



Universidad de Oviedo

ADVERSIDAD INFANTIL Y PSICOSIS

NOELIA MARTÍNEZ MENÉNDEZ

Programa Oficial de Doctorado en Ciencias de la Salud

Psicología Clínica y de la Salud



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

| | |
|--|--|
| 1.- Título de la Tesis | |
| Español/Otro Idioma: ADVERSIDAD INFANTIL Y PSICOSIS. | Inglés: CHILD ADVERSITY AND PSYCHOSIS. |
| 2.- Autor | |
| Nombre: NOELIA MARTÍNEZ MENÉNDEZ | DNI/Pasaporte/NIE |
| Programa de Doctorado: PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD | |
| Órgano responsable: UNIVERSIDAD DE OVIEDO | |

RESUMEN (en español)

El presente trabajo es una investigación sobre los efectos del trauma infantil en la psicosis. En primer lugar, se exponen las teorías, líneas de investigación y constructos psicológicos relevantes del trabajo. Se parte de la definición de las diferentes psicosis en las principales clasificaciones diagnósticas, para ahondar a continuación en sus problemas de validez y los enfoques actuales para solventarlos.

Se describe la naturaleza y el curso de las psicosis, así como los modelos explicativos más relevantes. La etiología de las psicosis es un interrogante histórico que ha configurado la manera de entenderlas, y en el que se profundiza. Se da cuenta de las diversas variables de riesgo ambientales, con especial detenimiento en la adversidad infantil. Se presentan los estudios más relevantes de las últimas décadas.

Se analiza la variable apego, dando un repaso histórico al concepto y mostrando los estudios más recientes que la vinculan a la salud mental y específicamente a la psicosis. Se explora su relación con la incidencia y curso psicótico, así como sus interacciones con la adversidad infantil.

También se documenta la creciente relevancia para la salud mental que tiene haber sido testigo de violencia de género durante la infancia.

El objetivo general de la presente investigación es describir el curso psicopatológico de los trastornos psicóticos a partir de un primer brote, analizar las relaciones entre la adversidad infantil y la incidencia y la cronicidad de la psicosis, sus interacciones con el apego; y proponer un plan de prevención primaria y secundaria.

Los objetivos específicos son:

- 1.- Establecer la relación entre el período crítico, la cronicidad psicótica, la psicopatología y la frecuencia de las experiencias adversas infantiles.
- 2.- Establecer las relaciones entre el apego y la salud mental en los pacientes psicóticos.
- 3.- Incluir ser testigo de violencia de género como experiencia adversa infantil y estudiar su impacto en la psicosis.
- 4.- Comparar las experiencias adversas infantiles sufridas entre una muestra con psicosis y una muestra con trastornos reactivos y no psicóticos.
- 5.- Proponer un plan de prevención primaria y secundaria de la psicosis.

Se describen los servicios de salud mental donde se contextualiza la investigación y la metodología utilizada. Se toma una muestra de pacientes con un trastorno en el espectro psicótico y a una muestra contraste con trastornos psicológicos adaptativos. Las variables de estudio (adversidad infantil, apego y síntomas psicopatológicos) son operativizadas y los instrumentos psicométricos con los que se miden, descritos.

Por último, se exponen los resultados.

Entre los hallazgos más notables de nuestro estudio, encontramos que el abuso sexual es consistentemente más acusado en los pacientes con psicosis crónicas, los cinco años de evolución de un trastorno suponen un punto de inflexión en la psicopatología de los pacientes, y se espera que aquellos con más experiencias adversas infantiles cronifiquen. En los



pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo, no se observa una estabilización franca en sintomatología.

A la luz de nuestro estudio, los patrones de apego adulto están relacionados con las quejas y el malestar psicopatológico. El apego seguro correlaciona con el bienestar psíquico, mientras que los apegos ansiosos, preocupado y temeroso, están muy relacionados con diversos síntomas psicopatológicos. Las bajas puntuaciones en seguridad del apego están relacionadas con sintomatología delirante. La ansiedad en el apego está relacionada con síntomas positivos de la psicosis y con no haber tenido una figura sentida como un apoyo en la infancia, factor de mal pronóstico para la recuperación psicótica.

Atisbamos posibles interacciones y efectos aditivos entre trauma infantil, apoyo infantil, apego adulto, psicopatología y psicosis; pero parecen demasiado complejas para ser aprehendidas en estudios con muestras limitadas. Futuras investigaciones con muestras ampliadas permitirían esbozar relaciones con mayor solidez.

Se pone de manifiesto la relación entre una madre maltratada, generalmente por su pareja, y la incidencia de psicosis en sus hijos. No en vano el maltrato de la madre correlaciona con todos los maltratos que puede sufrir su hijo en el hogar y con sintomatología psicopatológica.

Además, el abandono físico del menor se relaciona consistentemente con la incidencia de psicosis.

El presente trabajo resulta novedoso frente a otros que exploran adversidad infantil y psicosis, por la inclusión de la victimización vicaria por maltrato a la madre y la exploración del apego y el apoyo en procesos de victimización. Resulta relevante para la atención a la psicosis en nuestros servicios de salud mental y permite proponer recomendaciones para la práctica clínica.

RESUMEN (en Inglés)

The present work is an investigation on the effects of childhood trauma in psychosis. First, we present the main theories, lines of research and psychological constructs of this work. We show the definitions of the different psychoses in the main diagnostic classifications and address their validity problems and the current approaches to solve them.

The nature and course of psychoses are described, as well as the most relevant explanatory models. The etiology of psychoses is a historical question that has shaped the way of understanding them, and in which it is deepened. We give account of the diverse variables of environmental risk, with special attention in the infantile adversity. The most relevant studies of the last decades are presented.

The attachment variable is examined, giving a historical review to the issue, and showing the most recent studies that link it to mental health and specifically to psychosis. Its relationship with the incidence and psychotic course is explored, as well as its interactions with childhood adversity.

It is also documented the growing relevance to mental health of having witnessed gender violence during childhood.

The general objective of this research is to describe the psychopathological course of psychotic disorders from a first outbreak, to analyze the relationships between childhood adversity and the incidence and chronicity of psychosis, their interactions with attachment; and propose a plan for primary and secondary prevention.

The specific objectives are:

- 1 To establish the relationship between the critical period, psychotic chronicity, psychopathology and frequency of adverse childhood experiences.
- 2 To establish the relationship between attachment and mental health in psychotic patients.
- 3 To include witnessing gender violence as an adverse child experience and study its impact on psychosis.
- 4 To compare the adverse childhood experiences suffered between a sample with psychosis and a sample with reactive and non-psychotic disorders.
- 4 To propose a plan for primary and secondary prevention of psychosis.

We describe the mental health services where the research was done. And the methodology is explained. A sample of patients with a disorder in the psychotic spectrum is taken as well as a contrast sample with adaptive psychological disorders. The study variables (child adversity,



attachment, and psychopathological symptoms) are operationalized and the psychometric instruments with which they are measured are described.

Finally, the results are presented.

Among the most notable findings of our study, we found sexual abuse consistently more pronounced in patients with chronic psychosis. Also, the five-year period is a turning point in the psychopathology of patients, and those with more adverse childhood experiences are expected to become chronic. In patients with a diagnosis of schizophrenia, however, no stabilization in symptoms is observed.

Considering our study, adult attachment patterns are related to psychopathological complaints and distress. Secure attachment correlates with psychic well-being, while anxious, worried, and fearful attachments are strongly associated with various psychopathological symptoms. Low scores on secure attachment are related to delusional symptoms. The anxiety in the attachment is related to positive symptoms of the psychosis. Growing without a figure felt like a support is a factor of bad prognosis for the psychotic recovery.

We could see possible interactions and additive effects between childhood trauma, child support, adult attachment, psychopathology, and psychosis, but they seem too complex to be captured in studies with limited samples. Future research with larger samples would allow stronger relationships to be outlined.

Finally, the relationship between an abused mother, usually by her partner, and the incidence of psychosis in her children is highlighted. It is not in vain that the mistreatment of the mother correlates with all the mistreatments that her child can suffer at home and with psychopathological symptoms.

In addition, the physical abandonment of the minor is consistently related to the incidence of psychosis.

The present work is innovative due to the inclusion of vicarious victimization by mistreatment of the mother and the exploration of attachment and support in victimization processes. It is relevant for the psychosis care services and leads to recommendations for clinical practice.

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

*Existen lugares extraños, así como existen mentes extrañas, regiones extrañas del espíritu,
elevadas y miserables.*

Thomas Mann

El trauma psicológico es la aflicción de los que no tienen poder.

Judith L. Herman

*¡Cantad, soñad, niños pobres!
Pronto,
al amanecer de vuestra adolescencia,
la primavera
os asustará como un mendigo,
enmascarada de invierno.*

Juan Ramón Jiménez

Agradecimientos:

Un encarecido agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Elena García-Vega, profesora titular de la Facultad de Psicología de Oviedo, por acompañarme y ayudarme a crecer en este proceso.

Al Dr. Ángel Roberto García Fernández, psiquiatra del Programa de Primeros Episodios de Avilés, por su guía en el descubrimiento de la psicosis.

A D. Carlos García de la Villa, psicólogo clínico, por su apoyo en la recogida de datos.

Índice:

| | |
|--|----|
| <u>INTRODUCCIÓN</u> | 7 |
| <u>MARCO TEÓRICO</u> | 8 |
| <u>1 CONCEPTUALIZACION</u> | 9 |
| <u>1.1. LAS PSICOSIS</u> | 9 |
| <u>1.1.1. Definición</u> | 9 |
| <u>1.1.2. Curso de las psicosis</u> | 18 |
| <u>1.1.3. Modelos explicativos de las psicosis</u> | 20 |
| <u>1.2. VARIABLES DE RIESGO</u> | 23 |
| <u>1.2.1. Factores de riesgo y psicosis</u> | 23 |
| <u>1.2.2. Salud mental y eventos adversos infantiles</u> | 24 |
| <u>1.2.3. Psicosis y eventos adversos infantiles (EAI)</u> | 29 |
| <u>1.2.4. Violencia de género parental (VG)</u> | 38 |
| <u>1.3. APEGO</u> | 42 |
| <u>1.3.1. Definición</u> | 42 |
| <u>1.3.2. Apego y psicosis</u> | 47 |
| <u>1.3.3. Interacción entre EAI y apego</u> | 49 |
| <u>APORTACIÓN EMPÍRICA</u> | 52 |
| <u>2. OBJETIVOS</u> | 52 |
| <u>2.1. OBJETIVO GENERAL</u> | 52 |
| <u>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> | 53 |
| <u>3. MÉTODO</u> | 53 |
| <u>3.0. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN</u> | 53 |
| <u>3.1. MUESTRA</u> | 56 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.1. Muestra psicosis | 56 |
| 3.1.2. Submuestra no afectiva | 58 |
| 3.1.3. Submuestra esquizofrenia | 59 |
| 3.1.4. Muestra contraste | 59 |
| 3.2. MATERIAL E INSTRUMENTOS | 60 |
| 3.2.1. Datos sociodemográficos y clínicos | 61 |
| 3.2.2. Medición de la psicopatología | 61 |
| 3.2.3. Medición de experiencias adversas infantiles | 64 |
| 3.2.4. Medición del apoyo recibido | 68 |
| 3.2.5. Medición del apego | 69 |
| 3.3. PROCEDIMIENTO | 71 |
| 3.4. ANÁLISIS DE DATOS | 71 |
| 4. RESULTADOS | 76 |
| 4.1. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS ADMINISTRADOS | 76 |
| 4.1.1. Resultados sociodemográficos | 76 |
| 4.1.2. Apego | 79 |
| 4.1.3. Experiencias adversas infantiles | 81 |
| 4.1.4. Tener con quien contar | 86 |
| 4.1.5. Psicopatología de la muestra psicosis | 87 |
| 4.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 1. | 88 |
| 4.2.1. Muestra psicosis | 89 |
| 4.2.2. Muestra psicosis no afectiva | 92 |
| 4.2.3. Muestra esquizofrenia | 96 |
| 4.2.4. Otros cálculos | 99 |
| 4.3. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 2. | 100 |
| 4.3.1. Apego y subdimensiones psicopatológicas | 100 |

| | |
|---|-----|
| 4.3.2. <u>Apego y síntomas positivos de la psicosis.</u> | 101 |
| 4.3.3. <u>Alguien con quien contar.</u> | 102 |
| 4.3.4. <u>Alguien a quien contar.</u> | 103 |
| 4.4. <u>RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 3.</u> | 104 |
| 4.5. <u>RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 4.</u> | 105 |
| 4.6. <u>RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 5.</u> | 107 |
| 4.6.1. <u>Modelo de incidencia de la psicosis.</u> | 107 |
| 4.6.2. <u>Modelo de cronicidad.</u> | 109 |
| 5. <u>DISCUSIÓN.</u> | 111 |
| 5.0. <u>CONSIDERACIONES INICIALES.</u> | 111 |
| 5.1. <u>DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 1.</u> | 114 |
| 5.2. <u>DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 2.</u> | 117 |
| 5.3. <u>DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 3.</u> | 120 |
| 5.4. <u>DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 4.</u> | 121 |
| 5.5. <u>DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 5.</u> | 123 |
| 6. <u>CONCLUSIONES.</u> | 124 |
| 7. <u>PROPUESTA DE PLAN DE PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS.</u> | 125 |
| 7.1. <u>PREVENCIÓN PRIMARIA.</u> | 125 |
| 7.2. <u>PREVENCIÓN SECUNDARIA.</u> | 126 |
| Epílogo: <u>¿A quién teme Virginia Woolf?</u> | 129 |
| 8. <u>LIMITACIONES.</u> | 130 |
| 9. <u>OBSERVACIONES.</u> | 132 |
| <u>ÍNDICE DE ABREVIATURAS UTILIZADAS.</u> | 133 |
| <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</u> | 134 |
| <u>ANEXOS.</u> | 184 |
| <u>ANEXO 1.</u> | 184 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| <u>ANEXO 2.</u> | 186 |
| <u>ANEXO 3.</u> | 195 |
| <u>ANEXO 4.</u> | 203 |
| <u>ANEXO 5.</u> | 205 |
| <u>ANEXO 6.</u> | 207 |

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo es una investigación sobre los efectos del trauma infantil en la psicosis.

En primer lugar, se exponen las teorías, líneas de investigación y constructos psicológicos relevantes del trabajo. Se parte de la definición de las diferentes psicosis en las principales clasificaciones diagnósticas, para ahondar a continuación en sus problemas de validez y los enfoques actuales para solventarlos.

Se describe la naturaleza y el curso de las psicosis, así como los modelos explicativos más relevantes. La etiología de las psicosis es un interrogante histórico que ha configurado la manera de entenderlas, y en el que se profundiza. Se da cuenta de las diversas variables de riesgo ambientales, con especial detenimiento en la adversidad infantil. Se presentan los estudios más relevantes de las últimas décadas.

Se analiza la variable apego, dando un repaso histórico al concepto y mostrando los estudios más recientes que la vinculan a la salud mental y específicamente a la psicosis. Se explora su relación con la incidencia y curso psicótico, así como sus interacciones con la adversidad infantil.

También se documenta la creciente relevancia para la salud mental que tiene haber sido testigo de violencia de género durante la infancia.

Posteriormente se esbozan los objetivos del presente estudio y la metodología utilizada para alcanzarlos. Se describen los servicios de salud mental donde se contextualiza la investigación y cómo se accede a una muestra de pacientes con un trastorno en el espectro psicótico y a una muestra contraste con trastornos psicológicos adaptativos. Las variables de estudio (adversidad infantil, apego y síntomas psicopatológicos) son operativizadas y los instrumentos psicométricos con los que se miden, descritos. Por último, se exponen los resultados, que dan pie a una discusión y unas conclusiones, y conducen a proponer un plan de prevención (primaria y secundaria) de la psicosis.

MARCO TEÓRICO.

1 CONCEPTUALIZACION.

1.1. LAS PSICOSIS.

1.1.1. Definición.

La psicosis como ente no existe. Es un constructo (Vispe et al., 2015) del que aún no se dispone de una definición consensuada (Keshavan et al., 2013).

Las clasificaciones diagnósticas internacionales actuales que describen y categorizan las psicosis beben de las tradiciones bleulerianas y kraepelinianas (Fonseca-Pedrero, 2019), así como de la operativización de Kurt Schneider (Belloch et al., 2020).

Emil Kraepelin (1919) organizó las psicosis en dos: la demencia precoz, de naturaleza intelectual; y el trastorno maniaco depresivo, de naturaleza afectiva. Corresponden a los fenotipos que actualmente conocemos como psicosis no afectivas y afectivas en las taxonomías al uso.

Eugen Bleuler (1950) propuso como síntomas fundamentales de la psicosis la pérdida de asociaciones, la fragmentación del proceso de pensamiento, el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado, la abulia, el trastorno atencional y la ambivalencia (Belloch et al., 2020). Estos síntomas descritos por Bleuler son los que posteriormente se han agrupado en dos dimensiones: 1. la de los síntomas negativos, y 2. la de los síntomas desorganizados de la psicosis. La dimensión desorganización se refiere al lenguaje desorganizado y al comportamiento psicomotor anormal. Los síntomas negativos se refieren al deterioro cognitivo y motivacional del individuo (Fonseca-Pedrero, 2019).

Por otro lado, y aunque Bleuler los consideró síntomas psicóticos accesorios, Kurt Schneider consideró que los delirios y las alucinaciones, que se agrupan en lo que actualmente se conoce como la dimensión positiva del fenotipo psicótico, eran los síntomas patognomónicos de la psicosis (Fonseca-Pedrero, 2019). Y a lo largo del último siglo han sido principalmente

estos síntomas, considerados “de primer rango” por Schneider, los que han determinado el diagnóstico y han configurado la entidad clínica de la psicosis.

| Síntomas de primer rango en la psicosis: | Síntomas de segundo rango en las psicosis: |
|--|--|
| Pensamiento sonoro Voces que discuten Experiencias de pasividad somática Influencia, imposición y robo de pensamiento Transmisión de pensamiento Percepciones delirantes Cualquier experiencia que implique voluntad, afectos e impulsos dirigidos | Otros trastornos de la percepción Ideas delirantes súbitas Perplejidad Cambios depresivos o eufóricos Sentimientos de empobrecimiento emocional Otros |

Criterios diagnósticos según Kurt Schneider (Belloch et al., 2020).

La psicosis entendida como apuntaba Schneider describe el estado mental en el que el individuo experimenta una distorsión o pérdida de contacto con la realidad con la presencia de delirios alucinaciones y/o trastornos del pensamiento. Suele presentarse por brotes o agudizaciones clínicas y se hablará de un primer episodio psicótico (PEP) cuando ocurra por primera vez (Vispe et al., 2015).

El brote o episodio psicótico, según la Organización Mundial de la Salud y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª versión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992), se describe como un comienzo agudo de un estado delirante o alucinatorio, así como alteraciones conductuales y/o un lenguaje disgregado.

Un episodio psicótico no orgánico puede darse en una serie de trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno psicótico agudo, el trastorno delirante, el trastorno bipolar o el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos (Lemos et al., 2015).

Para la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (1992), vigente y de uso obligado en la sanidad pública española, las psicosis no afectivas están comprendidas entre los códigos F20 y F29.

| |
|--|
| F20-20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. |
| F20 Esquizofrenia. F20.0 Esquizofrenia paranoide. F20.1 Esquizofrenia hebefrénica. F20.2 Esquizofrenia catatónica. F20.3 Esquizofrenia indiferenciada. F20.4 Depresión post-esquizofrénica. F20.5 Esquizofrenia residual. F20.6 Esquizofrenia simple. F20.8 Otras esquizofrenias. F20.9 Esquizofrenia sin especificación |
| F21 Trastorno esquizotípico. |
| F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes. F22.0 Trastorno de ideas delirantes. F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes. F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación. |
| F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios. F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia. F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia. F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico. F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes. F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios. F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación. |
| F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas. |
| F25 Trastornos esquizoafectivos. F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco. F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo. F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto. |

F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.

F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación

Códigos diagnósticos F20-29 según CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

De los anteriores trastornos, el más frecuente es la esquizofrenia:

Presencia de al menos uno de los síntomas y signos que aparecen relacionados con la sección 1, o al menos dos de los síntomas y signos relacionados en 2 que deberían haber estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

1. Al menos uno de los siguientes:

a) Eco, robo, inserción de pensamiento o difusión de este.

b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo o a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos, y percepción delirante.

c) Alucinaciones auditivas que son voces que comentan el comportamiento del paciente, o discuten entre ellas, u otros tipos de voces que proceden de alguna parte del cuerpo.

d) 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

2. O al menos dos de los siguientes síntomas:

e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando son acompañadas por delirios pasajeros o inconsistentes sin un claro contenido afectivo, o por ideas persistentes de sobrestimación, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

f) Bloqueos o interrupciones en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje incoherente e irrelevante o presencia de neologismos.

g) Comportamiento catatónico, tal como excitación, adoptar posturas o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.

h) Síntomas «negativos» tales como una marcada apatía, pobreza de lenguaje y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (éstos aparecen generalmente junto con retraimiento social y disminución de las actividades sociales).

mundos).

Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª versión (DSM-5) de la American Psychiatric Association (2013), la esquizofrenia se diagnosticaría en función de criterios similares.

Los criterios específicos del DSM-5 para la esquizofrenia son los siguientes:

- La presencia de al menos dos de los siguientes cinco ítems, cada uno presente durante una porción de tiempo clínicamente significativo durante un periodo de 1 mes (o menos si se trata con Éxito), siendo al menos uno de ellos los ítems 1), 2), o 3): 1) delirios, 2) alucinaciones, 3) habla desorganizada, 4) comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico, y 5) síntomas negativos (p. ej., disminución de la motivación y disminución de la expresividad).
- Durante una parte clínicamente significativa del tiempo transcurrido desde el inicio de la perturbación, el nivel de funcionamiento en una o más áreas principales (por ejemplo, trabajo, relaciones interpersonales o autocuidado) está marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio; cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, no se alcanza el nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico u ocupacional.
- Los signos continuos de la alteración persisten durante un periodo de al menos 6 meses, que debe incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se trata con éxito); Los síntomas prodrómicos a menudo preceden a la fase activa, y los síntomas residuales pueden seguirla, caracterizados por formas leves o subliminales de alucinaciones o delirios.
- Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque no se han producido episodios depresivos, maníacos o mixtos importantes simultáneamente con los síntomas de la fase activa o cualquier episodio del estado de ánimo ocurrido durante los síntomas de la fase activa que han estado presentes en una minoría de la duración total de los periodos activos y residuales de la enfermedad.

- La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso o un medicamento) u otra afección médica.
- Si hay antecedentes de trastorno del espectro autista o un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se realiza solo con delirios o las alucinaciones prominentes, además de los otros síntomas requeridos o esquizofrenia, también están presentes durante al menos 1 mes (o menos si se trata con éxito).
- Además de las áreas de dominio de síntomas identificadas en el primer criterio diagnóstico, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, de depresión y manía es vital para distinguir entre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2013; Marder y Cannon, 2019).

Por otro lado, según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) los pacientes diagnosticados con psicosis afectiva estarán en el espectro entre F30 y F39 con, por ejemplo, afecciones como el trastorno bipolar o la depresión psicótica. La psicosis maniaco-depresiva descrita por Kraepelin y Karl Leonhard (Belloch et al., 2020) es heterogénea y recoge diferentes manifestaciones (Miklowitz y Goldstein, 1997).

Los pacientes con psicosis afectiva son diagnosticados, en base a la CIE-10, de trastorno bipolar (F31), si cumplen los siguientes criterios:

Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión).

Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares.

Incluye:

- enfermedad maniaco-depresiva
- psicosis maniaco-depresiva
- reacción maniaco-depresiva

Excluye:

- ciclotimia (F34.0)
- episodio maníaco único en un trastorno bipolar

Criterios CIE-10 para el trastorno bipolar (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Para la American Psychiatric Association (2013), el trastorno bipolar se diagnosticaría en función de criterios similares.

Los criterios específicos del DSM-5 para el trastorno bipolar son los siguientes:

A.- Presencia durante el período mínimo de una semana y durante la mayor parte del día, casi todos los días, de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, así como de la actividad o la energía. En caso de requerir hospitalización, se considerará cualquier período de duración de este estado elevado de ánimo y de actividad.

B.- La presencia de tres o más de los siguientes síntomas en un grado significativo que representen un cambio notorio de su comportamiento cotidiano (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), que hayan estado presentes durante el período de elevada actividad y estado de ánimo elevado anormal:

- 1.- Sentimientos de Grandeza o aumento de la autoestima.
- 2.- Disminución de la necesidad de dormir (3 horas de sueño son suficientes).
- 3.- Presión para mantener la conversación o más hablador de lo usual.
- 4.- Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que sus pensamientos van a gran velocidad.
- 5.- Se distrae fácilmente ante estímulos externos irrelevantes.
- 6.- Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, laboral, escolar o sexual) o agitación psicomotora (Actividad no dirigida a un propósito).
- 7.- Participación excesiva en actividades cuyas posibilidades de consecuencias dolorosas es elevada (Actividades desenfrenadas de compras, azar, indiscreciones sexuales o inversiones imprudentes de dinero).

C.- Esta alteración del estado de ánimo causa un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral del individuo, requiere hospitalización para evitar que el sujeto se dañe a sí mismo o a otros, o presenta características psicóticas.

D.- Esta alteración importante del estado de ánimo no se puede atribuir a efectos fisiológicos de alguna sustancia (drogas, medicamentos, tratamientos) o a otra afección médica.

Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de trastorno bipolar (American Psychiatric Association, 2013)

Por otro lado, los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo con síntomas psicóticos (F33.3), según la CIE-10, serán:

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y con síntomas psicóticos y sin antecedentes de manía.

Depresión endógena con síntomas psicóticos.

Episodios recurrentes graves de:

- depresión profunda con síntomas psicóticos
- depresión psicótica
- psicosis depresiva psicógena
- psicosis depresiva reactiva

Psicosis maniaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos, según CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)

A pesar de estas operativizaciones internacionales, diversas investigaciones arrojan una escasa validez de las entidades diagnósticas psicóticas (Berrios y Beer, 1994; Read et al., 2006). Se critica la validez de constructo - la medida en que un diagnóstico hace referencia a una entidad significativa real - en el diagnóstico de esquizofrenia y se ponen en jaque todos los trastornos psicóticos como categorías diagnósticas (Agarwal et al., 2016; Cooke, 2014). Según John Read, Loren Mosher y Richard Bentall en su libro *Modelos de Locura* “nadie puede ponerse de acuerdo sobre quien padece esquizofrenia (...) no se pueden evaluar las supuestas propiedades de la esquizofrenia, ya que la población de estudio de un investigador determinado será distinta de la de los demás” (Read et al., 2006, p. 56).

En las diferentes conceptualizaciones de la psicosis, estos problemas de validez se extreman cuando trabajamos con la imprecisión diagnóstica de los primeros episodios o en la frontera entre la psicosis no afectiva y afectiva (Varela et al., 2005). Ya Bleuler habló en plural del *grupo de las esquizofrenias* y el problema de la frontera aparece desde hace décadas de forma recurrente en la literatura (Berrios y Beer, 1994). En 1987, Liddle y Andreasen

propusieron tres dimensiones - positividad, negatividad y desorganización - para recoger toda la variabilidad fenotípica que entendemos como psicosis. Sin embargo esta clasificación excluía las psicosis afectivas. En 2019, el *modelo tridimensional* de Liddle y Andreasen (1987) se amplía con el *modelo bifactor de la psicosis* propuesto por Reininghaus et al. (2019) y que recoge el amplio abanico de manifestaciones clínicas que entendemos como trastorno psicótico no orgánico (Fonseca-Pedrero, 2019). Se contemplan cinco dimensiones: síntomas positivos, negativos, depresión, manía y desorganización. Este modelo explica la variabilidad subyacente tanto a las psicosis afectivas como a las no afectivas, siendo capaz de incluir de manera suficiente y exhaustiva toda la variedad fenotípica.

En una línea que discurre paralela a la perspectiva dimensional de Reininghaus et al. (2019), en los últimos años muchos investigadores han dirigido sus estudios hacia síntomas específicos en lugar de dirigirlos hacia categorías diagnósticas. Para estos autores la vuelta al síntoma supone ventajas, delimita el objeto de estudio y elimina un gran número de variables contaminadoras (Cooke, 2014; Johnstone y Boyle, 2019).

