008-9176-1
- Arnone, D., McIntosh, A. M., Tan, G. M. y Ebmeier, K. P. (2008). Meta-analysis of magnetic resonance imaging studies of the corpus callosum in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *101*(1-3), 124-132. doi: 10.1016/j.schres.2008.01.005
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, *68*(1), 65-72. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10040567
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A. y Moffitt, T. E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, *325*(7374), 1212-1213. doi: 10.1136/bmj.325.7374.1212

- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1996). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Ascher-Svanum, H., Faries, D. E., Zhu, B., Ernst, F. R., Swartz, M. S. y Swanson, J. W. (2006). Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(3), 453-460. doi:10.4088/jcp.v67n0317
- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M. y Foy, D. W. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 308-312. doi:10.1037/0022-006x.63.2.308
- Aukst-Margetić, B., Jakšić, N., Boričević Maršanić, V. y Jakovljević, M. (2014). Harm avoidance moderates the relationship between internalized stigma and depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *219*(1), 92-94. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.009
- Avery, L., Massat, C. R. y Lundy, M. (2000). Posttraumatic stress and mental health functioning of sexually abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *17*(1), 19-34.
- Baare, W. F., Hulshoff Pol, H. E., Boomsma, D. I., Posthuma, D., de Geus, E. J., Schnack, H. G., ... Kahn, R. S. (2001). Quantitative genetic modeling of variation in human brain morphology. *Cerebral Cortex*, *11*, 816-824.
- Baeza, I., Arango, C. y Crespo-Facorro, B. (2001). Neuroquímica de la esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, *5*, 3-12.
- Baiano, M., David, A., Versace, A., Churchill, R., Balestrieri, M. y Brambilla, P. (2007). Anterior cingulate volumes in schizophrenia: a systematic review and a meta-analysis of MRI studies. *Schizophrenia Research*, *93*, 1-12.
- Bak-Klimek, A., Karatzias, T., Elliott, L., Campbell, J., Pugh, R. y Laybourn, P. (2014). Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: results from a clinical sample in Scotland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*(6), 550-557. doi: 10.1111/jpm.12127
- Baldor-Tubet, I., Jerez-Álvarez, M. C., Rullas-Trincado, M. y González-Cases, J. (2008). Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *XXVIII* (102), 433-449.

- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., ... Carpenter, W. (2013). Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 15-20. doi: 10.1016/j.schres.2013.04.027
- Barch, D. M. y Ceaser, A. (2012). Cognition in schizophrenia: core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 27-34. doi: 10.1016/j.tics.2011.11.015
- Barker, P. y Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. London: Brunner-Routledge.
- Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7-74). Norwood, New Jersey: Ablex.
- Baron, M. (2001). Genetics of schizophrenia and the new millennium: progress and pitfalls. *American Journal of Human Genetics*, 68, 299-312.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment and Human Development*, 5(1), 64-77.
- Barragan, M., Laurens, K. R., Navarro, J. B. y Obiols, J. E. (2011). 'Theory of Mind', psychotic-like experiences and psychometric schizotypy in adolescents from the general population. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 225-231. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.051
- Baxter, E. A. y Diehl, S. (1998). Emotional stages: consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 349-355. doi:10.1037/h0095289
- Bearden, C. E., Meyer, S. E., Loewy, R., Niendan, T. y Cannon, T. D. (2006). The neurodevelopmental model of Schizophrenia: Updated. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3, pp. 542-569). New Jersey: Wiley.

- 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. doi: 10.1093/schbul/sbt065
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- 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. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01542.x
- Bedregal, L. E., O'Connell, M. y Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(2), 96-103. doi:10.2975/30.2006.96.103
- Bebbington, P. E., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., ... Jenkins, R. (2011) Sexual abuse and psychosis: data from an English National Survey. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 29-37. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083642
- Beeble, M. L. y Salem, D. A. (2009). Understanding the phases of recovery from serious mental illness: The roles of referent and expert power in a mutual-help setting. *Journal of Community Psychology*, 37(2), 249-267. doi:10.1002/jcop.20291
- Belkin, J. (1994). Psychopathology and history of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 535-547.
- Bellack, A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432-442. doi:10.1093/schbul/sbj044
- Bendall, S., Álvarez-Jiménez, M., Nelson, B. y McGorry, P. (2013). Childhood trauma and psychosis: new perspectives on aetiology and treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(1), 1-4. doi: 10.1111/eip.12008
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. y McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568-579. doi: 10.1093/schbul/sbm121
- Benes, F. M., Lim, B., Matzilevich, D., Walsh, J. P., Subburaju, S. y Minns, M. (2007). Regulation of the GABA cell phenotype in hippocampus of schizophrenics and

- bipolars. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 10164-10169. doi: 10.1073/pnas.0703806104
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.
- Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., ... Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 236-247. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.1
- Berenbaum, H., Valera, E. M. y Kerns, J. G. (2003). Psychological Trauma and Schizotypal Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 29(1), 143-152. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006985
- Berger, A. M., Knutson, J. F., Mehm, J. G. y Perkins, K. A. (1988). The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 12, 251-262.
- Berner, P. (1999). Trastornos delirantes y conceptos de vulnerabilidad. *Archivos de Neurobiología*, 62(2), 89-92.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... Ruggiero, J. (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- 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(2), 169-190. doi:10.1016/s0145-2134(02)00541-0
- Berry, K., Band, R., Corcoran, R., Barrowclough, C. y Wearden, A. (2007). Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 563-576.
- Berry, K., Barrowclough, C. y Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis.

- Behaviour Research and Therapy*, 46, 1275-1282. doi: 10.1016/j.brat. 2008. 08. 009
- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L. y Haddock, G. (2013). PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 526-538. doi: 10.1016/j.cpr. 2013. 01.011.
- Berry, K., Wearden, A. J., Barrowclough, C. y Liversidge, T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 707-718.
- Bifulco, A., Brown, G. W. y Harris, T. O. (1994). Childhood experiences of care and abuse (CECA): A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1419-1435.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P. y Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344.
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 172(33), 53-59.
- Björkenstam, C., Björkenstam, E., Hjern, A., Bodén, R. y Reutfors, J. (2014). Suicide in first episode psychosis: A nationwide cohort study. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 1-7. doi: 10.1016/j.schres.2014.05.010
- Blackwood, D. H., Fordyce, A., Walker, M. T., Clair, D. M. St., Porteous, D. J. y Muir, W. J. (2001). Schizophrenia and affective disorders—cosegregation with a translocation at chromosome 1q42 that directly disrupts brain-expressed genes: clinical and P300 findings in a family. *The American Journal of Human Genetics*, 69, 428–433.
- Blanchard, J. J. y Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 238-345. doi: 10.1093/schbul/sbj013
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press (Trad. 1950).
- Bleuler, M. (1972). *The schizophrenic disorder: long-term patient and family studies*. New Haven: Yale University Press. (Trad. 1978).

- Bloom, B. L. y Miller, A. (2004). *The Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0): Assessing Clinical Status and Progress in Persons with Severe and Persistent Mental Illness*. Recuperado el 25 de marzo de 2011, de <http://www.crosllc.com/CROS3.0manuscript-090204.pdf>
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., ... Grupo Español de Trabajo para el estudio del TEPT. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del TEPT. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28 (4), 207-218.
- Bobes, J., Ciudad, A., Álvarez, E., San, L., Polavieja, P. y Gilaberte, I. (2009). Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophrenia Research*, 115(1), 58-66. doi: 10.1016/j.schres.2009.07.003
- Boden, R., Sundström, J., Lindström, E. y Lindström, L. (2009). Association between symptomatic remission and functional outcome in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 232, 237. doi: 10.1016/j.schres.2008.10.004
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K. y Yangarber, N. (2000). Recovery Attitudes Questionnaire: Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 95-103. doi: 10.1037/h0095112
- Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. G., Krzton, K., Wishnick, H. y Wilder, K. E. (1998). *Development and evaluation of the recovery attitudes questionnaire*. Cincinnati, OH: Hamilton County Recovery Initiative Research Team, University of Cincinnati.
- Boksa, P. (2010). Effects of prenatal infection on brain development and behavior: a review of findings from animal models. *Brain Behavior and Immunity*, 24(6), 881-897. doi: 10.1016/j.bbi.2010.03.005
- Bosson, M. G. y Niesink, R. J. (2010) Adolescent brain maturation, the endogenous cannabinoid system and the neurobiology of cannabis-induced schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 92, 370-385. doi: 10.1016/j.pneurobio. 2010.06.010

- Bourque, F., van der Ven, E. y Malla A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897-910. doi: 10.1017/S0033291710001406
- Bowie, C. R., Leung, W. W., Reichenberg, A., McClure, M. M., Patterson, T. L., Heaton, R. K. y Harvey, P.D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological Psychiatry* 63(5), 505–511. doi:10.1016/j.biopsych.2007.05.022
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1: Attachment). Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. 2: Separation, anger and anxiety). Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3: Loss, sadness and depression). Londres: Hogarth Press.
- Boydell, J., Bebbington, P., Bhavsar, V., Kravariti, E., van Os., Murray, R. M. y Dutta, R. (2013). Unemployment, ethnicity and psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(3), 202-209. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01921.x
- Braehler, C., Holowka, D., Brunet, A., Beaulieu, S., Baptista, T., Debruille, J. B., ... King, S.(2005). Diurnal cortisol in schizophrenia patients with childhood trauma. *Schizophrenia Research*, 79, 353-354. doi: 10.1016/j.schres. 2004. 07. 007
- Braehler, C., Valiquette, L., Holowka, D., Malla, A. K., Jooper, R., Ciampi, A., ... King, S. (2013). Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry Research*, 210(1), 36-42. doi: 10.1016/j.psychres.2013.05.033
- Braga, R. J., Reynolds, G. P. y Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(1), 1-7. doi: 10.1016/j.psychres. 2013. 07.030
- Bremner, J. D., Bolus, R. y Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211-218. doi:10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
- Bremner, J. D., Vermetten, E. y Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depression and Anxiety*, 12, 1-12.

- Bretherton, I. y Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships. In J. Cassidy y P. R. Shaver (Ed.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 497-519). New York Guilford Press.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006x.68.5.748
- Briere, J. (1992a). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 196-203.
- Briere, J. (1992b). Child abuse trauma: Child maltreatment interview schedule. In JR Conte (Series Ed), *Theory and treatment of the lasting effects: Interpersonal violence: The practice series* (pp. 165–177). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J., Elliott, D., Harris, K. y Cotman, A. (1995). Trauma symptom inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence, 10*, 387-401.
- Briere, J. y Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect, 14*, 357-364.
- Brill, N., Levine, S. Z., Reichenberg, A., Lubin, G., Weiser, M. y Rabinowitz, J. (2009). Pathways to functional outcomes in schizophrenia: the role of premorbid functioning, negative symptoms and intelligence. *Schizophrenia Research, 110*(1-3), 40-46. doi:10.1016/j.schres.2009.02.016
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. y Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research, 122*(1-3), 232-238. doi:10.1016/j.schres.2010.02.1065
- Broome, M. R., Woolley, J. B., Tabraham, P., Johns, L. C., Bramon, E., Murray, G., ... Murray, R. M. (2005). What causes the onset of psychosis? *Schizophrenia Research, 79*, 23-34.
- Brown, A. S. y Susser, E. S. (2002): In utero infection and adult schizophrenia. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 8*, 51–57.
- Brown, E., Gray, R., Jones, M. y Whitfield, S. (2013). Effectiveness of adherence therapy in patients with early psychosis: A mirror image study. *International*

- Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 24-34. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00829.x
- Brown, G. R., McBride, L., Bauer, M. S. y Williford, W. O. (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 57-67. doi:10.1016/j.jad.2005.06.012
- Browne, A. y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Brunet, K., Birchwood, M., Upthegrove, R., Michail, M. y Ross, K. (2012). A prospective study of PTSD following recovery from first-episode psychosis: the threat from persecutors, voices, and patienthood. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 418-433. doi: 10.1111/j.2044-8260.2012.02037.x
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B. y Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatric*, 144, 1426-1430.
- Buckley P. F, Fenley G, Mabe A. y Peeples S. (2007). Recovery and schizophrenia. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 1, 96-100.
- Bullock, W. A., Ensing, D. S., Alloy, V. y Weddle, C. (2000). Consumer leadership education: Evaluation of a program to promote recovery in persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 3-12. doi: 10.1037/h0095129
- Burdick, K. E., Goldberg, T. E., Funke, B., Bates, J. A., Lencz, T., Kucherlapati, R. y Malhotra, A. K. (2007). DTNBP1 genotype influences cognitive decline in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 89, 169-172.
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T. y Rosen, A. (2010). *Review of Recovery Measures, Version 1.01*. Recuperado el 18 de febrero de 2011, de http://amhocn.org/static/files/assets/80e8befc/Review_of_Recovery_Measures.pdf
- Burgermeister, D. (2007). Childhood adversity: a review of measurement instruments. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 163-176.
- Byne, W., Buchsbaum, M. S., Kemether, E., Hazlett, E. A., Shinwari, A., Mitropoulou, V. y Sierver, J. L. (2001). Magnetic resonance imaging of the thalamic

- mediodorsal nucleus and pulvinar in schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58, 133-140.
- Byrne, C. P., Velamoor, V. R., Cernovsky, Z. Z., Cortese, L. y Losztyn, S. (1990). A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 590-595.
- Byrne, M., Agerbo, E., Bennedsen, B., Eaton, W. W. y Mortensen, P. B. (2007). Obstetric conditions and risk of first admission with schizophrenia: a Danish national register based study. *Schizophrenia Research*, 97, 51-59.
- Calam, R. M. y Slade, P. D. (1989). Sexual experiences and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorder*, 8, 391-397.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cavelti, M., Rüsch, N. y Vauth, R. (2014). Is Living With Psychosis Demoralizing? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 521-529. doi:10.1097/nmd.0000000000000160
- Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J. y Leff, H. S. (2005). *Measuring the promise: A compendium of recovery measures, Volumen II*. Cambridge MA: Evaluation Center, Human Services Research Institute.
- Campbell, C., Barrett, S., Shannon, C., Hoy, K., Rushe, T., Cooper, S. y Mulholland, C. (2013). The relationship between childhood trauma and neuropsychological functioning in first episode psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5(1), 48-59. doi: 10.1080/17522439.2012.660982
- Campbell, J., Cook, J., Jonikas, J. y Einspahr, K. (2004). *Peer Outcomes Protocol (POP): Administration manual*. Chicago, IL: University of Illinois.
- Campbell, J., Einspahr, K., Evenson, R. y Adkins, R. (2004). *Peer Outcomes Protocol (POP): Psychometric properties of the POP*. Chicago, IL: University of Illinois at Chicago.
- Campbell, J. y Schraiber, R. (1989). *The Well-Being Project: Mental health clients speak for themselves*. Sacramento, CA: California Department of Mental Health.
- Cannon, T. D. (2005). Clinical and genetic high-risk strategies in understanding vulnerability to psychosis. *Schizophrenia Research*, 79(35), 35-44.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., ... Heinssen, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at high clinical risk.

- Archives of General Psychiatry*, 65(1), 28–37. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2007.3
- Cannon, T. D., van Erp, T. G., Bearden, C. E., Loewy, R., Thompson, P., Toga, A. W., ... Tsuang, M. T. (2003). Early and late developmental influences in the prodrome to schizophrenia: contributions of genes, environment, and their interactions. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 653-669.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2003). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Cantón, J., Cortés, M. R. y Cantón-Cortes, D. (2012). Variables associated with the nature of sexual abuse to minors. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 571-581.
- Cao, J. L., Covington, H. E., Friedman, A. K., Wilkinson, M. B., Walsh, J. J., Cooper, D.C., ... Han, M. H. (2010). Mesolimbic dopamine neurons in the brain reward circuit mediate susceptibility to social defeat and antidepressant action. *Journal of Neuroscience*, 30(49), 16453-16458. doi:10.1523/jneurosci.3177-10.2010
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. y Braunwald, K. (1989). Finding order in disorganization: Lessons from research on maltreated infants' attachments to their caregivers. In D. Cicchetti y V. Carlson (Eds), *Child maltratement: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 494-528). New York: Cambridge University Press.
- Carlsson, A. y Carlsson, M. L. (2006). A dopaminergic deficit hypothesis of schizophrenia: the path to discovery. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8, 137-142.
- Carlsson, A. y Lindqvist, M. (1963). Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacologica et Toxicologica*, 20, 140–144.
- Carpenter, L. L., Gawuga, C. E., Tyrka, A. R., Lee, J. K., Anderson, G. M. y Price, L. H. (2010). Association between plasma IL-6 response to acute stress and early-life adversity in healthy adults. *Neuropsychopharmacology*, 35, 2617-2623. doi:10.1038/npp.2010.159
- Carpenter, W.T. (2004). Clinical constructs and therapeutic discovery. *Schizophrenia Research*, 72, 69-73.

- Carpinello, S. E., Knight, E., Markowitz, F. y Pease, E. A. (2000). The development of the Mental Health Confidence Scale: A measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 236-243. doi:10.1037/h0095162
- Carr, C. P., Martins, C. P., Stingel, A. M., Lembruber, 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. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007-1020. doi:10.1097/NMD.0000000000000049
- Carrasco-Ortiz, M. A., Rodríguez-Testal, J. F. y Hesse, B. M. (2001). Conduct problems in a sample of institutionalized minors with previous mistreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), 819-838.
- Casado-Blanco, M. y Castellano-Arroyo, M. (2013). Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 12-18.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J. y Vauth, R. (2012). Assessin recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatric*, 27, 19-32. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.007
- Cawthorpe, D., West, M. y Wilkes, T. (2004). Attachment and depression: The relationship between the felt security of attachment and clinical depression among hospitalized female adolescents. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 31-35.
- Centre International de L'enfance. (1980). *Los niños víctimas de los servicios y maltratos*. Documento para el Proyecto CII. París.
- Cheng, C., Loh, El-W., Lin, C. H., Chan, C. H. y Lan, T. H. (2013). Birth seasonality in schizophrenia: Effects of gender and income status. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(6), 426-433. doi: 10.1111/pcn.12076
- Chico del Río, M., García-Casal, J. A., Ortiz, V., Ordóñez-Cambolor, N. y Armesto-Formoso, D. (2013). Estimación del funcionamiento cognitivo actual y comparación con el premórbido en personas con enfermedades del espectro de las esquizofrenias. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(1), 11-17.
- Cicchetti, D. y Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment. En W. M. Grove y D. Cicchetti (Eds.), *Thinking clearly about psychology: Essays in honour of Paul E. Meehl. Vol. 2. Personality and Psychopathology* (pp. 346-377). Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1995). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- Ciompi, L. (1980). Catamnestic long term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-608.
- Ciompi, L. y Muller, C. (1975). *The life course and aging in schizophrenia: a catamnestic longitudinal study into advanced age*. Berlin: Springer Verlag.
- Ciudad, A., Bobes, J., Álvarez, E., San, L., Novick, D. y Gilaberte, I. (2011). Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 53-65.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C. y Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 473-482.
- Cohen, A., Patel, V., Thara, R. y Gureje, O. (2008). Questioning an axiom: better prognosis for schizophrenia in the developing world? *Schizophrenia Research*, 34, 229-244.
- Cohen, Y., Spirito, A., Sterling, C., Donaldson, D., Seifer, R., Plummer, B., ... Ferrer, K. (1996). Physical and sexual abuse and their relation to psychiatric disorder and suicidal behavior among adolescents who are psychiatrically hospitalized. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(8), 989-993.
- Coid, J. W., Kirkbride, J. B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M. y Jones, P. B. (2008). Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups. Findings from the East London first episode psychosis study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1250-1258. doi: 10.1001/archpsyc.65.11.1250
- Conley, R. R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. y Kinon, B. J. (2007). The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 186-197. doi:10.1016/j.schres.2006.09.027
- 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. doi: 10.1093/schbul/sbp009

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Collin, G., de Reus, M. A., Cahn, W., Hulshoff Pol, H. E., Kahn, R. S. y van de Heuvel, M.P. (2014). Disturbed grey matter coupling in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 23(1), 46-54. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.09.001
- Compton, M. T., Furman, A. C. y Nadine, J. K. (2004). Preliminary evidence of an association between childhood abuse and cannabis dependence among African American first-episode schizophrenia-spectrum disorder patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(3), 311-316. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.05.005
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Corbalán, J. y Patró, R. (2003). *Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos*. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.
- Corby, B. (1993). *Child abuse: Towards a knowledge base*. Buckingham: Open University Press.
- Coronas, R., Arrufat, F. J., Domènech, C. y Cobo, J. V. (2002). Factores de riesgo de aparición de esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 9(3), 116-125.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés post-traumático en excombatientes y víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. y Miller, F. E. (2006). The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 239-246. doi:10.1037/0893-3200.20.2.239
- Corvin, A. (2013). Schizophrenia at a genetics crossroads: where to now? *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 490-495. doi: 10.1093/schbul/sbt041

- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.412
- Craddock, N. y Owen, M. J. (2007). Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry*, 6, 20-27.
- Craig, T., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S. y Fornells-Ambrojo, M. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329(7474), 1067-1069. doi:10.1136/bmj.38246.594873.7c
- Crow, T. J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British Medical Journal*, 280(6207), 66-68.
- Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P. y Morland, K. G. (2006). Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric Services*, 57(10), 1497-1500. doi:10.1176/appi.ps.57.10.1497
- Cuesta, M. J., Peralta, V. y Irigoyen, I. (1995). The Frankfurt-Pamplona subjective experience scale. *Actas Luso-Españolas Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 23(4), 193-199.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. y Irigoyen, I. (1996). Factor analysis of the Frankfurt Complaint Questionnaire in a Spanish sample. *Psychopathology*, 29(1), 46-53. doi:10.1159/000284971
- Curtis, L. C. (2000). Practice guidance for recovery-oriented behavioral healthcare for adults with serious mental illnesses. En M. Towson (Ed.), *Personal Outcome - Measures in Consumer-Directed Behavioral Health: Council on Quality and Leadership for Persons With Disabilities*.
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 164(2), 190-201.
- Chang, L., Friedman, J., Ernst, T., Zhong, K., Tsopelas, N. D. y Davis, K. (2007). Brain metabolite abnormalities in the white matter of elderly schizophrenic subjects: implication for glial dysfunction. *Biological Psychiatry*, 62, 1396-1404.

- Chen, E. Y., Tam, D. K., Wong, J. W., Law, C. W. y Chiu, C. P.(2005). Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6)493-499. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01609.x
- Chisholm, B., Freeman, D. y Cooke, A. (2006). Identifying potential predictors of traumatic reactions to psychotic episodes. *The British Journal of Psychiatry*, 45(4), 545-559. doi:10.1348/014466505x90136
- Daahman, K. M., Diederer, M. J., Derks, E. M., van Lutterveld, R., Kahn, R. S. y Sommer, I. E. (2012). Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 42(12), 2475-2484. doi: 10.1017/S0033291712000761
- Danese, A., Moffitt, T. E., Pariante, C. M., Ambler, A., Poulton, R. y Caspi, A. (2008). Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood treatment. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 409-415. doi: 10.1001/archpsyc.65.4.409
- Davidson, J. R. (2002). Surviving disaster: what comes after trauma? *British Journal of Psychiatry*, 181, 366- 368.
- Davidson, J. R., Hughes, D. y Blazer, D. G. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 459-475.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M. y Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? Professional Psychology. *Research and Practice*, 36(5), 480-487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480
- Dadvison, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizofrehenia*. Nueva York: New York University Press.
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. y Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8. doi: 10.1093/schbul/sbm122
- Davidson, L. y Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65 (2), 131-145.
- Davidson, L. y Stayner, D. (1997). Loss, loneliness and the desire for love: perspectives on the social lives of people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(3), 3-12. doi:10.1037/h0095369

- Davis, K. L., Kahn, R. S., Ko, G. y Davidson, M. (1991). Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1474-1486.
- Davies, G., Welham, J., Chant, D., Torrey, E. F. y McGrath, J. (2003). A systematic review and meta-analysis of northern hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *29*, 587-593.
- Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P. y Bottai, T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(10), 921-928. doi:10.3109/00048674.2010.493503
- Dauvergne, M. y Johnson, H. (2001). "Children witnessing family violence." *Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics (Statistics Canada Catalogue no. 85-002-XPE)*, *21*(6), 1-13
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, *13*(3), 539-564.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreat*, *10*, 150-72.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (2001). *Manual de protección infantil* (2ª edición). Barcelona: Masson.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *11*(4), 11-19.
- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* *19* (3), 91-97.
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, *25*(3), 11-24. doi:10.1300/j010v25n03_02
- Demjaha, A., Morgan, K., Morgan, C., Landau, S., Dean, K., Reichenberg, A., ... Dazzan, P. (2009). Combining dimensional and categorical representation of psychosis: the way forward for DSM-V and ICD-11? *Psychological Medicine*, *39*, 1943-1955. doi:10.1017/S0033291709990651
- DeMasi, M. E., Markowitz, F. E., Videka-Sherman, L., Sofka, C., Knight, E. L. y Carpinello, S. E. (1996). *Specifying dimensions of recovery*. Alexandria, VA:

- National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Research Institute.
- Del Campo, A. y López, F. (2006). Evaluación de un programa de prevención de abusos sexuales menores en educación primaria. *Psicothema*, *18*(1), 1-8.
- DeLisi, L. E. (2008). The concept of progressive brain change in schizophrenia: implications for understanding schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(2), 312-321. doi: 10.1093/schbul/sbm164
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, *9*, 13-28.
- Devulapalli, K. K., Welge, J. A. y Nasrallah, H.A. (2008). Temporal sequence of clinical manifestation in schizophrenia with co-morbid OCD: review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *161*, 105-108. doi: 10.1016/j.psychres. 2008. 01. 013
- Dickens, G., Weleminsky, J., Onifade, Y. y Sugarman, P. (2012). Recovery Star: validating user recovery. *The Psychiatric Bulletin*, *36*, 45-50. doi: 10.1192/ pb. bp.111.034264
- Dickson, H., Cullen, A. E., Reichenberg, A., Hodgins, S., Campbell, D. D., Morris, R. G. y Laurens, K. R. (2014). Cognitive impairment among children at-risk for schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *50*, 92-99. doi: 10.1016/ j.jpsychires.2013.12.003
- Docx, L., Morrens, M., Bervoets, C., Hulstijn, W., Fransen, E., De Hert, M., ... Sabbe, B. (2012). Parsing the components of the psychomotor syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*(4), 256-265. doi: 10.1111/ j.1600-0447.2012.01846.x
- Domínguez, M. G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H. U. y van Os, J. (2011). Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: An 8-Year Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 84-93. doi: 10.1093/schbul/sbp022
- Donald, J. L. (2012). A review of childhood abuse questionnaires and suggested treatment approaches. En E. S. Kalfoğlu (Ed.), *Sexual Abuse-Breaking the Silence*. Rijeka, Croatia: In Tech.

- Downing, S. M. (2006). Twelve steps for effective test development. En S. M. Downing y T. M. Haladyna (Eds.), *Handbook of test development* (pp. 3-25). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Downing, S. M. y Haladyna, T. M. (2006). *Handbook of test development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Draijer, N. y Langeland, W. (1999) Childhood trauma and perceived parental dysfunction in etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
- Drake, R. J., Dunn, G., Tarrier, N., Bentall, R. P., Haddock, G. y Lewis, S. W.(2007). Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 81-86. doi:10.4088/jcp.v68n0111
- Drake, R. E. y Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242.
- Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B. y Bellack, A. S. (2012). Assessing recovery of people with serious mental illness: development of a new scale. *Psychiatric Services*, 63, 48-53. doi: 10.1176/appi.ps.201100109
- Drayton, M., Birchwood, M. y Trower, P. (1998). Early attachment experience and recovery from psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(3), 269-284. doi:10.1111/j.2044-8260.1998.tb01385.x
- Dumont, J. M., Ridgeway, P., Onken, S. J., Dorman, D. H. y Ralph, R. O. (2005). *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. Phase II Technical Report: Development of the Recovery Oriented System Indicators (ROSI)*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Dunkley, D. M., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: the mediating role of self-criticism. *Internacional Journal of Eating Disorder*, 43(3), 274-281.
- Dutta, R., Murray, R. M., Hotopf, M., Allardyce, J., Jones, P. B. y Boydell, J. (2010). Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis.

- Archives of General Psychiatry*, 67 (12), 1230-1237. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.157
- Dyregrow, A. y Yule, W. (2006). A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 176-184. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x
- Eaton, W. W., Byrne, M., Ewald, H., Mors, O., Chen, C. Y., Agerbo, E. y Mortensen, P. B. (2006). Association of schizophrenia and autoimmune diseases: Linkage of Danish national registers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 521-528. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.521
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82.
- Echeburúa, E. y Guerricaecheverría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research Therapy*, 38(4), 319-345. doi:10.1016/s0005-7967 (99) 00123-0
- Ellason, J. W. y Ross, C. A. (1997). Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*, 80(2), 447-450.
- Ellison-Wright, I., Glahn, D. C., Laird, A. R., Thelen, S. M. y Bullmore, E. (2008). The anatomy of first-episode and chronic schizophrenia: an anatomical likelihood estimation meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 1015-1023. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07101562
- Engels, M. y Moisan, D. (1994). The psychological maltreatment inventory: development of a measure of psychological maltreatment in childhood for use in adult clinical settings. *Psychological Reports*, 74, 595-604.
- Ensfield, L. B., Steffen, J. J., Borkin, J. R. y Schafer, J. C. (1998). *Personal vision of Recovery Questionnaire*. Cincinnati, OH: University of Cincinnati.
- Ensink, B. J. (1992). *Confusing Realities*. Amsterdam: Vu University Press.
- Elosúa, P. (2003). Sobre la validez de los tests. [About test validity]. *Psicothema*, 15, 315-321.
- Elosúa, P. y Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta ordenada [Reliability coefficients for ordinal response scales]. *Psicothema*, 20, 896-901.

- Epstein, K. A. y Kumra, S. (2014). Executive attention impairment in adolescents with schizophrenia who have used cannabis. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 48-54. doi: 10.1016/j.schres.2014.04.035
- Erazo, R. (2010). Hacia un modelo de diagnóstico precoz en las enfermedades mentales. *Revista médica Clínica Las Condes*, 21(5), 684-695.
- Esbjörn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A. y Ollendick, T. H. (2012). The development of anxiety disorders: considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 129-43. doi: 10.1007/s10567-011-0105-4
- Ezpeleta, J. (2005). *Factores de riesgo de la psicopatología del desarrollo*. Barcelona, Masson.
- Falukozi, E. y Addington, J. (2012). Impact of trauma on attenuated psychotic symptoms. *Psychosis*, 4(3), 203-212.
- Fañanas, L. (2004). Predictores genéticos del desarrollo de psicosis. En J. L. Vázquez-Barquero, B. Crespo-Facorro y A. Herrán (Eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Psicosis*. Masson: Barcelona.
- Fedyszyn, I. E., Robinson, J., Harris, M. G., Paxton, S. J. y Francey, S. (2012). Predictors of suicide-related behaviors during treatment following a first episode of psychosis: the contribution of baseline, past, and recent factors. *Schizophrenia Research*, 140(1-3), 17-24. doi: 10.1016/j.schres.2012.06.022
- Feinberg, I. (1982). Schizophrenia: Caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *Journal of Psychiatric Research*, 17, 319-324.
- Feinberg, I. (1990). Cortical pruning and the development of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 567-570.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Ferguson, K. S. y Dacey, C. M. (1997). Anxiety, depression and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 941-952.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Los autoinformes. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.),

- Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de casos* (pp. 231-268). Madrid: Pirámide.
- Fidalgo, A. M. (2011). GMHDIF: A computer program for detecting DIF in dichotomous and polytomous items using generalized Mantel-Haenszel Statistics. *Applied Psychological Measurement*, 35(3), 247-249. doi:10.1177 / 0146621610375691
- Fineberg, A. M., Ellman, L. M., Buka, S., Yolken, R. y Cannon, T. D. (2013). Decreased birth weight in psychosis: Influence of prenatal exposure to serologically determined influenza and hypoxia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 1037-1044. doi: 10.1093/schbul/sbs084
- Fink, L. A., Bernstein, D., Hadelsman, L., Foote, J. y Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1329-1335.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*. New York, NY: Free Press.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Finkelhor, D. y Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. New York. Plenum Publishing.
- Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (9), 913-915. doi:10.1176/ps.45.9.913
- Fisher, D. B. y Ahern, L. (1999). *People can recover from mental illness*. National Empowerment Center Newsletter. Lawrence, MA: Spring.
- Fisher, H. L., Caspi, A., Poulton, R., Meier, M. H., Houts, R., Harrington, ... Moffitt, T. E. (2013). Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study. *Psychological Medicine*, 43(10), 2077-2086. doi: 10.1017/S0033291712003091
- Fisher, H. L., Jones, P. B., Fearon, P., Craig, T. K., Dazzan, P., Morgan, K., ... Morgan, C. (2010). The varying impact of type, timing and frequency of exposure to

- childhood adversity on its association with adult psychotic disorder. *Psychological Medicine* 40(12), 1967-1978. doi:10.1017/s0033291710000231
- Fisher, H. L., Morgan, C., Dazzan, P., Craig, T. K., Morgan, K., Hutchinson, G., ... Fearon, P. (2009). Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 194(4), 319-325. doi:10.1192/bjp.bp.107.047985
- Fisher, H. L., Schreier, A., Zammit, S., Maughan, B., Munafò, M. R., Lewis, G. y Wolke, D. (2013). Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 1045-1055. doi: 10.1093/schbul/sbs088
- Fitzpatrick, C. (2002). A new word in serious mental illness: recovery. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 11(4), 1-6.
- Flórez-Menéndez, G. (2005). Fases tempranas de la esquizofrenia: premorbida, prodrómica y fase de psicosis sin tratar. En M. Serrano Vázquez (Ed.), *Esquizofrenia y Enfermedades Acompañantes*. A Coruña: Asociación gallega de psiquiatría.
- Flynn, M., Cicchetti, D. y Rogosch, F. (2014). The prospective contribution of childhood maltreatment to low self-worth, low relationship quality, and symptomatology across adolescence: A developmental-organizational perspective. *Developmental Psychology*, 50(9), 2165-2175. doi: 10.1037/a0037162
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Fonseca-Pedrero, E. (2009). *Evaluación de la personalidad esquizotípica*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Oviedo. Oviedo.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. y Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? *Papeles del Psicólogo*, 34 (3), 190-207.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2012). Validation of the Community Assessment Psychic Experiences-42 (CAPE-42) in Spanish college students and patients with psychosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 169-176.

- Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S. y Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general adolescente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 155-162.
- Forsyth, J. K., Ellman, L. M., Tanskanen, A., Mustonen, U., Huttunen, M. O., Suvisaari, J. y Cannon, T. D. (2013). Genetic risk for schizophrenia, obstetric complications, and adolescent school outcome: Evidence for gene-environment interaction. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 1067-1076. doi: 10.1093/schbul/sbs098
- Frame, L. y Morrison, A. P. (2001). Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 305-306.
- Francis, J. L. y Penn, D. L. (2001). The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189(12), 822-829. doi:10.1097/00005053-200112000-00003
- Freeman, D. y Fowlwe, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Research*, 169(2), 107-112. doi: 10.1016/j.psychres.2008.07.009
- Freeman, D. y Garety, P. A. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 407-414. doi:10.1348/014466500163400
- Freeman, D., Garety, P. A. y Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, 31(7), 1293-1306.
- Frías, A., Palma, C., Giné, E y Aluco, E. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: Etiopathogenic and nosological implications. *European Journal of Psychiatry*, 28(1), 27-38. doi: 10.4321/s0213-61632014000100003
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R. y Trappner, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *Journal Anxiety Disorders*, 16, 259-272. doi:10.1016/s0887-6185(02)00097-x
- Gaebel, W. y Riesbeck, M. (2007). Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 95, 19-29.
- Gamo, N. J., Duque, A., Paspalas, C. D., Kata, A., Fine, R., Boven, L., ... Arnsten, A.F.T. (2013). Role of disrupted in schizophrenia 1 (DISC1) in stress-induced

- prefrontal cognitive dysfunction. *Translational Psychiatry*, 3, e328. doi: 10.1038/tp.2013.104
- Gallagher, P., Watson, S., Smith, M. S., Young, A. H. y Ferrier, I. N. (2007). Plasma cortisol-dehydroepiandrosterone (DHEA) ratios in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 258-265.
- Gallagher, R. E., Flye, B. L., Hurt, S. W., Stone, M. H. y Hull, J. W. (1992). Retrospective assessment of traumatic experiences. *Journal of Personality Disorder*, 6, 99-108.
- Garbarino, J., Guttman, E. y Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child*. San Francisco: Jossey-Bass.
- García-Álvarez, L., Lemos-Giráldez, S., Vallejo-Seco, G., Ordóñez-Cambor, N., Paino, M., Burón-Fernández, P., ... Solares-Vázquez, J. (2014). Factores clave de la recuperación en trastornos psicóticos. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(2), 135-149.
- García-Portilla González, M. P. y Bobes, J. (2013). Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 141-143.
- Garety, P. A., Bebbington, P. E., Fowler, D., Freeman, D. y Kuipers, E. (2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: A theoretical paper. *Psychological Medicine*, 37(10), 1377-1391. doi:10.1017/s003329170700013x
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-195. doi:10.1017/s003329170100331
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M. y Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 121-125.
- Gearon, J. S., Kaltman, S. I., Brown, C. y Bellack, A. S. (2003). Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(4), 523-528. doi:10.1176/appi.ps.54.4.523

- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. y Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155-164. doi: 10.1002/wps.20040
- George, C. y Main, M. (1979). Social interactions of young abused children: approach, avoidance, and aggression. *Child Development, 50*(2), 306-318.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C. y Gervain, M. (1995). *Construction of a scale to measure consumer recovery*. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.
- Giménez, C. (2012). Bases moleculares de la esquizofrenia. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia, 78*, 425-445.
- Giménez-Pando, J., Pérez-Arjona, E., Dujovny, M. y Díaz, F. G. (2007). Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica. *Neurocirugía, 18*(2), 95-100.
- Goldman, J. D. G. y Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research, 37*(4), 305-314.
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N. y Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 521-542.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, C. G., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet, 377*, 2093-2120. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. New York: Freeman.
- Gottesman, I. I. y Erlenmeyer-Kimling, L. (2001). Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 51*, 93-102.
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., ... Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 280–289. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01011.x
- Green, B. L. (1996). Trauma History Questionnaire (self-report). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366-368). Lutherville, MD: Sidran.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430
- Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B. y Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 245-252. doi:10.1093/schbul/15.2.245
- Grilo, C. M. y Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research*, 9(5), 320-325.
- Grych, J., Jouriles, E., Swank, P., McDonald, R. y Norwood, W. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 84-94.
- Gudlowski, Y., Ozgurdal, S., Witthaus, H., Gallinat, J., Hauser, M., Winter, Ch., ... Juckel, G. (2009). Serotonergic dysfunction in the prodromal, first-episode and chronic course of schizophrenia as assessed by the loudness dependence of auditory evoked activity. *Schizophrenia Research*, 109(1-3), 141-147. doi: 10.1016/j.schres.2009.02.008
- Guillin, O., Abi-Dargham, A. y Laruelle, M. (2007). Neurobiology of dopamine in schizophrenia. *International Review of Neurobiology* 78, 1-39.
- Gumley, A. I., Taylor, H. E., Schwannauer, M. y MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257-274. doi: 10.1111/acps.12172
- Gurvits, T. V., Gilbertson, M. W., Lasko, N. B., Tarhan, A. S., Simeon, D., Macklin, M. L., ... Pitman, R. K. (2000). Neurologic Soft Signs in Chronic Posttraumatic

- Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 181-186. doi:10.1001/archpsyc.57.2.181
- Haas, G. L., Garratt, L. S. y Sweeney, J. A. (1998). Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 32(3-4), 151-159. doi:10.1016/s0022-3956(98)00008-9
- Häfner, H., y An Der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: The ABC and WHO studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(SUPPL. 4), IV14-IV26.
- Haim, R., Rabinowitz, J. y Bromet, E. (2006). The relationship of premorbid functioning to illness course in schizophrenia and psychotic mood disorders during two years following first hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 791-795. doi:10.1097/01.nmd.0000240158.39929.e3
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F. y Spielberger, C. D. (2005). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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*, 182(6), 543-547. doi:10.1192/bjp.182.6.543
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S. y Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 35 years later. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 718-726.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S. y Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Harding, C. M., Zubin, J. y Strauss, J. S. (1987). Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 477-485.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., ... Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 501-507. doi:10.1097/01.nmd.0000172480.56308.21

- Haro, J. M., Novick, D., Suárez, D., Ochoa, S. y Roca, M. (2008). Predictors of the course of illness in outpatients with schizophrenia: a prospective three year study. *Progress in Neuro-Psychopharmacol and Biological Psychiatry* 32, 1287-1292. doi: 10.1016/j.pnpbp.2008.04.003
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517. doi: 10. 1192 / bjp.178.6.506
- Harrison, P. J., Law, A. J. y Eastwood, S. L. (2003). Glutamate receptors and transporters in the hippocampus in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1003, 94-101.
- Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H. y Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 723-734. doi:10.1093/schbul/sbi026
- Harrow, M. y Jobe, T. H. (2005). Longitudinal studies of outcome and recovery in schizophrenia and early intervention: Can they make a difference? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 879-880.
- Hartman, C. R. y Burgess, A.W. (1989). Sexual abuse on children: Causes and consequences. En D. Cichetti y V. Carlson (comps.): *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., ... Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 11-14. doi:10.1016/j.schres.2013.04.039
- Heil, J. y Johnson, L. K. (1998). *Recovery Interview*. Athens, OH: Institute for Local Government Administration and Rural Development.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., ... Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *The Journal of the American Medical Association* 284(5), 592-597. doi:10.1001/jama.284.5.592

- Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., ... Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1286-1294. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10101531
- Heins, T., Gray, A. y Tennant, M. (1990). Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(4), 561-565.
- Heinz, A., Deserno, L. y Reininghaus, U. (2013). Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*, 12, 187-197.
- Henquet, C., Di Forti, M., Morrison, P., Kuepper, R. y Murray, R. M. (2008). Gene-Environment Interplay Between Cannabis and Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1111-1121. doi: 10.1093/schbul/sbn108
- Henquet, C., Rosa, A., Delespaul, P., Fananás, L., van Os, J. y Myin-Germeys, I. (2009). COMT ValMet moderation of cannabis-induced psychosis: a momentary assessment study of 'switching on' hallucinations in the flow of daily life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2), 156-160. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01265.x
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J. L., Perry, J. C. y Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5(1), 36-51.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Higgins, D. J. y McCabe, M. (2001), The development of the comprehensive child maltreatment scale. *Journal of family studies*, 7(1), 7-28.
- Highley, J. R., Walker, M. A., Esiri, M. M., McDonald, B., Harrison, P. J. y Crow, T. J. (2001). Schizophrenia and the frontal lobes. *British Journal of Psychiatry*, 178, 337-343.
- Hirsch, S. R. y Weinberger, D. (2003). Schizophrenia. Massachusetts: Blackwell Science.

- Hofer, A., Rettenbacher, M. A., Widschwendter, C. G., Kemmler, G., Hummer, M. y Fleischhacker, W. W. (2006). Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(4), 246-255. doi:10.1007/s00406-005-0633-3
- Hoffmann, H., Kupper, Z. y Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia- an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43(2-3), 147-158. doi:10.1016/s0920-9964(99)00148-6
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination-everybody's business. *The Medical Journal of Australia*, 178(9), 47-48.
- Honig, A., Romme, M. A., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H. y deVries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), 646-651.
- Hopper, K., Blanch, A., Carpinello, S., Johnson, S., Knight, E., Kovasznay, B. y Krauss, A. (1996). *Rochester Recovery Inquiry*. Orangeburg, NY: Center for the Study of Public Issues in Mental Health
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A. y Sartorius, N. (2007). *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective: A Report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Horan, W. P., Kring, A. M. y Blanchard, J. J. (2006). Anhedonia in schizophrenia: a review of assessment strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 259-273.
- Hornick, J., Ralph, R. y Salmons, T. (1999). *Images of power and solidarity: Assessing relationships between staff and clients of mental health programs*. National Conference on Mental Health Statistics. Washington, DC: Center for Mental Health Services.
- Houghton, J. F. (1982). First person account: Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophrenia Bulletin*, 8(3), 548-553.
- Hoy, K., Barrett, S., Shannon, C., Campbell, C., Watson, D., Rushe, T., ... Mulholland, C. (2012). Childhood trauma and hippocampal and amygdalar volumes in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1162-1169. doi:10.1093/schbul/sbr085

- Huber, G., Gross, G., Schuttler, R. y Linz, M. (1980). Longitudinal studies schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 592-605.
- Hunter, J. (1991). A comparison of psychosocial maladjustment of adult males and females sexually molested as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 205-217.
- ILGARD Research Team. (1998). *Recovery interview*. Athens, Ohio: Institute for Local Government Administration and Rural Development.
- Ingraham, L. J. y Kety, S. S. (2000). Adoption studies of schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics*, 97, 18-22.
- Ingram, R. E. y Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress models. En B. L. Hankin y J. Z. Abela (Eds.), *Development and Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. (pp. 245-288) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Iosifescu, D. V. (2012). The relation between mood, cognition and psychosocial functioning in psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 22(Suppl 3), s499-s504. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.08.002
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., ... Miettunen, J. (2012). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbs130
- Jackson, H. J., y McGorry, P. D. (2009). *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach (2nd ed.)*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Jacobson, N. (2001). Experiencing recovery: A dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 248-256. doi:10.1037/h0095087
- Jacobson, N. y Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 23(4), 333-341. doi:10.1037/h0095146
- Jacobson, N. y Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- Jaenisch, R. y Bird, A. (2003). Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. *Nature Genetics*, 33, 245-254. doi:10.1038/ng1089
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York, Lexington Books.

- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. y van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38-45.
- Jarskog, L. F., Miyamoto, S. y Lieberman, J. A. (2007). Schizophrenia: new pathological insights and therapies. *Annual Review of Medicine*, 58, 49-61.
- Jaspers, K. (1975). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Beta. (Publicación original 1913).
- Javitt, D. C. y Zukin, S. R. (1991). Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 148, 1301-1308.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschlaeger, J., Christensen, T. Ø., ... Nordentoft, M. (2008). The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 38, 1157-1166. doi: 10.1017/S0033291708003449
- Jerrell, J. M., Cousins, V. C. y Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the recovery process inventory. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33(4), 464-473. doi:10.1007/s11414-006-9031-5
- Kawada, R., Yoshizumi, M., Hirao, K., Fujiwara, H., Miyata, J., Shimizu, M., ... Murai, T. (2009). Brain volume and dysexecutive behavior in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 33(7), 1255-1260. doi: 10.1016/j.pnpbp.2009.07.014
- Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arseneault, L., Fitzpatrick, C. y Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 378-382. doi: 10.1192/bjp.bp.108.049536
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Lynch, F., Fitzpatrick, C., Devlin, N., ... Cannon, M. (2012). Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies. *British Journal of Psychiatry*, 201, 26-32. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12091169
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., ... Cannon, M. (2013). Childhood Trauma and Psychosis in a Prospective Cohort Study: Cause, Effect, and Directionality. *American Journal of Psychiatry*, 170, 734-741. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12091169

- Kelly, D. L., Conley, R. R. y Carpenter, W. T. (2005). First-episode schizophrenia: a focus on pharmacological treatment and safety considerations. *Drugs*, 65(8), 1113- 1138. doi:10.2165/00003495-200565080-00006
- Kelly, M. y Gamble, C. (2005). Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(2), 245-251. doi: 10.1111/j.1365-2850.2005.00828.x
- Kempton, M. J., Stahl, D., Williams, S. C. y DeLisi, L. E. (2010). Progressive lateral ventricular enlargement in schizophrenia: a meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Schizophrenia Research*, 120 (1–3), 54-62. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.036
- Kernic, M., Wolf, M., Holt, V., McKnight, B., Huebner, C. y Rivara, F. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 397-404.
- Keshavan, M. S. (1999) Development, disease and degeneration in schizophrenia: a unitary pathophysiological model. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 513-521.
- Keshavan, M. S., Tandon, R., Boutros, N. y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts” what we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophrenia Research*, 106, 89-107. doi: 10.1016/j.schres.2008.07.020
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197 (5), 378-385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Khanam, D., McDonald, K. y Williams, C. (2013). *Measuring Recovery: A Toolkit for Mental Health Providers in New York Cit.* New York: Department of Health and Mental Hygiene.
- Khare, M., Taylor, A. H., Konje, J. C. y Bell, S. C. (2006). Delta9-tetrahydrocannabinol inhibits cytotrophoblast cell proliferation and modulates gene transcription. *Molecular Human Reproduction*, 12(5), 321-333. doi:10.1093/molehr/gal036
- Kirkpatrick, B., Fenton, W., Carpenter Jr, W. T. y Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219.

- Kim, J. S., Kornhuber, H. H., Schmid-Burgk, W. y Holzmüller, B. (1980). Low cerebrospinal fluid glutamate in schizophrenic patients and a new hypothesis on schizophrenia. *Neuroscience Letters*, 20, 379-382.
- Klimidis, S., Minas, I. H. y Yamamoto, K. (2001). Impact of Illness Scale: Reliability, validity, and cross-cultural utility. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 416-423. doi:10.1053/comp.2001.26266
- Klosterkötter, J., Schultze-Lutter, F. y Ruhrmann, S. (2008). Kraepelin and psychotic prodromal conditions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 74-84. doi: 10.1007/s00406-008-2010-5
- Kofink, D., Boks, M. P., Timmers, H. T. y Kas, M. J. (2013). Epigenetic dynamics in psychiatric disorders: environmental programming of neurodevelopmental processes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(5), 831-845. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.03.020
- Konings, M., Bak, M., Hanssen, M., van Os, J. y Krabbendam, L. (2006). Validity and reliability of the CAPE: a self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(1), 55-61. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00741.x
- Kopald, B. E., Mirra, K. M., Ega, M. F., Weinberger, D. R. y Goldberg, T.E. (2012). Magnitude of impact of executive functioning and IQ on episodic memory in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 71(6), 545-551. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.11.021
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Huntington, NY: Krieger (Trad. 1971).
- Kruger, A. (2000). Schizophrenia: Recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 29-37.
- Kubicki, M., McCarley, R., Westin, C. F., Park, H. J., Maier, S., Kikinis, R., ... Shenton, M. E. (2007). A review of diffusion tensor imaging studies in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 15-30.
- Kumar, A., Choi, K. H., Renthall, W., Tsankova, N. M., Theobald, D. E., Truong, H. T., ... Nestler, E. J. (2005). Chromatin remodeling is a key mechanism underlying cocaine-induced plasticity in striatum. *Neuron*, 48(2), 303-314. doi: 10.1016/j.neuron.2005.09.023

- Kumpfer, K., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., ... Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services. Center for Substance abuse Prevention.
- Kvrgic, S., Beck, E. M., Cavelti, M., Kossowsky, J., Stieglitz, R. D. y Vauth, R. (2011). Focusing on the adult attachment in schizophrenia in community mental health centres: validation of the Psychosis Attachment Measure (PAM) in a German-speaking sample. *International Journal of Social Psychiatry*, *10*, 1-12. doi: 10.1177/0020764011399004
- Kyriakopoulos, M., Bargiotas, T., Barker, G. J. y Frangou, S. (2008). Diffusion tensor imaging in schizophrenia. *European Psychiatry*, *23*, 255-273.
- Lamb, M. E., Gaensbauer, T. J., Malkin, C. M. y Schultz, L. A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development*, *8*, 35-45.
- Lambert, M., Conus, P., Lubman, D. I., Wade, D. yuen, H., Moritz, S., ... Schimmelmann, B. G. (2005). The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(2), 141-148. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00554.x
- Lang, U. E., Puls, I., Muller, D. J., Strutz-Seebohm, N. y Gallinat, J. (2007). Molecular mechanisms of schizophrenia. *Cellular Physiology and Biochemistry*, *20*, 687-702.
- Lange, A., Kooiman, K., Huberts, L. y van Oostendorp, E. (1995). Childhood unwanted sexual events and degree of psychopathology of psychiatric patients: Research with a new anamnestic questionnaire (the CHUSE). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *92*, 441-446.
- Laporte, L. y Guttman, H. (2001). Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 522-531.
- Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., van Os, J. y Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *123*, 28-35. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01594.x
- Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Røssberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., ... Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with

- schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 123-127. doi:10.1016/j.comppsy.2012.06.009
- Larsen, T. K., McGlashan, T. H., Johannessen, J. O., Friis, S., Guldborg, C., Haahr, U., ... Vaglum, P. (2001). Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1917-1919. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1917
- Lataster, J., Myin-Germeys, I., Lieb, R., Wittchen, H. U. y van Os, J. (2012). Adversity and psychosis: a 10-year prospective study investigating synergism between early and recent adversity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 388-399. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01805.x
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S. y Knight, E. L. (2002). Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals. *Substance Use and Misuse*, 37(2), 145-170. doi:10.1081/ja-120001975
- Laudet, A. B., Mogura, S., Vogel, H. S. y Knight, E. (2000). Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4), 321-329. doi:10.1016/s0740-5472(99)00077-x
- Laviolette, S. R. (2007). Dopamine Modulation of Emotional Processing in Cortical and Subcortical Neural Circuits: Evidence for a Final Common Pathway in Schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 972-981. doi: 10.1093/schbul/sbm048
- Leavy, R. L., McGuire, A. B., Rhoades, C. y McCool, R. (Eds.). (2002). *Predictors of subjective quality of life in mental health consumers: Baseline results*. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605-609.
- Lemos-Giráldez, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales* (pp. 25- 55). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lemos-Giráldez, S. (1999). Trastornos del espectro esquizofrénico: marcadores de predicción temprana. En J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica: perspectivas actuales* (pp. 97-137). Madrid: Pirámide.