La baja validez de las categorías diagnósticas y estas corrientes teóricas transdiagnósticas, funcionales y sintomáticas, dan argumentos a posiciones despatologizadoras o de lucha contra el estigma frente al modelo médico. Esta situación ha llevado a muchos autores no solo a centrarse en síntomas o manifestaciones psicóticas como las alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado o paranoia (Berrios y Beer, 1994): sino también a resignificarlos con nombres que no se refieren a síntomas sino a experiencias humanas, como “escucha de voces” o “fuertes creencias que otros no comparten” (Cooke, 2014; Johnstone, 2013).

Para Anne Cooke la experiencia psicótica se define como: “Escuchar voces que hablan cuando no hay nadie, o ver, saborear, oler o sentir cosas que otras personas no pueden. A veces a estas experiencias se les llaman alucinaciones. Mantener fuertes creencias que otros en su entorno no comparten. (...) A veces estas creencias han sido referidas como delirios. Si se refiere a otras personas que quieren hacerle daño, a veces se las llama delirios paranoides. Si se refieren a sentirse especial, se han denominado delirios de grandeza. Dificultades para pensar o concentrarse (...) A veces las personas hablan de una forma que otras personas encuentran difícil de seguir, tocando muchos temas aparentemente inconexos y en rápida sucesión. A veces esto se ha referido como trastorno del pensamiento. A veces, algunas personas pueden mostrarse inexpresivas, introvertidas, aletargadas, apáticas o desmotivadas. Tradicionalmente estas

dificultades se han considerado síntomas negativos” (Cooke, 2014, p. 22 y 23).

1.1.2. Curso de las psicosis.

Los trastornos psicóticos en su conjunto tienen una incidencia de alrededor del 3% en la población general (Arango et al., 2017; Arango y Crespo-Facorro, 2018).

Para Kraepelin el curso de la psicosis tenía un deterioro uniforme y mal pronóstico intelectual en el caso de la demencia precoz, y un curso en forma de sierra sin deterioro intelectual, en el caso de las psicosis maniaco-depresivas (Fonseca-Pedrero, 2019).

Eugen Bleuler (Moskowitz y Heim, 2011) describió el curso de la psicosis como un deterioro temprano que posteriormente alcanzaba una meseta de psicopatología y discapacidad que se mantenía estable en el tiempo. Y en efecto, hay cada vez más evidencia de un *período crítico* que dura entre dos y cinco años después del primer episodio psicótico, durante el cual el nivel de vulnerabilidad a recaídas y a una discapacidad a largo plazo es menor que en cursos de la enfermedad más prolongados (Birchwood, 2000; Edwards et al., 2005). Según Lieberman (2006), la esquizofrenia, en concreto, sigue un curso que puede describirse como cuatro estadios clínicos específicos: premórbido, prodrómico, de deterioro y crónico. Fusar-Poli et al. (2017) estadian la psicosis como: estrés no específico, estado de alto riesgo, primer episodio, recurrencia, y persistencia y resistencia al tratamiento. La hipótesis del período crítico postula que el deterioro, si ocurre, ocurre principalmente durante los primeros cinco años de psicosis, con relativa estabilidad posterior. En la fase crónica o de persistencia el deterioro neurológico sería más sustancial y duradero (Crumlish et al., 2009).

Se puede afirmar que entre los primeros episodios psicóticos detectados en un servicio de Salud Mental, y durante el período crítico, cronificarán o desarrollarán el trastorno (deterioro) solo un porcentaje. El porcentaje de pacientes con un primer episodio que desarrollan dificultades psicológicas que afectan a su funcionalidad y cronifican con diagnóstico de psicosis, varía según los estudios consultados y los criterios utilizados. La investigación científica se ha centrado principalmente en la cronificación de la entidad diagnóstica esquizofrenia.

En el metaanálisis clásico de Hegarty et al. (1994), basado en 320 estudios publicados entre 1895 y 1992, aproximadamente el 40% de los pacientes con esquizofrenia se recuperaban con el tiempo. Más recientemente, la revisión sistemática de Menezes et al. (2006) basada en

37 estudios, concluyó que el 42% de los pacientes se recuperaba. Sin embargo, las mejorías en estas revisiones no exigían siempre buenos resultados tanto clínicos como sociales o funcionales, o un período de mejoría superior a los seis meses. Warner (2004) analizó 114 estudios de seguimiento (publicados entre 1904 y 2000) para examinar la recuperación en la esquizofrenia. Concluyó que entre un 11% y 33% se recuperaban clínica y socialmente, y entre el 22% y 53% se recuperaban solo socialmente (los síntomas psicóticos persistían).

La reciente revisión de Jääskeläinen et al. (2013), que incluye criterios clínicos, funcionales y que la recuperación dure al menos dos años, encontró porcentajes de recuperación más modestos, de entre 8,1% y 20,0%, concluyendo que tan sólo uno de cada siete individuos se recupera completamente tras un primer episodio y diagnóstico de esquizofrenia. Aunque en el último estudio de Hui et al. (2018) las cifras son más esperanzadoras: de 178 pacientes en su primer episodio, 37 (21%) no volvieron a demandar ayuda en los servicios de salud mental durante diez años.

Se observa cierto deslizamiento de diagnósticos, al menos en las psicosis no afectivas, entre diferentes estudios. Algunos investigadores toman como criterio el diagnóstico (esquizofrenia) y otros los síntomas (primer episodio psicótico), haciendo difícil establecer comparativas. Más allá de esta limitación y según la bibliografía consultada, la horquilla de pacientes que podrían recuperarse tras un primer episodio psicótico oscilaría entre el 13% y el 53%, según los criterios de recuperación utilizados (para los cuales no hay consenso y sí una enorme variabilidad). Las variables que influyen en esta recuperación son variadas y la adversidad infantil, como factor de riesgo para desarrollar psicosis, podría ser una de ellas (Hui et al., 2018; Penas et al., 2019). El sexo masculino, la edad temprana de inicio, el periodo prolongado de psicosis no tratada y los síntomas cognitivos negativos, se consideran factores generales de mal pronóstico (Fonseca-Pedrero, 2019).

Cuando consideramos independientemente los trastornos bipolares, como señalaba Kraepelin, observamos también un curso recurrente. Las recaídas y recurrencias afectan prácticamente a todos los pacientes (Belloch et al., 2020). En el estudio clásico de Gitlin et al. (1995) se observó que en un período de un año, el 37% de los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tenían recurrencias de manía o depresión, el 60% a los 2 años, y el 73% a los cinco años.

1.1.3. Modelos explicativos de las psicosis.

Como expusimos anteriormente la tradición europea en el tratamiento de la psicosis, y específicamente la esquizofrenia ha estado escindida en dos enfoques confrontados: el enfoque neurobiológico iniciado por el psiquiatra Emil Kraepelin (1919), quien en 1896 habló de demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva; y el enfoque psicológico y fenomenológico iniciado por el psiquiatra Eugen Bleuler. Fue este último autor el que acuñó el término de esquizofrenia, que etimológicamente significa *mente escindida* (Pérez-Álvarez, 2012b). Para Bleuler, el mecanismo subyacente a la esquizofrenia era la disociación generada a partir de experiencias traumáticas (Bleuler, 1950). Igual que se ha desarrollado un debate histórico en torno a qué síntomas se tendrían que considerar patognomónicos de la esquizofrenia, también la etiología de la esquizofrenia ha sido objeto de debate desde el nacimiento mismo del término.

Algunos autores clásicos habían definido la psicosis en relación con el contexto y las etapas vitales: Bleuler (1950), que vinculaba la rotura o escisión de la psicosis al trauma; Freud (1987), que definió la psicosis como *una desesperada tentativa de rebelión*; y el sistémico Jay Haley, que entendía los trastornos psicóticos como trastornos de la emancipación juvenil (Haley, 1980). De igual modo, las explicaciones populares de la psicosis siempre han ido en este sentido. El saber popular, universalmente, se ha inclinado por las explicaciones psicosociales de la locura frente a las deterministas (Read et al., 2006). La narrativa de la locura en la literatura clásica, desde *El Quijote* (Cervantes-Saavedra, 1966, originalmente publicado en 1605), también estuvo marcada por esta visión. La obra de *Hamlet* (Shakespeare, 2019, originalmente publicado en 1609), en concreto, describe los desencadenantes traumáticos familiares de la psicosis que posteriormente señalarán los autores sistémicos (Selvini et al., 1990), como el embrollo y la instigación.

Sin embargo, de todos los modelos etiológicos de la psicosis, el hegemónico para la academia ha sido el modelo neurobiológico hasta hace pocos años. Este modelo es de tradición kraepeliana, determinista y neurodegenerativo. Se basa en los estudios clásicos que constatan influencias genéticas en el desarrollo de la esquizofrenia (Kety, 1987; Tienari, 1991). Descarta la importancia de las influencias ambientales y durante décadas ha sido el más apoyado por las instituciones sanitarias internacionales (Martínez y Arrojo., 2007).

En 1916, Wimmer (cit. en Martínez y Arrojo, 2007) denominó psicosis psicogénicas a

las psicosis secundarias a traumas mentales. También Jaspers (1970) en su *Psicopatología General* propuso una clasificación que recogía expresamente la existencia de reacciones anormales, entendidas como psicosis reactivas. Pero en las clasificaciones internacionales vigentes, la CIE-10 y el DSM-5 (Organización Mundial de la Salud, 1992; American Psychiatric Association, 2013) se consideran psicosis psicogénicas, y se incluyen en los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23) de la CIE-10, o en los trastornos psicóticos breves del DSM 5, solamente aquellas con un perfil breve y claramente reactivo; con una frecuencia anecdótica. Y aunque a principios del siglo XX, Faris y Durham (1939) observaron que la psicosis era más prevalente en las áreas más pobres de Chicago, el grueso de la academia atribuyó sus hallazgos a un hipotético descenso social de las familias con vulnerabilidad psicótica, transmitida esta genéticamente. Desde este marco se defendía que la esquizofrenia era un destino innato, ya que tenía un 80% de heredabilidad (Gottesman y Bertelsen, 1989; McGuffin et al., 2003) e incluso se llegó a hablar del *rosetta stone gene*, un gen específico que abocaba al desarrollo de una esquizofrenia (Greenhill et al., 2015).

En 2013, Matheson et al. demostrarán la inexistencia de una relación genética unívoca. La heredabilidad es una medida de varianza genética, no de causalidad y según Turkheimer et al. (2003), de hecho, también la variabilidad del ambiente que explica la psicosis alcanzaría altos porcentajes, hasta un 60%.

Los recientes hallazgos apuntan a que la adversidad infantil está relacionada con la mayoría de las enfermedades mentales graves (Artigue y Tizón, 2014; Pereda et al., 2011), y en concreto con las psicosis. Mientras que en el pasado los investigadores buscaron un gen causal, hoy parece que el riesgo genético es mucho menos específico. Se entiende que puede haber muchas características hereditarias que aumenten la probabilidad de que alguien experimente psicosis si está expuesto a determinadas circunstancias vitales (Aron, 1999; Cooke, 2014). Según Blanco-González, “los hallazgos de la epigenética localizan una influencia dinámica, tanto de la genética en la conducta, como de la conducta en la genética” (Blanco-González, 2014, p.108). Y diferentes estudios observan anomalías neuroanatómicas y funcionales similares en personas que han estado expuestas a traumas infantiles y personas con psicosis (Aas et al., 2014; Aas et al., 2017; Hoy et al., 2012; Teicher et al., 2014; Teicher et al., 2016). En este contexto, Marino Pérez-Álvarez concluye que la epigenética y los estudios que demuestran como las malas experiencias pueden cambiar funcional y estructuralmente el cerebro han devuelto el protagonismo al ambiente (Pérez-Álvarez, 2012b). El modelo

epigenético cobra fuerza frente al genético y se combinan explicaciones ambientales, genéticas y epigenéticas (Pérez-Alvarez, 2018a).

En esta línea, ya en 2001, John Read et al. (Read, 2001) planteaban el *Modelo Traumatógeno del Neurodesarrollo*, entendiendo que las características cerebrales, estructurales y funcionales de una persona que ha pasado por una situación vivida como muy traumática son muy similares a las de una persona diagnosticada de esquizofrenia. En 2010, Morgan et al. proponen un *modelo socioevolutivo* que integra causas sociales, psicológicas y neurobiológicas, por este orden, en relación con la abundante evidencia que muestra la vinculación de las quejas o síntomas psicóticos con la emigración, la urbanidad, el trauma infantil y la adversidad. Entrada ya la segunda década de este siglo, Linscott y van Os (2013), proponen un *modelo de propensión, persistencia y deterioro*, que pone en relación la definición de psicosis con su curso. En 2017, Murray et al. desarrollan un *modelo de factor de riesgo de desarrollo* que recoge todos los factores ambientales que se han ido apuntando en las investigaciones de estos últimos años (Murray et al., 2017). Estos dos últimos modelos, en clara tradición bleuleriana, definen la psicosis en función de su curso, poniendo el foco en su adquisición gradual y en las ventanas de oportunidad o periodos críticos.

En 2018, Goloksuzs et al. (2018) enuncian *el paradigma del exposoma* y analizan la totalidad de las exposiciones ambientales del individuo con psicosis. Así, ante la diversidad multicausal, el estudio de las psicosis y de la esquizofrenia se hace más fenomenológico, dando gran importancia a la vivencia subjetiva de la persona y a su historia biográfica. Algunos autores comienzan a considerar la experiencia psicótica como una crisis personal ante las circunstancias (Romme y Escher, 2013); o como un trastorno del yo, de la percepción de uno mismo (Pérez-Alvarez, 2018b).

Se empiezan a investigar los efectos aditivos de la exposición ambiental en la vulnerabilidad genética (Zwicker et al., 2018) para generar una teoría unificada del trauma infantil y la psicosis que tenga en cuenta la multicausalidad y todas sus interacciones y sinergias (Misiak et al., 2017).

Hace más de un siglo, Carl Gustav Jung ya había afirmado, en su colección de artículos *Psicogénesis de las enfermedades mentales* (2015, originalmente publicado en 1909), que lo que determinaba la psicosis no era una preparación insuficiente del individuo para hacer frente a la existencia (*teoría carencial*) sino que eran las circunstancias del ambiente las que desbordaban al ser humano. Según este autor clásico las personas no estaríamos preparadas

constitucionalmente para algunos tipos de adversidad (*teoría constitucional*), lo que provocaría que ante el trauma, enfermáramos física y psicológicamente.

1.2. VARIABLES DE RIESGO.

1.2.1. Factores de riesgo y psicosis.

Según los recientes modelos de psicosis (Goloksuz et al., 2018; Murray et al., 2017) los factores de riesgo de desarrollo de psicosis o exposoma, son múltiples. Wickham et al. (2014b) relacionan la psicosis con una deprivación ambiental múltiple. El abanico multicausal para el desarrollo de una psicosis incluye factores ambientales como el consumo de cannabis, las experiencias adversas infantiles (EAI) o la inmigración (Fiorillo, 2019; Martínez-Menéndez et al., 2020). El barrio de procedencia (Newbury et al., 2018) y la pertenencia a minorías étnicas han sido consistentemente encontrados como factores de riesgo. La revisión de Radua et al. (2018) incluyó 55 metaanálisis y revisiones sistemáticas correspondientes a 683 estudios individuales y 170 factores de riesgo o de protección para los trastornos psicóticos. El estado de riesgo ultra alto para la psicosis y la etnia negra y caribeña en Inglaterra mostraron pruebas convincentes de asociación. Otros factores muy sugerentes fueron: ser de cualquier minoría étnica en un área de baja o alta densidad étnica, ser inmigrante de primera y segunda generación, tener anomalías físicas, ser inmigrante norteafricano en Europa, el aislamiento social infantil, el trauma infantil y la urbanidad (Radua et al., 2018).

En nuestro país, el estudio de Tizón et al. (2010) comparó la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. Se utilizó una muestra de 21536 pacientes de entre 1982 y 2000, encontrando que las prevalencias de esquizofrenia y otras psicosis en un barrio con más factores de riesgo psicosocial eran dos veces mayores que las encontradas en el barrio colindante, en el mismo período temporal. El *Libro blanco de la intervención temprana en psicosis* (Arango y Crespo-Facorro, 2018) destaca que la incidencia de los trastornos psicóticos varía en función de la edad, el sexo, la raza y el área urbana. También subraya variables ambientales y socioculturales.

Hay abundante evidencia de los efectos acumulativos de los riesgos sociales (Newbury

et al., 2018; Stilo et al., 2017) y en los últimos años se han empezado a esbozar modelos predictivos del exposoma psicótico (Pries et al., 2018) que tienen en cuenta todos los factores de riesgo así como sus efectos interactivos (Liu et al., 2019; Padmanabhan et al., 2017; Trotta et al., 2016). Desde esta visión interactiva entre factores de riesgo, cada vez se recoge más evidencia de la vinculación entre la extracción sociodemográfica y el riesgo de trauma infantil, así como entre el trauma infantil y el trastorno mental grave (Coid et al., 2020; Martínez-Menéndez et al., 2020; Subramaniam et al., 2020).

1.2.2. Salud mental y eventos adversos infantiles.

En 1989, John Bowlby afirmaba que a pesar de que mayoría de los niños eran indulgentes con sus padres, que preferían verlos con buenos ojos y deseaban pasar por alto muchas cosas, las pruebas de que las experiencias adversas con los padres tenían un importante papel en el origen de las perturbaciones cognitivas eran abrumadoras (Bowlby, 1989).

En 2005, Alice Miller señala que existe la creencia de que los niños no sufren mucho daño cuando se les agrede: cristalizada en expresiones populares como “más me duele a mi cuando le pego”, o aquella de “son cosas de niños” ante el abuso escolar. Miller afirma que muchas víctimas, aún de adultos, mantienen, por lealtad a sus padres, tales convicciones, cristalizadas en su psique como las expresiones en el lenguaje popular. Alice Miller explica que el peso del cuarto mandamiento y las relaciones de poder han mantenido oculta la realidad de los malos tratos familiares, una forma de *educación* basada en la violencia en la que se le niegan al niño sus derechos de dignidad y respeto por su ser, y que crea una clase de régimen totalitario en el que le es prácticamente imposible percibir las humillaciones, la degradación y el menosprecio de los que ha sido víctima, y así defenderse (Miller, 2005).

La reciente investigación muestra como las experiencias adversas en la infancia tienen efectos profundos y duraderos en los sistemas neuromoduladores que, en el tránsito hacia la vida adulta, se encargan de mediar en la conducta y la patología clínica (Felitti y Anda, 2017). Esta relación entre las experiencias adversas en la infancia (EAI) (cuyas siglas en inglés corresponden al acrónimo ACE) y los resultados perjudiciales para la salud mental se ha explorado cada vez más en la literatura científica desde que Felitti et al. (1998) encontraron una fuerte relación entre la exposición al abuso o disfunción del hogar durante la niñez, y conductas

y enfermedades de riesgo para la salud de los adultos. En esa investigación epidemiológica en EE. UU. (Felitti et al., 1998) entrevistaron a más de 17000 sujetos y encontraron que la patología biomédica en adultos guardaba una relación significativa con las experiencias adversas en la infancia. Las experiencias adversas en la infancia estaban estrechamente relacionadas por un lado, con los factores de riesgo primarios para la adquisición de una patología, y por otro, con la patología de forma independiente. Entre los factores de riesgo primario estaban las conductas dañinas para la salud “resultado de conductas compensatorias como la sobreingesta de alimentos o el consumo de tabaco, drogas o alcohol, que proporcionan un alivio parcial inmediato para los problemas emocionales derivados de experiencias traumáticas en la infancia” (Felitti y Anda, 2017, p. 13). Encontraron que la adversidad infantil se relacionaba con el alcoholismo, el abuso de drogas, la depresión e intento de suicidio, el tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, inactividad física y obesidad severa. Pero también encontraron una influencia directa de las experiencias adversas infantiles sobre la patología, no mediada por conductas de riesgo.

Con respecto a la influencia de las experiencias adversas infantiles en la salud mental, pioneros de la neurología y la psiquiatría, como Jean Martin Charcot, Pierre Janet y Sigmund Freud ya asociaron con el trauma uno de los problemas de salud mental prominentes de su época, la histeria. Se referían a los traumas como *secretos patogénicos*. Pierre Janet, a quien Van Der Kolk describe como el primer gran explorador del trauma, acuñó el término *disociación* para describir la separación y el aislamiento de los recuerdos dolorosos que observó en sus pacientes y habló del alto coste de mantener esos recuerdos traumáticos a raya (Van Der Kolk, 2015). Por primera vez se concebía que el delito no estaba causado por la locura sino la locura por el delito. Las implicaciones morales y sociales de esta teoría eran revolucionarias. El trauma que describían estos autores era fundamentalmente sexual, temprano, y en muchas ocasiones sostenido y perpetrado por figuras de apego (fundamentalmente el padre). En 1896, Freud afirmaba que la causa de la histeria era la seducción del niño (abuso sexual) por parte de un adulto. Pero en 1897, quizás presionado por las críticas, apuntó que estas seducciones infantiles eran probablemente producto de la imaginación de los pacientes. Abandonó *la teoría de la seducción* por la teoría de *la fantasía inconsciente*, en la que el origen del delito (el abuso) estaba en la psique del paciente, siendo el fruto de los instintos, las fantasías y los deseos infantiles. Aun a pesar de este cambio de parecer, Freud no fue extremadamente contundente en la negativa a considerar el trauma como etiológico de la histeria, pero el mainstream del

psicoanálisis se adhirió a la nueva visión y se pasó de moda atribuir la psicopatología a las experiencias de la vida real (Bowlby, 1989). La muerte de Charcot en 1893 y el cambio del enfoque del psicoanálisis propiciaron la pérdida de interés por parte de la mayoría de la academia hacia el tema del trauma. Desde entonces y como señala Alice Miller (2005), el tema de la infancia se evitó cuidadosamente en muchas investigaciones y terapias. En especial ante pacientes con trastornos psicóticos. Y en lo que respecta al espectro de la esquizofrenia hasta hace poco más de dos décadas se creía mayoritariamente que los síntomas estaban menos basados en traumas que en el caso de otros problemas de salud mental (Read et al., 2006).

Sin embargo, a pesar del giro de Freud y del mainstream del psicoanálisis, siempre ha existido una corriente alternativa que tomó en cuenta el trauma, investigó sobre él y desarrolló terapias y acciones sociales al respecto. El exponente más paradigmático de ello fue Bertha Pappenheim, la precursora de la *cura de charlas*, cuando era paciente de Sigmund Freud, bajo el seudónimo de Anna O. A pesar del viraje de su terapeuta, Pappenheim mantuvo siempre la conciencia de una conexión entre sus problemas de salud mental y los graves abusos vividos en su infancia. Esto le impulsó a fundar la disciplina de Trabajo Social en Alemania. Entre los discípulos de Freud, la máxima representante de la corriente alternativa fue Karen Horney (1951), quien al contrario que Freud, fue bastante explícita al atribuir muchos de los problemas de sus pacientes a las influencias adversas que sufrieron siendo niños. El legado de Horney fue retomado posteriormente por Bowlby (1951), en las cuestiones del apego, y por la psiquiatra Judith Herman (1992), en las cuestiones del trauma.

A lo largo del Siglo XX, las consecuencias psicopatológicas en los soldados de las grandes guerras y la guerra de Vietnam también reavivaron el interés de la ciencia mainstream de EE. UU. e Inglaterra por el trauma. Como menciona Judith Herman, aquellos que se habían mantenido sordos ante las quejas de maltrato de los vencidos, de los desempoderados, de los niños y las mujeres (Herman, 1992), comenzaron a prestar atención al trauma ante las repercusiones de las guerras en los combatientes. Se realizaron numerosos estudios, se formaron organizaciones de eruditos y se incluyó un diagnóstico de trauma, el TEPT, en la literatura profesional (Van Der Kolk, 2015). Al fin y al cabo, no debemos olvidar que la historia del trauma es la historia de las relaciones de poder y está contada y mediada por ellas.

No todas las experiencias adversas infantiles son traumáticas. Mandi Horowitz (1993) define los acontecimientos traumáticos como aquellos eventos que no pueden ser asimilados por los esquemas que las personas tienen en relación con el mundo, alterando conceptos

fundamentales sobre la seguridad, el valor de sí mismas y el sentido de la vida. Judith Herman (1992) describe el resultado como *el yo dañado*, y lo pone en la relación con regresiones evolutivas, falta de autonomía y confianza, vergüenza, indefensión, culpa e indignidad; frustrando la iniciativa y la competencia individual y rompiendo la conexión entre el individuo y la comunidad. Esta autora subraya que una experiencia adversa infantil tiene más posibilidad de ser traumática si es perpetrada por una figura de apego. El trauma no solo afecta intrapsíquicamente. Afecta a las relaciones cercanas que la persona establece.

En 1989, la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas definió maltrato infantil como “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (Convención Derechos de los Niños, 1989, p. 6). En 2002, la Organización Mundial de la Salud (2002) incluía en su definición de maltrato infantil el abuso sexual. El maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia o abandono físico y negligencia o abandono emocional son las experiencias traumáticas consideradas más frecuentes en la infancia (Bernstein et al., 2003). Las experiencias adversas infantiles (EAI) o acontecimientos potencialmente traumáticos más habituales son los relacionados con las figuras de apego -madre o padre-.

Según Ordóñez-Cambler (2015), estos son los maltratos más frecuentes y su descripción:

- Abuso físico: acción no accidental que provoca daño físico o enfermedad en el menor, o le pone en grave riesgo de padecerlo.
- Abandono físico: situación donde las necesidades básicas del niño (alimentación, vestido o higiene) no son atendidas.
- Maltrato emocional: hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza, y el aislamiento del menor.
- Abandono emocional: falta persistente de respuesta a las necesidades emocionales del niño y falta de iniciativa de interacción y contacto.
- Abuso sexual: contacto sexual con un adulto o con otro menor con gran diferencia de edad, con una posición de

poder o autoridad.

Jiménez et al. (1996) apuntan que se produce un solapamiento entre los maltratos. Para estos autores las víctimas de un único maltrato son muy poco frecuentes, siendo más común la combinación de diversos tipos de malos tratos.

Patró y Limiñana (2005) añaden la categoría de maltrato *niño testigo de violencia doméstica*, definido como la exposición de forma habitual a las agresiones de un progenitor hacia el otro, teniendo efectos en su desarrollo.

El Plan de Acción Europeo para la prevención del maltrato infantil 2015-2020, que fue aprobado por el Comité Regional Europeo de la Organización Mundial de la Salud (2015), señala que la prevalencia mundial de negligencia física es de 16,3% y la de negligencia emocional es de 18,4%. En el Plan se señala una prevalencia en Europa del 9,6% para el abuso sexual (5,7% en niños y 13,4% en niñas), 22,9% para el maltrato físico y 29,1% para el abuso emocional. En España, el informe del Centro Reina Sofía (2012) encontró que, de una muestra de 898 menores de entre 8 y 17 años, el 59,68% había sufrido maltrato de tipo físico, el 17,74% maltrato psicológico, el 37,10% negligencia y el 4,84% abuso sexual.

Para Judith Herman (1992) hay una relación directa entre gravedad del trauma (entendida como intensidad y duración) y el impacto psicológico. En efecto, en los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ve una relación dosis-respuesta (Shore et al., 1986). La revisión de Read et al. (2006) encontró que el abuso en la infancia estaba relacionado con diversos problemas de salud mental en una relación dosis-respuesta: a mayor abuso mayor severidad de la perturbación psicológica. También encontraron que cuanto más grave era el abuso, más tempranos eran los ingresos en salud mental, había más recaídas, más medicación, aislamiento e intentos de suicidio. Según Read et al. (2006) los pacientes psiquiátricos tienen al menos el doble de probabilidad que la población normal de haber sufrido abuso sexual o físico en la infancia. De igual manera, los autores muestran diferentes estudios en los que las mujeres que han sufrido abuso emocional en la infancia tienen cinco veces más riesgo de experimentar un ingreso psiquiátrico. El análisis del riesgo atribuible poblacional mostró que el 54% de la depresión y el 58% de las tentativas de suicidio en mujeres son atribuibles a experiencias adversas en la infancia.

Morrison et al. (2003) sugieren que las experiencias traumáticas contribuyen al desarrollo de intrusiones y fallos en las interpretaciones, el autorreconocimiento y la cognición

social. Autores recientes ahondan en las alteraciones en el arousal y en la reactividad emocional (Janiri et al., 2020; Muscatello et al., 2020), o en la baja autoestima (Simpson et al., 2020) tras un trauma infantil, como variables mediadoras para el desarrollo de un trastorno mental grave. Aas et al. (2020) vinculan estos procesos a una elevación del cortisol. En la revisión de Lund et al. (2020) de 36 estudios se encontró una fuerte relación entre el maltrato y los déficits en funciones ejecutivas de los niños (Lund et al., 2020). Otras propuestas de los posibles mecanismos implicados incluyen patrones de conducta desadaptados, desregulación afectiva y evaluaciones cognitivas de amenaza (Gomis-Pomares y Villanueva, 2020; Upthegrove et al., 2015).

El trauma infantil se ha asociado con la aparición de gran variedad de alteraciones psicopatológicas, como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos, trastornos por abuso de sustancias y psicosis (Janssen et al., 2004; Kendler et al., 2000; Pereda et al., 2011; Read y Bentall, 2012). La revisión de Johns et al., (2014) encontró que entre la mitad y tres cuartas partes de los pacientes psiquiátricos padecieron abusos físicos o sexuales siendo niños y concluyeron que el maltrato infantil es el principal factor de riesgo prevenible para las enfermedades mentales y el abuso de sustancias. En un reciente estudio (Shahwan et al., 2019), con un total de 354 pacientes ambulatorios con trastornos psiquiátricos y 100 controles sanos de la población general de Singapur, se midió el trauma infantil y la gravedad, objetivando una mayor tasa de eventos traumáticos de la vida en la infancia en pacientes con padecimientos de salud mental.

1.2.3. Psicosis y eventos adversos infantiles (EAI).

El libro *Modelos de Locura*, publicado en 2006 por John Read, Loren Mosher y Richard Bentall, supone un hito en la vinculación entre trauma y psicosis, y rebela metaanálisis con multitud de estudios en diferentes países en los que la estrecha relación entre victimización temprana y psicosis se pone de manifiesto. Estos autores encuentran que la escala Psicoticismo del SCL90-R de Derogatis (1975) está relacionada con el abuso en la infancia más que el resto de las escalas y vinculan de manera directa los síntomas positivos de la esquizofrenia (delirios y alucinaciones) con los abusos. Concluyen que el riesgo de desarrollar psicosis está

relacionado con la gravedad y recurrencia del abuso (físico, emocional o sexual) antes de los dieciséis años.

En ese mismo año, Lataster et al. (2006) llevaron a cabo un estudio con 1290 adolescentes de la población general de Holanda, donde encontraron que las experiencias psicóticas no clínicas estaban relacionadas con haber sufrido acoso escolar y abuso sexual, y que, a mayor dosis de trauma, mayor respuesta psicótica. En otro estudio prospectivo con 2524 jóvenes en Holanda (Spauwen et al., 2006), se vio que aquellos que referían experiencias traumáticas a lo largo de la vida tenían 2,6 veces más probabilidades de experimentar síntomas psicóticos en los 3 años y medio posteriores. Los autores concluyeron que la relación dosis-respuesta indicaba causalidad. Respecto a la relación dosis-respuesta en trauma y psicosis, los estudios de Shevlin et al. (2008) estimaron el efecto de las experiencias traumáticas acumuladas a partir de muestras de 5784 y de 8587 estadounidenses encuestados. El antecedente de dos o más tipos de trauma permitía predecir psicosis y se observaba de nuevo relación de intensidad entre dosis-respuesta. Acoso sexual, maltrato físico y abuso sexual se contaban entre las victimizaciones más asociadas con la psicosis o los síntomas psicóticos.

Como la mayoría de los estudios que demostraban relación entre el trauma infantil y los síntomas psicóticos eran correlacionales, se postuló que otros factores coexistentes al abuso infantil, como la pobreza, el abuso de sustancias o problemas de salud mental de los padres, fueran los predictores del desarrollo de psicosis. Sin embargo, las relaciones entre el abuso en la infancia y los trastornos psiquiátricos en la edad adulta permanecen después de controlar estas variables potencialmente mediadoras (Shevlin et al., 2008).

En los últimos años se han ido acumulando estudios que encuentran que las experiencias psicóticas son una reacción a sucesos estresantes y a circunstancias de la vida, en concreto al abuso u otros tipos de trauma (Read y Bentall, 2012; Varese et al., 2012). El metaanálisis del equipo de Varese (2012) sobre la relación entre la adversidad infantil y el riesgo de desarrollar psicosis encontró que las probabilidades de desarrollar psicosis se incrementan significativamente al sufrir abuso sexual (OR = 2,38), abuso físico (OR = 2,95), abuso emocional (OR = 3,40), intimidación (OR = 2,39) o negligencia (OR = 2,90). El estudio concluye que si la adversidad en la infancia fuese completamente eliminada de la población, el número de personas con psicosis se reduciría en un 33%. En la misma línea, el metaanálisis de Matheson et al. (2013) incluyó veinticinco estudios en los que se vieron mayores tasas de adversidad infantil en la esquizofrenia en comparación con los controles (OR = 3,60) y en

comparación con los trastornos de ansiedad ($OR = 2,54$). No se encontraron diferencias en las tasas de adversidad infantil entre la esquizofrenia y la psicosis afectiva, la depresión y los trastornos de la personalidad. El análisis de Karatzias et al. (2019), con datos poblacionales escoceses, arroja una adversidad infantil muy prevalente (79,2%) entre los individuos psicóticos, siendo el maltrato físico la experiencia adversa más común (40,1%) . En 2020, la revisión de Stanton et al. ha constatado resultados similares.

Bentall y Fernyhough estimaron una prevalencia de experiencias traumáticas en los pacientes con psicosis de entre un 28 y un 73% (2008). Recientemente, Campbell et al. (2013), encontraron que el 70% de los pacientes con un primer episodio psicótico evaluados presentaba historia previa de traumas. Para Turner et al. (2019) la adversidad infantil era de un 80% entre los pacientes psicóticos en Australia. Del mismo modo, Shah et al. (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 30,60% de los pacientes con psicosis presentaban una historia previa de abusos en la infancia. En nuestro país, la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en psicosis se ha fijado entre un 40 y un 75% (Álvarez et al., 2011; Ordóñez-Cambolor et al., 2014). 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; Mauritz et al., 2013). Para Janssen (2004), ante la presencia de abusos, una persona tiene nueve veces más probabilidad de sufrir psicosis, y en el caso de abusos graves, este porcentaje subiría al 48%.

Actualmente se tienen estudios que correlacionan consistentemente el trauma infantil con los trastornos psicóticos a lo largo y ancho del mundo: en América del Norte (Beasley et al., 2020); en América del Sur (Freitas et al., 2020); en Gran Bretaña (Gayer-Anderson et al., 2020) y en la Europa continental (Kosteletos et al., 2020; Popovic et al., 2019); en China (Lu et al., 2020); en el continente africano (Fekih-Romdhane et al., 2019b); y en Australia (Turner et al., 2019).

Morgan y Gayer-Anderson (2016) y Beards et al. (2020), encuentran evidencia de que las adversidades en la infancia que implican exposición a múltiples adversidades que conllevan hostilidad y amenaza, contribuyen al inicio de las experiencias y los trastornos psicóticos en algunas personas. En 2018, Morkved et al. (2018) encontraron que el trauma infantil era más severo y frecuente, específicamente el abuso sexual y el abuso y abandono físico, en pacientes

psiquiátricos con psicosis que sin ella. En el estudio de Stowkowy et al. (2020) con 243 jóvenes sintomáticos y no sintomáticos que experimentaron trauma e intimidación infantil, se encontró que el abuso físico, así como un acoso psicológico de mayor duración, era más frecuentes entre aquellos con síntomas atenuados de psicosis o trastorno bipolar, que entre aquellos con síntomas de depresión y ansiedad.

Las experiencias de trauma son frecuentes en todo el continuo psicótico (Gibson et al., 2016; Radua et al., 2018). Carbone et al. entrevistaron a 74 pacientes con trastorno bipolar y 91 pacientes con diagnóstico dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia, y encontraron que las experiencias traumáticas tempranas están relacionadas con la gravedad clínica en ambos grupos, estando las adversidades relacionadas con el abuso y la negligencia, asociadas a una mayor gravedad sintomática que las relacionadas con la falta de apoyo o aislamiento. Estos hallazgos sugieren que los antecedentes de EAI podrían usarse para identificar a los pacientes con mayor riesgo de presentar características clínicas desfavorables (Carbone et al., 2019). El metaanálisis y revisión sistemática de Agnew-Blais y Danese (2016) incluye 30 publicaciones y examina la asociación del abuso físico, sexual, emocional, negligencia o conflicto familiar antes de la edad 18 años con las características clínicas y curso de la enfermedad en el trastorno bipolar; encontrando que el maltrato infantil predice características clínicas y curso de la enfermedad desfavorables. Encontraron que los pacientes con trastorno bipolar y antecedentes de maltrato infantil tenían una mayor gravedad de la manía (OR = 2,02), mayor gravedad de la depresión (OR = 1,57), mayor gravedad de la psicosis (OR = 1,49) edad más temprana de inicio del trastorno bipolar (OR = 1,85), mayor riesgo de ciclismo rápido (OR = 1,89), mayor número de episodios maníacos (OR = 1,26), mayor número de episodios depresivos (OR = 1,38) y mayor riesgo de intento de suicidio (OR = 2,25) en comparación con aquellos con trastorno bipolar sin maltrato infantil.

Los investigadores Palmier-Claus et al. (2016) encontraron que la adversidad infantil era 2,63 veces más frecuente en el trastorno bipolar que en los controles, siendo el abuso emocional una variable especialmente robusta. Acosta et al. (2020) por su lado encuentran relaciones consistentes entre trastorno bipolar y bullying. Por el contrario, y como contrapunto a la amplia generalidad de estudios, Uptegrove et al. (2015), en una investigación con 2019 pacientes con trastorno bipolar, no encuentran relación entre los acontecimientos de la infancia y la incidencia de esta psicosis, aunque sí una relación entre el tipo de EAI y el síntoma. Los eventos de la infancia no se asociaron con un mayor riesgo de ideas delirantes de persecución

u otras, pero se encontraron asociaciones significativas entre el abuso en la infancia y las alucinaciones auditivas, y fueron más fuertes entre el abuso sexual y las voces abusivas.

El abuso sexual es uno de los abusos más frecuentemente asociados a la psicosis (Bebbington, 2011). Bourgeois et al. (2018) compararon 882 jóvenes abusados sexualmente con 882 controles pareados de la población general durante un período de 13 años. Los jóvenes abusados sexualmente corrían un riesgo 10 veces mayor de recibir un diagnóstico de trastorno psicótico que los jóvenes de la población general.

Se unen al renacimiento de este paradigma etiológico de la psicosis, el del trauma infantil, aquellos que desde la psicobiología apuntan a los mecanismos biológicos subyacentes que median entre trauma y psicosis. Hoy et al. (2012) observan anomalías neuroanatómicas similares en personas que han estado expuestas a traumas infantiles y personas con psicosis. Realizaron un estudio en Irlanda del Norte para explorar la asociación entre la experiencia del trauma infantil y los volúmenes del hipocampo y amígdala en una población de primer episodio de psicosis. Los resultados mostraron una alta prevalencia de trauma infantil (76%) en la muestra. La experiencia del trauma infantil fue un predictor significativo del volumen del hipocampo izquierdo, de los volúmenes amígdala derecho y total y del volumen del complejo hipocampal-amígdala como un todo. Estudios posteriores han reiterado estos hallazgos, volviendo a encontrar esa disminución en el volumen del hipocampo y de la amígdala en personas con psicosis y trauma infantil (Calem et al., 2017; Popovic et al., 2019).

Teicher et al. (2016) observaron como el maltrato altera las trayectorias del desarrollo cerebral para afectar los sistemas sensoriales, la arquitectura de la red y los circuitos involucrados en la detección de amenazas, la regulación emocional y la anticipación de recompensa. La adversidad infantil se asociaría a una respuesta cerebral diferente ante estímulos emocionales en los pacientes psicóticos (Aas et al., 2017). Tomassi y Tosato (2017) encuentran alteraciones en la conectividad de los circuitos emocionales en los pacientes con trauma infantil y síntomas psicóticos frente a aquellos no traumatizados. Trotta et al. (2019) y Kotowicz et al. (2019) encuentran influencias directas de la adversidad infantil sobre los circuitos de dopamina que predisponen a la psicosis. Ciufolini et al. (2019) y Cullen et al. (2020) observan una elevación del cortisol entre los pacientes con diagnóstico de psicosis y trauma, frente a los no victimizados. Quidé et al. (2019) y Nettis et al. (2020) encuentran marcadores de inflamación entre los victimizados frente a los controles. Quidé et al. (2020) señalan alteraciones en el volumen de la materia gris y procesos inflamatorios como posibles

mediadores entre el trauma infantil, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Los estudios de Tomassi y Tosato (2017), Cancel et al. (2017), Pinlaers et al. (2019) y Sallis et al. (2020) vinculan la adversidad infantil directamente a cambios en la expresión de los genes y a mecanismos de transformación epigenética, aumentando la vulnerabilidad genética a la psicosis. Hay mecanismos de regulación genética, como el de la producción de glucocorticoides y el metabolismo de la glucosa, que se han encontrado afectados (Castro-Vale et al., 2016; Tosato et al., 2020).

Hay una extensa investigación sobre las variables psicológicas mediadoras entre el trauma infantil y la psicosis (Williams et al., 2018). Morrison et al. (2003) destacan que el abuso físico o sexual puede llevar a las personas a creer que los demás no son confiables y hacer interpretaciones paranoides de eventos ambiguos. Para Read y Dillon (2013), las personas que crecen en un ambiente escolar donde son acosados constantemente, pueden desarrollar creencias de que no valen nada, que otras personas pueden dañarles, o que el mundo es un lugar cruel. Para Shevlin et al. (2008), la acumulación de trauma incrementa la activación psico-somato-sensorial, considerada como la responsable de errores de atribución en las alucinaciones.

Otros de los mecanismos psicológicos mediadores encontrados entre trauma infantil y psicosis son algunas estrategias de afrontamiento del estrés (Piotrowski et al., 2020; Renkema, 2020), la desregulación emocional (Lincoln et al., 2017; Liu et al., 2020; Pries et al., 2020), rumiaciones y esquemas negativos (Appiah-Kusi et al., 2017; Cui et al., 2019; Velikonja et al., 2020) y alteraciones en la cognición social (Kilian et al., 2018; Mansueto et al., 2019). O'Connor et al. (2019) encuentran anomalías perceptivas en los pacientes en alto riesgo de psicosis y una historia de trauma infantil; y Bilgi et al. (2017), Brañas et al. (2019) y Tognin et al. (2020), anomalías en el reconocimiento emocional. Quidé et al. (2017) reportan cambios en la memoria de trabajo. Se investiga el rol del habla subvocal tras el trauma infantil como disparador de los fenómenos de escucha de voces (Rosen et al., 2020), así como el peso de algunas emociones como la vergüenza (Ellenbogen et al., 2018).

Según el *Modelo de Autotrauma* (Briere, 2002), normalmente aplicado al trastorno por estrés postraumático y el trastorno de personalidad, los recuerdos fragmentados del abuso y los flashbacks; son intentos de integrar el trauma, mientras que las estrategias de evitación e insensibilización (como la disociación y el abuso de sustancias intoxicantes) son intentos de regular el afecto desencadenado en este proceso. Síntomas observados en pacientes con psicosis que sugieren etiología traumática incluyen la dificultad para identificar las propias emociones, la

negación de estas y las respuestas disociativas (Berenbaum et al., 2008). En esta misma línea, y con un enfoque cercano al transdiagnóstico, Schäfer y Fisher (2011) estudiaron la relación entre el trauma y los síntomas disociativos en pacientes con esquizofrenia. Examinaron correlaciones entre cinco dominios del trauma infantil y los síntomas disociativos de 30 mujeres ingresadas con trastornos del espectro de la esquizofrenia, y encontraron altos niveles de experiencias traumáticas infantiles. La negligencia física y el abuso emocional mostraron correlaciones significativas con los síntomas disociativos al ingreso. Cuando las pacientes se estabilizaron, alrededor de un mes después del ingreso, el abuso emocional aún mostró una correlación significativa con los síntomas disociativos. Según De Tore et al. (2019), la comorbilidad de las psicosis con el TEPT es destacable. En el último metaanálisis de Longden et al. (2020), también se encuentra una estrecha relación entre síntomas de psicosis y disociación por trauma. Desde esta perspectiva, las alucinaciones auditivas se consideran en el mismo continuo sintomático de afrontamiento del trauma que los mecanismos disociativos (Peach et al., 2020; Wearne et al., 2020).

En los grupos de escuchadores de voces (o personas que sufren alucinaciones auditivas de carácter psicótico), estas se relacionan con traumas previos que requieren ser explorados y resueltos. Por ejemplo, un superviviente de abuso infantil con baja autoestima podría escuchar la voz del que fue su abusador que le dice que no vale nada, y esto podría alimentar su bajo autoconcepto (Read y Dillon, 2013). Reaccionamos ante los nuevos acontecimientos guiados por las experiencias previas: quienes han sufrido un trauma en el pasado, a veces pueden sentirse abrumados por el miedo, pueden desarrollar un estilo cauteloso y vigilante – incluso paranoide –. De ahí que los delirios paranoides sean más frecuentes entre las personas en situación de pobreza, los inmigrantes, o los grupos marginados (McElroy et al., 2019), como veremos más adelante.

Con referencia a las alucinaciones, Romme (2013) recogió un estudio cualitativo con los relatos de cincuenta escuchadores de voces. Destacó la siguiente relación de experiencias traumáticas: dieciocho de ellos habían sufrido abuso sexual; trece, abuso emocional; seis, problemas en la adolescencia; cuatro tenían un elevado nivel de estrés actual; dos habían sufrido acoso escolar; y otros dos maltrato físico. Solo siete no reportaron un evento adverso de gravedad, proximal o distal.

En la actualidad, una línea de investigación en auge es aquella que relaciona los diferentes abusos infantiles con los diferentes síntomas psicóticos (Isvoranu et al., 2017). En el

metaanálisis de Bailey et al. (2018) sobre las asociaciones entre el trauma infantil y la gravedad de las alucinaciones, delirios y síntomas psicóticos negativos en poblaciones clínicas con un trastorno psicótico diagnosticado; se revisaron 29 estudios (4680 participantes). Se encontró que entre los individuos con psicosis, el trauma infantil correlacionó significativamente con la gravedad de las alucinaciones y los delirios (síntomas positivos de la psicosis), pero no con la gravedad de los síntomas negativos. Bentall et al. (2012) han encontrado pruebas de que el abuso sexual infantil es más probable que conduzca a la escucha de voces que los demás tipos de abuso, mientras que aquellos que estuvieron institucionalizados son algo más propensos que otros a experimentar paranoia. Hammersley et al. (2007) también encontraron relación entre el maltrato físico y cualquier tipo de agresión sexual infantil y la vivencia alucinatoria.

La estrecha relación entre el incesto y la psicosis ya se comenzó a establecer en los años 80 y 90 del siglo XX (Muenzenmaier, 1993; Rose et al., 1991). Y en las últimas décadas, diversos autores reportan asociaciones específicas entre abuso sexual y síntomas positivos (Gracie et al., 2007; Read et al., 2005; Schürhoff et al., 2009). Shevlin et al., (2008) estudiaron la relación entre trauma infantil y pacientes con alucinaciones en una muestra de 5877 estadounidenses y encontraron una fuerte relación entre violación antes de los 16 años y tener alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. El acoso sexual infantil también se asoció a esos tres tipos de experiencias psicóticas. En Australia, Scott et al. (2007), llevaron a cabo una investigación con 10641 adultos con experiencias delirantes y exposición a traumas. Se vio que los delirios eran más frecuentes con personas expuestas a traumas, muchas de las cuales también cumplían criterios de TEPT y que las personas que habían sufrido acoso sexual (en la infancia o posteriormente) tenían hasta siete veces más probabilidades de delirar.

Por otro lado, los eventos adversos han sido estudiados como causas distales, pero también se consideran causas proximales de la sintomatología psicótica. Read et al. (2003) encontraron que el abuso en la infancia estaba relacionado directamente con las alucinaciones y, de una manera menos directa, con los delirios; pero cuando analizaron la capacidad del abuso en la infancia y el abuso en adultos de predecir los síntomas psicóticos positivos, observaron que sólo las voces que comentan (un tipo de alucinación auditiva) y las alucinaciones táctiles fueron predichas por el abuso en la infancia, sin necesidad de que existiera un nuevo abuso en la edad adulta, que actuara como desencadenante. Sin embargo, el resto de las alucinaciones y los delirios, se predecían por el abuso en la infancia solo si se repetía en la edad adulta. El trastorno del pensamiento y los delirios ostentosos podían predecirse a partir del abuso en la

infancia y en la edad adulta juntos (Read et al., 2003). Para Morrison et al. (2003) el nuevo desencadenante puede ser resultado de cualquier trauma, incluyendo la hospitalización, o incluso la experiencia de los síntomas psicóticos en sí. Sin embargo, es difícil separar los efectos de los síntomas de los efectos de traumas anteriores, cuando los síntomas están basados en algún trauma. La victimización infantil parece predisponer no solo de manera directa a la psicosis, sino a las situaciones estresantes en la vida adulta, que pueden actuar como desencadenantes. Dentro de un gran estudio epidemiológico realizado con datos del 2010 en Australia, el ochenta por ciento de las personas con psicosis informaron haber experimentado eventos adversos en la infancia (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia y pérdida interpersonal), y se observaron asociaciones significativas entre la victimización infantil y la disfunción social, la delincuencia y la falta de vivienda en los 12 meses anteriores al primer episodio psicótico (Turner et al., 2019).

Respecto a otros síntomas, la relación entre trauma y paranoia, presente a menudo en las crisis delirantes, ha sido ampliamente estudiada por Peter Bullimore (2013). La paranoia es un proceso con fases de desarrollo que interactúan y se retroalimentan con los acontecimientos vitales. Se habla de un espectro continuo de suspicacia, que fluctúa según momentos y que está marcado por experiencias de trauma o persecución. Según la investigación de este autor las experiencias de persecución, sobre todo cuando están relacionadas con impotencia o injusticia, se relacionan con la paranoia. De hecho, se ha constatado que los emigrantes o minorías tienen mayor tendencia a la paranoia (May, 2013; McElroy et al., 2019).

En los años 80, en la Universidad de Wisconsin, se mostraron una serie de rostros a un grupo de niños de ocho años, con y sin vivencia de maltrato. Al mirar un espectro de expresiones, de enfadadas a tristes, los niños maltratados estuvieron mucho más alerta ante los menores rasgos de ira. Los investigadores concluyeron que ese es uno de los motivos por los que los niños maltratados se ponen tan fácilmente a la defensiva o se asustan (Tronick, 1989). En esa década, especialistas en salud mental infantil comenzaron a describir la formación de sistemas paranoides en niños en relación con malos tratos continuos de los padres. Describían como en muchos de los casos que estudiaron los menores estaban aterrorizados porque un monstruo o alguien externo los atacara, y esto estaba relacionado con un temor fundado a que uno de sus padres les atacara. Concluyeron que como este temor era insoportablemente aterrador, la psique infantil cambiaba al progenitor por un personaje imaginario. Ya en la década anterior algunos autores destacan la influencia de la familia en el delirio paranoico

(Arieti, 1974; Laing y Esterton, 1980). Observaron que en las familias con un miembro paranoico los padres eran recelosos, críticos y prejuiciosos.

Uno de los mayores exponentes de los estudios actuales que ponen en relación la paranoia con el contexto es el investigador inglés Daniel Freeman (2007). Él y sus colaboradores han demostrado que en grupos no clínicos los pensamientos paranoicos se basan en ansiedades y preocupaciones interpersonales comunes (Freeman et al., 2005). El tipo más común de desconfianza es el de la ansiedad social. Las ideas de referencia se basan en esa sensibilidad. Como los pensamientos persecutorios están estrechamente asociados con las atribuciones de significado; a medida que aumenta la gravedad del daño, el pensamiento se hará menos común. La paranoia serviría como respuesta disfuncional adaptativa frente al estrés por condiciones lamentables que no pueden cambiarse, como el aislamiento social duradero o situaciones discriminatorias y deficitarias, físicas, mentales o sociales (Freeman et al., 2005).

En los últimos años, la adversidad infantil ha sido relacionada con la vulnerabilidad, el curso, la cronicidad y la gravedad de la psicosis. Se comienza a estudiar la variable trauma infantil en los estados de alto riesgo y en los pródromos psicóticos (Comacchio et al., 2019; Fekih-Romdhane et al., 2019a; Kraan et al., 2017; McGrath et al., 2017; Peh et al., 2019; Velikonja et al., 2020). La adversidad infantil parece ser un factor de mal pronóstico tras el primer episodio (Murray et al., 2020; Rosenthal et al., 2020; Seitz et al., 2019) y correlaciona con el agravamiento de los síntomas a lo largo de los años (Ajnakina et al., 2018; Alameda et al., 2017; Lindgren et al., 2017; Pruessner et al., 2019), así como con el riesgo de suicidio de los pacientes con psicosis (Allen et al., 2020; Salokangas et al., 2019; Schmidt et al., 2017).

1.2.4. Violencia de género parental (VG).

En el estudio de las experiencias adversas infantiles y su influencia en la psicopatología adulta, las formas de abuso más frecuentemente estudiadas han sido el abuso físico, emocional y sexual y la negligencia o abandono. A pesar de la creciente atención a la exposición a la violencia de pareja íntima de los padres, no son muchos los estudios que han examinado las consecuencias de esta experiencia traumática en el desarrollo vital (Menon et al., 2018).

Son pocas las investigaciones que investigan la correlación entre la violencia de pareja íntima de los padres y la psicosis. En Canadá, en 1990, Byrne et al., administraron el *Childhood*

Life Events and Parental Characteristics Questionnaire y observaron violencia del padre a la madre en un 42,8% pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Byrne et al., 1990). Sin embargo, apenas hay investigaciones actuales que hayan abundado en este sentido, a pesar de que las investigaciones recientes sobre menores testigos de violencia de pareja indican que podría ser crucial en las vivencias traumáticas infantiles y sus repercusiones psicopatológicas.

Antes de ahondar en este aspecto, y para aumentar la claridad expositiva, deseamos exponer las definiciones vigentes sobre violencia de pareja íntima y la violencia de género en la pareja. La violencia de género, según la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer de la Asamblea de las Naciones Unidas (1993), es *todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada* (Organización Naciones Unidas, 1993, art.1). La violencia de pareja íntima hace referencia a la desigualdad y a las dinámicas específicas en la pareja y la direccionalidad del abuso. Incluye violencia psicológica, económica, física o sexual (Family Violence Prevention Fund, 2008). Su forma más habitual es aquella ejercida del hombre hacia la mujer, con el condicionante de violencia de género, y es de la que más información disponemos.

Aunque la exposición a la violencia de pareja íntima o violencia de género en la pareja parental, puede ser considerada una traumatización vicaria, para Edleson (2006), la exposición a la violencia de género del padre a la madre del menor muchas veces implica no solo ser testigo de la violencia, sino que también involucrarse en ella. A lo largo de la historia familiar la participación del menor en el maltrato a la madre puede cambiar, desde ser un observador, a intentar proteger a la madre o detener la violencia, por ejemplo, lo que puede aumentar el potencial traumático de los eventos (Holden, 2003).

Los efectos de la exposición (y/o involucración) a la violencia de género en la infancia rebelan que las consecuencias negativas afectan a todas las áreas del desarrollo infantil (Graham-Bermann y Seng, 2005; Sternberg et al., 2006; Wolfe et al., 2003). Ya en 1994, Wolfe y McGee apuntaban que la mera exposición del niño a la violencia de género suponía una forma de maltrato infantil. Pero aún hoy no hay un consenso para incluir la exposición a la violencia de género dentro de la categoría de maltrato infantil. Algunos autores han codificado como *aterrorizar este tipo de victimización*, ya que podría causar que el menor se asuste por las amenazas o actos de intimidación que incluyen la observación y escucha de la violencia, o el

conocimiento de su ocurrencia (Graham-Bermann et al., 2009). Otra forma de clasificar la exposición a la violencia de género ha sido considerarla *abandono emocional*, porque las consecuencias de estos eventos de violencia disminuyen la calidad del cuidado de los padres. En muchos casos son padres no involucrados física y emocionalmente con sus hijos, o con expectativas exigentes y observaciones críticas (Yates y Werkele, 2009).