- Lemos-Giráldez, S. (2003). La vulnerabilidad a la psicosis. En S. Perona Garcelan, C. Cuevas, O. Vallina y S. Lemos-Giráldez (Eds.), *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia* (pp. 19-38). Madrid: Minerva Ediciones.
- Lemos-Giráldez, S. García-Álvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina, O., Vallejo-Seco, G., ... Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive psychiatric*, 56, 51-58. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.021
- Lemos-Giráldez, S., Vallina, O., Paino, M. y Fonseca-Pedrero, E. (en prensa). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Síntesis.
- Lener, M. S., Edmund, W., Tang, Ch. Y., Byne, W., Goldstein, K. E., Blair, N. J., ... Hazlett, E. A. (2014). White Matter Abnormalities in Schizophrenia and Schizotypal Personality Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 1-11. doi:10.1093/schbul/sbu093
- Lewandowski, K. E. (2007). Relationship of catechol-O-methyltransferase to schizophrenia and its correlates: evidence for associations and complex interactions. *Harvard Review of Psychiatry* 15, 233-244.
- Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Jr., 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), 288-297. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01239-2
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 959-986.
- Lewis, D. A. y Gonzalez-Burgos, G. (2006). Pathophysiologically based treatment interventions in schizophrenia. *Nature Medicine*, 12, 1016-1022.
- Lewis, D. A., Hashimoto, T. y Volk, D.W. (2005). Cortical inhibitory neurons and schizophrenia. *Nature Reviews*, 6, 312-324.
- Lewis, D. A. y Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a disorder of neurodevelopmental. *Annual Review of Neuroscience*, 25, 409-432.
- Lichtenstein, P., Yip, B. H., Björk, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F. y Hultman, C. M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet*, 373(9659), 234-239. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60072-6

- Lieberman, J. A. (1999). Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biological Psychiatry*, *46*, 729-739.
- Lieberman, J. A., Chakos, M., Wu, H., Alvir, J., Hoffman, E., Robinson, D. y Bilder, R. (2001). Longitudinal study of brain morphology in first-episode psychosis. *Biological Psychiatry*, *49*, 487-499.
- Libermann, R. P. y Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st Century. *International Review of Psychiatry*, *14*, 242-255. doi: 10.1080/0954026021000016897
- Libermann, R. P. y Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, *56*(6), 735-742. doi:10. 1176/ appi.ps. 56.6.735
- Liemburg, E., Castelein, S., Stewart, R., van der Gaag, M., Aleman, A., Knegtering, H. y Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. (2013). Two subdomains of negative symptoms in psychotic disorders: Established and confirmed in two large cohorts. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(6), 718-725. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.024
- Lincoln, T. M. y Lüllmann, E. y Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(6), 1324-1342. doi:10.1093/schbul/sbm002
- Linscott, R. J. y van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, *43*, 1133-1149. doi: 10.1017/S0033291712001626
- Livingston, J. D. y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* *71*(12), 2150-2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Lizardi, D., Grunebaum, M. F., Burke, A., Stanley, B., Mann, J. J., Harkavy-Friedman, J. y Oquendo, M. (2011). The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(4), 295-300. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01724.x.

- Lizardi, H., Klein, D. N., Ouimette, P. C., Riso, L.P., Anderson, R. L. y Donaldson, S. K. (1995). Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 132-139.
- Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H. y Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 1183-1188.
- López, F. (1993). Efectos de los abusos sexuales de menores. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuertes, A. (1995). Prevalence and sequelae of childhood sexual abuse in Spain. *Child Abuse & Neglect, 19*(9), 1039-1050.
- López, S. J., Floyd, R. K., Ulven, J. C. y Snyder, C. R. (2000). Hope therapy: Helping clients build a house of hope. En C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica, 13*(3), 159-179.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 38*(1), 88-91. doi:10.3758/bf03192753
- Lovejoy, M. (1984). Recovery from schizophrenia: A personal odyssey. *Hospital and Community Psychiatry, 35*(8), 809-812.
- Lozano, L. M., García-Cueto, E. y Muñiz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology, 4*(2), 73-79. doi:10.1027/1614-2241.4.2.73
- Lu, W., Mueser, K. T., Shami, A., Siglag, M., Petrides, G., Schoepp, E., ... Saltz, J. (2011). Post-traumatic reactions to psychosis in people with multiple psychotic episodes. *Schizophrenia Research, 127*(1-3), 66-75. doi:10.1016/j.schres. 2011. 01.006
- 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. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 790-795. doi:10.1097/01.nmd.0000188970.11916.76
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J. y Bell, M. D. (2002). Insight and work performance in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 142-146. doi:10.1097/00005053-200203000-00002
- Lysaker, P. H., Meyer, P., Evans, J. D. y Marks, K. A. (2001). Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(2), 89-92. doi:10.3109/10401230109148953
- Lysaker, P. H., Roe, D. y Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199. doi:10.1093/schbul/sbl016
- Lysaker, P. H. y Salyers, M. P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 290-298. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01067.x
- Lysaker, P.H., Taylor, A., Miller, A., Beattie, N., Strasburger, A. y Davis, L.W. (2006). The scale to assess narrative development: associations with other measures of self and readiness for recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(3), 223-225. doi:10.1097/01.nmd.0000202512.54587.34
- MacBeth, A. y Gumley, A. (2008). Premorbid adjustment, symptom development and quality of life in first episode psychosis: a systematic review and critical appraisal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 85-99.
- MacIntyre, D. J., Blackwood, D. H., Porteous, D. J., Pickard, B. S. y Muir, W. J. (2003). Chromosomal abnormalities and mental illness. *Molecular Psychiatry* 8(3), 275-287.
- MacKeith, J. y Burns, S. (2008). *Mental Health Recovery Star*. London: Mental Health Providers Forum and Triangle Consulting.
- Mackowick, K. M., Barr, M. S., Wing, V. C., Rabin, R. A., Ouellet-Plamondon, C. y George, T. P. (2014). Neurocognitive endophenotypes in schizophrenia:

- Modulation by nicotinic receptor systems. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 52, 79-85. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.07.010
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocme, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., ... Offord, D. R. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario health supplement. *JAMA*, 278, 131-135.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., ... Beardslee, M.D. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
- Madras, B. K. (2013). History of the discovery of the antipsychotic dopamine D2 receptor: a basis for the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Journal of the History of the Neurosciences*, 22(1), 62-78. doi:10.1080/0964704X.2012.678199
- Mahgoub, M. y Monteggia, L. M. (2013). Epigenetics and psychiatry. *Neurotherapeutics*, 10(4), 734-741. doi: 10.1007/s13311-013-0213-6
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M. y Hesse, E. (1990). *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?* En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (Ed.), *Attachment in the Preschool Years*. Chicago: Chicago University Press, págs 161-182.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganised/ disoriented attachment pattern. En T. Brazelton y M. Youngman (Ed.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, USA: Ablex.
- Maki, P., Veijola, J., Jones, P.B., Murray, G. K., Koponen, H., Tienari, P., ... Isohanni, M. (2005). Predictors of schizophrenia — a review. *British Medical Bulletin*, 9 (73-74), 1-15.
- Malhotra, D. y Sebat, J. (2012). CNVs: harbingers of a rare variant revolution in psychiatric genetics. *Cell*, 148(6), 1223-1241. doi: 10.1016/j.cell.2012.02.039
- Malla, A. K., Norman, R. M. G., McLean, T. S. y McIntosh, E. (2001). Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life

- Index (client version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 355-361.
doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00200.x
- Malone, D. T., Hill, M. N. y Rubino, T. (2010) Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *British Journal of Pharmacology*, 160(3), 511-522. doi: 10.1111/j.1476-5381.2010.00721.x
- 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.
- Mancini, A. D. y Finnerty, M. T. (2005). *Recovery-Oriented Practices Index*. New York, NY: New York State Office of Mental Health.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A. y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782.
- Mantel, N. y Haenszel, W. (1959). Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *Journal of the National Cancer Institute*, 22, 719-748.
- Markon, K. E., Chmielewski, M. y Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137(5), 856-879. doi:10.1037/a0023678
- Marenco, S. y Weinberger, D. R. (2000). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: following a trail evidence from cradle to grave. *Developmental Psychopathology*, 12, 501-27.
- Margolin, G. (2005). Children's exposure to violence exploring developmental pathways to diverse outcomes. *Journal of interpersonal violence*, 20(1), 72-81. doi: 10.1177/0886260504268371
- Margolin, G. y Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Reviews Psychology*, 51, 445-479.
- Marshall, M., Husain, N., Bork, N., Chaudhry, I. B., Lester, H., Everard, L., ... Birchwood, M. (2014). Impact of early intervention services on duration of untreated psychosis: Data from the national eden prospective cohort study. *Schizophrenia Research*, 159(1), 1-6. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.005
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. y Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of

- first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975-983. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
- Marshall, R. D., Schneider, F. R., Fallon, B. A., Knight, C. B. G., Abbate, L. A., Goetz D, C., ... Liebowtiz, M. R. (1998). An open trial of paroxetine in patients with noncombat-related, chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 10-18.
- Marty, C. y Carvaja, A. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 180-187.
- Marwaha, S. y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment-a review. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227- 238.
- 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(2), 225-238. doi: 10.1017/S0033291712000785
- Mauritz, M. W., Groossens, P. J., Draijer, N. y van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. doi:10.3402/ ejpt.v4i0.19985
- May-Chahal, C. y Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 969-984.
- 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(5), 600-607. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.023
- McCutcheon, V. V., Sartor, C. E., Pommer, N. E., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Madden, P. A. F. y Heath, A. C. (2010). Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 811-814. doi:10.1002/jts.20577
- McDonald, R. y Jouriles, E. N. (1991). Marital aggression and child behaviors problems. *The Behavior Therapist*, 14, 189-192.

- McGlashan, T. H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (11), 681-685.
- McGlashan, T. H., Carpenter, W. T. y Levy, S. T. (1977). Art and recovery style from psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 182-190.
- McGloin, J. M. y Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13(4), 1021-1038.
- McGorry, P. D., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D. y Singh, B. S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(5), 253-258.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76. doi: 10.1093/epirev/mxn001
- Mckee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R. y Kiniki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76. doi:10.1037/0021-9010.90.1.53
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827-838.
- Meesters, P. D., Comijs, H. C., Sonnenberg, C. M., Hoogendoorn, A. W., de Haan, L., Eikelenboom, P., ... Stek, M. L. (2014). Prevalence and correlates of depressive symptoms in a catchment-area based cohort of older community-living schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 285-291. doi: 10.1016/j.schres.2014.05.002
- Melas, P. A., Rogdaki, M., Osby, U., Schalling, M., Lavebratt, C. y Ekstrom, T. J. (2012). Epigenetic aberrations in leukocytes of patients with schizophrenia: association of global DNA methylation with antipsychotic drug treatment and disease onset. *The FASEB Journal*, 26(6), 2712-2718. doi:10.1096/Fj.11-202069
- Melle, I. y Barrett, E. A. (2012). Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(3), 353-359. doi: 10.1586/ern.11.191
- Menezes, N. M., Arenovich, T. y Zipursky, R. B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36(10), 1349-1362. doi:10.1017/s0033291706007951

- Mesa-Gresa, P y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52 (8), 489-503.
- Meulman, J. J. y Heiser, W. J. (2009). *SPSS categories 18.0*. Chicago, SPSS Inc.
- Meyer, I. H., Muenzenmaier, K., Cancienne, J. y Struening, E. (1996). Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse histories among women with serious mental illness. *Child Abuse & Neglect*, 20, 213-219.
- Meyer, U., Yee, B. K., Feldon, J. (2007). The neurodevelopmental impact of prenatal infections at different times in pregnancy: the earlier the worse. *Neuroscientist*, 13, 241-266.
- Meyer-Lindenberg, A. y Tost, H. (2014). Neuroimaging and plasticity in schizophrenia. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32(1), 119-127. doi: 10.3233/RNN-139014
- Mezzacappa, E., Kindlon, D. y Earls, F. (2001). Child Abuse and Performance Task Assessments of Executive Functions in Boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(8), 1041-1048. doi:10.1111/1469-7610.00803
- Milan, S. y Acker, J. C. (2014). Early attachment quality moderates eating disorder risk among adolescent girls. *Psychology & Health*, 29(8), 896-914. doi: 10.1080/08870446.2014.896463.
- Mill, J., Tang, T., Kaminsky, Z., Khare, T., Yazdanpanah, S., Bouchard, L., ... Petronis, A. (2008). Epigenomic profiling reveals DNAmethylation changes associated with major psychosis. *American Journal of Human Genetics*, 82(3), 696-711. doi:10.1016/j.ajhg.2008.01.008
- Miller, B., Suvisaari, J., Miettunen, J., Järvelin, M. R., Haukka, J., Tanskanen, A., ... Kirkpatrick, B. (2011). Advanced paternal age and parental history of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 125-132. doi: 10.1016/j.schres.2011.08.013
- Mintz, A. R., Dobson, K. S. y Romney, D.M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61(1), 75-88. doi:10.1016/s0920-9964 (02) 00316-x
- Modestin, J., Caveng, I., Wehrli, M. V. y Malti, T. (2008). Correlates of coping styles in psychotic illness-an extension study. *Psychiatry Research*, 168(1), 50-56. doi:10.1016/j.psychres.2008.03.008

- Modestin, J., Huber, A., Satirli, E., Malti, I. y Hell, D. (2003). Long-term course of schizophrenia reconsidered: Bleuler's study reconsidered. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2202-2208. doi:10.1176/appi.ajp.160.12.2202
- Moghaddam, B. (2003). Bringing order to the glutamate chaos in schizophrenia. *Neuron*, 40(5), 881-884. doi:10.1016/s0896-6273(03)00757-8
- Mondelli, V., Cattaneo, A., Murri, M. B., Di Forti, M., Handley, R., Hepgul, N., ... Pariante, C. M. (2011). Stress and inflammation reduce brain-derived neurotrophic factor expression in first-episode psychosis: a pathway to smaller hippocampal volume. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12), 1677-1684. doi: 10.4088/JCP.10m06745
- Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A. y Rocca, P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 102-111. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.019
- Moore, L.D., Le, T. y Fan, G. (2013). DNA methylation and its basic function. *Neuropsychopharmacology*, 38(1), 23-38. doi:10.1038/npp.2012.112
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M. y Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-328. doi: 10.1016/ s0140-6736(07)61162-3
- Moreno, J. M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología*, 21(2), 224-230.
- Moreno, R., Martínez, R. y Muñiz, J. (2006). New guidelines for developing multiple-choice items. *Methodology*, 2(2), 65-72. doi:10.1027/1614-2241.2.2.65
- Morgan, C. y Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma- a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1), 3-10. doi: 10.1093/schbul/sbl053
- Morgan, C. y Hutchinson, G. (2010). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: A public health tragedy. *Psychological Medicine*, 40, 705-709.
- Morgan, C., Reininghaus, U., Reichenberg, A., Frissa, S., SELCoH study team., Hotopf, M. y Hatch, S.L. (2014). *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 346-353. doi: 10.1192/bjp.bp.113.134452

- Mortensen, P. B., Pedersen, C. C., Westgaard, T., Wohlfahrt, J. y Ewald, H. (1999). Effects of family history and place an season of birth on the risk of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, *340*, 603-608.
- Morrens, M., Hulstijn, W. y Sabbe, B. (2007). Psychomotor slowing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *33*, 1038-1053. doi: 10.1093/schbul/sbl051
- Morrison, A. y Petersen, T. (2003). Trauma and metacognition as predictors of predisposition to hallucinations. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *31*, 235-246.
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 257-276. doi:10.1017/s1352465801003010
- Morrison, A. P., Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*, 331-353. doi:10.1348/014466503322528892
- Morrison, A. P., Nothard, S., Bowe, S. E. y Wells, A. (2004). Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(11), 1315-1323.
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, *24*(1), 77-87.
- Muenzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E. y Ferber, J. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, *44*(7), 666-670.
- Mueser, K. T., Gingerich, S., Salyers, M. P., McGuire, A. B., Reyes, R. U. y Cunningham, H. (2004). *The Illness Management and Recovery (IMR) Scales (client and clinician versions)*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Mueser, K. T., Lu, W., Rosenberg, S. D. y Wolfe, R. (2010). The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research*, *116*(2-3), 217-227. doi: 10.1016/j.schres.2009.10.025
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M. y Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale,

- development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl. 1), 32-43. doi:10.1093/schbul/sbl022
- Müller, H., Laier, S. y Bechdolf, A. (2014). Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 17-25. doi:10.1007/s00406-014-0538-0
- Mulligan, A. y Lavender T. (2010). An investigation into the relationship between attachment, gender and recovery form psychosis in a stable community-based sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 269-284. doi:10.1002/cpp.655
- Muñiz, J. (2004). La validación de los tests. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 5, 121-141.
- Muñiz, J. y Bartram, D. (2007). Improving international tests and testing. *European Psychologist*, 12(3), 206-219. doi:10.1027/1016-9040.12.3.206
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: Second edition]. *Psicothema*, 25, 151-157.
- Muñiz, J., Fidalgo, A. M., García-Cueto, E., Martínez, R. y Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Muñiz, J. y Fonseca-Pedrero, E. (2008). Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de Investigación en Educación*, 5, 13-25.
- Muñiz, J., García-Cueto, E. y Lozano, L. M. (2005). Item format and the psychometric properties of the Eysenck Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38(1), 61-69. doi:10.1016/j.paid.2004.03.021
- Muñoz, M., Perez Santos, E., Crespo, M. y Guillen, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Analisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A. B. y De Vicente, A. (2002). Trastorno por estrés postraumático. En M. Muñoz, A. Roa, E. Pérez, A. B. Santos-Olmo y A. de Vicente (Eds.), *Instrumentos de evaluación en Salud Mental* (pp.111-117). Madrid: Pirámide.

- Murnen, S. K. y Smolak, L. (1996). *Agreement with recovery attitudes scale*. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.
- Murray, R. M., y Lewis, S. W. (1987). Is a schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *British Medical Journal*, 295, 681-682.
- Myin-Germeys, I., Krabbendam, L. y van Os, J. (2003). Continuity of psychotic symptoms in the community. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 443-449. doi: 10.1097/01.yco.0000079208.36371.cd
- Myin-Germeys, I. y van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 409-424.
- Nagata, T., Kiriike, N., Iketani, T., Kawarada, Y. y Tanaka, H. (1999). History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: Relationship with dissociation and impulsive behaviours. *Psychological Medicine*, 29, 935-942.
- Nanni, V., Uher, R. y Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(4), 141-151.
- Nasillo, V., Santos, J.M., Arrufat, F. y Obiols, J. (2013). Translation and adaptation of the Recovery Style Questionnaire into Spanish. *Interpsiquis 2013. 14º Congreso Virtual de Psiquiatria.com*.
- National Institute for Mental Health in England. (2004). *Emerging Best Practice in Mental Health Recovery*. London: NIMHE.
- Navarro-Mateu, F., Barcia, D. y van Os, J. (2000). Hipótesis del neurodesarrollo y psicosis: implicaciones diagnósticas. *Congreso Virtual de Psiquiatría*. 1 de Febrero - 15 de Marzo.
- Need, A. C., Ge, D. L., Weale, M. E. Maia, J., Feng, S., Heinzen, E. L., ... Goldstein, D. B. (2009). A genome-wide investigation of SNPs and CNVs in schizophrenia. *PLoS Genetics*, 5(2), e1000373. doi: 10.1371/journal.pgen.1000373.
- Neil, S., Kilbride, M. y Pitt, L. (2009). The Questionnaire About the Process of Recovery (QPR): a measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis* 1(2), 145-155. doi:10.1080/17522430902913450
- Nelson, B., Sass, L. A. y Skodlar, B. (2009). The phenomenological model of psychotic vulnerability and its possible implications for psychological interventions in the ultra-high risk ("prodromal") population. *Psychopathology*, 42, 283-292.

- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(11), 18-28.
- Neria, Y., Bromet, E. J., Carlson, G. A. y Naz, B. (2005). Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 380-383. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00530.x
- Neria, Y., Bromet, E. J. y Marshall, R. (2002). The relationship between trauma exposure, post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression. *Psychological Medicine*, 32(8), 1479-1480.
- Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J. y Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70(1), 246-251. doi:10.1037/0022-006x.70.1.246
- Nesvåg, R., Bergmann, Ø., Rimol, L. M., Lange, E. H., Haukvik, U. K., Hartberg, C. B., ... Agartz I. (2012). A 5-year follow-up study of brain cortical and subcortical abnormalities in a schizophrenia cohort. *Schizophrenia Research*, 142(1-3), 209-216. doi: 10.1016/j.schres.2012.10.004
- New York Crisis Hostel Project. (1998). *Crisis Hostel Healing Scale*. New York: New York Crisis Hostel Project.
- Nicodemus, K. K., Kolachana, B. S., Vakkalanka, R., Straub, R. E., Giegling, I., Egan, M.F., ... Weinberger, D.R. (2007). Evidence for statistical epistasis between catechol-O-methyltransferase (COMT) and polymorphisms in RGS4, G72, GRM3, and DISC1: influence on risk of schizophrenia. *Human Genetics* 120, 889-906.
- Nicodemus, K. K., Marenco, S., Batten, A. J., Vakkalanka, R., Egan, M. F., Straub, R. E. y Weinberger, D. R.(2008). Serious obstetric complications interact with hypoxia-regulated/vascular-expression genes to influence schizophrenia risk. *Molecular Psychiatry*, 13(9), 873-877. doi: 10.1038/sj.mp.4002153
- Nielssen, O. B., Malhi, G. S., McGorry, P. D. y Large, M. M. (2012). Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *Journal of Clinical and Psychiatry*, 73 (5), e580-e587. doi: 10.4088/JCP.11r07036
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van de Hart, O. y Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative

- disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Nohesara, S., Ghadirivasfi, M., Mostafavi, S., Eskandari, M. R., Ahmadkhaniha, H., Thiagalingam, S. y Abdolmaleky, H. M. (2011). DNA hypomethylation of MB-COMT promoter in the DNA derived from saliva in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1432-1438. doi: 10.1016 / j.jpsychires.2011.06.013
- Nosé, M., Barbui, C. y Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programs? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(7), 1149-1160. doi:10.1017/s0033291703008328
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Numachi, Y., Yoshida, S., Yamashita, M., Fujiyama, K., Naka, M., Matsuoka, H., ... Sora, I. (2004). Psychostimulant alters expression of DNA methyltransferase mRNA in the rat brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1025, 102-109. doi:10.1196/annals.1316.013
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. L. y Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 378-386. doi:10.2975/28.2005.378.386
- O'Donovan, M. C., Craddock, N. J. y Owen, M. J. (2009). Genetics, of psychosis; insights from views across the genome. *Human Genetics*, 126(1), 3-12. doi: 10.1007/s00439-009-0703-0
- Obiols, J. E., Barragán, M., Vicens, J. y Navarro, J. B. (2008). Síntomas pseudopsicóticos en adolescentes de la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 205-217.
- Obiols, J. E. y Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 235-250.
- Offen, L., Waller, G. y Thomas, G. (2003). Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations? *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 919-927. doi:10.1016/s0145-2134(03)00139-x

- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D. y Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *147*, 1008-1013.
- Ohio Department of Mental Health. (2004). *The Ohio Mental Health Consumer Outcomes System. Procedural Manual (6th ed. rev.)*. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.
- Ohtani, T., Levitt, J. J., Nestor, P. G., Kawashima, T., Asami, T., Shenton, M. E., ... McCarley, R. M. (2014). Prefrontal cortex volume deficit in schizophrenia: a new look using 3T MRI with manual parcellation. *Schizophrenia Research*, *152*(1), 184-190. doi: 10.1016/j.schres.2013.10.026
- Ojeda , N., Sánchez, P., Elizagárate, E., Yöller, A. B., Ezcurra, J., Ramírez, I. y Ballesteros, J. (2007). Evolución de los síntomas cognitivos en la esquizofrenia: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *35*(4), 263-270.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U. y Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, *19*(1), 155-162. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x
- Olfson, M., Lewis-Fernandez, R., Weissman, M. M., Feder, A., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. y Fuentes, M. (2002). Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *American Journal of Psychiatry*, *159*(8), 1412-1419.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Wilk, J. y West, J. C. (2006). Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *57*(2), 205-211. doi:10.1176/appi.ps.57.2.205
- Oliver, P. L. (2011). Challenges of analysing gene-environment interactions in mouse models of schizophrenia. *The Scientific World Journal*, *11*, 1411-1420. doi: 10.1100/tsw.2011.128
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. y Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31* (1), 9-22. doi:10.2975/31.1.2007.9.22
- Opler, M., Charap, J., Greig, A., Steni, V., Polito, S. y Malaspina, D. (2013). Environmental risk factors and schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, *42*(1), 23-32. doi: 10.2753/IMH0020-7411420102
- Organización Mundial de la Salud (1977). *Clasificación internacional de las enfermedades (9ª. ed.)(CIE-9)*. Madrid: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades (10ª. ed.)(CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1999). OMS: *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Ginebra, 29-31 de marzo de 1999.
- Ordóñez-Cambolor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L. y Pizarro-Ruíz, J. P. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(3), 283-294.
- Ouzir, M., Azorin, J. M., Adida, M., Boussaoud, D. y Battas, O. (2012). Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 167-179. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02325.x.
- Owen, M. J. (2012). Implications of genetic findings for understanding schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 904-907. doi:10.1093/schbul/sbs103
- Owen, M. J., Craddock, N. y O'Donovan, M.C. (2010). Suggestion of roles for both common and rare risk variants in genome-wide studies of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 667-673. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.69.
- Pace, T., Mietzko, T., Alagbe, O., Musselman, D. L., Nemeroff, C. B., Miller, A. H. y Heim, C.M. (2006). Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early life stress. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1930-1933.
- Palmer, R. L., Chaloner, D. A. y Oppenheimer, R. (1992). Childhood sexual abuse with adults reported by female psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 160, 261-265.
- Parellada, E. (2001). Neurodesarrollo frente a neurodegeneración: hipótesis neuroanatómicas de la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 8(6), 225-230.
- Pariante, C. M. (2008). Pituitary volume in psychosis: the first review of the evidence. *Journal of Psychopharmacology*, 22(2 suppl), 76-81.
- Paris, J., Zweig-Frank, H. y Guzder, J. (1994). Risk factors for borderline personality in male outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 375-380.
- Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M. y Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality

- of life. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 43-47. doi: 10.1016/j.psychres.2012.08.040
- Park, S., Hong, J. P., Bae, J. N., Cho, S. J., Lee, D. W., Lee, J. Y., ... Cho, M. J. (2014). Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: Single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatric Research*, 219(3), 443-449. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.009
- Patel, N. H., Vyas, N. S., Puri, B. K., Nijran, K. S. y Al-Nahhas, A. (2010). Positron emission tomography in schizophrenia: a new perspective. *Journal of Nuclear Medicine*, 51(4), 511-520. doi: 10.2967/jnumed.109.066076
- Paton, D. G., Smith, L., Violanti, J. M. y Eräen, L. (2000). Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience. En J. M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Patr6, R. y Limi6ana, R. M. (2005). V6ctimas de violencia familiar: Consecuencias psicol6gicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología* 21(1), 11-17.
- Patterson, P. H. (2007). Maternal effects on schizophrenia risk. *Science*, 318, 576-577.
- Pearlman, L. A. (2001). The treatment of persons with complex PTSD and other trauma-related disruptions of the self. En J. P. Wilson, M. Friedman y J. Lindy (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Pedersen, C. B., McGrath, J., Mortensen, P. B. y Petersen, L. (2014). The importance of father's age to schizophrenia risk. *Molecular Psychiatry*, 19(5), 530-531. doi: 10.1038/mp.2013.69
- Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S. y Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-17.
- Pennebaker, J. W. y Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine*, 26, 327-332.
- Penner, J. D. y Brown, A. S. (2007). Prenatal infectious and nutritional factors and risk of schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7, 797-805.
- Penza, K. M., Heim, C. y Nemeroff, C. B. (2003). Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 15-22.

- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., ... Lönnqvist, J. (2012). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19-28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1989). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia: valoración por medio del Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3). Resultados iniciales. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 17, 255-262.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (2001). How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophrenia Research*, 49, 269-285.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N., Arch, M., Guerra-González, R., Llerena, G., Berta-Alemany, M., Saccinto, E. y Gascón, E. (2012). Conocimientos y creencias sobre abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 28(2), 524-531.
- Pereda, N., Guilera, G. y Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 640-649. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.01.019
- 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(4), 328-338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalence and characteristics of child sexual abuse among spanish university students. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417-426.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J.M., Vallina-Fernández, O., Perona- Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2011). New life for psychotherapy in the light of phenomenology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 187-201.
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9, 235-254.

- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. y Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1785
- Perkins, D., Lieberman, J., Gu, H., Tohen, M., McEvoy, J., Green, M. D., ... Tollefson, G. (2004). Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 18-24. doi: 10.1192/bjp.185.1.18
- Perry, T. L. (1982). Normal cerebrospinal fluid and brain glutamate levels in schizophrenia do not support the hypothesis of glutamatergic neuronal dysfunction. *Neuroscience Letters*, 28, 81-85.
- Pettie, D. y Triolo, A. M. (1999). Illness as evolution: the search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 255-262. doi:10.1037/h0095236
- Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., Di Gennaro, G., Meldolesi, G. N. y Giovanni, M. (2013). Attachment and Parenting in Adult Patients with Anxiety Disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 153-163. doi: 10.2174/1745017901309010157
- Picken, A. y Tarrier, N. (2001). Trauma and comorbid posttraumatic stress disorder in individuals with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 490-497. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.10.008
- Picken, A. y Tarrier, N. (2011). Trauma and comorbid posttraumatic stress disorder in individuals with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 490-497. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.10.008
- Pinna, F., Deriu, L., Lepori, T., Maccioni, R., Milia, P., Sarritzu, E., ... Carpiello, B. (2013). Is it true remission? A study of remitted patients affected by schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 210(3), 739-744. doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.022
- Pino, M. J., Herruzo, J. y Moya, M. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 911-924.
- Pishva, E., Kenis, G., van den Hove, D., Lesch, K. P., Boks, M. P., van Os, J., ... Rutten, B. P. (2014). The epigenome and postnatal environmental influences in

- psychotic disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 337-348. doi: 10.1007/s00127-014-0831-2
- Platts, H., Tyson, M. y Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(5), 332-348.
- Pogarell, O., Koch, W., Karch, S., Dehning, S., Müller, N., Tatsch K., ... Möller, H. J. (2012). Dopaminergic neurotransmission in patients with schizophrenia in relation to positive and negative symptoms. *Pharmacopsychiatry*, 45(Suppl 1), S36-41. doi: 10.1055/s-0032-1306313
- Ponizovsky, A. M., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I. y Grinshpoon, A. (2013). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(2), 164-182.
- Prieto, G. y Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo*, 30(1), 67-74.
- Potvin, S., Stip, E., Sepehry, A. A., Gendron, A., Bah, R. y Kouassi, E.(2008). Inflammatory cytokine alterations in schizophrenia: a systematic quantitative review. *Biological Psychiatry*, 63, 801-808. doi:10.1016/j.biopsych. 2007. 09. 024
- Potvin, S., Sepehry, A. A y Stip, E. (2007). Meta-analysis of depressive symptoms in dual-diagnosis schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(10), 792-799.
- Pruessner, J. C., Champagne, F., Meaney, M. J. y Dagher, A.(2004). Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [11C] raclopride. *Journal of Neuroscience*, 24(11), 2825-2831.
- Ptak, C. y Petronis, A. (2010). Epigenetic approaches to psychiatric disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(1), 25-35.
- Rabinovitch, M., Bechard-Evans, L., Schmitz, N., Joober, R. y Malla, A. (2009). Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *Journal of Psychiatry Canadian*, 54(1), 28-35.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research of Therapy*, 18(1), 51-60.

- Raedler, T. J., Bymaster, F. P., Tandon, R., Copolov, D. y Dean, B. (2007). Towards a muscarinic hypothesis of schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, *12*, 232-246. doi:10.1038/sj.mp.4001924
- Ragins, M. (2005). A Recovery-based Program Inventory. Recuperado el 10 de abril de 2011, de <http://www.village-isa.org/Ragin's%20Papers/inventory.htm>
- Raine, A., Park, S., Lencz, T., Bihrlé, S., LaCasse, L., Widom, C. S., ... Singh, M. (2001). Reduced right hemisphere activation in severely abused violent offenders during a working memory task: An fMRI study. *Aggressive Behavior*, *27*(2), 111-129. doi:10.1002/ab.4
- Ralph, R. O. (2000). *Review of recovery literature: A synthesis of a sample of recovery literature*. Alexandria, VA: National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.
- Ralph, R. O. (2004). At the individual level: A personal measure of recovery. *NASMHPD/NTAC e-Report on Recovery*. Recuperado el 1 de abril de 2011, de http://www.nasmhpd.org/spec_e-report_fall04measures.cfm.
- Ralph, R. O. y Corrigan, P. W. (Eds.). (2005). *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10848-000
- Ralph, R. O., & The Recovery Advisory Group. (1999). *The recovery advisory group recovery model*. National Conference on Mental Health Statistics. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ramsay, H., Kelleher, I., Flannery, P., Clarke, M. C., Lynch, F., Harley, M., ... Cannon, M. (2013). Relationship between the COMT-Val158Met and BDNF-Val66Met polymorphisms, childhood trauma and psychotic experiences in an adolescent general population sample. *PLoS ONE*, *8*(11), e79741. doi:10.1371/journal.pone.0079741
- Raphael, K. G. y Widom, C. S. (2011). Post-traumatic stress disorder moderates the relation between documented childhood victimization and pain 30 years later. *Pain*, *152*(1), 163-169. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.014
- Rapoport, J. L., Addington, A. M., Frangou, S. y Psych, M. R. (2005). The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. *Molecular Psychiatry*, *10*, 434-449.