Cinco revisiones y metaanálisis sobre la asociación entre estar expuesto a la violencia de género y la salud y el desarrollo psicológico de los menores, encuentran relaciones pequeñas o moderadas entre esta exposición y desarrollar problemas internalizantes y externalizantes (Chan y Yeung, 2009; Kitzmann et al., 2003; Lourenço et al., 2013; Sternberg et al., 2006; Wolfe et al., 2003;). El estudio de Evans et al. (2008), sin embargo, encuentra una asociación fuerte entre estos síntomas y este tipo de trauma. Se trata de un metaanálisis de 60 estudios en el que examinaron la relación entre la exposición de niños y adolescentes a violencia de género y sus consecuencias.

El metaanálisis de Vu et al. (2016) revisa 74 estudios para ver la relación entre exposición del menor a la violencia de pareja íntima y problemas de adaptación infantil con resultados que indican que la exposición de los niños a la violencia de pareja íntima está vinculada prospectivamente con problemas de externalización, internalización y adaptación total del niño, y la magnitud de la asociación entre la exposición a violencia de pareja íntima y los problemas de externalización e internalización del niño se fortalece con el tiempo (Vu et al., 2016). En este sentido también apunta el reciente estudio de Menon et al. (2018), con una muestra de 1042 de adolescentes norteamericanos. Sus resultados demuestran una relación multifacética de la violencia de pareja íntima durante la infancia y la salud mental, específicamente con la depresión, síntomas interiorizantes y abuso de alcohol; que se consolida a lo largo de los años venideros.

Estos efectos a largo plazo pueden estar mediados por factores de riesgo distal como un apego inseguro. La violencia de pareja íntima no solo se asocia con un mayor riesgo de deterioro del funcionamiento emocional, conductual y psicológico de un niño. Se asocia negativamente con el apego del niño a sus cuidadores principales, que es un factor de riesgo adicional de deterioro social, emocional y psicológico. En la revisión sistemática de Noonan y Pilkington (2020) se incluyeron un total de 15 estudios que relacionaron significativamente este tipo de violencia vicaria con un vínculo infantil menos seguro.

Además, los niños que son expuestos a un tipo de maltrato tienen un riesgo más elevado

de sufrir otros tipos de maltrato (Anda, et al., 2003; Annerbäck et al., 2010). McGuigan y Pratt (2001) encontraron que en el 38% de las familias había una asociación significativa entre violencia de género y maltrato infantil; y en el 78% de los casos, era la violencia de género la que precedía al maltrato directo hacia los menores. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2006) considera que los hijos de las mujeres que sufren maltrato tienen 15 veces más de posibilidades de sufrir agresiones por parte del padre. Recientemente ha habido un aumento de investigaciones sobre la coocurrencia de diferentes formas de victimización entre los menores concluyendo que la agresión física entre padres e hijos y la violencia de pareja íntima adulta son formas comunes de violencia familiar que a menudo coexisten (Berzenski y Yates, 2011; Maneta et al., 2017).

La evolución de los menores que sufren violencia directa y observan violencia de género contra la madre está siendo objeto de investigación bajo la *hipótesis del doble daño*, que señala que los menores doblemente maltratados, como testigos y por maltrato directo, presentan mayores problemas psicológicos comparados con los menores que únicamente son testigos de la violencia doméstica o que únicamente han recibido maltrato directo (Moylan et al., 2010; Tajima et al., 2011). Maneta et al. (2017) analizaron datos sobre 2810 personas en Chicago, violencia recibida, violencia de pareja en sus padres y síntomas de internalización y externalización de los niños. La violencia directa fue, con mucho, la más potente de las dos formas de violencia; pero cuando ocurrieron ambas formas, trabajaron de manera aditiva para afectar los resultados. El estudio de Capaldi et al. (2020) examinó las asociaciones entre violencia machista en la díada de progenitores y violencia contra el niño, con cuatro aspectos de la adaptación del niño. La interacción entre violencia directa y vicaria indicó una competencia escolar adolescente más baja y un comportamiento de externalización preescolar mayor (Capaldi et al., 2020).

En relación con los trastornos del espectro psicótico, sin embargo, son infrecuentes estudios actuales que investiguen la relación entre ser víctima vicaria de VG y la psicosis; aunque ya se estudian con mayor profundidad otras adversidades en la díada parental. En el estudio de Wells et al. (2020), las personas con esquizofrenia informaron una falta significativamente mayor de participación de los padres y desintegración familiar. En el metaanálisis de Ayerbe et al. (2020), que incluyó doce estudios de veintidós países, se observó un riesgo significativamente mayor de psicosis para aquellos con padres separados. Sin embargo, tal y como concluyen los autores de esta revisión, se requieren más estudios para

establecer los factores explicativos de esta asociación.

1.3. APEGO.

1.3.1. Definición.

En 1935, Konrad Z. Lorenz tomó una gran cantidad de huevos de ganso y los mantuvo con él hasta que estaban a punto de eclosionar. Entonces, colocó la mitad de los huevos bajo una madre de ganso, mientras que dejó a su recaudo la otra mitad. Cuando estos últimos eclosionaron, Lorenz imitó el sonido de una madre ganso. Según nos cuentan las crónicas de la época, parece que los bebés pájaros lo consideraron su madre y a partir de entonces siguieron todos sus movimientos. El otro grupo, el de aquellos que había devuelto a la madre, la siguieron a ella. Con este experimento, el etólogo austriaco descubrió que los bebé-ganso siguen el primer objeto en movimiento que ven, durante un período crítico de 12 a 17 horas después de la eclosión del huevo. A este hecho lo denominó *impronta* e hipotetizó que estaba programado genéticamente (Lorenz, 1935). En 1973 recibió el premio Nobel por ello.

A mediados del Siglo XX, el psicólogo estadounidense Harry Harlow quería estudiar los mecanismos por los cuales los monos Rhesus recién nacidos se vinculaban con sus madres. Estos bebés dependían en gran medida de sus madres para la nutrición, la protección, la comodidad y la socialización; pero se desconocía la base del vínculo. En sus estudios, Harlow descubrió que el apego se desarrollaba por *comodidad táctil*, ya que algunos sujetos experimentales se vinculaban -en ausencia de una madre- a un objeto de tacto similar. Concluyó que los bebés Rhesus tienen una necesidad innata de tocar y aferrarse a algo para su comodidad emocional. Observando grupos de monos en diferentes situaciones experimentales, Harlow encontró que para que un mono se desarrollara normalmente debía tener alguna interacción con un objeto al que aferrarse táctilmente durante los primeros meses de vida (período crítico). Además, vio que ese apego funcionaba como respuesta al estrés, ya que, ante alteraciones emocionales, el mono se refugiaba en el objeto o figura de apego como si le sirviera para regularlo (Harlow y Zimmermann, 1958).

Uno de los primeros estudiosos del apego humano, John Bowlby (1951) puso el foco en

la relación de apego materno-filiario y la describió como el vínculo creado con la cuidadora que proporciona seguridad y protección al bebé. Entendió que este tipo de apego es adaptativo en el contexto evolutivo ya que aumenta la probabilidad de supervivencia del bebé. Para este psiquiatra inglés, los niños estaban programados para elegir a un adulto en concreto (o a varios) con el que desarrollaban un sistema de comunicación natural creando vínculos diádicos de apego primario. Cuanto más respondía el adulto al niño, más profundo era el apego y más probable que el niño desarrollara formas saludables de responder a la gente. En aquel tiempo, Bowlby visitaba con frecuencia el Regent's Park de Londres, donde realizaba observaciones sistemáticas de las interacciones entre los niños y sus madres. Observó, a su vez, que el apego se caracterizaba por comportamientos específicos en los niños, como buscar la proximidad a la figura del apego cuando el menor se sentía molesto o amenazado (Bowlby, 1969) y definió esta función del apego como la función *refugio seguro* (Bowlby, 1979, 1989). Como vemos, se parece a aquella descrita por Harlow en los monos Rhesus, cuando el mono estresado se refugiaba en su objeto de apego para regularse. Para Bowlby esta función de las relaciones de apego permanecería a lo largo de toda la vida y es por ella que los seres humanos buscan la proximidad y el contacto de la otra persona cuando están asustados, cansados o enfermos. Para Bowlby (1969) el apego era una conexión psicológica duradera entre los seres humanos.

La psicóloga estadounidense Mary Ainsworth operativizó el apego como un vínculo emocional profundo y duradero que conecta a una persona con otra en el tiempo y el espacio (Ainsworth, 1973). Fue Mary Ainsworth (1989) quien en 1989 describió los criterios que debía cumplir una relación para ser considerada un vínculo afectivo: ser persistente, referirse a una persona específica, ser emocionalmente significativo, que exista un deseo de proximidad, y la experimentación de malestar con la separación. Para que sea un vínculo afectivo de apego, además, estableció que la persona tendría que buscar seguridad y consuelo en la otra persona.

La teoría evolutiva que define el apego (de Mary Ainsworth, John Bowlby, Harry Harlow y Konrad Lorenz) como el vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el campo del desarrollo socioemocional. Lejos de verse debilitada con el paso del tiempo, dicha teoría se ha visto afianzada y enriquecida por una gran cantidad de investigaciones realizadas en los últimos años que la han convertido en una de las principales áreas de investigación evolutiva. Sugiere que los niños vienen al mundo biológicamente preprogramados para formar apegos con los demás, porque esto les ayudará a sobrevivir. Esta preprogramación funcionaría como una plantilla con

diferentes posibilidades de vinculación y que se sobrescribiría en cada relación de apego, afectando a nuestra capacidad futura de vínculo; y existiendo periodos críticos en la formación de tales capacidades vinculares. En los aprendizajes que nos otorga el apego para nuestra relación con los demás y con nosotros mismos, existen etapas, puntos críticos o de difícil retorno (Schaffer y Emerson, 1964). Para poder activar y desactivar de manera eficiente la plantilla del sistema de apego, el niño debe crear un modelo de las figuras de apego y de sí mismo. Gracias a ese modelo, podrá evaluar el nivel aceptable de lejanía o cercanía con la figura de apego, su disponibilidad y, en general, la predisposición a ayudarlo que presenta.

El aprendizaje del apego es diádico, ya que el apego suele ser correspondido, por lo que son caminos de doble sentido. Las díadas de apegos se retroalimentan. En el caso infantil, un niño seguro es más feliz y resulta más gratificante cuidarlo. El hecho más importante al formar apegos no es quien alimenta y cambia al niño, sino quien juega y se comunica con él. Por lo tanto, la capacidad de respuesta es la clave para el apego. Además, el apego no solo sirve como refugio seguro sino también como base segura desde la que explorar el mundo. El sistema de apego, además de funcionar como estrategia de regulación emocional (función refugio y base segura), es un contexto de aprendizaje de las habilidades para manejar sentimientos y afrontar acontecimientos adversos (Shaver y Mikulincer, 2009). En el dar y del recibir del vínculo de apego, los niños aprenden que las otras personas tienen sentimientos y pensamientos que son similares o diferentes a los suyos, se sincronizan con su entorno y con las personas que los rodean; y desarrollan el autoconocimiento, la empatía, el control de los impulsos y la automotivación.

Ainsworth et al. (1978) argumentan que la calidad de las relaciones tempranas depende del grado en que el niño cuente con una figura de apego como fuente de seguridad, y describen a partir de la experiencia de separación y reunión, tres patrones de apego infantil:

- Seguro: el niño recibe bien a su cuidador y si está angustiado busca proximidad y se reconforta fácilmente.
- Ansioso-resistente: el niño muestra una conducta ambivalente hacia los cuidadores e incapacidad para reconfortarse.
- Evitativo: el niño rechaza la proximidad o interacción con cuidadores.

Estos patrones de apego fueron observados por Ainsworth et al. (1978) en base a una situación de observación controlada que llamaron *Situación Extraña*.

En *El arte de Amar*, Erich Fromm (1956) afirma que la dificultad de amar estriba en que la gente cree que no hay nada que aprender sobre el amor: creen que el problema del amor es el de un objeto y no una facultad. Para los teóricos del apego, sin embargo, parece ser algo que se aprende, una plantilla que se escribe y sobrescribe. El amor es un arte que en los primeros años está fuertemente influido por el trato parental, ya que “los bebés humanos, al igual que los de otras especies, están preprogramados para desarrollarse de manera socialmente cooperativa; que lo hagan o no dependen en gran medida de cómo son tratados” (Bowlby, 1989, p. 21).

En 1989, John Bowlby amplió la descripción de los apegos infantiles de Mary Ainsworth como sigue:

- Apego seguro: el individuo confía en que sus padres serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa. Con esta seguridad se atreve a hacer exploraciones por el mundo, favorecidas por el progenitor que se muestra accesible y sensible a las señales cuando busca protección y consuelo.

- Apego ansioso resistente: el individuo no está seguro de que su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre la separación es ansiosa, es propenso al aferramiento y está ansioso ante la exploración del mundo. El progenitor se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero no en otras. Las amenazas de abandono pueden ser utilizadas como medio de control.

- Apego evitativo: el individuo no confía que cuando busque cuidados recibirá una respuesta. Espera ser desairado, por lo que intenta vivir su vida sin el amor y apoyo de otras personas, y volverse autosuficiente. Es el resultado del constante rechazo del progenitor cuando el individuo se acerca en busca de consuelo y protección.

- Bowlby añadió además casos *desorganizados*, ausentes en la clasificación inicial de Ainsworth aunque ya apuntados por Main y Solomon (1986) dos años antes: el niño está aturdido, paralizado, se mueve y se detiene inexplicablemente en la *situación extraña*. Se observa en niños maltratados, o en hijos de progenitores con trastornos mentales.

Aunque existen períodos críticos y el apego infantil determina la forma que la plantilla de apego tendrá en la adultez, ni las relaciones de apego se reducen a los vínculos parento-filiares ni la sobreescritura en nuestra plantilla de apego se detiene ahí. En la adolescencia se produce una rotura de las relaciones de apego con la familia de origen y se buscan relaciones de apego con parejas. Del éxito de este cambio evolutivo en la ontogenia depende en gran parte

la salud mental de individuo. También el afianzamiento de patrones infantiles de apego, la superación de estos o su transformación. Hazan y Shaver (1987) fueron los primeros en proponer el amor romántico que se inicia en esta etapa como un proceso de apego.

Con relación al apego adulto, Bartholomew y Horowitz (1991) han propuesto una clasificación de cuatro categorías, distintas a las infantiles, que constituirían patrones prototípicos de apego definidos en términos de intersección de las dos dimensiones subyacentes -modelo del sí mismo y de los otros- (Griffin y Bartholomew, 1994). Estos cuatro prototipos de apego son:

- Seguro: con un modelo positivo de sí mismo y de los otros, el individuo valora las relaciones íntimas y consigue mantener relaciones cercanas sin perder autonomía.
- Desvalorizador: con un modelo positivo de sí mismo y negativo de los otros, el individuo les resta importancia a las relaciones cercanas, tiene las emociones restringidas y énfasis en la autosuficiencia.
- Preocupado: con un modelo negativo de sí mismo y positivo de los otros, el individuo tiene tendencia a sobreinvolucrarse en relaciones cercanas y es dependiente de la aceptación ajena.
- Temeroso: con un modelo negativo de sí mismo y de los otros, el individuo evita las relaciones cercanas por temor al rechazo, sentimientos de inseguridad y desconfianza.

En este sistema se identifican dos rasgos principales de representaciones o modelos de funcionamiento interno: 1) la figura de apego es o no juzgada como apoyo y protección -modelo de los otros-; y 2) el sí mismo es o no juzgado como merecedor de apoyo -modelo del sí mismo- (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Otros investigadores (Fraley et al., 2000) han propuesto concebir el apego en dos dimensiones: miedo al rechazo o abandono (ansiedad) e incomodidad con la cercanía (evitación). La ansiedad se referiría a variaciones individuales respecto al nivel en que las personas se muestran hipervigilantes en situaciones vinculares. La evitación aludiría a la tendencia a usar estrategias de evitación para regular las conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con el apego. Los cuatro estilos de apego de Griffin y Bartholomew (1994) podrían ser entendidos como combinaciones lineares de estas dos dimensiones (Yárnoz-Yaben, 2008).

El apego está estrechamente relacionado con la salud mental. Una gran cantidad de estudios ha confirmado la relación entre el apego inseguro y los problemas psíquicos (Dozier et al., 2008; Ein-Dor y Guy, 2015; Mikulincer y Shaver, 2008; Soares y Dias, 2007). En todas las poblaciones clínicas existe un porcentaje más alto de personas con un apego inseguro y Mikulincer y Shaver (2007) vinculan las inseguridades en el apego con los pensamientos y conductas suicidas.

En cuanto a la escala de síntomas SCL90-R (Derogatis, 1975) y los patrones de apego adulto de Bartholomew y Horowitz (1991), Ghobari y Akbar (2011) encontraron relación entre los apegos inseguros y la Ideación paranoide y la Somatización del SCL90-R. Camps-Pons et al. (2014) encontraron que el apego preocupado correlacionaba significativamente con la Sensitividad Interpersonal, la Ansiedad Fóbica y la Ideación Paranoide; mientras que el apego temeroso correlacionaba significativamente con la Depresión, la Ansiedad y la Ideación Paranoide del SCL90-R.

El apego está estrechamente vinculado a la salud mental por las funciones previamente descritas. Para Feeney y Collins (2014), la función base segura es catalizador relacional de la robustez psicológica o crecimiento personal de alguien; y la función refugio seguro es la fuente de fortaleza ante la adversidad, ya que involucra creer merecer apoyo y consuelo para momentos de tristeza, temor o malestar. Brooke Feeney tituló a este hecho la paradoja del apego, ya que entendió que no se puede ser autónomo e independiente de forma saludable, sin depender de una persona especial cuando es necesario (Feeney, 2007).

Weich et al. (2009) han hecho una revisión sistemática encontrando una marcada relación entre malas relaciones familiares en la infancia y trastornos mentales posteriores. Las investigaciones confirman las ideas de Bowlby sobre la relación entre el apego en la infancia y problemas de ansiedad y la depresión en la edad adulta (Dozier et al. 2008; Mikulincer y Shaver, 2007). Patrones de apego no seguros se han relacionado con el trastorno bipolar y el esquizoafectivo (Mikulincer y Shaver, 2007) y con las psicosis en general (Macbeth, 2011), como veremos en el siguiente apartado.

1.3.2. Apego y psicosis.

En *El Arte de Amar*, Erich Fromm (1956) afirma que las personas, conscientes de su

desvalidez frente a la naturaleza y la sociedad, entienden su existencia separada como una prisión insoportable que les impele a buscar el amor. Considera que la necesidad más profunda del ser humano es superar ese aislamiento para poder sobrevivir en el mundo. Fromm entiende la locura como la incapacidad de liberarse de esa prisión. Para él, el pánico del aislamiento solo puede vencerse con un retraimiento tan radical del mundo exterior que el sentimiento de separación se desvanece, porque el mundo exterior ha desaparecido.

Cincuenta y un años después, en 2007, se realizó un estudio en California con noventa y seis participantes que experimentaron un primer episodio de psicosis. Se compararon con los participantes de control en las variables de apego. Los resultados encontraron que aquellos con un primer episodio de psicosis tenían un apego más problemático en las relaciones con los compañeros en comparación con los controles no clínicos (Couture et al., 2007). Posteriormente, en el estudio cualitativo de MacBeth et al. (2011), sobre el apego de treinta y cuatro pacientes con un primer episodio de psicosis, también se observó que la mayoría de los participantes exhibían un apego problemático. Strand et al. (2015) informaron de una relación entre el apego preocupado (según los patrones de apego adulto) y la severidad de la sintomatología psicótica, así como con los niveles de paranoia y psicoticismo. El apego temeroso también mostró relación con componentes de psicoticismo.

Korver-Nieberg et al. (2014) revisaron sistemáticamente la investigación que relaciona el apego y la fenomenología psicótica en muestras clínicas y no clínicas. Los hallazgos indicaron que el apego evitativo, ansioso e inseguro están asociados con la fenomenología psicótica y que las personas con apego inseguro son más vulnerables al desarrollo de estrategias de afrontamiento desadaptativas en la recuperación de la psicosis. En la línea que apuntaban Bowlby (1989) y Shaver y Mikulincer (2009), también destacan la importancia de las experiencias de apego para procesar la información social, adquirir habilidades de mentalización y desarrollar relaciones sociales, incluidas las relaciones terapéuticas. Los autores concluyen que el estilo de apego es una construcción clínicamente relevante en relación con el desarrollo, el curso y el tratamiento de la psicosis. Añaden, además, que comprender el papel del apego en los síntomas puede ayudar a obtener información sobre su desarrollo o persistencia (Korver-Nieberg et al., 2014).

La investigación ha sugerido que las personas con psicosis se ven perjudicadas en el funcionamiento social desde etapas tempranas. Sin embargo, los factores subyacentes que contribuyen a la disfunción social aún no se han delineado del todo. Los pacientes en sus

primeros episodios psicóticos, más allá de los síntomas diagnósticos psicóticos (síntomas positivos como delirios y alucinaciones, síntomas negativos y/o la desorganización del pensamiento) presentan sintomatología de tipo vincular como el trastorno de ansiedad social. En las personas con psicosis es significativamente mayor que en el resto de la población (Michail y Birchwood, 2009). El trastorno de ansiedad social constituye un problema importante para las personas con psicosis y no es solo un subproducto del pensamiento persecutorio. En una muestra de 80 pacientes británicos en sus primeros episodios psicóticos (PEP), el 25% fueron diagnosticados con un trastorno de ansiedad social y otro 12% reportó dificultades severas en sus encuentros sociales. Se observó un porcentaje significativamente mayor de personas socialmente ansiosas entre los PEP y los autores concluyeron que la ansiedad social es una comorbilidad significativa en el primer episodio psicosis; no simplemente un epifenómeno (Birchwood et al., 2007). De hecho, el trastorno de ansiedad social, o la fobia social, es un trastorno afectivo comórbido en las psicosis crónicas, presente en hasta uno de cada tres individuos (Birchwood, 2003). Según la *teoría del rango social*, una vía hacia la ansiedad social en la esquizofrenia se desencadena por la anticipación de una pérdida catastrófica de estatus social por el estigma del propio diagnóstico de psicosis, específicamente de esquizofrenia. En el estudio de Birchwood (2003) en Reino Unido con un grupo de 79 personas con un primer episodio de psicosis se compararon 23 pacientes socialmente ansiosos y 56 pacientes no ansiosos sobre medidas de valoración cognitiva del estigma de la psicosis. Los participantes con ansiedad social experimentaron una mayor vergüenza asociada a su diagnóstico y sintieron que el diagnóstico los diferenciaba de los demás. Estos hallazgos apuntan la importancia de desentrañar la circularidad de las relaciones entre psicosis, tratamiento, interacción social y apego; para diseñar intervenciones no iatrogénicas.

1.3.3. Interacción entre EAI y apego.

Para Jean Ámery (1999) no hay un yo sin un tú, y para William James (1890) nadie puede vivir sin la sensación de ser visto por los demás. Para este último autor el peor castigo para un ser humano sería pasar desapercibido a toda la humanidad, que se actuase como si no existiera. El premio Nobel de literatura Luigi Pirandello describió ese ostracismo en su novela *El Difunto Matías Pascal* (1971, originalmente publicada en 1904), donde la liberación de todo

lazo social llevaba al protagonista a la más absoluta desolación.

El ser humano es un ser dialéctico. Así describe la existencia Lao Tse (2016, año original de publicación desconocido) en el libro del Tao, retomado siglos después por G. W. F. Hegel (2006, originalmente publicado en 1807), en la cultura occidental. Para Hegel la propia vida se desarrolla de forma dialéctica y es imposible entenderla sin verla como una continua interacción. Ese enfoque dialéctico y constructivista enmarca la visión interactiva de la relación entre apego y trauma. Ambas, apego y trauma, amor y odio, buen trato y mal trato, son los extremos de un continuo.

Como el odio y el amor, el trauma y el apego tienen relaciones muy estrechas. De hecho, en la etapa preescolar el traumatismo más fuerte es la separación o la pérdida afectiva (Macksoud et al., 1993). Bajo esta perspectiva, la experiencia humana también podría entenderse como una construcción en el continuo *eventos adversos-resiliencia*, mediada por el apoyo (Cyrulnik, 1997). Entendiendo que es la dosis de trauma la que produce mayores psicopatologías, el apoyo sería su factor modulador, ya que en el continuo amor-odio en que se circunscriben las relaciones humanas supondría un descenso cuantitativo de la adversidad vital.

Para Diana Fosha (cit. en Van Der Kolk, 2015), las raíces de la resiliencia deben buscarse en la sensación de ser comprendidos y de existir en la mente y en el corazón de otra persona amada, sintonizada y dueña de sí misma. La posibilidad de resiliencia tras un trauma dependerá de las relaciones con el entorno. Ese es el efecto modulador del apoyo en el impacto del trauma, o la diferencia entre trauma (el evento) y traumatización (lo que sucede en el contexto) descrita por Judith Herman (1992). Los sentimientos de miedo, incompreensión, vergüenza y desconfianza del superviviente pueden incrementar si no tiene con quien contar. Para Boris Cyrulnik, una vez acontecido un trauma, la respuesta emocional de la familia al trauma es el indicador más fiable de recuperación del niño, lo que se traduce en un apoyo efectivo para la resiliencia (Cyrulnik, 2005).

La forma en que se busca el apoyo social para recuperar cierta seguridad es variable y depende del estilo de apego. Como el trauma daña las relaciones e influye sobre el estilo de apego, las personas que rodean al superviviente pueden influir sobre el resultado de este positiva o negativamente, y los efectos pueden ser acumulativos. Boris Cyrulnik (1997) afirma que ante el trauma los niños no pueden no adaptarse, pero que esta adaptación puede no ser beneficiosa. Entre las defensas no beneficiosas incluye la sumisión, la renuncia ser uno mismo, la indiferencia intelectual, la frialdad afectiva extrema, la desconfianza y la seducción. La

diferencia entre una adaptación resiliente y una no beneficiosa o patológica descansa en la capacidad de apoyo de las figuras de apego.

Según Bowlby, es la figura de apego la que ayuda a elaborar la experiencia o inhibe la capacidad de hacerlo, cuando el niño sabe lo que se supone que no debe de saber o siente lo que se supone que no debe sentir (Bowlby, 1989). John Bowlby clasificó en tres el tipo de escenas y experiencias adversas que tienden a quedar borradas en función de la interacción con las figuras de apego, pero que influyen en el pensamiento, sentimiento y conducta: 1 aquellas que los padres desean que los hijos no conozcan, 2 aquellas en las que los padres han tratado a los hijos de un modo que estos consideran demasiado insoportable y 3 aquellas en las que los hijos han hecho o pensado cosas acerca de las cuáles se sienten insoportablemente culpables o avergonzados.

Para Judith Herman “las personas crónicamente traumatizadas están siempre hipervigilantes, ansiosas y agitadas” (Herman, 1992, p.144). La autora explora el trauma conectado con la patología mental, específicamente aquel que es fundamentalmente sexual, temprano y en muchas ocasiones sostenido, y perpetrado por figuras de apego. La autora afirma que el perpetrador principal de estas violencias suele ser el padre, sin embargo no ofrece cifras ni refiere investigaciones sobre ese particular. El efecto destructor de una agresión sexual depende mucho de la distancia afectiva siendo de mayor gravedad si el violador es la principal figura de apego. En un 70%, las niñas son violadas por un pariente cercano.

Read et al. destacan las experiencias adversas infantiles perpetradas por cuidadores principales como experiencias importantes en la génesis de psicosis, por el alto grado de impacto de estos acontecimientos en cómo se experimentan las cosas y en cómo se percibe el mundo (Read y Dillon, 2013). Morrison et al. relacionan algunas estrategias que las personas adoptan para sobrellevar el trauma (como la disociación y la hipervigilancia) con la psicosis (Morrison et al., 2003). Para Boris Cyrulnik (2005) los niños que han vivido situaciones extremas se ven forzados a convertirse en autores de mitos. Puesto que han asesinado o seducido a sus padres, en el toma y daca psíquico del trauma, han de enfrentarse a la tortura de la vergüenza, la culpabilidad y la expiación que apacigua. Ahí los relatos fabulosos, los mitos, permiten la redención de los traumatizados y otorgan significados. El pensamiento mágico cobra sentido.

La capacidad de los acontecimientos adversos para alterar la plantilla del apego, los patrones de vínculo, es muy alta; sobre todo si son tempranos y perpetrados por figuras de

cuidado. La capacidad traumática de un acontecimiento adverso concreto dependerá de la autoría (perpetrador), duración y edad de la víctima. John Read y sus colaboradores mencionan (2006) que el padre es el perpetrador principal de las mismas, pero, como Herman, tampoco ofrecen datos.