- Rapoport, J. L., Giedd, J. N., Blumenthal, J., Hamburger, S., Jeffries, N., Fernández, T., ... Evans, A. (1999). Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia. A longitudinal magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 649-654.
- 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*, 76, 1-22.
- Read, J. y Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric in patients with a history of child abuse. *Psychiatry Services*, 50(11), 1467-1472.
- Read, J., Bentall, R. P. y Fosse, R. (2014). Time to abandon the Bio-bio-bio model of psychosis: exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 18(4), 299-310.
- Read, J., Fink, P. J., Rudegeair, T., Felitti, V. y Whitfield, C. L. (2008). Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235-254.
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A. y Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64(4), 319-345. doi: 10.1521/psyc.64.4.319.18602
- 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.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22.^a ed.). Madrid: Real Academia Española.
- Reijneveld, S.A., Crone, M. R., Verlhust, F. C. y Verloove-Vanhorick, S. P. (2003). The effect of a severe disaster on the mental health of adolescents: a controlled study. *Lancet*, 362(9385), 691-696.
- Reininghaus, U., Priebe, S. y Bentall, R. P. (2013). Testing the Psychopathology of Psychosis: Evidence for a General Psychosis Dimension. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 884-895. doi:10.1093/schbul/sbr182

- Repper, J. y Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. London: Balliere-Tindall.
- 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. doi:10.1037/0021-843x.112.3.415
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. y Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research, 75*(1), 119-128. doi:10.1016/j.schres.2004.05.009
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A. y Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services, 55*(5), 540-547. doi:10.1176/appi.ps.55.5.540
- Ridgeway, P. (2004). *Press A. Assessing the Recovery-orientation of your mental health program: A user's guide for the Recovery-Enhancing Environment Scale (REE)*. Kansas: University of Kansas.
- Riggs, D. S., O'Leary, K. D. y Breslin, F. C. (1990). Multiple correlates of physical aggression in dating couples. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 61-73.
- Ringer, J. M., Buchanan, E. E., Olesek, K. y Lysaker, P. H. (2014). Anxious and avoidant attachment styles and indicators of recovery in schizophrenia: Associations with self-esteem and hope. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87*(2), 209-221. doi: 10.1111/papt.12012
- Ripke, S., O'Dushaline, C., Chambert, K., Moran, J. L., Kähler, A. K., Akterin, S. ... Sullivan, P. F. (2013). Genome-wide association analysis identifies 13 new risk loci for schizophrenia. *Nature Genetics, 40*(10), 150-159. doi: 10.1038/ng.2742
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*(1), 31-49. doi:10.1016/j.psychres.2003.08.008
- Ritsher, J. B. y Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 129*(3), 257-265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003
- Ritsner, M., Giberl, A., Maayan, R., Ram, E., Modai, I. y Weizman, A. (2007). State and trait related predictors of serum cortisol to DHEA(S) molar ratios and hormone concentrations in schizophrenia patients. *European*

- Neuropsychopharmacology*, 17(4), 257-264. doi:10.1016/j.euroneuro.2006.09.001
- Roca, M. y Crespí, G. (2013). El estigma social. En J. Bobes y J. Saiz (Eds.). *Impacto social de la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Rodríguez, N., Ryan, S. W., Vande Kemp, H. y Foy, D. W. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 53-59. doi:10.1037/0022-006x.65.1.53
- Roberts, G. y Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37-49. doi:10.1192/apt.10.1.37
- Roe, D., Rudnick, A. y Gill, K. J. (2007). The concept of "being in recovery". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 171-173. doi:10.2975/30.3.2007.171.173
- Roe, D. y Davidson, L. (2008). Recovery. En K. T. Mueser y D. V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Roeholt, S., Beck, N. N., Karsberg, S. H. y Ask, E. (2012). Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: Associations to body mass index. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(0). doi:10.3402/ejpt.v3i0.17188.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L. y Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047. doi:10.1176/ps.48.8.1042
- Rössler, W., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., Gamma, A. y Angst, J. (2011). Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. *Schizophrenia Research*, 131, 18-23. doi:10.1016/j.schres.2011.1006.1019
- Ros-Morente, A., Vilagra-Ruiz, R., Rodríguez-Hansen, G., Wigman, J. H. y Barrantes-Vidal, N. (2011). Process of adaptation to Spanish of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 95-105.
- Ross, C. A., Anderson, G. y Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(5), 489-491. doi:10.1176/ps.45.5.489

- Roy, C. A. y Perry, C. (2004). Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 343-351.
- Rusch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P.W. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Russ, M. J., Shearin, E. N., Clarkin, J. F., Harrison, K. y Hull, J. W. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1869-1871.
- Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Russell, D. W. (1996). *UCLA Loneliness Scale, Version 3*. Ames, IA: Iowa State University.
- Russinova, Z., Rogers, E. S. y Ellison, M. L. (2006). *Recovery Promoting Relationships Scale Manual*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Russo, D. A., Stochl, J., Painter, M., Dobler, V., Jackson, E., Jones, P. B. y Perez, J. (2014). Trauma history characteristics associated with mental states at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 237-244. doi:10.1016/j.psychres.2014.08.028
- Rutten, B. P., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3-20. doi:10.1111/acps.12095
- Rutten, B. P. y Mill, J. (2009). Epigenetic Mediation of Environmental Influences in Major Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1045-1056. doi: 10.1093/schbul/sbp104
- Rutter, M. (1999). Autism: Two-way interplay between research and clinical work. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(2), 169-188.
- Ryan, M. C., Sharafi, N., Condren, R. y Thakore, J. H. (2004). Evidence of basal pituitary-adrenal overactivity in first episode, drug naïve patients with schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 29(8), 1065-1070. doi:10.1016/j.psyneuen.2003.08.011
- Ryan, S. W., Rodríguez, N., Rowan, A. y Foy, D. W. (1992). Psychometric analysis of the Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SAEQ). En *Proceedings of the*

- 100th Annual Convention of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanmartín, J. (2011). *Maltrato Infantil en la familia de España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- 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. *Journal of Affective Disorders*, *165*, 74-80. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.035.
- Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, *71*, 59-68.
- Sanders, B. y Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 315-323.
- Sar, V., Taycan, O., Bolat, N., Ozmen, M., Duran, A., Oztürkm E., Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, *43*(1), 33-40. doi: 10.1159/000255961
- Sass, L. y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, *29*, 427-444.
- Scully, P. J., Coakley, G., Kinsella, A. y Waddington, J. L. (1997). Psychopathology, executive (frontal) and general cognitive impairment in relation to duration of initially untreated versus subsequently treated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychological Medicine*, *27*(6), 1303-1310. doi: 10.1017/s0033291797005722
- Schäfer, I. y Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: Clinical challenges and emerging treatments. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*(6), 514-518. doi: 10.1097/YCO.0b013e32834b56c8
- Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., ... Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: Relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(4), 364-371. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.05.010
- Schäfer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., ... Naber, D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia

- spectrum disorders: an exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 135-138. doi:10.1097/01.nmd.0000198199.57512.84
- Scharffeter, C. (1996). The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of ego/self in schizophrenia, borderline disorder and depression. Zurich: University of Zurich.
- Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C. y Miller, A. H. (2004). Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 167-174. doi: 10.1016/s0920-9964(03)00188-9
- Schenkel, L. S., Silverstein, S. M. (2004). Dimensions of premorbid functioning in schizophrenia: a review of neuromotor, cognitive, social, and behavioral domains. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 130(3), 241-270. doi:10.3200/mono.130.3.241-272
- 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(2-3), 273-286. doi:10.1016/j.schres.2005.03.003
- Schennach-Wolff, R., Jager, M., Seemuller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G., ... Riedel, M. (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 210-217. doi: 10.1016/j.schres.2009.05.032
- Schmeiser, C. B. y Welch, C. (2006). Test development. In R. L. Brennan (Ed.), *Educational Measurement (4th ed.)* (pp. 307-353). Westport, CT: American Council on Education/Praeger.
- Schrank, B. y Slade, M. (2007). Recovery in Psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325. doi:10.1192/pb.bp.106.013425
- Secker, J., Membrey, H., Grove, B. y Seebohm, P. (2002). Recovering from illness or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental health problems for employment support services. *Disability & Society*, 17(4), 403-418. doi:10.1080/09687590220140340
- Segal, S. P., Silverman, C. y Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in clientrun self-help agencies. *Community Mental Health Journal*, 31(3), 215-227. doi:10.1007/bf02188748

- Selen, E. y Cantor-Graae, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- Selye, H. (1950). Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115, 53-55
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shah, S., Mackinnon, A., Galletly, C., Carr, V., McGrath, H. J., Castle, D., ... Morgan, V. A. (2014). Prevalence and impact of childhood abuse in people with a psychotic illness. Data from the second Australian national survey of psychosis. *Schizophrenia Research*, 159(1), 20-26. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.011
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C. y Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 64(10), 974-980. doi: 10.1176/appi.ps.005012012
- Shean, G. D. (2010). *Recovery from schizophrenia: Etiological models and evidence-based treatments*. New York: Hindawi Publishing Corporation.
- Sheffield, J. M., Williams, L. E., Blackford, J. U. y Heckers, S. (2013). Childhood sexual abuse increases risk of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1098-1104. doi: 10.1016/j.comppsy. 2013.05.013
- Shen, L. H., Liao, M. H. y Tseng, Y. C. (2012). Recent advances in imaging of dopaminergic neurons for evaluation of neuropsychiatric disorders. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 2012, 1-14. doi: 10.1155/2012/259349
- Sheng, J., Zhu, Y., Lu, Z., Liu, N., Huang, N., Zhang, Z., ... Yu, X. (2013). Altered volume and lateralization of language-related regions in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 148(1-3), 168-174. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.021
- Shenk, C. E., Putnam, F. W. y Noll, J. G. (2013). Predicting the accuracy of facial affect recognition: The interaction of child maltreatment and intellectual functioning. *Journal of Experimental Child Psychology*, 114(2), 229-242. doi: 10.1016/j.jecp.2012.08.007
- Shevlin, M., Dorahy, M. y Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3-4), 222-228. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.03.004

- 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. doi:10.1093/schbul/sbm069
- Shevlin, M., Murphy, J., Read, J., Mallett, J., Adamson, G. y Houston, J. E. (2011). Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1203-1210. doi:10.1007/s00127-010-0296-x
- Shimabukuro, M., Sasaki, T., Imamura, A., Tsujita, T., Fuke, C., Umekage, T., ... Okazaki, Y. (2007). Global hypomethylation of peripheral leukocyte DNA in male patients with schizophrenia: a potential link between epigenetics and schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 41(12), 1042-1046. doi: 10.1016/J.Jpsychires.08.006
- Shorey, H. S. y Snyder, C. R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, 1- 20.
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M. y Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064.
- Silva, C. D., Chávez, P. y Thiemer, L. (2006). Estigma y esquizofrenia en diarios de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3 (2), 28-31.
- Silva-Ibarra, H. (1997). Fundamentos neurobiológicos de los trastornos de personalidad. In A. Heerlein (Ed.), *Personalidad y psicopatología* (pp. 113-139). Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Silver, T., Bricker, B., Pesta, Z. y Pugh, D. (Eds.). (2002). *Impact of teaching mental health best practices and recovery processes on constituent populations of the mental health system*. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.
- Silverstein, S. M. y Bellack, A. S. (2008). Scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28 (7), 1108-1124. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.004
- Simón, C., López, J. L. y Linaza, J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

- Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L. y Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1082-1095. doi: 10.1016/j.cpr.2013.08.002
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M., Amering, M. y Oades, L. G. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128-137. doi:10.1017/S1121189X00002827
- Smith, M. K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a Qualitative Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 149-158. doi: 10.1037/h0095105
- Smith, N., Lam, D., Bifulco, A. y Checkley, S. (2002). Childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(12), 572-579.
- Smyrnis, N., Karantinos, T., Malogiannis, I., Theleritis, C., Mantas, A., Stefanis, N. C., ... Evdokimidis, I. (2009). Larger variability of saccadic reaction times in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 168(2), 129-136. doi: 10.1016/j.psychres.2008.04.015
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 355-360. doi:10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ..., Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (4), 570-585. doi:10.1037/0022-3514.60.4.570
- Snyder, C. R., Michael, S. T. y Cheavens, J. S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In Hubble M. A. y Duncan, B. L. (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 179-200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.

- Soloff, P. H., Lynch, K. G. y Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The Journal of Personality Disorders, 16*, 201-214.
- Stouten, L. H., Veling, W., Laan, W., van der Helm, M. y van der Gaag, M. (2014). Psychotic symptoms, cognition and affect as predictors of psychosocial problems and functional change in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research, 158*(1-3), 113-119. doi: 10.1016/j.schres.2014.06.023
- Smieskova, R., Marmy, J., Schmidt, A., Bendfeldt, K., Riecher-Rössler, A., Walter, M., ... Borgwardt, S. (2013). Do subjects at clinical high risk for psychosis differ from those with a genetic high risk?--A systematic review of structural and functional brain abnormalities. *Current Medicinal Chemistry, 20*(3), 467-481. doi: 10.2174/0929867311320030018
- Spaniol, L., Gagne, C. y Koehler, M. (1998). *Recovery from Serious Mental Illness: What it is and How to Assist People in their Recovery*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C. y Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 327-336. doi:10.1080/0954026021000016978
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U. y van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry, 188*, 527-533. doi:10.1192/bjp.bp.105.011346
- Spence, W., Mulholland, C., Lynch, G., McHugh, S., Dempster, M. y Shannon, C. (2006). Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *Journal of Trauma Dissociation, 7*(3), 7-22.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. y Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*, 1-13.
- Steen, R. G., Mull, C., McClure, R., Hamer, R. M. y Lieberman, J. A. (2006). Brain volume in first-episode schizophrenia: systematic review and metaanalysis of magnetic resonance imaging studies. *British Journal of Psychiatry 188*, 510-518.

- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347-358. doi:10.1017/s0033291701005141
- Strauss, G. P. y Gold, J. M. (2012). A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 169(4), 364-373. doi: 10.1176/ appi.ajp. 2011.11030447
- Strauss, G. P., Harrow, M., Grossman, L. S. y Rosen, C. (2010). Periods of Recovery in deficit syndrome schizophrenia: A 20-year multi-follow-up longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (4), 788-799. doi:10.1093/schbul/sbn167
- Stowkowy, J. y Addington, J. (2012). Maladaptive schemas as a mediator between social defeat and positive symptoms in young people at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(1), 87-90. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00297.x
- 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), 588-596. doi: 10.1002/jts.21845
- Sullivan, W. P. (1994). A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness. *Innovations and Research in Clinical Services, Community Support and Rehabilitation*, 3, 19-27.
- Sullivan, P. F., Kendler, K. S. y Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1187-1192.
- Süllwold, L. (1986). Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF). In L. Süllwold y G. Huber (Eds), *Schizophrene basisstorungen*. Berlin: Springer Verlag.
- Sun, D., Phillips, L., Velakoulis, D., Yung, A., McGorry, P. D., Wood, S. J., ... Pantelis, C. (2009). Progressive brain structural changes mapped as psychosis develops in 'at risk' individuals. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 85-92. doi:10.1016/ j.schres.2008.11.026
- Swett, C., Jr., Surrey, J. y Cohen, C. (1990). Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(5), 632-636.

- Szulwach, K. E., Li, X., Li, Y., Song, C. X., Wu, H., Dai, Q., ... Jin, P. (2011). 5-hmC mediated epigenetic dynamics during postnatal neurodevelopment and aging. *Nature Neuroscience*, *14*(12), 1607-1616. doi:10.1038/nn.2959
- Talkowski, M. E., Kirov, G., Bamne, M., Georgieva, L., Torres, G., Mansour, H., ... Nimgaonkar, V. L. (2008). A network of dopaminergic gene variations implicated as risk factors for schizophrenia. *Human Molecular Genetics*, *17*, 747-758.
- Tandon, R., Keshavan, M. S. y Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, “Just the Facts” what we know in 2008. Part 2: Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, *102*, 1-18. doi: 10.1016/j.schres.2008.04.011
- Tandon, R. y Maj, M. (2008). Nosological status and definition of schizophrenia: some considerations for DSM-V and ICD-11. *Asian Journal of Psychiatry*, *1*, 22-27. doi: 10.1016/j.ajp.2008.10.002
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. y Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, “Just the Facts” what we know in 2008. Part 4: Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, *110*, 1-23. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.005
- Tarrier, N., Khan, S., Cater, J. y Picken, A. (2007). The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(1), 29-35. doi:10.1007/s00127-006-0127-2
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D. y Tarrier, N. (2010). Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research*, *178*, 244-248. doi: 10.1016/j.psychres.2009.10.015
- Teicher, M. H. y Smanson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, *170*(10), 1114-1133. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Thabrew, H., de Sylva, S. y Romans, S. E. (2012). Evaluating childhood adversity. *Advances in psychosomatic medicine*, *32*, 35-57. doi: 10.1159/000330002
- Thaker, G. y Carpenter Jr, W. T. (2001). Advances in schizophrenia. *Nature Medicine*, *7*(6), 667-671.

- Thara, R. (2004). Twenty-year course of schizophrenia: the madras longitudinal study. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 564-569.
- Thompson, A. D., Nelson, B., Yuen, H. P., Lin, A., McGorry, P. D., Wood, S. J. y Yung, A. R. (2014). Sexual trauma increases the risk of developing psychosis in an ultra high-risk "prodromal" population. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(3), 697-706. doi: 10.1093/schbul/sbt032
- 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. doi: 10.1016/j.schres.2008.12.005
- Thompson, K. N., McGorry, P. D. y Harrigan, S. M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *62*(1-2), 31-36. doi:10.1016/s0920-9964(02)00428-0
- Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., Lathi, I., Naarala, M., Sorri, A., ... Läksy, K. (1994). The finnish adoptive family study of schizophrenia: implications for family research. *British Journal of Psychiatry*, *(164)*, 20-26.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Moring, J., Läksy, K., Nieminen, P., Sorri, A., ... Miettunen . J. (2000). Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM-III-R diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*, 433-443.
- Tikka, M., Luutonen, S., Ilonen, T., Tuominen, L., Kotimäki, M., Hankala, J. y Salokangas, R. K. (2013). Childhood trauma and premorbid adjustment among individuals at clinical high risk for psychosis and normal control subjects. *Early Intervention in Psychiatry*, *7*, 51-57. doi:10.1111/j.1751-7893.2012.00391.x
- Timmerman, M. E. y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, *16*(2), 209-220. doi:10.1037/a0023353
- Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H. y Momenzadah, S. (2003). Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. *Australasian Psychiatry*, *11*(Supp. 1), 70-77. doi:10.1046/j.1440-1665.11.s1.1.x
- Townsend, W., Boyd, S., Griffin, G., Hicks, P. L. y Hogan, M. F. (1999). *Emerging best practices in mental health recovery*. Columbus, OH: The Ohio Department of Mental Health.

- Trickett, P. K. y McBride-Chang, C. (1995). The Developmental Impact of Different Forms of Child Abuse and Neglect. *Developmental Review*, 15(3), 311-337.
- Trude, S. y Stoddard, J. J. (2003). Referral gridlock: Primary care physicians and mental health services. *The Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 442-449. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.30216.x
- Tsai, M., Feldman-Summers, S. y Edgar, M. (1979). Childhood molestation: variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 407-417.
- Tsuang, M. T., Stone, W. S. y Faraone, S. V. (2001). Genes, environment and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178, 18-24.
- Tsuang, M. T., Woolson, R. F. y Fleming, M. S. (1979). Long term outcome of major psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1295-1301.
- Tsuang, M. T., Bar, J. L., Stone, W. S. y Faraone, S. V. (2004). Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 3(2), 73-83.
- Turner-Crowson, J. y Wallcraft, J. (2002). The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 245-254. doi:10.1037/h0095018
- Üçok, A. y Bikmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 371-377. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01079.x
- Valenstein M, Copeland L. A., Blow F. C., McCarthy, J. F., Zeber, J. E., Gillon, L., ... Stavenger, T. (2002). Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Medical Care*, 40(8), 630-639. doi:10.1097/00005650-200208000-00002
- Valiente, C., Vázquez, C. y Smith, S. P. (2010). Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. En J. A. Fernández, R. Tourino, N. Benitez y C. Abelleira (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid: FEARP.
- Vallina, O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 15-16, 15-27.
- Vallina, O., Lemos-Giráldez, S. y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24, 185-221.

- Van der Kolk, B. A., Rothc, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 389-399.
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*(2), 225-249.
- van Nierop, M., van Os, J., Gunther, N., van Zelst, C., de Graaf, R., ten Have, M., ... van Winkerl, R. (2014). Does social defeat mediate the association between childhood trauma and psychosis? Evidence from the NEMESIS-2 Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 129*(6), 467-476. doi: 10.1111/acps.12212
- van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R. V., De Graaf, R. y Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology, 156*(4), 319-327. doi:10.1093/aje/kwf043
- van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., ... Kane, J. M. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(2), 91-95. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x
- van Os, J. y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet, 374*(9690), 635-645.
- van Os, J., Kenis, G. y Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature, 468*, 203-312. doi:10.1038/nature09563
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 8*, 1-17. doi: 10.1017/S0033291708003814
- van Os, J., Rutten, B.P. y Poulton, R. (2008). Gene-Environment Interactions in Schizophrenia: Review of Epidemiological Findings and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin, 34*(6), 1066-1082. doi:10.1093/schbul/sbn117
- van Os, J., Rutten, B. P., Myin-Germeys, P. D., Viechtbauer, W., van Zelst, C., Breuggeman, R., ... Mirjanic, T. (2014). Identifying gene-environment interactions in schizophrenia: contemporary challenges for integrated, large-scale investigations. *Schizophrenia Bulletin, 40* (4), 729-736. doi: 10.1093/schbul/sbu069
- van Winkel, R., Esquivel, G., Kenis, G., Wichers, M., Collip, D., Peerbooms, O., ...van Os, J. (2010). Genome-wide findings in schizophrenia and the role of

- gene-environment interplay. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 16 (5): e185-e192. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00155.x
- 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, 661-671. doi: 10.1093/schbul/sbs050
- Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A. y Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1118-1123. doi: 10.1093/schbul/sbs096
- Vázquez, C. y Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro y A. Pastor (eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Síntesis.
- Vázquez-Barquero, J. L. y Artal, J. (2004). Las fases tempranas de las psicosis. En J.L. Vázquez-Barquero, B. Crespo-Facorro y A. Herrán (Eds.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Psicosis*. Masson: Barcelona.
- Veijola, J., Guo, J. Y., Moilanen, J. S., Jääskeläinen, E., Miettunen, J., Kyllönen, M., ... Murray, G. K. (2014). Longitudinal changes in total brain volume in schizophrenia: relation to symptom severity, cognition and antipsychotic medication. *PLoS ONE*, 9 (7), e101689. doi: 10.1371/journal.pone.0101689
- Velthorst, E., Nelson, B., O'Connor, K., Mossaheb, N., de Haan, L., Bruxner, A., ... Thompson, A. (2013). History of trauma and the association with baseline symptoms in an Ultra-High Risk for psychosis cohort. *Psychiatry Research*, 210(1), 75-81. doi: 10.1016/j.psychres.2013.06.007
- Venta, A., William, M., Dawnelle, S. y Sharp, C. (2014). Preliminary evidence that thoughts of thwarted belongingness mediate the relations between level of attachment insecurity and depression and suicide-related thoughts in inpatient adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(5), 428-447. doi: 10.1521/jscp.2014.33.5.428
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Verdoux, H. y van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54(1-2), 59-65.

- Veselinovic, T., Schorn, H., Vernaleken, I. B., Hiemke, C., Zernig, G., Gur, R. y Grunder, G. (2013). Effects of antipsychotic treatment on cognition in healthy subjects. *Journal of Psychopharmacology*, 27(4), 374-385. doi: 10.1177/0269881112466183.
- Villares, J. (2007). Chronic use of marijuana decreases cannabinoid receptor binding and mRNA expression in the human brain. *Neuroscience*, 145(1), 323-334.
- Vita, A., De Peri, L., Silenzi, C. y Dieci, M. (2006). Brain morphology in first episode schizophrenia: a meta-analysis of quantitative magnetic resonance imaging studies. *Schizophrenia Research*, 82, 75-88.
- Vitriol, V., Gomberoff, M., Basualto, M. E. y Ballesteros, S. (2006). Relationship between post-traumatic stress disorder, child sexual abuse and sexual re-victimization. *Revista Médica de Chile*, 134(10), 1302-1305.
- Wagner, A. W. y Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 8, 1-9.
- Wahlberg, K. E., Wynne, L. C., Hakko, H., Läksy, K., Moring, J., Miettunen, J. y Tienari, P. (2004). Interaction of genetic risk and adoptive parent communication deviance: longitudinal prediction of adoptee psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1532-1542.
- Walker, E. (2002). Risk factors, and neurodevelopmental course of schizophrenia. *European Psychiatry*, 14(4), 363-369.
- Wand, G. S., Oswald, L. M., McCaul, M. E., Wong, D. F., Johnson, E., Zhou, Y., ... Kumar, A. (2007). Association of amphetamine-induced striatal dopamine release and cortisol responses to psychological stress. *Neuropsychopharmacology*, 32(11), 2310-2320. doi:10.1038/sj.npp.1301373
- Wang, W. C., Montchal, M. E., Yonelinas, A. P. y Ragland, J. D. (2014). Hippocampal and parahippocampal cortex volume predicts recollection in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 319-320. doi: 10.1016/j.schres.2014.05.008
- Warner, R. (2004). *Recovery of schizophrenia: psychiatric and political economy*. London: Routledge.
- Watts-English, T., Fortson, B. L., Gibler, N., Hooper, S. R. y De Bellis, M. D. (2006) The psychobiology of maltreatment in childhood. *Journal of Social Issues*, 62, 717-736.

- Weaver, I. C., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., ... Meaney, M. J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, 7(8), 847-854. doi:10.1038/nm1276
- Webster, M. J., Knable, M. B., O'Grady, J., Orthmann, J. y Weickert, C. S. (2002). Regional specificity of brain glucocorticoid receptor mRNA alterations in subjects with schizophrenia and mood disorders. *Molecular Psychiatry*, 7(9), 985-994. doi:10.1038/sj.mp.4001139
- Weeks, G., Slade, M. y Hayward, M. (2010). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446-454. doi: 10.1177/0020764010365414
- Weinberger, D. R. (1986). The pathogenesis of schizophrenia: A neurodevelopmental theory. En D.R. Nasrallah y D.R. Weinberger (Eds), *The neurology of schizophrenia*. Amsterdam: Elsevier.
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 660-669.
- Weiser, M., van Os, J. y Davidson, M. (2005). Time for a shift in focus from schizophrenia: from narrow phenotypes to broad endophenotypes. *British Journal of Psychiatry*, 187, 203-205.
- Werbelloff, N., Drukker, M., Dohrenwend, B. P., Levav, I., Yoffe, R., van Os, J., ... Weiser, M. (2012). Self-reported attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Archives of General Psychiatry*, 69, 467-475. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1580
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Werner, P., Aviv, A. y Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics* 20(1), 174-187. doi: 10.1017/s1041610207005340
- Whipple, E. E. y Richey, A. C. (1997). Crossing the line from physical discipline to child abuse: how much is too much?. *Child Abuse & Neglect*, 21(5), 431-444.
- White, R. G. y Gumley, A. I. (2009). Postpsychotic posttraumatic stress disorder: associations with fear of recurrence and intolerance of uncertainty. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 841-849.

- Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 797-810. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.004
- Whitwell, D. (1999). The myth of recovery from mental illness. *Psychiatric Bulletin* 23(10), 621-622. doi:10.1192/pb.23.10.621
- Wigman, J. T., Vollebergh, W. A., Raaijmakers, Q. A., Iedema, J., van Dorsselaer, S., Ormel, J., ... van Os, J. (2011). The structure of the extended psychosis phenotype in early adolescence-a cross-sample replication. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 850-860. doi: 10.1093/schbul/sbp154
- Wilson, M. (2005). *Constructing measures: An item response modeling approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilson, H. W. y Widom, C. S. (2010). The Role of Youth Problem Behaviors in the Path From Child Abuse and Neglect to Prostitution: A Prospective Examination. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 210-236.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., ... Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11), 1827-1835. doi: 10.1007/s00127-012-0484-y
- Williams, N. M., O'Donovan, M. C. y Owen, M. J. (2006). Chromosomal 22 deletion syndrome and schizophrenia. *International Review of Neurobiology* 73, 1-27.
- Wing, J. (1988). Comments on the long term outcome of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 141, 669-672.
- Wohl, M. y Gorwood, P. (2007). Paternal ages below or above 35 years old are associated with a different risk of schizophrenia in the offspring. *European Psychiatry*, 22(1), 22-26. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.08.007
- Wolstencroft, K., Oades, L., Caputi, P. y Andresen. (2010). Development of a structured interview schedule to assess stage of psychological recovery from enduring mental illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 14(3), 82-189. doi:10.3109/13651501003668552
- Wood, S. J., Berger, G. E., Lambert, M., Conus, P., Velakoulis, D., Stuart, G. W., ... Pantelis, C. (2006). Prediction of functional outcome 18 months after a first psychotic episode. *Archives of General Psychiatry*, 63, 969-976.

- Woodward, N. D., Duffy, B. y Karbasforoushan, H. (2013). Prefrontal cortex activity during response predicts processing speed impairment in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19(7), 782-791. doi: 10.1017/S1355617713000532
- Wray, N. R. y Visscher, P. M. (2010). Narrowing the boundaries of the genetic architecture of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 14-23. doi: 10.1093/schbul/sbp137
- Xu, M. Q., Sun, W. S., Liu, B. X. Feng, G. Y., Yu, L., Yang, L., ... He, L. (2009). Prenatal malnutrition and adult schizophrenia: further evidence from the 1959-1961 Chinese famine. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 568-576. doi: 10.1093/schbul/sbn168
- Yanos, P. T., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 13(2), 73-93. doi:10.1080/15487761003756860
- Yanos, P. T., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 577-595. doi:10.1521/ijgp.2011.61.4.576
- Yeragani, V. K., Tancer, M., Chokka, P. y Baker, G. B. (2010). Arvid Carlsson, and the story of dopamine. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(1), 87-88. doi:10.4103/0019-5545.58907
- Young, J. C. y Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & Neglect*, 38(8), 1369-1381. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.008
- Young, S. L. y Bullock, W. A. (2003). *The Mental Health Recovery Measure*. Toledo, OH: University of Toledo.
- Young, S. L. y Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (3), 219-231. doi:10.1037/h0095240
- Yung, A. R. y McGorry, P. O. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.
- Yung, A. R., Nelson, B., Stanford, C., Simmons, M. B., Cosgrave, E. M., Killackey, L. J., ... McGorry, P. D. (2008). Validation of "prodromal" criteria to detect

- individuals at ultra high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 105(1-3), 10–17. doi: 10.1016/j.schres.2008.07.012
- Yung, A. R., Woods, S. W., Ruhrmann, S., Addington, J., Schultze-Lutter, F., Cornblatt, B. A., ... McGlashan, T. H. (2012). Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1130-1134. doi: 10.1093/schbul/sbs108
- Zammit, S., Kounali, D., Cannon, M., David, A. S., Gunnell, D., Heron, J., ... Lewis, G. (2013). Psychotic experiences and psychotic disorders at age 18 in relation to psychotic experiences at age 12 in a longitudinal population-based cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 742-750. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060768
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O. y Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zhang, F., Qiu, L., Yuan, L., Ma, H., Ye, R., Yu, F., ... Wang, K. (2014). Evidence for progressive brain abnormalities in early schizophrenia: A cross-sectional structural and functional connectivity study. *Schizophrenia Research*, 159(1), 31-35. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.050
- Zhang, J., Rosenheck, R., Mohamed, S., Zhou, Y., Chang, Q., Ning, Y. y He, H. (2014). Association of symptom severity, insight and increased pharmacologic side effects in acutely hospitalized patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1914-1919. doi:10.1016/j.comppsy.2014.07.018
- Zubin, J., Magaziner, J. y Steinhauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13(3), 551-571.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubin, J. y Steinhauer, S. (1981). How to break the logjam in schizophrenia: A look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 477-492.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Zumbo, B. D. (2007). Validity: Foundational issues and statistical methodology. In C. R. Rao y S. Sinharay (Eds.), *Handbook of statistics: Vol. 26. Psychometrics* (pp. 45-79). Amsterdam, Netherlands: Elsevier Science.
- Zumbo, B. D., Gadermann, A. M. y Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6, 21-29.

Anexos

- I. Entrevista de datos personales
- II. *Screening* de Experiencias Traumáticas Tempranas en Pacientes con Trastorno Mental Grave (ExpTra-S)
- III. Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas. “*Community Assessment Psychic Experiences-42*” (CAPE-42)
- IV. Escala de Experiencias Subjetivas Frankfurt-Pamplona (EES)
- V. Cuestionario de Estadios de Recuperación. “*Stages of Recover Instrument*” (STORI)
- VI. Cuestionario de Estilos de Recuperación. “*Recovery Styles Questionnaire*” (RSQ)
- VII. Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental. “*Internalized Stigma of Mental Illness*” (ISMI)
- VIII. Escala de Impacto de la Enfermedad. “*Impact of Illness Scale*” (IIS)
- IX. Hoja de información al paciente y consentimiento informado

Anexo I

Entrevista de datos personales

EDAD:

SEXO:

CENTRO:

NACIONALIDAD:

1. Estudios realizados

1. EGB
2. ESO-FP1
3. BUP-FP2
4. Universitarios

2. Conducta violenta

1. No
2. Hacia sí mismo
3. Hacia los demás
4. Hacia sí mismo y hacia los demás

3. Actitud familiar hacia su enfermedad

1. Apoyo
2. Sobreimplicación emocional
3. Rechazo / Crítica
4. Indiferencia

4. Consumo de drogas

1. No
2. Esporádico
3. Frecuente
4. Dependencia

5. Tipo de drogas más consumidas

1. Ninguna
2. Drogas depresoras o inhibitoras del SNC (Alcohol, Opiáceos, Hipnóticos, Sedantes)
3. Drogas estimulantes del SNC o excitantes (Cocaína, Anfetaminas y derivados: drogas de síntesis)
4. Drogas psicodélicas, psicomiméticas o psicodislépticas (LSD, PCP, Mescalina, Peyote, Cannabinoides)

1. **Enfermedades físicas:** SI NO
 2. **Antecedentes personales psiquiátricos:** SI NO
 3. **Antecedentes de psicosis en familiares de primer grado:** SI NO
 4. **Ideas de suicidio:** SI NO
 5. **Intentos de suicidio:** SI NO
 6. **Problemas legales:** SI NO
 7. **Trabajo actual:** SI NO
 8. **Trabajo alguna vez:** SI NO
 9. **Interrupción de estudios o trabajo después del primer brote:** SI NO
 10. **Pérdida de apoyo social después del primer brote:** SI NO
 11. **Apoyo social actual:** SI NO
 12. **Vida estable:** SI NO
-

1. **DUP (en días):**
2. **Numero de hospitalizaciones por psicosis:**
3. **Diagnostico principal:**
4. **Trastornos comórbidos:**
5. **Número total de brotes psicóticos:**
6. **Edad al primer brote psicótico:**
7. **Tratamiento recibido:** 1. Farmacológico ; 2. Psicológico ; 3. Combinado
8. **Adherencia a la medicación:** 1. Si ; 2. No ; 3. Parcial
9. **Implicación personal en el tratamiento:** 1. Si ; 2. No ; 3. Parcial
10. **Implicación familiar en el tratamiento:** 1. Si ; 2. No ; 3. Parcial

Anexo II

Screening de Experiencias Traumáticas Tempranas en Pacientes con Trastorno Mental Grave (ExpTra-S)

ExpTra-S

Este cuestionario ha sido diseñado para medir la frecuencia y el malestar de determinadas experiencias y eventos que le hayan ocurrido antes de **los 16 años de edad**. Las repuestas al cuestionario son totalmente confidenciales. Conteste por favor a las siguientes preguntas del modo más sincero posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas trampa. En las preguntas que usted responda “A veces”, “Con frecuencia” o “Casi siempre” indique el grado de malestar que le provoca tales experiencias. Muchas gracias por su colaboración