En la actualidad, se dispone de investigaciones cuantitativas que establecen el estilo de apego como variable mediadora entre el trauma infantil y el alto riesgo de psicosis (Fekih-Romdhane et al., 2019b; Marlowe et al., 2020; Russo et al., 2018;), estimando que el estilo de apego ansioso junto a esquemas relacionales postraumáticos serían posibles precursores de sintomatología psicótica (Chatziioannidis et al., 2019; Scott, 2020). Según Berry et al. (2018), entre las personas que han sufrido adversidad infantil, el apego evitativo y la disociación son predictores independientes y significativos de padecer alucinaciones.

Para Trauelsen et al. (2016) los pacientes psicóticos con trauma infantil reportan tasas más bajas de apoyo percibido durante la infancia y apoyo familiar actual. En contraposición, el apoyo social de compañeros reduciría en un 10% el riesgo de psicosis causada por adversidades infantiles. Concluyen que aquellos pacientes psicóticos con más adversidad infantil pueden representar un subgrupo vulnerable que necesita mayores redes de apoyo.

APORTACIÓN EMPÍRICA.

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general de la presente investigación es describir el curso psicopatológico de los trastornos psicóticos a partir de un primer brote; analizar las relaciones entre la adversidad infantil y la incidencia y la cronicidad de la psicosis, así como sus interacciones con el apego; y proponer un plan de prevención primaria y secundaria.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Establecer la relación entre el período crítico, la cronicidad psicótica, la psicopatología y la frecuencia de las experiencias adversas infantiles.
- 2.- Establecer las relaciones entre el apego y la salud mental en los pacientes psicóticos.
- 3.- Incluir ser testigo de violencia de género como experiencia adversa infantil y estudiar su impacto en la psicosis.
- 4.- Comparar las experiencias adversas infantiles sufridas entre una muestra con psicosis y una muestra con trastornos reactivos y no psicóticos.
- 5.- Proponer un plan de prevención primaria y secundaria de la psicosis.

3. MÉTODO.

En esta investigación se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal.

3.0. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.

La Red de Servicios de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, 2015) está integrada en la actualidad por los siguientes servicios y equipos:

1. Centros de Salud Mental para atención de menores y adultos.
2. Unidades de Tratamiento de Toxicomanías.
3. Hospitales de Día destinados a Trastornos de la Conducta Alimentaria.
4. Hospitales de Día destinados a Trastornos Mentales Graves (HD),
5. Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) para TMG.
6. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de Adultos en Hospitales Generales.
7. Unidad de Hospitalización de Adolescentes en Hospital General.

8. Servicios de Salud Mental/ Psiquiatría de Enlace e Interconsulta.

9. Estructuras intermedias o de rehabilitación que son equipos para la atención a trastornos mentales graves/severos, que incluyen Comunidades Terapéuticas (CT), Centros de Rehabilitación Psicosocial y Centros de Atención Integral.

10. Centros residenciales.

El Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave del Hospital San Agustín de Avilés sigue el modelo de atención integral del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020 (Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, 2015). Su organización se basa en un equipo que integra todos los recursos específicos destinados a la atención de las personas que presentan trastornos mentales graves/severos, abordando la comorbilidad del abuso de sustancias y enfermedad mental severa.

Entre los dispositivos específicos, se encuentran:

- Hospital de Día.

Los hospitales de día (HD) son centros de atención continuada en régimen de hospitalización parcial de pacientes con trastorno mental grave (programas de día). Su función es ofrecer tratamiento en régimen de día, para aquellos casos y momentos que requieren un programa terapéutico de mayor intensidad y capacidad de contención que el que puede realizarse desde el Centro de Salud Mental. El acceso se realiza mediante derivación desde los CSM y/o la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

- Comunidad Terapéutica.

Las comunidades terapéuticas son los primeros centros que se crearon para el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de pacientes con trastornos mentales severos, que requieren un tratamiento de duración media o larga, en régimen de atención de 24 horas. El acceso se realiza mediante derivación desde los CSM y/o la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). Constituyen unidades de media y larga estancia en régimen de hospitalización total, donde se desarrollan programas psicoterapéuticos y psicosociales de tratamiento activo para abordar situaciones temporales de pacientes con trastorno mental grave.

- Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario.

Los ETAC son equipos, compuestos por profesionales que atienden a nivel ambulatorio y domiciliario a pacientes con psicopatología grave/severa, que tienen dificultades para mantener la vinculación con el Servicio de Salud Mental y mayor riesgo de abandono del tratamiento. Desarrollan una atención dirigida al paciente en su entorno, basada en el tratamiento farmacológico y un seguimiento intensivo, en el domicilio del paciente, que busca reducir al mínimo las recaídas y los ingresos asegurando la continuidad del tratamiento. El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), desarrollado por Leonard Stein y Mary Ann Test en Wisconsin (1978) es una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que focaliza su campo de actuación en el entorno social más próximo al paciente. En España, el primer ETAC se implantó en Avilés, a partir de donde se generalizó la experiencia a otros puntos de España.

- Programas de primeros episodios psicóticos (PEP).

Tras un primer episodio psicótico, y en la fase de recuperación, la vulnerabilidad alcanza su punto máximo y la probabilidad de recaída es elevada, en torno al 80%. Los PEP ofrecen una atención que incluye una evaluación continua del proceso y un abordaje en el que los tratamientos psicológicos y psicosociales son elementos centrales (Unidad de Coordinación de Salud Mental del Principado de Asturias, 2019).

Existe acuerdo sobre las ventajas de la aplicación de estos programas de tratamiento temprano e integral de los PEP, es decir, una vez se ha manifestado la clínica psicótica (Bertolote y McGorry, 2005), ya que han demostrado de forma consistente que previenen el deterioro neurobiológico, social y psicológico, reduciendo el tiempo vivido con discapacidad o acelerando la recuperación (McGorry et al., 2007).

Los programas pioneros y que han sido modelo del resto de iniciativas son el *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC) en Melbourne, Australia (McGorry, 1996) y el *Early Intervention Service* (EIS) en Birmingham, Reino Unido (Birchwood et al., 1997). En Europa destaca el *Early Detection and Assertive Community Treatment of Young Psychotics* y el *Opus Study* (Jorgensen et al., 2000) en Dinamarca. En España es de amplio reconocimiento el programa Intervención en las Fases Tempranas de las Psicosis de Cantabria

(Crespo-Facorro et al., 2019).

3.1. MUESTRA.

La muestra ha sido seleccionada en los Servicios del Hospital Universitarios San Agustín (Avilés, España) a través de un muestreo no probabilístico intencional, atendiendo a la facilidad de acceso a la misma para poder realizar el estudio. Está integrada por un total de 55 participantes (muestra psicosis).

Se incluyó además una muestra contraste de 28 pacientes (muestra contraste).

La edad de inclusión fue el rango comprendido entre los 15 y los 65 años, ambos inclusive.

A continuación, se describen cada una de ellas.

3.1.1. Muestra psicosis

En la presente investigación utilizamos como criterio metodológico para la selección de la muestra psicosis:

- Haber sufrido un brote psicótico no orgánico.
- Tener un diagnóstico clínico por ello.
- Estar a tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico en los servicios de salud mental.

El brote psicótico tendrá la forma de un trastorno psicótico agudo según está recogido en la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), el cual supone un comienzo agudo en menos de dos semanas desde un estado previo no psicótico a otro con sintomatología delirante o alucinatoria, así como alteraciones conductuales y otros síntomas posibles como, por ejemplo, lenguaje disgregado. Los diagnósticos clínicos se circunscribieron al marco del *modelo bifactor de la psicosis* propuesto por Reininghaus et al. (2019), que recoge el amplio abanico de manifestaciones clínicas que entendemos como trastorno del espectro psicótico.

La muestra psicosis incluyó pacientes con psicosis (según historia clínica) de Avilés, con diagnósticos de psicosis afectivas (F30x) y no afectivas (F20x), según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), que entre junio del 2017 y noviembre de 2019 fueron atendidos por los servicios públicos de salud mental comunitarios y de rehabilitación y apoyo a la psicosis. Se captaron 62 pacientes que aceptaron participar, de los cuales 7 fueron descartados.

Como criterio de exclusión se consideró la existencia de dificultades cognitivas, emocionales o de otra índole que impidiera o dificultara la comprensión del material. Se excluyeron pacientes desestabilizados clínicamente y aquellos en los tres meses inmediatamente posteriores a un episodio psicótico.

Los 7 sujetos excluidos fueron descartados por contradicciones manifiestas (n=2), estereotipia en las respuestas -respuesta fija- (n=2), respuestas ambivalentes -responder sí y no a la misma pregunta- (n=1), o por incapacidad para terminarlo (n=2).

La media de edad de los 55 sujetos válidos entrevistados fue de 41,24 (DT = 11,60) en un rango de entre 16 y 59 años. El 54,50% fueron hombres (n=30) y 25 de los sujetos (el 45,50%) mujeres.

Sus diagnósticos fueron:

| Diagnóstico de salud mental de la muestra | | |
|---|---|----|
| Diagnóstico según CIE-10 | n | % |
| Bipolar (F31) | 8 | 15 |
| Episodio depresivo psicótico (F33.3) | 1 | 2 |
| Trastorno psicótico agudos y transitorios (F23) | 4 | 7 |
| Trastorno esquizoafectivo (F25) | 5 | 9 |
| Esquizofrenia simple (F20.6) | 3 | 5 |
| Esquizofrenia sin especificar (F20.9) | 4 | 7 |
| Esquizofrenia hebefrénica (F20.1) | 1 | 2 |

| | | |
|---------------------------------------|----|----|
| Esquizofrenia paranoide (F20.0) | 17 | 31 |
| Trastorno de ideas delirantes (F22.0) | 7 | 13 |
| Otros trastornos psicóticos (F28) | 5 | 9 |

Sus características sociodemográficas pueden verse en la tabla 1 del apartado resultados.

La muestra psicosis fue dividida en submuestras en función de los objetivos del estudio:

1-Por una parte, atendiendo a los años de cronicidad: se crearon cuatro grupos de psicosis: 1) con un curso de enfermedad de hasta 5 años, 2) con un curso de enfermedad de 5 a 10 años, 3) con un curso de enfermedad de 10 a 15 y 4) con una cronicidad mayor de 15 años con el trastorno.

El 32,72% de los sujetos de la muestra (n=18) llevaban menos de 5 años a tratamiento en salud mental tras sufrir su primer brote psicótico. Para el 12,73% (n=7) habían transcurrido entre 5 y 10 años tras los primeros síntomas positivos. Otros 7 sujetos (el 12,73%) llevaban entre 10 y 15 años a tratamiento y 23 sujetos (el 41,82% de la muestra) llevaban más de 15.

| Submuestras según cronicidad psicótica | N |
|--|----|
| Corte de menos de 5 años | 18 |
| Corte de entre 5 y 10 años | 7 |
| Corte de entre 10 años y 15 | 7 |
| Corte de más de 10 años | 23 |

2- La muestra psicosis se dividió también según los diagnósticos: se creó el subconjunto de psicosis no afectiva. Y el subconjunto, dentro del anterior, de diagnóstico de esquizofrenia.

3.1.2. Submuestra no afectiva.

Por todo lo expuesto en el marco teórico, se previó que las depresiones psicóticas y los trastornos bipolares tuvieran un comportamiento diferente al de las psicosis no afectivas, por lo que de la muestra psicosis tomamos una submuestra con todas aquellas en el espectro F20-F29,

descartando los códigos F30 al F39 de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). El total fue de 46 sujetos. La media de edad fue de 42,37 (DT=11,43) con un rango de entre 19 y 59 años. El 56,50% fueron hombres (n=26) y el 43,50% mujeres (n=20).

3.1.3. Submuestra esquizofrenia.

Por las particularidades de la esquizofrenia como entidad diagnóstica, se tomó una submuestra de la muestra psicosis incluyendo solo a aquellas personas diagnosticadas con esquizofrenia (F20x) según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) por el psicólogo clínico o psiquiatra de referencia. El total fue de 25 sujetos. La media de edad fue de 43,12 (DT=11,03) con un rango de entre 19 y 58 años. 12 de los sujetos eran mujeres (48,00%) y 13, hombres (52,00%).

3.1.4. Muestra contraste.

La muestra contraste incluyó pacientes con quejas de salud mental de Avilés, con un diagnóstico de trastorno reactivo y no psicótico según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), que entre junio del 2019 y febrero de 2020 fueron atendidos por psicología clínica de los servicios públicos de atención primaria dependientes del Hospital Universitario San Agustín de Avilés.

La muestra contraste es elegida por su similitud contextual con la muestra psicosis. Demandan los mismos servicios, pero su derivación es distinta, atendiendo a la diferente sintomatología. La similitud contextual radica en la ciudad de toma de muestras, en el contacto con los mismos servicios de salud y recibir tratamiento de salud mental en ellos.

La muestra constó de 28 sujetos. Cumplieron los criterios de inclusión como muestra de contraste y en un 100% fueron válidos para la investigación. No hubo ningún sujeto excluido. La media de edad de los 28 sujetos entrevistados fue de 46,36 (DT=13,00) en un rango de entre 18 y 64 años.

Descripción del paciente atendido por psicología clínica en los servicios de atención primaria del Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Asturias:

- Alteraciones emocionales reactivas a situaciones actuales identificables
- Recientes en el tiempo (Menos de 6 meses)
- Intensidad de los síntomas leve o moderada
- Incluye diagnósticos CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)
 - 1) Trastornos adaptativos (F43.2)
 - 2) Trastornos de ansiedad (F40, F41): fobias, ataques de pánico, trastorno ansiedad generalizada
 - 3) Episodio depresivo leve o moderado (F32.0/F32.1)
 - 4) Somatizaciones (F45) (cefalea tensional, hipocondría)
 - 5) Códigos "Z":
 - Problemas relacionados con el grupo de apoyo primario (Z63)
 - Problemas relacionados con el trabajo (estrés laboral) (Z56)

El 82,14% de la muestra contraste fueron mujeres (n=23) y el 17,86, hombres (n=5). Sus características sociodemográficas pueden verse en la tabla 2 en el apartado de resultados.

3.2. MATERIAL E INSTRUMENTOS.

En la muestra psicótica el material fue heteroaplicado por la investigadora principal para facilitar la inclusión y comprensión de pacientes con discapacidades o deterioros motivacionales y cognitivos que impidieran su realización completa en formato autoadministrado. En la muestra contraste el material fue autoadministrado por el usuario del servicio. El material se entregaba a los participantes para ser completado, siempre previo consentimiento informado.

3.2.1. Datos sociodemográficos y clínicos.

Se realizó una entrevista estructurada (anexos 1 y 2) en la que se preguntaron datos sociodemográficos categóricos como sexo, grado de educación completado, ocupación en el momento de la entrevista, personas con las que convive, edad pareja actual o pasada y estado civil.

Se preguntó también por la edad y el grado de discapacidad legal reconocida, ambas variables cuantitativas.

En cuanto a los antecedentes familiares se incluyó una pregunta que exploraba si había habido enfermedad mental, depresión o suicidio en alguno de los convivientes durante la infancia (anexo 4). En cuanto a los antecedentes tóxicos, se exploró el abuso de drogas ilegales y alcohol. Estas variables eran dicotómicas.

Se preguntó el tiempo desde la aparición del problema de salud mental y sus primeros contactos en salud mental (ver anexo 1) para calcular la variable cronicidad, que se usó según la necesidad de los análisis de forma cuantitativa, ordinal, o categórica.

Se registró el servicio de salud mental en que era atendido, bien fuera comunidad terapéutica, hospital de día, programa de primeros episodios o psicología clínica de atención primaria. En la muestra psicosis se registró el diagnóstico y si además del tratamiento farmacológico recibían psicoterapia.

3.2.2. Medición de la psicopatología.

La saliencia de los síntomas psicóticos de las psicosis desde Schneider a nuestros días ha llevado a multitud de investigadores a centrarse en los síntomas patognomónicos descritos por el autor. Y sin embargo, la persona con psicosis despliega síntomas en todas las facetas del malestar humano, por lo que para nuestra investigación nos decantamos por un cuestionario psicopatológico de uso general que tiene aplicabilidad a muestras con psicosis.

Se administró el Inventario de síntomas SCL90-R de Leonard Derogatis (Derogatis, 1975; Carrasco et al., 2003; Casullo, 2004; Casullo y Castro-Solano, 1999; González et al., 2002; Robles et al., 2002) (anexo 2) Es un cuestionario multidimensional de 90 ítems

desarrollado para evaluar patrones de síntomas, con nueve dimensiones de malestar primarias: Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Además de las 9 subdimensiones descritas, permite calcular un Índice Global de Severidad que indica el grado del malestar general y la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático, Total de Síntomas Positivos, que suma el total de síntomas reconocidos como presentes, e Índice de Malestar Sintomático Positivo, que evalúa el estilo de respuesta. En nuestra investigación solo utilizamos los resultados de las subdimensiones psicopatológicas para el análisis.

En el SCL90-R los ítems se corrigen en una escala de 0 a 4 (nada, poco, bastante y mucho). Las nueve dimensiones se calculan de manera directa hallando la media de puntuación entre los ítems referidos a ellas.

| Dimensiones psicopatológicas SCL90-R e ítems que las componen: | Descripción conceptual (Casullo, 2004): |
|---|---|
| SOMATIZACIONES (Ítems 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58) | Malestares que la persona percibe relacionados con disfunciones corporales. |
| OBSESIONES Y COMPULSIONES (Ítems 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65) | Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. |
| SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (Ítems 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73) | Sentimientos de inferioridad e inadecuación cuando la persona se compara con sus otros. |
| DEPRESIÓN (Ítems 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79) | Manifestaciones clínicas de un trastorno depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación y energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas. |
| ANSIEDAD (Ítems 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86) | Signos de ansiedad: nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. |

| | |
|--|--|
| HOSTILIDAD (Ítems 11, 24, 63, 67, 74, 81) | Pensamientos, sentimientos y acciones con afectos negativos de enojo. |
| ANSIEDAD FÓBICA (Ítems 13, 25, 47, 50, 75, 82) | Miedo irracional y desproporcionado en relación con el estímulo que la provoca. |
| IDEACIÓN PARANOIDE (Ítems 8, 18, 43, 68, 76, 83) | Comportamientos paranoides y desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia y temor a la pérdida de autonomía. |
| PSICOTICISMO (Ítems 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90) | Síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. |

Derogatis y Cleary (1977) hicieron análisis factorial del instrumento en una muestra de pacientes psiquiátricos obteniendo los nueve factores de síntomas. Las nueve subescalas descritas fueron derivadas progresivamente utilizando estrategias clínicas, racionales y empíricas con el triple requisito de una definición clara y consistente en la literatura, susceptibilidad de medición mediante autoinforme y confirmación psicométrica (Derogatis y Cleary, 1977; Gempp y Avendaño, 2008). Estudios posteriores del autor establecieron estas dimensiones como estables (Derogatis y Savitz, 2000). En la presente investigación nos decidimos a usar este cuestionario porque no teníamos fines diagnósticos, sino necesidad de una variada apreciación del malestar de cada persona. El SCL90-R cuenta con abundante evidencia a favor de su validez convergente con otros instrumentos diagnósticos, de su validez concurrente y predictiva (Gempp y Avendaño, 2008).

Aplicaciones previas de este cuestionario a una muestra española obtuvieron una adecuada fiabilidad y validez, con un alfa de Cronbach de 0,97 (Robles et al., 2002). Caparrós-Caparrós et al. (2007) en su aplicación a una muestra de 1277 universitarios en Cataluña, obtuvieron los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para las nueve dimensiones primarias: Somatización ($\alpha = 0,84$), Obsesiones y Compulsiones ($\alpha = 0,80$), Sensibilidad Interpersonal ($\alpha = 0,82$), Depresión ($\alpha = 0,88$), Ansiedad ($\alpha = 0,83$), Hostilidad ($\alpha = 0,76$), Ansiedad Fóbica ($\alpha = 0,69$), Ideación Paranoide ($\alpha = 0,74$) y Psicoticismo ($\alpha = 0,75$).

La baremación original de la escala se realizó con puntuaciones T. Para la interpretación

del inventario, se convirtieron las puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10). Se consideró indicativa de una persona en riesgo toda puntuación T igual o superior a 65 y con patología severa si la puntuación es igual o superior a T 80.

Conocidas baremaciones de la escala SCL90-R en español, son las de Robles et al. (2002), Caparrós-Caparrós et al. (2007) y Casullo (2004). La baremación del doctor Robles se realizó con una muestra española no clínica de 460 sujetos de entre 17 y 30 años de la comunidad de Madrid. Esta baremación no distinguió por sexos. La baremación de la Dra. Casullo se realizó con una muestra no clínica argentina, en Buenos Aires, con 588 adolescentes y 760 adultos. Su muestra incluía un rango de edad de entre 13 y 60 años. Creó tablas de baremos diferentes no solo en función del sexo sino también de la edad (Casullo, 2004; Casullo et al., 2003; Casullo y Castro-Solano, 1999; Casullo y Fernández-Liporace, 2001;). La doctora Caparrós-Caparrós y su equipo baremaron el cuestionario con una muestra de 1277 universitarios en Cataluña e hicieron tablas de baremación distintas para mujeres y hombres.

Descartamos versiones y baremos provenientes de otros países por la consecuente pérdida de validez de las medidas y distorsiones en la interpretación de resultados. Barker-Collo (2003) revisó diferentes investigaciones que dan cuenta de diferencias culturales para medidas de somatizaciones y trastornos somatomorfos, trastornos alimentarios, del estado de ánimo, de personalidad, esquizofrenia y trastorno por estrés postraumático.

Para nuestra investigación nos decantamos por baremar la muestra con los percentiles de la muestra extensa de Caparrós-Caparrós et al. (2007) por su cercanía en tiempo y espacio, por el gran tamaño de muestra y porque los datos normativos estaban disgregados por sexo -ya que encontraron diferencias significativas entre ellos-.

Las puntuaciones absolutas en las subdimensiones psicopatológicas del SCL90-R fueron variables cuantitativas. Su baremación las convirtió en ordinales, aunque la mayor parte de nuestros análisis estadísticos, dado su naturaleza comparativa y por la necesidad de comparaciones independientes, se realizaron con las puntuaciones sin baremar.

3.2.3. Medición de experiencias adversas infantiles.

Se utilizó el instrumento Screening de Experiencias Traumáticas Tempranas en

Pacientes con Trastorno Mental Grave (Exptra-S) (anexo 3), construido y validado en el marco de la Universidad de Psicología de Oviedo por la Dra. Ordóñez-Cambor (2015) para medir experiencias traumáticas tempranas con población clínica con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave.

Se eligió por ser un instrumento de medida breve, creado para la evaluación de las experiencias adversas infantiles en pacientes con TMG, y por los criterios de proximidad en el tiempo y el espacio en su validación y baremación, expuestos anteriormente. Aunque no incluía preguntas sobre la victimización vicaria por ser testigo de violencia de género, violencia que deseábamos explorar por su creciente visibilidad y relevancia, elegimos este cuestionario por ser uno de los pocos creados y validados con población con clínica psicótica española.

La pregunta sobre la victimización vicaria por violencia de género sufrida por la madre (a la que nos referiremos también con la abreviatura VG) la incluimos aparte enunciándola así *“Cuando eras menor de 16 años...(...)...¿a tu madre la trataban violentamente (psicológica, física o sexualmente) en casa?”* Para ello marcamos tres opciones de respuesta – 1.- *no*, 2.- *puntualmente*, 3.- *sí y la violencia se prolongó más de un mes-*, y se dicotomizó para el análisis. Se toma por tanto como una variable ordinal.

El cuestionario Exptra-S, por su parte, consta de dos escalas, frecuencia y malestar. En nuestro estudio solo nos interesamos por la primera. La escala de frecuencia se componía por un total de 18 ítems con respuesta Likert de 4 puntos en función de la frecuencia: nunca, a veces, con frecuencia, y casi siempre. Las opciones Likert se puntuaron del 0 al 3. Para su corrección se sumaron las puntuaciones en los ítems construyendo una puntuación de frecuencia de EAI total por cada sujeto.

El nivel de gravedad en frecuencia de experiencias traumáticas tempranas se clasificó en leve, mediana, alta. Lo baremamos por los percentiles obtenidos por la autora del cuestionario en una muestra de 114 pacientes de los servicios públicos de salud de Asturias, Cantabria y Cataluña que habían sufrido al menos un episodio psicótico.

| Percentil | Frecuencia EAI |
|-----------|----------------|
| 1 | 0 |
| 5 | 0 |
| 10 | 0 |
| 20 | 0 |

| | |
|----|----|
| 30 | 1 |
| 40 | 2 |
| 50 | 4 |
| 60 | 5 |
| 70 | 7 |
| 80 | 12 |
| 90 | 17 |
| 95 | 23 |
| 99 | 39 |

Baremación Expra-S por Ordóñez-Cambor (2015)

Para sus autores la consistencia interna del instrumento fue de 0,96, siendo todos los índices de discriminación superiores a 0,30. (Ordóñez-Cambor, 2015; Ordóñez Cambor et al., 2014).

Judith Herman escribió en “Trauma y Recuperación” “mientras que la víctima de un único y agudo trauma puede sentir que, después del acontecimiento, no es “ella misma”, la víctima de un trauma crónico puede sentir que ha cambiado irrevocablemente, o puede perder para siempre la sensación de su propio yo” (Herman, 1992, p.144). Por lo que consideramos que el cálculo de la frecuencia (dosis de trauma) de acontecimientos potencialmente traumáticos infantiles era clave. Para establecer las categorías se utilizó la distribución de los percentiles de la muestra clínica de Ordóñez -Cambor (2015); *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. Se construyó así una variable ordinal, que para algunos análisis llegamos a dicotomizar, entendiendo leve como 0 y moderada y alta como 1.

En el cuestionario se preguntó por la tipología (calidad del trauma) de las experiencias adversas infantiles por lo que además contamos con una cuantificación de los tipos de trauma.

Abuso Físico - ítems 1, 2, 3, 4 y 5

Abuso Sexual - ítems 6 y 7

Maltrato Emocional - ítems 8, 9, 10, 11, 12, y 17

Abandono Emocional - ítems 13 y 14

Abandono Físico - ítems 15 y 16

Otras experiencias traumáticas – ítem 18

| 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. |
| 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.

Definición operativa de tipos de EAI en el Expra-S (Arruabarrena y De Paúl, 1996, cit. en Ordóñez-Cambler, 2015, p.217)

Operativizamos por tanto las EAI de nuestra investigación, según Ordóñez-Cambler (2015) como abandono o abuso físico, maltrato o abandono emocional, abuso sexual. Estas variables fruto del sumatorio de variables ordinales, se manejaron en algunos casos como cuantitativas y en otros como ordinales, según su adecuación estadística. En algunos análisis, estas variables se dicotomizaron. En estos casos se dictaminó ocurrencia cuando el abuso sexual puntuaba uno o más, el abuso físico puntuaba de dos en adelante, el maltrato o abandono emocional y el abandono físico puntuaban de 3 en adelante. Los criterios para esta dicotomización fueron racionales y apriorísticos.

En ocasiones utilizamos, de manera independiente, el ítem 16 del cuestionario, que preguntaba sobre alcoholismo parental asociado a negligencia (ordinal).

En la línea de Patró y Limiñana (2005) añadimos haber sido testigo de violencia de pareja íntima con el agravante de género en la díada parental. Esta variable fue ordinal, con 3 posiciones, en función de la violencia reportada: nula, puntual o prolongada.

3.2.4. Medición del apoyo recibido.

Se exploró la función *refugio seguro* (RS) descrita por Bowlby (1989) de la figura de apego en la infancia, con la siguiente pregunta: “¿Tenías alguna persona o personas en las que poder confiar y desahogarte cuando tenías problemas o dificultades de cualquier tipo de pequeña/o? No/Sí” En adelante nos referiremos a esta pregunta como “pregunta Refugio Seguro” o con la abreviatura RS (anexo 4).

Se exploró así mismo el haber contado las experiencias adversas a algún profesional de Salud Mental con la siguiente pregunta: “Antes de hoy ¿estas experiencias se las habías contado a algún profesional de Salud Mental? No/Sí/Alguna de ellas.” A los que respondieron afirmativamente, se les pregunta si aquello les sirvió. (anexo 4)

Tanto las respuestas a la pregunta RS como las respuestas al apoyo profesional recibido

se codificaron como variables dicotómicas.