<p>1. ¿Sus padres o un familiar cercano le golpearon tan fuerte que tuvo que ir al médico o al hospital? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 2 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>2. ¿Algún familiar le pegó tan fuerte que le dejó cardenales o marcas en su cuerpo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 3 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>3. ¿Le castigaron dándole golpes con un objeto duro como un cinturón, una tabla o una cuerda? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 4 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>4. ¿Le golpearon tan fuerte que otra persona, como un profesor, un vecino o un médico se dio cuenta? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 5 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>5. ¿Alguien abusó físicamente de usted? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 6 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>6. ¿Alguien abusó sexualmente de usted? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 6 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>7. ¿Alguien trató de obligarle (en contra de su voluntad) a hacer cosas relacionadas con el sexo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 7 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>8. ¿Cuándo era niño algún familiar le insultó de forma habitual y repetida? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 9 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>9. ¿Sus padres o familiares cercanos le dijeron que mejor sería que no hubiera nacido? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 10 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>10. ¿Los comentarios que hacían sus padres sobre sus comportamientos eran insultantes o le herían, incluso haciéndole llorar? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 11 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>11. ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que sus padres o familiares cercanos le odiaban? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 12 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>12. ¿Abusaron emocionalmente de usted? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 13 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>13. ¿Se ha sentido odiado o rechazado por su familia? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 14 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>14. ¿Se ha sentido inseguro, desprotegido y con falta de amor por parte de su familia? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 15 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>15. ¿Cuando estaba enfermo no le llevaron al médico por dejadez o por despreocupación? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 16 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>16. ¿Con qué frecuencia alguno de sus padres bebía y se emborrachaba y no cuidaron de usted o de sus hermanos? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 17 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>17. ¿Sus padres o familiares cercanos le han dicho que podría ser un fracasado en la vida? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 18 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>18. ¿Alguna vez ha sufrido algún acontecimiento traumático (p. ej., accidente, pérdida de un familiar cercano, etc.) sobre el cual no se le haya preguntado anteriormente, que considere que fue importante, y que le provocó malestar? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, finaliza aquí este cuestionario. Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

Claves de corrección *Screening* de Experiencias Traumáticas Tempranas en Pacientes con Trastorno Mental Grave (ExpTra-S)

Puntuación total	Ítems
ExpTra-S frecuencia	Suma de todos los ítems de frecuencia
ExpTra-S malestar	Suma de todos los ítems de malestar

Anexo III
Evaluación Comunitaria de las
Experiencias Psíquicas. “Community
Assessment Psychic Experiences-
42”(CAPE-42)

CAPE-42	
1. ¿Alguna vez se sintió triste? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre	Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 2 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho malestar
2. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que la gente lanzara indirectas contra usted o dijera cosas con segundas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre	Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 3 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho malestar
3. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que no es una persona muy animada? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre	Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 4 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho malestar
4. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que no es muy hablador cuando conversa con otras personas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre	Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 5 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho malestar
5. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si las cosas que salen en las revistas o en la televisión fueran escritas especialmente para usted? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre	Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 6 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho malestar
6. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si la gente no fuera lo que parece? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre	Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 6 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho malestar
7. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si fuera perseguido de alguna manera? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre	Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 7 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho malestar

<p>8. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que experimentaba muy pocas emociones o ninguna emoción ante sucesos importantes? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 9 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>9. ¿Alguna vez se sintió pesimista sobre algo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 10 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>10. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si existiese una conspiración contra usted? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 11 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>11. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si estuviera destinado a hacer algo importante? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 12 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>12. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si no hubiera futuro para usted? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 13 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>13. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que usted es una persona especial o poco corriente? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 14 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>14. ¿Alguna vez tuvo la sensación de no tener ganas de seguir viviendo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 15 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>15. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que la gente puede comunicarse telepáticamente? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 16 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>16. ¿Alguna vez tuvo la sensación de no tener interés por estar con otras personas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 17 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>17. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si los aparatos eléctricos, como los ordenadores, pudieran influir en su manera de pensar? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 18 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>18. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si le faltase motivación para hacer cosas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 19 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>19. ¿Alguna vez lloro por nada? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 20 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>20. ¿Cree en el poder de la brujería, los hechizos o lo oculto? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 21 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>21. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que le faltaba energía? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 22 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>22. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que la gente le miraba de manera rara, debido a su aspecto? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 23 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>23. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que su mente estaba vacía? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 24 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>24. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si sus pensamientos fueran sacados de su cabeza? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 25 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>25. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que iba consumiendo todos sus días sin hacer nada? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 26 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>26. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si los pensamientos que están en su cabeza no fueran suyos? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 27 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>27. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si a sus sentimientos les faltase intensidad? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 28 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>28. ¿Han sido alguna vez sus pensamientos tan intensos que le preocupase que otras personas pudieran escucharlos? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 29 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>29. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si le faltase espontaneidad <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 30 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>30. ¿Alguna vez escucho como el eco de sus propios pensamientos? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 31 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>31. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si estuviese bajo el control de alguna fuerza ajena a usted? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 32 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>32. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que sus emociones estaban embotadas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 33 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>33. ¿Alguna vez escuchó voces mientras estaba solo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 34 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>34. ¿Alguna vez escuchó voces que hablaban entre sí mientras estaba solo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 35 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>35. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que estaba descuidando su aspecto e higiene personal? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 36 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produjo esta experiencia: <input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligeramente malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

NURIA ORDÓÑEZ CAMBLOR

- C/Duque de Frías nº37, 3ºJ, Burgos, Castilla y León, 09006.
- Móvil: 657059356
- Correo electrónico: nuorcapsico@hotmail.com

FORMACIÓN UNIVERSITARIA

- 2007** **Licenciada en Psicología.** *Universidad de Oviedo.*
- 2009** **Cursos de doctorado.** *Universidad de Oviedo.*
- 2010** **Suficiencia Investigadora:**
“Rasgos esquizotípicos y alteraciones emocionales, comportamentales y de la personalidad en adolescentes”. *Universidad de Oviedo.*
- 2012** **Tesina:**
“Psicosis y experiencias traumáticas tempranas”. *Universidad de Oviedo.*

FORMACIÓN ESPECIALIZADA

- 2011- actualidad** **Residente Psicología Clínica (4º año).** *Complejo Asistencial Universitario de Burgos*

FORMACIÓN: CURSOS Y TALLERES

- 2009** *Fases iniciales de los trastornos psicóticos. 6,5h. Cibersam.*
- 2010** *Fases iniciales de los trastornos psicóticos. 6,5h. Cibersam.*
- 2011** *RCP Básico. 16h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*
- 2011** *Seguridad Laboral. 5h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos*
- 2011** *Formación para médicos: FOSA/ Portal Salud Campus Virtual. 2 h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos*
- 2011** *Trastornos psicóticos y generalizados del desarrollo en la infancia y la adolescencia. 10 h. Complejo Asistencia de Palencia.*

- 2011 *Trastornos de la conducta alimentaria. 20 h. FOCAD.*
- 2011 *Trastorno obsesivo-compulsivo. 20 h. FOCAD.*
- 2011 *La intervención grupal con familias en la primera infancia. 20 h. FOCAD.*
- 2011 *Intervención psicosocial en hospitalización infantil. 20 h. FOCAD.*
- 2011 *Obesidad infantil. 20 h. FOCAD.*
- 2011 *Identidad Plural, disociación y psicosis. 30h. Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.*
- 2011 *Psicoterapia y rehabilitación en la recuperación de los pacientes. 3, 3h. Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.*
- 2011 *Fases iniciales de los trastornos psicóticos. 6,5h. Cibersam.*
- 2012 *Técnicas de intervención cognitivo-conductual en trastorno afectivo: depresión. 8h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*
- 2012 *Técnicas de intervención cognitivo-conductual en trastornos de personalidad. 8h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*
- 2012 *Abuso de nuevas tecnologías en la infancia y la adolescencia. 10 h. Complejo Asistencia de Palencia.*
- 2012 *Entrenamiento en el programa de regulación emocional basado en el mindfulness REM. 14h. Complejo Asistencial de León*
- 2012 *Introducción a las técnicas de desensibilización por estímulo bilateral alternante. 8 h. Complejo Asistencia de Palencia.*
- 2012 *Razonamiento Clínico. 4h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*
- 2012 *Bullying y cyberbullyng: Conceptualización, prevalencia y evaluación. 20 h. FOCAD.*
- 2012 *La evaluación neuropsicológica. 20 h. FOCAD.*
- 2012 *Simulación. 20 h. FOCAD.*
- 2012 *Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático. 20 h. FOCAD.*
- 2013 *Abordaje familiar sistémico de los trastornos mentales graves desde una perspectiva integradora. 8h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*

- 2013 *Psicoterapia de la culpa. 8h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*
- 2013 *Cuidadores de mayores dependientes. 20 h. FOCAD.*
- 2013 *Los trastornos del comportamiento y el acoso escolar en la infancia y adolescencia: una revisión de su evaluación e intervención desde la perspectiva constructivista. 20 h. FOCAD.*
- 2014 *Atención al duelo. 7h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*
- 2014 *Estrategias hipnoconductuales en dolor y trastornos emocionales. 8h. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.*

ASISTENCIA A CONGRESOS Y JORNADAS

- 2010 *VII Congreso Iberoamericano de psicología. Oviedo*
- 2011 *VIII Congreso de la Asociación Española para el estudio de los TAC. Burgos*
- 2011 *IX Congreso Nacional de la Psicología Clínica. San Sebastián*
- 2012 *21st. Annual World Congress on Learning Disabilities. Oviedo.*
- 2012 *V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander.*
- 2013 *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela.*
- 2014 *IV Jornadas de jóvenes profesionales de la salud mental: la revolución delirante. Valladolid*
- 2014 *LXI Jornadas REHACYL*

PUBLICACIONES: ARTÍCULOS Y LIBROS

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Campillo-álvarez, A., Ordóñez-Cambor, N., Muñiz, J.(2010). **Evaluación de la propensión a la psicosis con el Esquizo-Q.** *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 1(2), 167-183.

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Santarén-Rosell, M., Ordóñez-Cambor, N., Muñiz, J. (2011). **Expresión fenotípica de la esquizotipia en función del género y la edad en población general adolescente.** *Anales de Psicología*, 27, 750-756.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paíno, M., Santarén-Rosell, M., Sierra-Baigrie, S., Ordóñez-Cambor, N. (2011). **Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico.** *Papeles del Psicólogo*, 32, 129-151.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Ordóñez-Cambor, N., Muñiz, J. (2011). **Early psychopathological features in Spanish adolescents.** *Psicothema*, 23, 87-93.
- Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., García-Álvarez, L., Fonseca-Pedrero, E., Ordóñez-Cambor, N., Trabajo-Vega, P., Pelayo-Terán, J.M., y Solares-Vázquez, J. (2012). **Estilos de recuperación psicológica de la psicosis.** En R. Quevedo-Blasco, y V.J. Quedo-Blasco (Eds). *Avances en Psicología Clínica*. Madrid: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Chico del Río. M., García-Casal, A., Ortiz, V., y Ordóñez-Cambor, N. (2013). **Estimación del funcionamiento cognitivo actual y comparación con el premórbido en personas con enfermedades del espectro de las esquizofrenias.** *Rehabilitación Psicosocial*, 10(1), 11-17.
- García-Álvarez, L., Lemos-Giráldez, S., Paíno, M., Fonseca-Pedrero, E., Ordóñez-Cambor, N., y Burón-Fernández, P. (2013). **Reconocimiento de caras en la esquizotipia.** *Anales de Psicología*, 29(3), 791-799.
- García-Álvarez, L., Lemos-Giráldez, S., Vallejo-Seco, G., Ordóñez-Cambor, N., Paino, M., Burón-Fernández, P., ... Solares-Vázquez, J. (2014). **Factores clave de la recuperación en trastornos psicóticos.** *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(2), 135-149.
- Ordóñez-Cambor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L. y Pizarro-Ruiz, J. P. (2014). **Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas.** *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(3), 283-294.
- Pizarro-Ruiz, J.P., Raya, J.J., Castellanos, S. y Ordóñez-Cambor, N. (2014). La personalidad eficaz como factor protector frente al burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*, 66, 143-158.

- Lemos-Giráldez, S. García-Álvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina, O., Vallejo-Seco, G., ... Andresen, R. (2015). **Measuring stages of recovery from psychosis.** *Comprehensive psychiatric*, 56, 51-58. doi: 10.1016/j.comppsy. 2014.09.021

PUBLICACIONES EN CONGRESOS

- Ordóñez-Cambor, N., Lemos-Giráldez, S., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. y Santaré-Rosell, M. **Alteraciones emocionales y comportamentales y desarrollo emocional en adolescentes.** VII Congreso Iberoamericano de psicología, Oviedo, 2010.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Ordóñez-Cambor, N., Villazón-García, U. y Múñiz, J. **Personalidad esquizotípica, trastornos de la personalidad y problemas conductuales y emocionales.** VII Congreso Iberoamericano de psicología. Oviedo, 2010.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Ordóñez-Cambor, N., Villazón-García, U. y Múñiz, J. **Prevalencia de los síntomas psicóticos atenuados en adolescentes españoles.** VII Congreso Iberoamericano de psicología. Oviedo, 2010.
- Ordóñez-Cambor, N., Santarén-Rosell, M., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Múñiz, J. **Evaluación de las experiencias esquizotípicas en población adolescente española.** IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, 2011.
- Fonseca-Pedrero, E., Ordóñez-Cambor, N., Santarén-Rosell, M., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. **Instrumentos de medida para la evaluación del fenotipo psicótico en población general.** IX Congreso Nacional de Psicología Clínica. San Sebastián, 2011.
- Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., García-Álvarez, L., Ordóñez-Cambor, N., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E. **Psychological styles of recovery from psychosis.** 12 th European Congress of Psychology. Istanbul, 2011.

- García-Álvarez, L., Lemos-Giráldez, S., Fonseca-Pedrero, E., Ordóñez-Cambor, N., Burón-Fernández. **Face recognition in schizotypy.** 12 th European Congress of Psychology. Istanbul, 2011.
- Ordóñez-Cambor, N., García-Casal, J.A., Álvarez-Fernández, Y., Gutiérrez-García, A. y Caberta- Martín de Eugenio, M. **Tratamientos psicológicos en el TOC infantil. A propósito de un caso.** V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- Ordóñez-Cambor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L., y Pizarro-Ruíz, J.P. **Rasgos esquizotípicos y alteraciones emocionales y comportamentales en adolescentes.** V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- García-Casal, J.A., Ordóñez-Cambor, N., Pinillos-González, R., y Benito, M. **Intervención psicológica en niños con leucemia. A propósito de un caso.** V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O., Fernández-Iglesias, P., García-Alvarez, L., Fonseca-Pedrero, E., Ordóñez-Cambor, N., Trabajo-Vega, P., Pelayo-Terán, J.M., y Solares-Vázquez, J. **Estilos de recuperación psicológica de la psicosis.** V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. Santander, 2012.
- García-Casal, J.A., Ordóñez-Cambor, N., García-Moja, C., Gutiérrez, A., González-Pinillos, R., Caberta-Martín de Eugenio, M. **Psicología de la Salud.: Revisión bibliográfica.** XII Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes. Valladolid, 2012.
- Ordóñez-Cambor, N., García-Casal, A., García-Moja, C., Gutiérrez-García, A., González-Pinillos, R., Caberta-Martín de Eugenio, M., y Hernándo-Segura, R. **Evaluación neuropsicológica en adultos.** 21st. Annual World Congress on Learning Disabilities. Oviedo, 2012.
- Chico, M., García-Casal, A., Ortiz, V., y Ordóñez-Cambor, N. **Comparación del funcionamiento cognitivo actual con el premorbidio en personas con esquizofrenia.** IV Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. Zaragoza, 2012.
- Hernándo-Segura, R., Amez, V., Pérez, S., Chiquilín, F., Benit, M., Caberta, M., Ordóñez-Cambor, N., y Gutiérrez, A. **Alucinaciones en el Síndrome**

Antifosfolípido. XVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao, 2012.

- Caberta-Martín de Eugenio, M., Benito-Martín, M., Hernando-Segura, R., Amez-Cepeda, V., Pérez-Gil, S., Chuquilín-Arista, F., Ordóñez-camblor, N., y García-Casal, A. **A propósito de un caso de trastorno bipolar.** XVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao, 2012.
- Ordóñez-Camblor, n., Sanz, B., García-Casal, A., Cardelle, F., y Pizarro-Ruíz, J.P. **Programa de identificación y expresión de emociones en hospital de día.** VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela, 2013.
- García-Casal, J.A., Ordóñez-Camblor, N., Cardelle, F., y Goñi-Imízcoz, M. **Predicción de desempeño como instrumento de valoración de anosognosia y metaaprendizaje en pacientes con deterioro cognitivo leve –moderado.** VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela, 2013.
- Cardelle, F., García-Casal, A. Ordóñez-Camblor, N., y García-Moja. **Patrón de déficits cognitivos según CAMCOG-R en función del nivel de deterioro cognitivo según la escala GDS.** VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela, 2013.
- Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Arias-Pérez, J.I., García-Alvarez, L., Martínez-Pérez, C., Ordóñez-Camblor, N., Menéndez-Sagües, L., De Blas-Méndez, I., Alonso-Martínez, B. **Factores psicológico y experiencia de dolor en una muestra hospitalaria.** VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela, 2013.

ESTUDIOS Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- Estudio sobre factores psicológicos relacionados con la tolerancia al dolor. En colaboración con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), para el periodo 2009-2011.
- Estudio sobre detección de alteraciones psicopatológicas graves en adolescentes de riesgo mediante Convenio con la Unidad de Conducta

del Departamento de Orientación de la consejería de Educación del Principado de Asturias, para el período 2009-2011.

- Proyecto de investigación: “*Transición de los estados de alto riesgo a la psicosis: Factores determinantes y eficacia del programa P3*” financiado por el Ministerio de Ciencias e Innovación I+D+i, para el periodo 2009-2011. (Investigador principal: Serafín Lemos Girádez, Ref, PSI2008-06220/PSIC).