3.2.5. Medición del apego.

Se administró el cuestionario RQ (Relationships Questionnaire) (anexo 5) que evalúa estilos de apego adulto: seguros, preocupados, temerosos y desvalorizadores; según dos dimensiones de relación afectiva, ansiedad y evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991) obtenidas a partir de un análisis factorial. En una muestra española también se realizó un análisis factorial de componentes principales y se encontraron dos factores: evitación y ansiedad, que se corresponden con los encontrados en la versión inglesa del instrumento, y al igual que en ella, son independientes ($r = -0,01$) (Yárnoz-Yaben et al., 2001).

| Estilos de apego adulto RQ | | Evitación | |
|----------------------------|----|---------------|-------------------|
| | | No | Sí |
| Ansiedad | No | Seguro(1) | Desvalorizador(2) |
| | Sí | Preocupado(3) | Temeroso(4) |

El RQ (Bartholomew y Horowitz, 1991) evalúa de manera categorial el estilo de apego con 4 sentencias que representan cada uno de los cuatro estilos o patrones de apego. También evalúa de forma dimensional cada apego, sobre una escala de 7 puntos, en los que pregunta a las personas en qué medida se ven reflejadas en los respondientes en los prototipos de los cuatro estilos de apego. Las dos dimensiones, ansiedad y evitación pueden entenderse también como “modelo de sí mismo” y “modelo de los otros” (Griffin y Bartholomew, 1994). A partir de la valoración dimensional de los apegos obtendremos la puntuación en ansiedad y evitación. La puntuación en la dimensión de ansiedad (o “modelo de sí mismo”) corresponderá a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan una alta ansiedad hacia las relaciones (temeroso y preocupado) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos

que reflejan una baja ansiedad hacia las relaciones (seguro y desvalorizador). La puntuación en la dimensión de evitación, por su parte, corresponde a la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un alto nivel de evitación de las relaciones (desvalorizador y temeroso) a la que se resta la suma de las puntuaciones obtenidas en los estilos que reflejan un nivel bajo de evitación de las relaciones (seguro y preocupado) (Yárnoz-Yaben, 2008).

En nuestro análisis tuvimos en cuenta preferentemente la medición dimensional de los cuatro estilos de apego, frente a la elección categorial, por su mayor validez empírica y de constructo. Fraley et al. (2000) insisten en la necesidad de hablar de prototipos y no de categorías de apego adulto y entender el componente dimensional.

Utilizamos este cuestionario por su amplio uso y validez internacional. Schmitt et al. (2008) administraron el RQ a un total de 17.804 participantes procedentes de 62 regiones culturales distintas y 30 idiomas, concluyendo que las escalas referentes al Modelo de sí/Modelo de otros eran válidas dentro de la mayoría de las culturas analizadas, aunque había importantes diferencias entre culturas en la manera en que los cuatro estilos de apego se distribuían a lo largo de estas dimensiones. Por otro lado, Leak y Parsons (2001) han demostrado que el RQ es la medida más extendida para evaluar el apego en adultos que no es sensible a sesgos de autoengaño. En España, Yárnoz-Yaben y Comino (2011) administraron el RQ a una muestra de 1124 personas entre los 16 y los 79 años de población no clínica. Un 53,7% tenía pareja estable, un 32,8% no y el 13,4% no contestó a la pregunta. La autoadscripción del estilo de apego de los participantes en esta investigación refleja un 63,4% de personas seguras, un 13,2% de desvalorizadores, un 13,6% de preocupados y un 9,8% de evitantes-temerosos. Los porcentajes de seguros son similares a los del estudio estadounidense de Mickelson, et al. (1997) en una muestra representativa de personas casadas, aunque más bajo que el 72% encontrado en Alemania (Banse, 2004) también entre personas casadas. En un estudio anterior con personas divorciadas en España (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011), 52,5% se autoadscribieron al apego seguro y un 45% a los tres estilos de apego no seguros.

Las cuatro dimensiones de apego medidas categorialmente fueron variables dicotómicas. Cuando se valoraron con una escala Likert fueron ordinales y son las que usamos predominantemente en el estudio. Las variables Ansiedad y Evitación, factores extraídos del cuestionario, fueron variables cuantitativas.

El rango de puntuaciones de los patrones de apego tomados dimensionalmente oscila de 0 a 7. El factor ansiedad será igual a las puntuaciones dimensionales del apego temeroso y

preocupado menos las puntuaciones dimensionales del apego seguro y desvalorizador, con puntuaciones totales en un rango entre de 14 y -14. El factor evitación será igual a las puntuaciones dimensionales del apego temeroso y desvalorizador menos las puntuaciones dimensionales del apego seguro y preocupado, con puntuaciones totales en un rango de entre 14 y -14.

3.3. PROCEDIMIENTO.

Previo a la realización del estudio se solicitó la aprobación de éste por parte del Comité ética de la investigación del Hospital Universitario de San Agustín, en Avilés, Asturias. Una vez conseguida la aceptación del proyecto, se informó a los profesionales de los Centros. Para acceder a la muestra, contamos con la colaboración de los y las psiquiatras y psicólogas/os clínicos/as de los centros mencionados. Se llevaron a cabo reuniones informativas.

La administración de los cuestionarios se realizó previa firma de consentimiento informado (anexo 6). Se informó en todo momento de la confidencialidad de las respuestas, así como del carácter voluntario de la participación y no se dio gratificación alguna por la colaboración en el estudio.

En la muestra psicosis, la información obtenida se completó a partir de una revisión de historias clínicas para conocer el tratamiento y el diagnóstico recibido.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS.

Con la finalidad de investigar los objetivos propuestos se llevaron a cabo los siguientes análisis de datos:

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las variables.

Realizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnof para averiguar la normalidad de la distribución de las variables, encontrando que las variables a estudio se comportaban con normalidad unas veces y otras no. En vista de la robustez de las pruebas paramétricas y el cumplimiento parcial de los supuestos, utilizamos estadísticos paramétricos en la medida de lo

posible. Aunque en ciertos casos, cuando las variables no lo permitían, se utilizaron pruebas no paramétricas o descriptivas.

El nivel de significación generalmente establecido fue de $p < 0,05$ o $p < 0,01$. Se tuvo en cuenta también el nivel $p < 0,10$, por la limitación numérica de la muestra, y la importancia clínica del mismo. Se calculó la fiabilidad y consistencia interna calculando el alfa de Cronbach de las pruebas administradas.

Para cuantificar el tamaño del efecto se utilizó la “d” de Cohen, que establece que a partir de 0,2 es efecto pequeño, a partir de 0,5 es un efecto mediano, y a partir de 0,8 nos encontramos ante un tamaño del efecto grande.

Se calcularon las dimensiones ansiedad y evitación en los cuestionarios de apego adulto, se baremaron los resultados del SCL90-R, y se calcularon frecuencias y tipos de victimización infantil según recomienda la autora del instrumento Exptra-S. Se calcularon tanto las frecuencias para la muestra psicosis como para la muestra contraste en estas variables, y en las preguntas *refugio seguro* y la victimización vicaria por VG.

Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS Versión 23.0.0.

1. “Establecer la relación entre el período crítico, la cronicidad psicótica, la psicopatología y la frecuencia de las experiencias adversas infantiles”

Para responder al objetivo específico 1 comparamos subdimensiones psicopatológicas y frecuencia y tipos de EAI entre diferentes submuestras de la muestra psicosis. Con la totalidad de la muestra, con la submuestra psicosis no afectiva y con la submuestra esquizofrenia establecimos tres cortes, comparando menos y más de 5, 10 y 15 años de cronicidad.

Al ser variables cuantificadas, cuantitativas u ordinales, comparamos medias como medidas de tendencia central para muestras independientes con el estadístico t de Student. Comparamos medias en grado de discapacidad, las dimensiones primarias del SCL90-R de Derogatis, los tipos de victimización infantil abuso sexual y físico, maltrato emocional, abandono emocional y físico, la frecuencia de experiencias adversas infantiles y ser víctima vicaria de VG.

Para calcular el influjo general de la frecuencia de EAI en la cronicidad, más allá de los intervalos temporales anteriormente descritos, calculamos la correlación de Pearson de la

variable cronicidad tomada de manera cuantitativa (años desde el primer brote) y la frecuencia de EAI.

La variable edad puede ser un factor de confusión cuando investigamos en cronicidad, debido al efecto cohorte. Para estudiarlo realizamos un análisis de covarianza en la relación entre la cronicidad, edad y experiencias adversas infantiles.

2. “Establecer las relaciones entre el apego y la salud mental en los pacientes psicóticos”

Para el objetivo específico 2, calculamos la correlación de Pearson o Spearman según las variables fueran cuantitativas/cuantificadas u ordinales, respectivamente. La interpretación de las correlaciones en nuestra investigación fue:

| | | |
|---|---------------|-------------------------|
| r | Menos de 0,25 | Correlación escasa |
| | 0,25-0,49 | Correlación débil |
| | Más de 0,50 | Correlación interesante |

Calculamos la r de Pearson para observar la relación entre apego y las subdimensiones psicopatológicas del SCL90-R (variables cuantificadas). Calculamos la correlación de Spearman para cruzar la variable apego y los cinco ítems del SCL90-R (variables ordinales), que corresponden en su descripción a síntomas positivos de la psicosis.

| SCL90-R | Síntomas positivos |
|---------|---|
| Ítem 7 | Sentir que otro puede controlar mis pensamientos. |
| Ítem 16 | Escuchar voces que otras personas no oyen. |
| Ítem 35 | Creer que la gente sabe qué estoy pensando. |
| Ítem 43 | Sentir que me vigilan o que hablan de mí. |
| Ítem 62 | Tener ideas, pensamientos que no son los míos. |

El valor de estos ítems, aunque no está descrito su uso y validación de manera individual

por el autor (Derogatis, 1975), es principalmente clínico; dada su coincidencia con los síntomas positivos de la psicosis (Fonseca-Pedrero, 2019). Son los síntomas patognomónicos de primer rango de la esquizofrenia de Schneider (Belloch et al., 2020); los criterios para el diagnóstico de un episodio psicótico según las clasificaciones internacionales (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 1992).

En este apartado, la variable apego la expresamos con las valoraciones (puntuaciones dimensionales) según escala Likert de los diferentes estilos de apego adulto que arroja el cuestionario RQ. También utilizamos los dos factores o subdimensiones del cuestionario: ansiedad y evitación (variables cuantificadas).

Por otro lado, utilizamos una *t* de Student para comparar las medias de las estimaciones dimensionales de los estilos de apego en dos grupos de pacientes con psicosis: aquellos que referían una figura refugio seguro en la infancia y aquellos que no.

También realizamos una *t* de Student para estimar si los años de cronicidad eran significativamente diferentes entre aquellos que referían una figura refugio seguro en la infancia y aquellos que no.

Para ilustrar el efecto de recordar haber tenido una figura de apego en la infancia sobre la cronicidad psicótica, y ya que el tamaño limitado de la muestra nos impedía utilizar un estadístico, mostramos de manera descriptiva una tabla de distribución de frecuencias.

Calculamos la correlación de Pearson de la variable cronicidad tomada de manera cuantitativa (años desde el primer brote) y la frecuencia de EAI, controlando y sin controlar la variable refugio seguro (correlación total y parcial); para observar, si esa correlación estaba mediada por haber tenido o no una figura de apoyo en la infancia.

Hicimos una matriz de frecuencias cruzadas para observar, de nuevo de manera descriptiva, la distribución de una figura refugio seguro, cuando hubo alta frecuencia de EAI y cronicidad psicótica.

3. “Incluir ser testigo de violencia de género como experiencia adversa infantil y estudiar su impacto”

En el objetivo específico 3 la variable ser víctima vicaria de VG se correlacionó con una *r* de Spearman (debido a que las variables son ordinales o cualitativas) con frecuencia y tipos

de EAI, y con las nueve subdimensiones del SCL90-R.

4. “Comparar las experiencias adversas infantiles sufridas entre una muestra con psicosis y una muestra con trastornos reactivos y no psicóticos”

Para el objetivo específico 4, establecimos diferencias de medias con el estadístico t de Student en frecuencia y tipología de victimización infantil. Comparamos, en estas variables, la muestra contraste con la muestra psicosis total, con la submuestra psicosis no afectiva y con la submuestra esquizofrenia.

5. “Proponer un plan de prevención primaria y secundaria”

Para el objetivo específico 5, propusimos modelos estadísticos que nos permitieron predecir incidencia y cronicidad.

Debido a que la variable dependiente incidencia es dicotómica, realizamos una regresión logística para establecer un modelo de incidencia de la psicosis. Para hacerlo dicotomizamos las variables independientes más significativas y que queríamos estudiar. En los primeros pasos excluimos aquellas variables que no tenían significación estadística para el modelo, tuvimos en cuenta la R cuadrado con mayor valor por un criterio de utilidad (atribuyendo el porcentaje explicativo de cada ecuación al mayor R cuadrado encontrado), y calculamos pesos y constantes para averiguar ecuaciones de regresión con poder predictivo.

Para establecer un modelo de cronicidad, tomamos la variable cronicidad en su forma ordinal (grupos de cronicidad) y realizamos una regresión lineal con variables ordinales y cuantitativas. Incluimos matrices de frecuencias.

4. RESULTADOS.

4.1. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS ADMINISTRADOS.

4.1.1. Resultados sociodemográficos.

| <i>Tabla 1</i> | | | |
|---|-----------------------|----|-------|
| Datos sociodemográficos de la muestra total de psicosis | | | |
| | | n | % |
| Edad | M=41,24 DT=11,6 | | |
| Sexo | Hombre | 30 | 54,5 |
| | Mujer | 25 | 45,5 |
| Nivel educativo | Primario Incompleto | 3 | 5,45 |
| | Primario Completo | 10 | 18,10 |
| | Secundario Incompleto | 11 | 20,00 |
| | Secundario Completo | 16 | 29,10 |
| | Terciario Incompleto | 6 | 10,90 |
| | Terciario Completo | 9 | 16,36 |
| Estado Civil | Soltera/o | 43 | 78,19 |
| | Casado/a | 4 | 7,27 |
| | Divorciada/o | 6 | 10,90 |
| | Separado/a | 2 | 3,64 |
| Convivencia | Solo | 9 | 16,36 |
| | Con familia de origen | 33 | 60,00 |
| | Con pareja | 4 | 7,27 |
| | Con hijos | 1 | 1,82 |
| | Con otros | 1 | 1,82 |
| | En una institución | 7 | 12,73 |
| Ocupación | Ninguna | 39 | 70,90 |
| | Cuidadora | 1 | 1,82 |
| | Estudiante | 6 | 10,90 |

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----|-------|
| | Hostelera | 1 | 1,82 |
| | Ingeniera | 1 | 1,82 |
| | Médica | 1 | 1,82 |
| | Operarios | 2 | 3,64 |
| | Peón | 1 | 1,82 |
| | Programador | 1 | 1,82 |
| | Repartidor | 1 | 1,82 |
| | Varios | 1 | 1,82 |
| Recursos | Hospital de día | 22 | 40,00 |
| | Comunidad terapéutica | 10 | 18,19 |
| | Programa de PEP | 19 | 34,54 |
| | Otros | 4 | 7,27 |
| Tratamiento | Psicoterapéutico y farmacológico | 27 | 49,10 |
| | Solo farmacológico | 28 | 50,90 |
| Abuso de tóxicos | No | 36 | 65,45 |
| | Principalmente drogas ilegales | 14 | 25,45 |
| | Principalmente alcohol | 5 | 9,10 |
| Grado de discapacidad Reconocido | Ninguno | 26 | 52,73 |
| | 65% | 15 | |
| | Otros | 14 | |

Solo el 25,45% (n=14) de los entrevistados en la muestra psicosis tenían pareja afectiva en el momento de la entrevista. El 74,55% (n=41) no. Un 20,00% (n=11) nunca había tenido pareja, frente al 80,00 % (n=44) que la había tenido alguna vez.

| <i>Tabla 2</i> | | | |
|--|-----------------|----|-------|
| Datos sociodemográficas de la muestra de contraste | | | |
| | | n | % |
| Edad | M=46,36 DT=13,0 | | |
| Sexo | Mujer | 23 | 82,14 |
| | Hombre | 5 | 17,86 |

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------|----|-------|
| Convivencia | Solo | 4 | 14,19 |
| | Con familia de origen | 3 | 10,71 |
| | Con pareja | 7 | 25 |
| | Con pareja e hijos | 12 | 42,86 |
| | Con hijos | 1 | 3,57 |
| | Con otros | 1 | 3,57 |
| Grado de discapacidad reconocido | Ninguno | 23 | 82,14 |
| | En torno al 33% | 5 | 17,86 |

Solo el 25,00% (n=7) de los entrevistados no tenían pareja afectiva en el momento de la entrevista. El 75,00% (n=21) sí. Un 7,14 % (n=2) nunca había tenido pareja, frente al 92,86% (n=26) que la había tenido alguna vez.

Si comparamos la muestra contraste y la muestra psicosis:

Tabla 3
Comparaciones sociodemográficas de la muestra psicosis y contraste

| | | Psicosis | Contraste |
|-------------|-----------------------|----------|-----------|
| | | n | n |
| Sexo | Mujer | 25 | 23 |
| | Hombre | 30 | 5 |
| Convivencia | Solo | 9 | 4 |
| | Con familia de origen | 33 | 3 |
| | Con pareja | 4 | 7 |
| | Con pareja e hijos | 0 | 12 |
| | Con hijos | 1 | 1 |
| | Con otros | 1 | 1 |
| | En una institución | 7 | 0 |
| Pareja | Sí | 41 | 7 |
| | No | 14 | 21 |

Según la prueba Chi Cuadrado las diferencias sexuales entre ambas muestras son estadísticamente significativas: X^2 es 10,241, con 1 g.l. y Sig. de 0,001. Según la prueba Chi Cuadrado las diferencias entre tener pareja y no en las muestras son estadísticamente significativas: X^2 es 18,677, con 1 g.l. y Sig. de 0,000.

4.1.2. Apego.

Tabla 4

Respuestas categóricas al cuestionario RQ

| Estilos de apego adulto | Muestra psicosis | | Muestra contraste | |
|-------------------------|------------------|-------|-------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Seguro | 14 | 25,45 | 13 | 46,43 |
| Desvalorizador | 6 | 10,91 | 3 | 10,71 |
| Preocupado | 17 | 30,91 | 8 | 28,57 |
| Temeroso | 16 | 29,09 | 4 | 14,29 |
| No contestado | 2 | 3,64 | 0 | 0,00 |

Tabla 5

Respuestas dimensionales al cuestionario RQ

| Estilos de apego adulto | | Muestra psicosis | | Muestra contraste | |
|-----------------------------|----------------|------------------|-------|-------------------|-------|
| | | Media | DT | Media | DT |
| Estilos de apego adulto | Seguro | 3,96 | 2,018 | 4,68 | 1,906 |
| | Desvalorizador | 3,93 | 1,952 | 4,11 | 2,079 |
| | Preocupado | 4,40 | 1,996 | 3,89 | 2,217 |
| | Temeroso | 4,44 | 1,932 | 3,82 | 1,945 |
| Subdimensiones apego adulto | Ansiedad | 0,95 | 4,369 | -1,07 | 5,192 |
| | Evitación | 0,00 | 3,791 | -0,64 | 3,832 |

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Aunque a nivel descriptivo se observa una mayor representación de estilos ansiosos (preocupado y temeroso) en la muestra psicosis que en la contraste.

Las frecuencias en las subdimensiones factoriales ansiedad y evitación, en ambas muestras, se muestran de manera descriptiva en los gráficos siguientes:

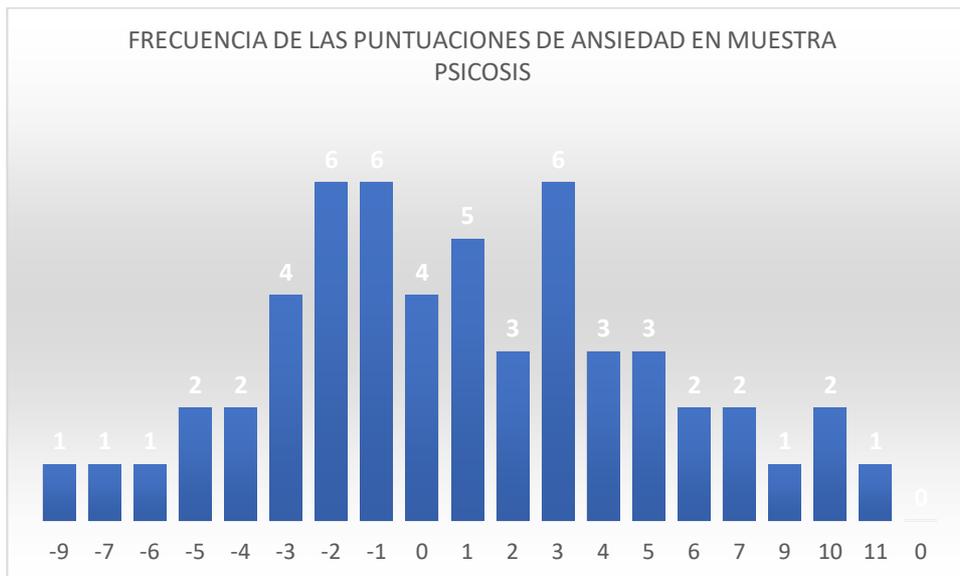


Gráfico 1

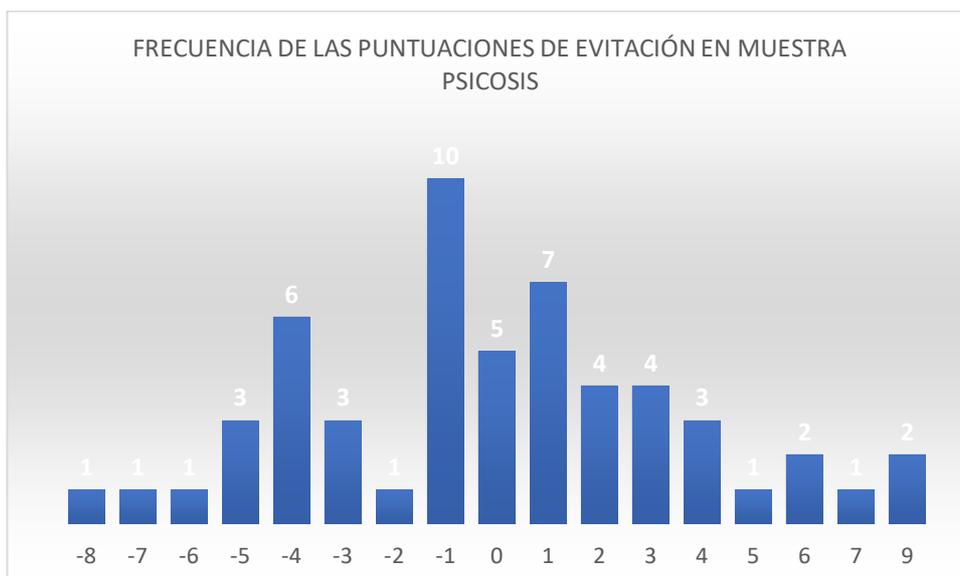


Gráfico2

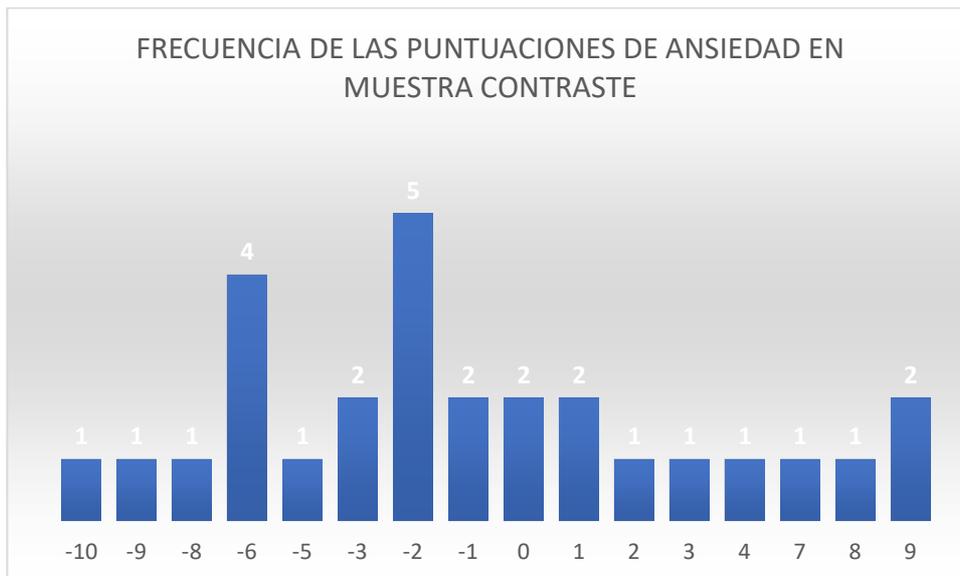


Gráfico 3

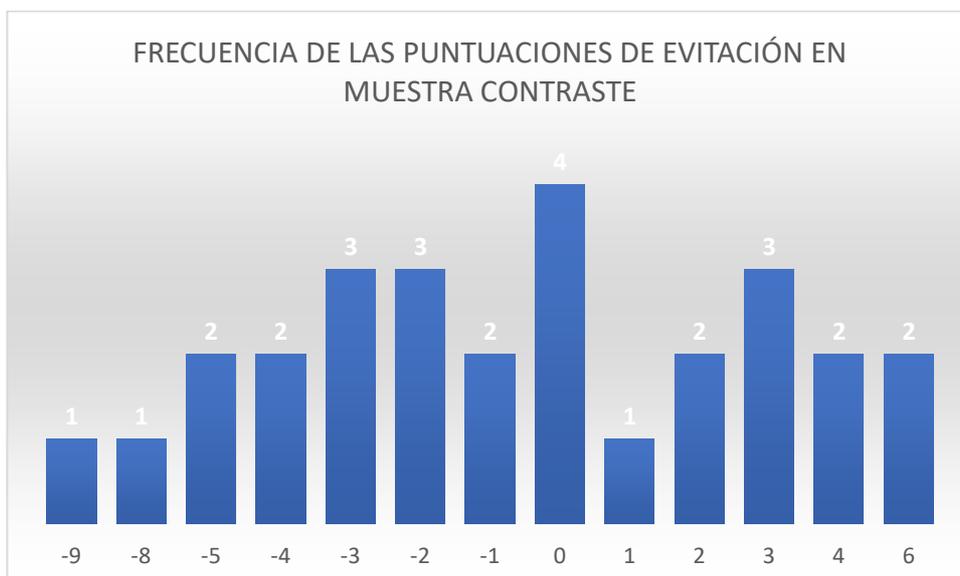


Gráfico 4

4.1.3. Experiencias adversas infantiles.

La fiabilidad del instrumento Exptra-S fue de una alfa de Cronbach de 0,936 en nuestras muestras. Se presentan los resultados de frecuencia de EAI y su baremación en leve, moderada y alta. También la incidencia de las diferentes experiencias adversas infantiles que permite analizar el instrumento: abuso físico, maltrato emocional, abuso sexual, abandono físico y emocional. Además se da cuenta de los resultados en violencia de género parental.

- Muestra psicosis.

La media de puntuaciones en experiencias adversas infantiles en la muestra psicosis fue de 8,15 con un DT de 8,538.

Tras su baremación, y transformación en una variable ordinal, la cantidad de sujetos en cada grupo de intensidad fue la siguiente:

| | N | % |
|---------|----|-------|
| Leve | 6 | 10,91 |
| Mediana | 30 | 54,54 |
| Alta | 19 | 34,55 |

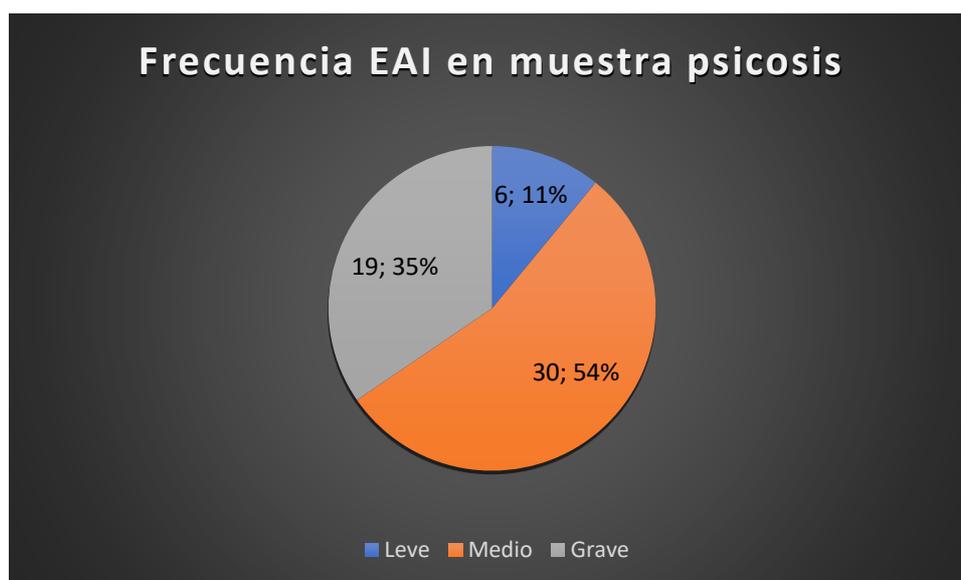


Gráfico 5

| Facetas Expra-S | Puntuación | n | % | Media | DT |
|-----------------|------------|----|-------|-------|-------|
| Abuso físico | 0 | 21 | 38,18 | 1,31 | 1,439 |
| | 1 | 16 | 29,09 | | |
| | 2 | 6 | 10,91 | | |
| | 3 | 5 | 9,09 | | |
| | 4 | 6 | 10,91 | | |
| | 5-8 | 1 | 1,82 | | |

| | | | | | |
|--------------------|-----|----|-------|------|-------|
| Abuso sexual | 0 | 41 | 74,54 | 1,42 | 2,692 |
| | 1-4 | 7 | 12,73 | | |
| | 5-8 | 7 | 12,73 | | |
| Maltrato emocional | 0 | 17 | 30,90 | 3,49 | 4,185 |
| | 1 | 22 | 40,00 | | |
| | 2 | 10 | 18,18 | | |
| | 3 | 3 | 5,46 | | |
| | 4 | 2 | 3,64 | | |
| | 5-8 | 1 | 1,82 | | |
| Abandono emocional | 0 | 36 | 65,44 | 1,15 | 1,938 |
| | 1 | 3 | 5,46 | | |
| | 2 | 6 | 10,91 | | |
| | 3 | 3 | 5,46 | | |
| | 4 | 1 | 1,82 | | |
| | 5-8 | 6 | 10,91 | | |
| Abandono físico | 0 | 36 | 65,44 | 0,78 | 1,272 |
| | 1 | 7 | 12,73 | | |
| | 2 | 3 | 5,46 | | |
| | 3 | 6 | 10,91 | | |
| | 4 | 3 | 5,46 | | |
| Victima vicaria VG | No | 31 | 56,36 | 1,95 | 0,970 |
| | Sí | 24 | 43,64 | | |



Gráfico 6



Gráfico 7

- Muestra contraste.

La media de puntuaciones en experiencias adversas infantiles en la muestra psicosis fue de 5,11 con un DT de 7,913.

Tras su baremación, y transformación en una variable ordinal, la cantidad de sujetos en cada grupo de intensidad fue la siguiente:

Tabla 8
Incidencia de experiencias adversas infantiles

| | N | % |
|---------|----|-------|
| Leve | 9 | 32,14 |
| Mediana | 12 | 42,86 |
| Alta | 7 | 25,00 |

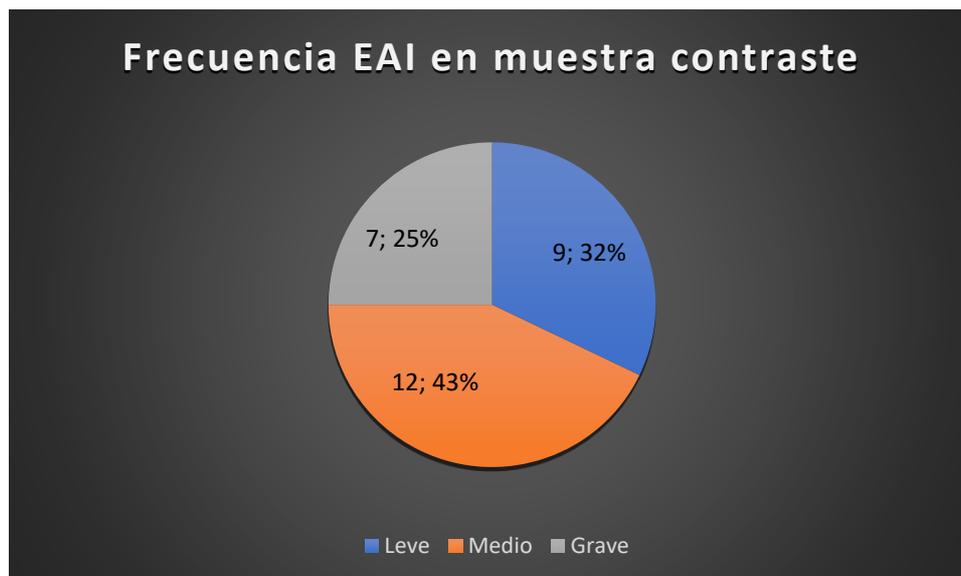


Gráfico 8

Tabla 9
Resultados tipos EAI muestra contraste

| Facetas Expra-S | Puntuación | n | % | Media | DT |
|--------------------|------------|----|-------|-------|-------|
| Abuso físico | 0 | 19 | 67,85 | 1,11 | 2,225 |
| | 1-4 | 6 | 21,43 | | |
| | 5-8 | 3 | 10,72 | | |
| Abuso sexual | 0 | 19 | 67,85 | 0,46 | 1,290 |
| | 1-4 | 6 | 21,43 | | |
| | 5-8 | 3 | 10,72 | | |
| Maltrato emocional | 0 | 17 | 60,72 | 2,00 | 3,127 |
| | 1-4 | 5 | 17,86 | | |
| | 5-8 | 4 | 14,28 | | |
| | 9-12 | 2 | 7,14 | | |
| Abandono emocional | 0 | 16 | 57,14 | 0,93 | 1,331 |
| | 1-4 | 12 | 42,86 | | |
| Abandono físico | 0 | 24 | 85,72 | 0,21 | 0,568 |
| | 1-4 | 4 | 14,28 | | |
| Victima vicaria VG | No | 25 | 89,28 | 1,29 | 0,659 |
| | Sí | 3 | 10,72 | | |



Gráfico 9



Gráfico 10

4.1.4. Tener con quien contar.

Ante la pregunta “refugio seguro” (RS) “¿Tenías alguna persona o personas en las que poder confiar y desahogarte cuando tenías problemas o dificultades de cualquier tipo de pequeña/o?”:

Tabla 10
Sujetos de la muestra que refieren un *refugio seguro* (RS) en su infancia.

| RS | n | | % | |
|-------------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Psicosis | Contraste | Psicosis | Contraste |
| No | 18 | 10 | 32,73 | 35,71 |
| Sí | 33 | 18 | 60,00 | 64,29 |
| No contesta | 4 | 0 | 7,27 | - |

4.1.5. Psicopatología de la muestra psicosis.

La fiabilidad global del SCL90-R fue muy alta, de 0,96. No se observaron diferencias por sexo.

Los resultados en las 9 subdimensiones psicopatológicas del SCL90-R fueron los siguientes:

| <i>Tabla 11</i> | | | | | | | | |
|---|-------|--------|-------------------------------|-------|-----------------------|-------|--|-------|
| Frecuencia y porcentajes en las subdimensiones SCL90-R en la muestra psicosis | | | | | | | | |
| Psicopatología | Media | DT | Clínicamente no significativo | | En riesgo T \geq 65 | | Clínicamente significativo T \geq 80 | |
| | | | n | % | n | % | n | % |
| Somatizaciones | 65,38 | 29,910 | 24 | 43,64 | 8 | 14,54 | 23 | 41,82 |
| Obsesiones y Compulsiones | 66,25 | 30,146 | 23 | 41,82 | 4 | 7,27 | 28 | 50,91 |
| | | | 24 | 43,64 | 5 | 9,09 | 26 | 47,27 |
| Sensitividad Interpersonal | 63,15 | 32,608 | 21 | 38,18 | 2 | 3,64 | 32 | 58,18 |
| Depresión | 74,13 | 26,811 | | | | | | |
| Ansiedad | 73,25 | 26,244 | 17 | 30,91 | 5 | 9,09 | 33 | 60,00 |
| Hostilidad | 59,13 | 28,299 | 29 | 52,73 | 9 | 16,36 | 17 | 30,91 |
| Ansiedad Fóbica | 68,60 | 28,051 | 24 | 43,64 | 3 | 5,45 | 28 | 50,91 |
| Ideación Paranoide | 69,07 | 26,059 | 21 | 38,18 | 9 | 16,36 | 25 | 45,46 |
| Psicoticismo | 71,64 | 28,637 | 17 | 30,91 | 8 | 14,54 | 30 | 54,55 |

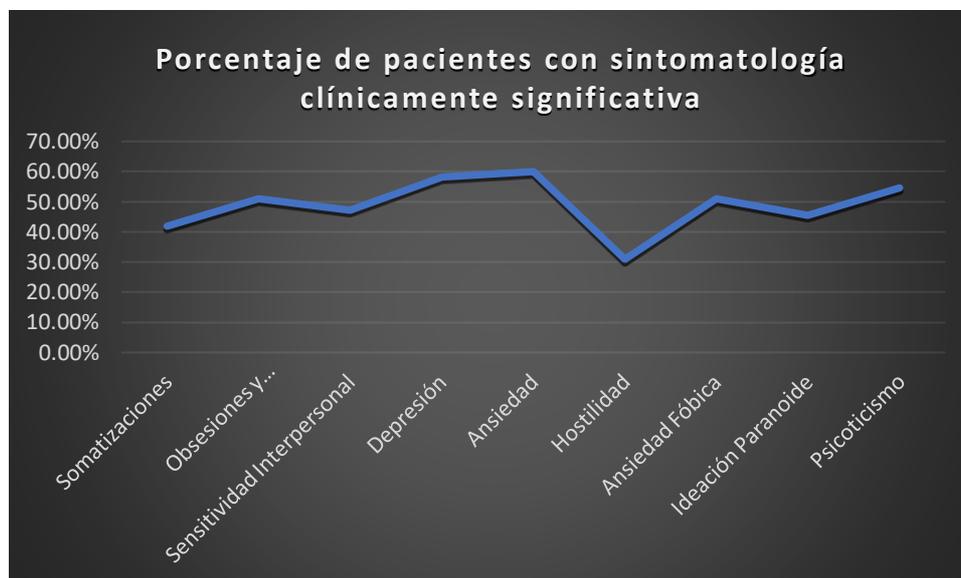


Gráfico 11

4.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 1.

1. “Establecer la relación entre el período crítico, la cronicidad psicótica, la psicopatología y la frecuencia de las experiencias adversas infantiles”

Como vimos, en nuestra muestra de personas que han padecido brotes psicóticos (N=55), 46 (83,6%) pacientes fueron diagnosticados por la CIE-10 como F20-F29 (trastornos psicóticos no afectivos). Del resto (16,4%), 8 fueron diagnosticados como bipolares y una persona como episodio depresivo psicótico. De la muestra total 25 personas (el 45%) fueron diagnosticados de esquizofrenia, siendo este el diagnóstico más prevalente.

De los 55 sujetos, 34 sufrieron acontecimientos potencialmente traumáticos antes de los 16 años (61,82%). 14 (25,46%) habían sufrido alcoholismo parental (de padre o madre) asociado a algún tipo de negligencia durante su infancia. 34 personas referían abuso físico durante su infancia (61, 82%). 19 (34,56%) reportaban algún tipo de abandono físico. 14 sujetos reportaron abuso sexual en la infancia (25,46%). Algún grado de maltrato emocional era referido por 38 personas (69,10%) y 19 (el 34,56%) reportaban abandono emocional.

24 (43,64%) sujetos reportaron maltrato (psicológico y/o físico) a la madre durante la infancia del entrevistado. En 22 de los casos eran maltratos de la pareja de la madre (2 de estos casos especificaron que esta violencia conyugal era simétrica entre mujer y hombre). En otros dos casos la violencia provenía de otros varones convivientes de la familia.

4.2.1. Muestra psicosis

Para establecer la relación entre el periodo crítico, la cronicidad psicótica y otras variables, se dividió la muestra psicosis según los puntos de corte descritos en el apartado metodología:

| Submuestras según cronicidad psicótica | N |
|--|----|
| Corte de menos de 5 años | 18 |
| Corte de entre 5 y 10 años | 7 |
| Corte de entre 10 años y 15 | 7 |
| Corte de más de 10 años | 23 |

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en la comparación de medias con la prueba t de Student, en las variables de estudio entre dos submuestras de la muestra psicosis: 1.- aquellas personas que tuvieron su primer brote hace 15 años o menos (n=32) y 2.- las que lo tuvieron hace más tiempo (n=23).

Tabla 12

Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 15 años (n=32) y más de 15 años (n=23)

| | t | p< | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|--------|---------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 2,676 | 0,010** | 21,723 | 0,720 |
| Somatizaciones | -0,627 | 0,533 | -0,116 | -0,171 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,807 | 0,424 | 0,172 | 0,213 |
| Sensitividad interpersonal | 1,570 | 0,124 | 0,342 | 0,439 |
| Depresión | 1,792 | 0,079 | 0,435 | 0,473 |
| Ansiedad | -0,626 | 0,534 | -0,144 | -0,169 |
| Hostilidad | -0,044 | 0,965 | -0,009 | -0,013 |
| Ansiedad fóbica | -0,167 | 0,868 | -0,036 | -0,043 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|
| Ideación paranoide | 1,777 | 0,082 | 0,430 | 0,481 |
| Psicoticismo | 1,821 | 0,077 | 0,395 | 0,529 |
| Frecuencia de EAI | 1,409 | 0,165 | 3,262 | 0,385 |
| Abuso físico | -0,210 | 0,832 | -0,083 | -0,055 |
| Abuso sexual | 2,605 | 0,012* | 1,822 | 0,711 |
| Maltrato emocional | 1,098 | 0,278 | 1,249 | 0,299 |
| Abandono emocional | 1,373 | 0,176 | 0,721 | 0,380 |
| Abandono físico | 0,430 | 0,669 | 0,151 | 0,117 |
| Víctima vicaria de VG | 0,348 | 0,729 | 0,090 | 0,092 |

** Significatividad $p < 0,01$ *Significatividad $p < 0,05$

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en la comparación de medias en las variables de estudio entre dos submuestras psicóticas: 1. una de aquellas personas que tuvieron su primer brote hace 10 años o menos ($n = 25$) y 2. otra con aquellas que lo tuvieron hace más tiempo ($n = 30$).

Tabla 13

Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 10 años ($n=25$) y más de 10 años ($n=30$)

| | t | p< | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|--------|---------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 4,340 | 0,000** | 32,393 | 1,175 |
| Somatizaciones | 0,700 | 0,487 | 0,130 | 0,192 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,894 | 0,376 | 0,199 | 0,246 |
| Sensitividad interpersonal | 1,780 | 0,081 | 0,370 | 0,478 |
| Depresión | 1,698 | 0,095 | 0,423 | 0,460 |
| Ansiedad | 0,357 | 0,723 | 0,083 | 0,097 |
| Hostilidad | -0,144 | 0,886 | -0,029 | -0,039 |
| Ansiedad fóbica | 0,948 | 0,348 | 0,212 | 0,260 |
| Ideación paranoide | 1,950 | 0,056 | 0,469 | 0,528 |
| Psicoticismo | 1,859 | 0,069 | 0,367 | 0,490 |
| Frecuencia de EAI | 1,612 | 0,113 | 3,640 | 0,432 |
| Abuso físico | 0,318 | 0,752 | 0,127 | 0,090 |
| Abuso sexual | 1,901 | 0,063 | 1,353 | 0,513 |
| Maltrato emocional | 1,254 | 0,215 | 1,413 | 0,339 |
| Abandono emocional | 1,503 | 0,139 | 0,780 | 0,407 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|-------|--------|--------|
| Abandono físico | 0,764 | 0,448 | 0,260 | 0,204 |
| Víctima vicaria de VG | -0,101 | 0,920 | -0,027 | -0,031 |

** Significatividad $p < 0,01$ *Significatividad $p < 0,05$

En la siguiente tabla comparamos 1. el grupo de las personas de la muestra que tuvieron su primer brote psicótico hace 5 años o menos ($n=18$) y 2. los que lo tuvieron hace más tiempo ($n=37$) y son usuarias de nuestros servicios:

Tabla 14

Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 5 años ($n=18$) y más de 5 años ($n=37$)

| | t | p< | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|-------|---------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 5,568 | 0,000** | 40,776 | 1,600 |
| Somatizaciones | 2,017 | 0,053 | 0,394 | 0,602 |
| Obsesiones y compulsiones | 2,638 | 0,012* | 0,563 | 0,733 |
| Sensitividad interpersonal | 2,326 | 0,026* | 0,502 | 0,660 |
| Depresión | 2,314 | 0,025* | 0,549 | 0,605 |
| Ansiedad | 1,385 | 0,175 | 0,329 | 0,391 |
| Hostilidad | 1,580 | 0,121 | 0,289 | 0,398 |
| Ansiedad fóbica | 2,292 | 0,027* | 0,490 | 0,620 |
| Ideación paranoide | 3,670 | 0,001** | 0,802 | 0,958 |
| Psicoticismo | 2,737 | 0,009** | 0,523 | 0,717 |
| Frecuencia de EAI | 1,720 | 0,095 | 4,180 | 0,499 |
| Abuso físico | 1,122 | 0,269 | 0,459 | 0,321 |
| Abuso sexual | 2,153 | 0,036* | 1,613 | 0,622 |
| Maltrato emocional | 1,216 | 0,233 | 1,473 | 0,353 |
| Abandono emocional | 1,597 | 0,116 | 0,877 | 0,455 |
| Abandono físico | 0,483 | 0,632 | 0,171 | 0,133 |
| Víctima vicaria de VG | 0,906 | 0,371 | 0,249 | 0,257 |

** Significatividad $p < 0,01$ *Significatividad $p < 0,05$

En la siguiente tabla comparamos las diferencias en medias de las tablas precedentes, obtenidas para cada una de las subdimensiones psicopatológicas del SCL90-R, según el punto de corte establecido en la muestra psicosis: 5, 10 o 15 años. Y lo representaremos gráficamente.

Tabla 15

Diferencia de medias en las subdimensiones psicopatológicas en función de los diferentes cortes temporales de cronicidad psicótica.

| Corte: | 5 años | 10 años | 15 años |
|----------------------------|--------|---------|---------|
| Somatizaciones | 0,394 | 0,130 | -0,116 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,563 | 0,199 | 0,172 |
| Sensitividad interpersonal | 0,502 | 0,370 | 0,342 |
| Depresión | 0,549 | 0,423 | 0,435 |
| Ansiedad | 0,329 | 0,083 | -0,144 |
| Hostilidad | 0,289 | -0,029 | -0,009 |
| Ansiedad fóbica | 0,490 | 0,212 | -0,036 |
| Ideación paranoide | 0,802 | 0,469 | 0,430 |
| Psicoticismo | 0,523 | 0,367 | 0,395 |

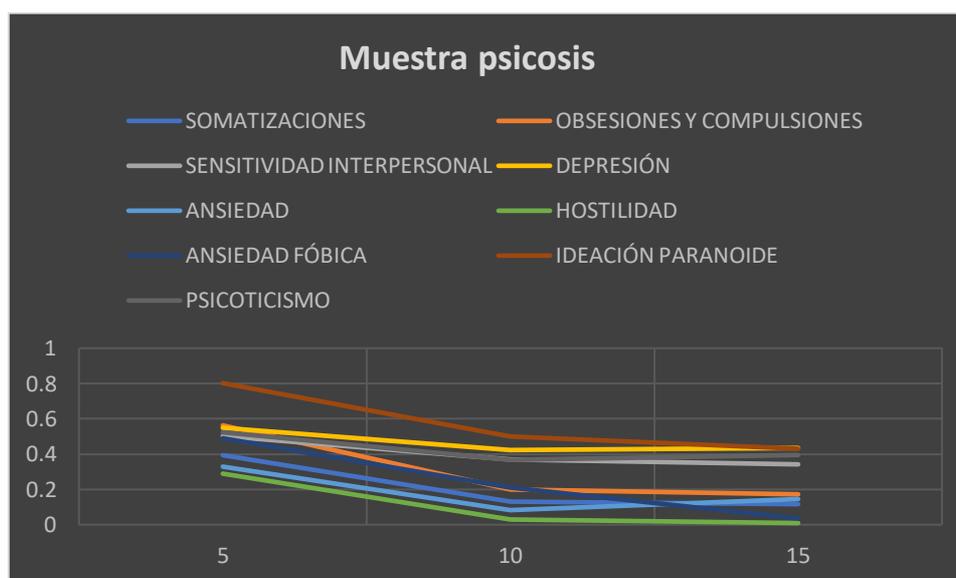


Gráfico 12

4.2.2. Muestra psicosis no afectiva.

Acotamos la muestra a aquellas personas con un diagnóstico F20-29, según la CIE-10, esto es, a psicosis no afectivas. Como indicamos en el apartado método, la submuestra psicosis no afectiva tendrá N= 46.

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en la comparación de medias entre dos submuestras no afectivas, 1.- aquellas personas que tuvieron su primer brote hace 15 años o menos (n=21) y 2.- las que lo tuvieron hace más tiempo (n=25):

Tabla 16
Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 15 años (n=21) y más de 15 años (n=21)

| | t | p < | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|--------|---------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 1,862 | 0,069 | 16,941 | 0,551 |
| Somatizaciones | -0,215 | 0,831 | -0,043 | -0,064 |
| Obsesiones y compulsiones | 1,326 | 0,192 | 0,314 | 0,383 |
| Sensitividad interpersonal | 1,892 | 0,066 | 0,453 | 0,568 |
| Depresión | 2,111 | 0,041* | 0,574 | 0,614 |
| Ansiedad | 0,078 | 0,938 | 0,020 | 0,023 |
| Hostilidad | 0,497 | 0,622 | 0,114 | 0,150 |
| Ansiedad fóbica | 0,221 | 0,826 | 0,052 | 0,064 |
| Ideación paranoide | 1,881 | 0,067 | 0,507 | 0,555 |
| Psicoticismo | 2,383 | 0,023* | 0,545 | 0,728 |
| Frecuencia de EAI | 1,276 | 0,209 | 3,330 | 0,375 |
| Abuso físico | -0,436 | 0,665 | -0,194 | -0,124 |
| Abuso sexual | 2,957 | 0,005** | 2,194 | 0,874 |
| Maltrato emocional | 1,008 | 0,319 | 1,299 | 0,295 |
| Abandono emocional | 1,225 | 0,229 | 0,754 | 0,369 |
| Abandono físico | 0,266 | 0,792 | 0,105 | 0,075 |
| Víctima vicaria de VG | 0,411 | 0,683 | 0,120 | 0,122 |

** Significatividad p< 0,01 *Significatividad p<0,05

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en la comparación de medias entre dos submuestras no afectivas, 1. aquellas personas que tuvieron su primer brote hace 10 años o menos (n=18) y 2. las que lo tuvieron hace más tiempo (n=28) en las variables de estudio:

Tabla 17
Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos (n=18) y más de 10 años (n=28)

| | t | p< | diferencia de medias | d de Cohen |
|-----------------------|-------|---------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 3,593 | 0,001** | 30,496 | 1,087 |

| | | | | |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Somatizaciones | 1,251 | 0,220 | 0,259 | 0,388 |
| Obsesiones y compulsiones | 1,450 | 0,157 | 0,375 | 0,461 |
| Sensitividad interpersonal | 2,338 | 0,024* | 0,537 | 0,685 |
| Depresión | 2,105 | 0,043* | 0,605 | 0,649 |
| Ansiedad | 1,346 | 0,186 | 0,338 | 0,399 |
| Hostilidad | 0,418 | 0,679 | 0,098 | 0,128 |
| Ansiedad fóbica | 1,602 | 0,118 | 0,386 | 0,488 |
| Ideación paranoide | 2,183 | 0,035* | 0,586 | 0,648 |
| Psicoticismo | 2,472 | 0,017* | 0,527 | 0,700 |
| Frecuencia de EAI | 1,293 | 0,204 | 3,468 | 0,391 |
| Abuso físico | 0,008 | 0,994 | 0,004 | 0,000 |
| Abuso sexual | 2,126 | 0,039* | 1,679 | 0,643 |
| Maltrato emocional | 0,991 | 0,328 | 1,317 | 0,300 |
| Abandono emocional | 1,262 | 0,214 | 0,774 | 0,384 |
| Abandono físico | 0,536 | 0,595 | 0,206 | 0,158 |
| Víctima vicaria de VG | -0,053 | 0,958 | -0,016 | -0,010 |

** Significatividad $p < 0,01$ *Significatividad $p < 0,05$

Comparamos el grupo de las personas de la submuestra no afectiva que tuvieron su primer brote psicótico hace 5 años o menos ($n=14$) y los que lo tuvieron hace más tiempo ($n=32$) y son usuarias de nuestros servicios:

Tabla 18

Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 5 años ($n=14$) y más de 5 años ($n=32$)

| | t | p < | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|-------|---------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 5,031 | 0,000** | 41,013 | 1,612 |
| Somatizaciones | 2,667 | 0,013* | 0,522 | 0,821 |
| Obsesiones y compulsiones | 3,547 | 0,001** | 0,765 | 1,017 |
| Sensitividad interpersonal | 3,416 | 0,002** | 0,742 | 0,986 |
| Depresión | 2,813 | 0,007** | 0,813 | 0,901 |
| Ansiedad | 2,683 | 0,011* | 0,600 | 0,735 |
| Hostilidad | 2,353 | 0,024* | 0,458 | 0,623 |
| Ansiedad fóbica | 3,235 | 0,002** | 0,758 | 1,036 |
| Ideación paranoide | 3,474 | 0,001** | 0,847 | 0,982 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|---------|--------|--------|
| Psicoticismo | 3,703 | 0,001** | 0,727 | 1,008 |
| Frecuencia de EAI | 1,389 | 0,178 | 4,107 | 0,466 |
| Abuso físico | 1,138 | 0,266 | 0,563 | 0,372 |
| Abuso sexual | 1,855 | 0,070* | 1,571 | 0,594 |
| Maltrato emocional | 1,029 | 0,314 | 1,518 | 0,346 |
| Abandono emocional | 1,458 | 0,154 | 0,848 | 0,419 |
| Abandono físico | -0,032 | 0,975 | -0,013 | -0,015 |
| Víctima vicaria de VG | 0,684 | 0,500 | 0,214 | 0,214 |

** Significatividad $p < 0,01$ *Significatividad $p < 0,05$

En la siguiente tabla comparamos las diferencias en psicopatología según el punto de corte establecido para la submuestra trastorno no afectivo:

Tabla 19

Diferencia de medias en las subdimensiones psicopatológicas en función de los diferentes cortes temporales de cronicidad psicótica no afectiva.

| Corte: | 5 años | 10 años | 15 años |
|----------------------------|--------|---------|---------|
| Somatizaciones | 0,522 | 0,259 | -0,043 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,765 | 0,375 | 0,314 |
| Sensitividad interpersonal | 0,742 | 0,537 | 0,453 |
| Depresión | 0,813 | 0,605 | 0,574 |
| Ansiedad | 0,600 | 0,338 | 0,020 |
| Hostilidad | 0,458 | 0,098 | 0,114 |
| Ansiedad fóbica | 0,758 | 0,386 | 0,052 |
| Ideación paranoide | 0,847 | 0,586 | 0,507 |
| Psicoticismo | 0,727 | 0,527 | 0,545 |

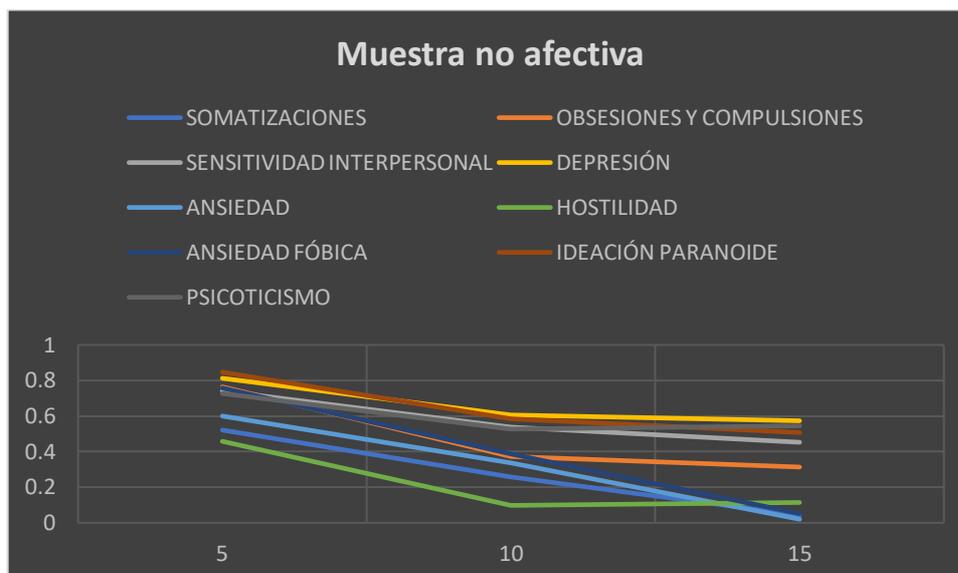


Gráfico 13

4.2.3. Muestra esquizofrenia.

Acotamos la muestra a aquellas personas con un diagnóstico de esquizofrenia: N= 25.

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en la comparación de medias entre dos submuestras con diagnóstico de esquizofrenia, aquellas personas que tuvieron su primer brote hace 15 años o menos (n=14) y las que lo tuvieron hace más tiempo (n=11), en las variables de estudio:

Tabla 20
Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 15 años (n=14) y más de 15 años (n=11)

| | t | p< | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|-------|--------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 2,472 | 0,021* | 25,494 | 0,996 |
| Somatizaciones | 0,536 | 0,597 | 0,119 | 0,213 |
| Obsesiones y compulsiones | 1,725 | 0,098 | 0,468 | 0,695 |
| Sensitividad interpersonal | 2,624 | 0,016* | 0,788 | 1,078 |
| Depresión | 2,309 | 0,030* | 0,797 | 0,916 |
| Ansiedad | 1,070 | 0,299 | 0,344 | 0,445 |
| Hostilidad | 0,727 | 0,477 | 0,235 | 0,309 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|-------|
| Ansiedad fóbica | 0,585 | 0,565 | 0,199 | 0,231 |
| Ideación paranoide | 2,812 | 0,010* | 0,990 | 1,117 |
| Psicoticismo | 2,304 | 0,031* | 0,746 | 0,929 |
| Frecuencia de EAI | 0,431 | 0,670 | 1,474 | 0,168 |
| Abuso físico | -0,011 | 0,991 | -0,006 | 0,000 |
| Abuso sexual | 1,256 | 0,222 | 1,123 | 0,505 |
| Maltrato emocional | 0,211 | 0,834 | 0,377 | 0,082 |
| Abandono emocional | 0,351 | 0,729 | 0,253 | 0,141 |
| Abandono físico | 0,229 | 0,821 | 0,123 | 0,087 |
| Víctima vicaria de VG | 0,128 | 0,899 | 0,052 | 0,050 |

*Significatividad $p < 0,05$

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en la comparación de medias entre dos muestras, aquellas personas que tuvieron su primer brote hace 10 años o menos ($n=9$) y las que lo tuvieron hace más tiempo ($n=16$) en las variables de estudio:

Tabla 21

Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 10 años ($n=9$) y más de años ($n=16$)

| | t | p< | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|--------|---------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 4,554 | 0,000** | 39,625 | 1,898 |
| Somatizaciones | 1,732 | 0,103 | 0,388 | 0,733 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,904 | 0,383 | 0,292 | 0,417 |
| Sensitividad interpersonal | 1,978 | 0,062 | 0,600 | 0,767 |
| Depresión | 1,726 | 0,101 | 0,628 | 0,690 |
| Ansiedad | 1,727 | 0,099 | 0,503 | 0,669 |
| Hostilidad | 0,197 | 0,846 | 0,060 | 0,078 |
| Ansiedad fóbica | 1,169 | 0,259 | 0,410 | 0,486 |
| Ideación paranoide | 1,703 | 0,106 | 0,668 | 0,691 |
| Psicoticismo | 1,600 | 0,123 | 0,564 | 0,667 |
| Frecuencia de EAI | -0,063 | 0,951 | -0,264 | -0,029 |
| Abuso físico | -0,059 | 0,954 | -0,042 | -0,026 |
| Abuso sexual | 0,952 | 0,351 | 0,785 | 0,345 |
| Maltrato emocional | -0,248 | 0,808 | -0,535 | -0,115 |
| Abandono emocional | -0,143 | 0,888 | -0,111 | -0,062 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|-------|--------|--------|
| Abandono físico | 0,169 | 0,868 | 0,097 | 0,073 |
| Víctima vicaria de VG | -0,453 | 0,656 | -0,188 | -0,192 |

** Significatividad $p < 0,01$

Comparamos el grupo de las personas de la submuestra con diagnóstico de esquizofrenia que tuvieron su primer brote psicótico hace 5 años o menos ($n=7$) y los que lo tuvieron hace más tiempo ($n=18$) y son usuarias de nuestros servicios:

Tabla 22
Comparación de medias entre grupo primer brote hace menos de 5 años ($n=7$) y más de años ($n=18$)

| | t | p< | diferencia de medias | d de Cohen |
|----------------------------|--------|--------|----------------------|------------|
| Grado de discapacidad | 1,493 | 0,167 | 0,484 | 0,714 |
| Somatizaciones | 2,275 | 0,039* | 0,702 | 0,912 |
| Obsesiones y compulsiones | 1,610 | 0,121 | 0,655 | 0,717 |
| Sensitividad interpersonal | 1,618 | 0,131 | 0,517 | 0,686 |
| Depresión | 1,569 | 0,134 | 0,425 | 0,571 |
| Ansiedad | 1,902 | 0,070 | 0,684 | 0,847 |
| Hostilidad | 2,795 | 0,010* | 1,101 | 1,245 |
| Ansiedad fóbica | 2,034 | 0,054 | 0,743 | 0,906 |
| Ideación paranoide | -0,243 | 0,812 | -0,135 | -0,108 |
| Psicoticismo | 0,351 | 0,736 | 1,794 | 0,203 |
| Frecuencia de EAI | 0,983 | 0,336 | 0,984 | 0,441 |
| Abuso físico | 0,164 | 0,874 | 0,429 | 0,093 |
| Abuso sexual | 0,060 | 0,953 | 0,056 | 0,034 |
| Maltrato emocional | -0,339 | 0,742 | -0,222 | -0,161 |
| Abandono emocional | 0,536 | 0,602 | 0,230 | 0,233 |
| Abandono físico | 1,493 | 0,167 | 0,484 | 0,714 |
| Víctima vicaria de VG | 2,275 | 0,039* | 0,702 | 0,912 |

*Significatividad $p < 0,05$

En la siguiente tabla comparamos las diferencias en psicopatología según el punto de corte establecido para la submuestra con diagnóstico de esquizofrenia:

Tabla 23
Diferencia de medias en las subdimensiones psicopatológicas en función de los diferentes cortes temporales de cronicidad esquizofrénica.

| Corte: | 5 años | 10 años | 15 años |
|----------------------------|--------|---------|---------|
| Somatizaciones | 0,519 | 0,388 | 0,119 |
| Obsesiones y compulsiones | 0,484 | 0,292 | 0,468 |
| Sensitividad interpersonal | 0,702 | 0,600 | 0,788 |
| Depresión | 0,655 | 0,628 | 0,797 |
| Ansiedad | 0,517 | 0,503 | 0,344 |
| Hostilidad | 0,425 | 0,060 | 0,235 |
| Ansiedad fóbica | 0,684 | 0,410 | 0,199 |
| Ideación paranoide | 1,101 | 0,668 | 0,990 |
| Psicoticismo | 0,743 | 0,564 | 0,746 |

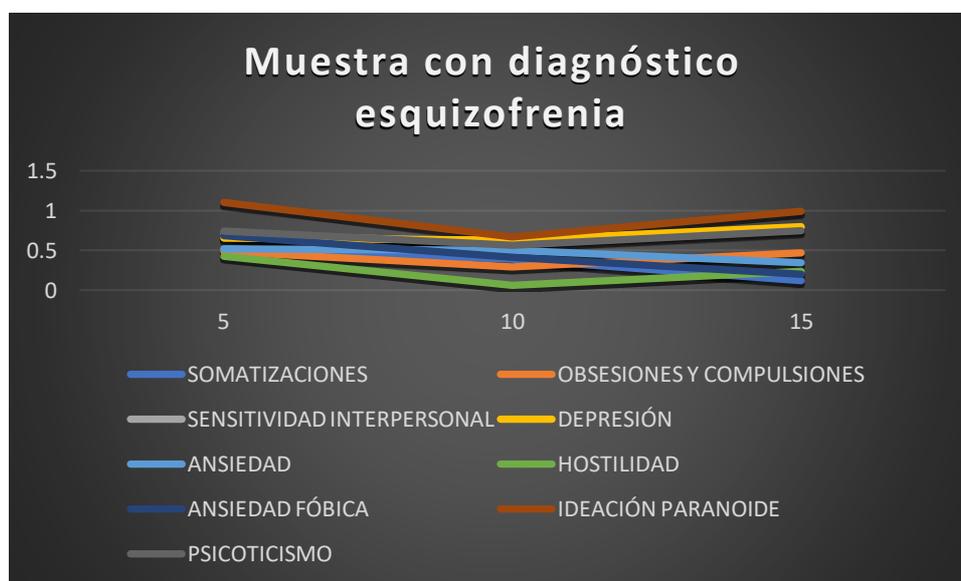


Gráfico 14

4.2.4. Otros cálculos.

Además de tomar la cronicidad psicótica general por grupos, la tomamos cuantitativamente (años desde el primer brote) y la frecuencia de EAI sin baremar (cuantitativa), encontrando una correlación de 0,326 (con un p valor de 0,015).

Por último, realizamos un análisis de covarianza, para comprobar que no hay efecto cohorte en la relación entre la cronicidad y las EAI:

Tabla 24
Pruebas de efectos inter-sujetos

Variable dependiente: Tiempo desde el inicio de los síntomas psicóticos.

| Origen | F | G1 | p< |
|--------------------|-------|----|-------|
| Modelo corregido | 1,479 | 38 | 0,202 |
| Intersección | 0,040 | 1 | 0,843 |
| Edad | 2,959 | 1 | 0,105 |
| Frecuencia EAI | 0,526 | 2 | 0,601 |
| Víctima vicaria VG | 0,145 | 2 | 0,866 |
| Refugio Seguro | 0,178 | 2 | 0,839 |
| Abandono Físico | 0,383 | 2 | 0,688 |
| Maltrato Emocional | 0,791 | 10 | 0,638 |
| Abuso Físico | 0,254 | 4 | 0,903 |
| Abuso Sexual | 0,136 | 4 | 0,966 |
| Abandono Emocional | 0,202 | 5 | 0,957 |

4.3. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 2.

2. “Establecer las relaciones entre el apego y la salud mental en los pacientes psicóticos”

4.3.1. Apego y subdimensiones psicopatológicas.

Cruzamos los cuatro patrones de apego adulto y las dos subdimensiones *ansiedad* y *evitación* según el cuestionario RQ, con las nueve subdimensiones psicopatológicas de la escala SCL90-R:

Tabla 25
Correlación de Pearson entre los patrones y subdimensiones del apego adulto y las subdimensiones del SCL90-R (N=55)

| Apego: SCL90 | seguro | desvalorizador | preocupado | temeroso | <i>ansiedad</i> | <i>evitación</i> |
|-------------------------------|----------|----------------|------------|----------|-----------------|------------------|
| Somatizaciones | -0,220 | 0,000 | 0,285* | 0,444** | 0,428** | 0,194 |
| Obsesiones y Compulsiones | -0,430** | -0,047 | 0,340* | 0,268* | 0,494** | 0,162 |
| Sensitividad Interpersonal | -0,456** | -0,012 | 0,271* | 0,290* | 0,468** | 0,242 |
| Depresión | -0,481** | -0,120 | 0,221 | 0,415** | 0,560** | 0,290* |
| Ansiedad | -0,425** | -0,060 | 0,192 | 0,237 | 0,416** | 0,215 |
| Hostilidad | -0,167 | 0,252 | 0,091 | 0,199 | 0,094 | 0,272* |
| Ansiedad Fóbica | -0,400** | -0,014 | 0,315* | 0,244 | 0,443** | 0,165 |
| Ideación Paranoide | -0,300* | 0,085 | 0,353** | 0,374** | 0,428** | 0,208 |
| Psicoticismo | -0,425** | 0,098 | 0,192 | 0,343* | 0,392** | 0,350** |

** Significatividad $p < 0,01$ *Significatividad $p < 0,05$

4.3.2. Apego y síntomas positivos de la psicosis.

Cruzamos los cuatro patrones de apego adulto y las dos subdimensiones *ansiedad* y *evitación* según el cuestionario RQ, con los cinco ítems del SCL90-R (variables ordinales) que corresponden a síntomas positivos de la psicosis o de primer rango de Schneider:

Tabla 26
Correlación de Spearman entre los síntomas psicóticos y el apego

| Apego: Ítem SCL90R | seguro | desvalorizador | preocupado | temeroso | <i>ansiedad</i> | <i>evitación</i> |
|--------------------------|---------|----------------|------------|----------|-----------------|------------------|
| Ítem 7 | -0,314* | 0,128 | 0,077 | 0,024 | 0,191 | 0,248 |
| Ítem 16 | -0,266* | -0,056 | -0,054 | -0,035 | 0,158 | 0,107 |

| | | | | | | |
|---------|----------|--------|-------|-------|---------|-------|
| Ítem 35 | -0,427** | 0,114 | 0,171 | 0,133 | 0,303* | 0,248 |
| Ítem 43 | -0,497** | -0,096 | 0,196 | 0,188 | 0,419** | 0,242 |
| Ítem 62 | -0,283* | 0,169 | 0,077 | 0,064 | 0,172 | 0,179 |

** Significatividad $p < 0,01$ *Significatividad $p < 0,05$ ***Significatividad $p < 0,10$

4.3.3. Alguien con quien contar.

Observamos la relación entre apego y refugio seguro en la infancia:

Tabla 27

Comparación de medias en los patrones de apego entre aquellos que tuvieron una figura refugio seguro ($n=33$) y aquellos que no ($n=18$) durante la infancia.

| Patrón de apego | t | p < | d de Cohen |
|-----------------|---------|-------|------------|
| Seguro | -0,991 | 0,326 | 0,268 |
| Desvalorizador | 0,108 | 0,915 | 0,030 |
| Preocupado | 2,193* | 0,035 | 0,625 |
| Temeroso | 2,761** | 0,009 | 0,787 |

*Significatividad $p < 0,05$ **Significatividad $p < 0,01$

Para describir el efecto de recordar haber tenido una figura de apego sobre la cronicidad psicótica y debido a lo limitado de la muestra, haremos una tabla de frecuencias. Comparamos las personas con un curso menor tras el primer brote psicótico y las personas con un curso más largo en cuanto a la variable refugio seguro. Cruzamos los 4 grupos de cronicidad descritos anteriormente con esa variable dicotómica.

Tabla 28

Número de sujetos por grupo de cronicidad según variable refugio seguro*

| | No refugio seguro | Sí refugio seguro | Total válidos |
|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Hasta los 5 | 2 | 15 | 17 |
| De 5 a 10 | 4 | 2 | 6 |
| De 10 a 15 | 2 | 4 | 6 |
| De 15 en adelante | 10 | 12 | 22 |

*Hay 4 valores perdidos.

Si tomamos la variable cronicidad de manera cuantitativa (años desde el primer brote) y comparamos su media para aquellos sin figura de apego seguro y aquellos con ella, la t de Student es de 1,873 con un p valor de 0,067 y un tamaño del efecto, d de Cohen = 0,549.

Según vimos en el marco teórico, y a la vista de lo que sugieren los anteriores datos, se plantea que el tener una figura de apego en la infancia podría ser un protector, en el caso de haber sufrido altas dosis de experiencias adversas infantiles, de cronicidad psicótica. Para averiguarlo, comparamos la correlación entre cronicidad y frecuencia de EAI, controlando o no el efecto de la variable refugio seguro (correlación total vs. parcial):

| Correlación de Pearson entre cronicidad psicótica y frecuencia EAI | |
|--|--------|
| Sin controlar la variable RS | 0,326* |
| Controlando la variable RS | 0,325* |

* Significatividad $p < 0,05$.

Se describe a continuación, a través de una tabla de frecuencias, la distribución de sujetos en estas tres variables: EAI, cronicidad psicótica (tomada por grupos de hasta 5, hasta 10, hasta 15, y más de 15 años) y la variable refugio seguro.

| Número de sujetos en función de la frecuencia de EAI, la tenencia o no de una figura refugio seguro durante la infancia y la cronicidad psicótica. | | | | | | | |
|--|-------|----------------|----|----------|----|------|---|
| | | Frecuencia EAI | | | | | |
| | | Alta | | Moderada | | Leve | |
| Refugio Seguro | No | Sí | No | Sí | No | Sí | |
| | 0-5 | 0 | 2 | 2 | 11 | 0 | 3 |
| | 5-10 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Cronicidad | 10-15 | 2 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Psicótica | +15 | 8 | 3 | 2 | 9 | 0 | 0 |

4.3.4. Alguien a quien contar.

34 sujetos (el 61,82% de la muestra psicosis) declararon haber tenido experiencias adversas infantiles remarcables durante su infancia como para dar cuenta de ellas. De ellos el 58,82% (N=20) respondió negativamente a la pregunta *¿Se las has contado a algún profesional de salud mental?*, y un 41,18% (N=14) lo hizo positivamente. De los 14 sujetos que lo contaron, el 64,29% (N=9) respondió afirmativamente a la pregunta *¿Te ayudó contarlo?* Y 35,71% (N=5) negativamente.

4.4. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 3.

3. “Incluir ser testigo de violencia de género como experiencia adversa infantil y estudiar su impacto”

A continuación mostramos el porcentaje de personas que sufrieron las diferentes experiencias adversas infantiles (EAI previas a los 16 años) en nuestra muestra psicosis:

Tabla 31

Tipos de EAI en la muestra psicosis (N=55)

| | % |
|------------------------------|-------|
| Maltrato físico | 61,82 |
| Abandono físico | 34,54 |
| Abuso sexual | 25,45 |
| Maltrato emocional | 69,09 |
| Abandono emocional | 34,54 |
| Violencia de género parental | 43,64 |

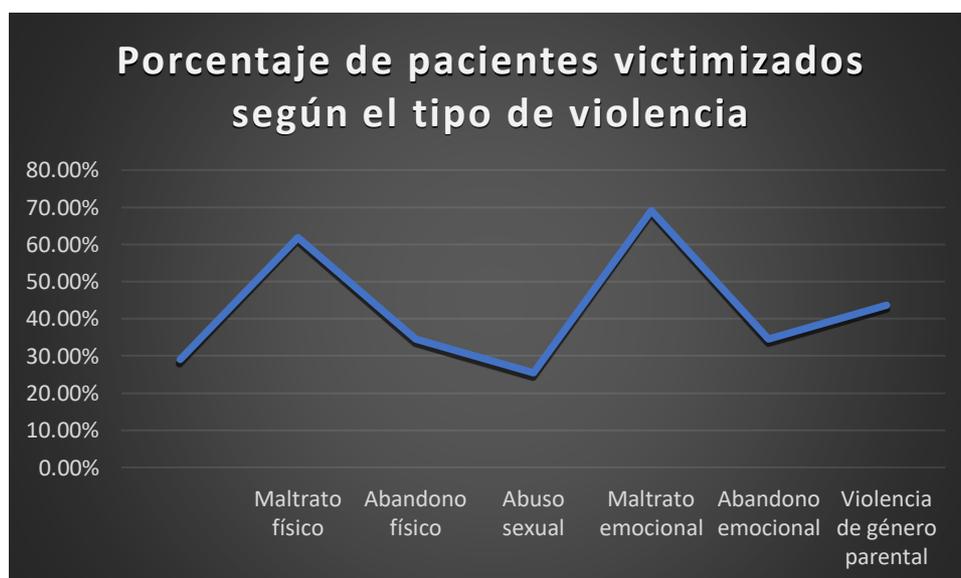


Gráfico 15

Tabla 32

Correlación de Spearman entre la violencia de género a la madre durante la infancia del paciente con la frecuencia de adversidad infantil sufrida por el hijo.

| EAI \ Víctima vicaria VG | |
|--------------------------|---------|
| Frecuencia EAI | 0,683** |
| Abuso físico | 0,443** |
| Abuso sexual | 0,299* |
| Maltrato emocional | 0,578** |
| Abandono emocional | 0,631** |
| Abandono físico | 0,448** |

* Significatividad $p < 0,05$ ** Significatividad $p < 0,01$

Calculamos así mismo la correlación de Spearman entre ser víctima vicaria de VG y el alcoholismo parental, que se informa en el ítem 16 del Expra-S, por su especial incidencia en la muestra psicosis, encontrando que la correlación es de $r=0,411$ (con una p valor de 0,002).

Tabla 33

Correlación de Spearman entre haber sido testigo de violencia de género en casa y síntomas psicopatológicos de adulto

| SCL90-R \ Víctima vicaria VG | |
|------------------------------|--------|
| Somatizaciones | 0,329* |
| Obsesiones y Compulsiones | 0,283* |
| Sensitividad Interpersonal | 0,137 |
| Depresión | 0,359* |
| Ansiedad | 0,034 |
| Hostilidad | -0,027 |
| Ansiedad Fóbica | 0,081 |
| Ideación Paranoide | 0,096 |
| Psicoticismo | 0,173 |

*Significatividad $p < 0,05$

4.5. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 4.

4. “Comparar las experiencias adversas infantiles sufridas entre una muestra con psicosis y una muestra con trastornos reactivos y no psicóticos”

Tabla 34

Comparación de las medias en EAI entre la muestra contraste (N=28) y el grupo de psicosis (N=55)

| | t | p < | d de Cohen |
|------------------------------|----------|-------|------------|
| Abandono físico | 2,244* | 0,028 | -0,579 |
| Abandono emocional | 0,598 | 0,552 | -0,132 |
| Abuso sexual | -1,770 | 0,080 | -0,455 |
| Abuso físico | -0,421 | 0,676 | -0,107 |
| Maltrato emocional | 1,825 | 0,072 | -0,403 |
| Victimización vicaria por VG | -3,653** | 0,002 | -0,796 |
| Frecuencia EAI | -1,610 | 0,113 | -0,369 |

*Significatividad 0,05 **Significatividad 0,01

Tabla 35

Comparación de las medias en EAI entre la muestra contraste (n=28) y el grupo de psicosis no afectiva (n=46)

| | t | p < | d de Cohen |
|------------------------------|----------|-------|------------|
| Abandono físico | -2,409* | 0,019 | -0,631 |
| Abandono emocional | -0,867 | 0,389 | -0,214 |
| Abuso sexual | -1,929 | 0,058 | -0,499 |
| Abuso físico | -0,580 | 0,565 | -0,147 |
| Maltrato emocional | 2,178* | 0,033 | -0,500 |
| Victimización vicaria por VG | -3,112** | 0,003 | -0,770 |
| Frecuencia EAI | -1,953 | 0,055 | -0,460 |

*Significatividad 0,05 **Significatividad 0,01

Tabla 36

Comparación de las medias en EAI entre la muestra contraste (n=28) y el grupo esquizofrenia (n=25)

| | t | p < | d de Cohen |
|------------------------------|---------|-------|------------|
| Abandono físico | -2,250* | 0,029 | -0,611 |
| Abandono emocional | -0,259 | 0,797 | -0,071 |
| Abuso sexual | -1,643 | 0,107 | -0,448 |
| Abuso físico | -1,012 | 0,317 | -0,279 |
| Maltrato emocional | -1,738 | 0,090 | -0,483 |
| Victimización vicaria por VG | -2,631* | 0,011 | -0,711 |
| Frecuencia EAI | -1,577 | 0,121 | -0,435 |

*Significatividad $p < 0,05$

4.6. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO 5.

5. “Proponer un plan de prevención primaria y secundaria”

4.6.1. Modelo de incidencia de la psicosis.

Realizamos una regresión logística con las variables ser víctima vicaria de VG y abandono físico, que resultan significativas si comparamos la muestra psicosis y la muestra contraste. Incluimos maltrato emocional y abuso sexual que resultaban significativas en un $p < 0,10$ ¹ (Tabla 34).

La variable dependiente era la incidencia o no de psicosis. Todas las variables o son

¹ Cuando en los apartados discusión y conclusiones, nos refiramos a significaciones con p valor de 0,05 y 0,01, escribiremos que datos y comparaciones son estadísticamente significativas. Cuando tengamos en cuenta las significaciones de 0,10, escribiremos expresamente este p valor.

dicotómicas o son dicotomizadas para esta prueba.

En la primera regresión logística obtuvimos que las variables independientes abandono físico y ser víctima vicaria de VG tenían un 0,054 y un 0,002 de significación estadística según el modelo, respectivamente. Esto es, eran de utilidad para la predicción de la incidencia de la psicosis. El maltrato emocional y el abuso sexual, con significaciones respectivas de 0,137 y 0,436, los descartamos para nuestro modelo predictivo.

En una primera regresión logística con abandono físico y VG obtuvimos:

Tabla 37

Regresión logística para la incidencia psicótica 1

| | Logaritmo de la verosimilitud -2 | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke | | |
|--|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|--|--|
| | 95,445 ^a | 0,121 | 0,167 | | |

| Variabes | B | Error estándar | Wald | gl | Sig. |
|--------------------|--------|----------------|--------|----|-------|
| Abandono físico | 0,424 | 0,693 | 0,374 | 1 | 0,054 |
| Víctima vicaria VG | 1,682 | 0,724 | 5,395 | 1 | 0,002 |
| Constante | -2,269 | 0,701 | 10,485 | 1 | 0,001 |

La ecuación que predice la incidencia de la psicosis según este modelo será:

$$\text{Incidencia psicosis} = -2,269 + 1,682 * \text{ser víctima vicaria VG} + 0,424 * \text{abandono físico}$$

y explica el 16,7% del resultado de la psicosis.

Como el abandono físico solo es significativo estadísticamente si tomamos $p < 0,10$, nos decidimos a hacer una regresión logística paso a paso, condicionada hacia adelante, que fuera cribando variables independientes con menor peso en la predicción, obteniendo una ecuación predictiva alternativa con ser víctima vicaria de VG como única variable predictora:

Tabla 38

En una segunda regresión logística paso a paso (condicionada hacia adelante)

| | | |
|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Logaritmo de la verosimilitud -2 | R cuadrado de Cox y Snell | R cuadrado de Nagelkerke |
| 95,323 ^a | 0,107 | 0,149 |

| VARIABLES | B | Error estándar | Wald | Gl | Sig. |
|--------------------|--------|----------------|--------|----|-------|
| Víctima vicaria VG | 1,864 | ,669 | 7,771 | 1 | 0,005 |
| Constante | -2,079 | ,612 | 11,531 | 1 | 0,001 |

La ecuación que predice la incidencia de la psicosis según este modelo será: Incidencia de psicosis= $-2,079 + 1,864 * \text{víctima vicaria VG}$ y explica el 14,9% del resultado de la psicosis.

4.6.2. Modelo de cronicidad.

La frecuencia de experiencias adversas infantiles se relaciona con la psicopatología futura:

Tabla 39

| Correlación entre frecuencia de EAI y psicopatología | |
|--|------------------------|
| Psicopatología | Correlación de Pearson |
| Somatizaciones | 0,311* |
| Obsesiones y compulsiones | 0,252 |
| Sensitividad Interpersonal | 0,029 |
| Depresión | 0,165 |
| Ansiedad | 0,037 |
| Hostilidad | -0,020 |
| Ansiedad Fóbica | -0,066 |
| Ideación Paranoide | 0,236 |
| Psicoticismo | 0,294* |

*Significatividad $p < 0,05$

Según resultados anteriores, la frecuencia de experiencias adversas infantiles correlaciona con la cronicidad psicótica. De igual manera una figura de apego en la infancia

(refugio seguro) parecía tener niveles de significación 0,1 y un tamaño del efecto mayor que 0,5 en la cronicidad psicótica. Y haber sufrido abuso sexual aparecía consistentemente y muy significativamente relacionado con la cronicidad. Para poder esbozar un modelo predictivo de cronicidad, describimos la interrelación entre variables a través de la siguiente matriz de frecuencias:

Tabla 40

Distribución de la frecuencia de EAI y figura refugio seguro según el curso de la psicosis

| Curso de la psicosis | EAI | | | Figura RS* | | Abuso sexual | |
|----------------------|------|----------|------|------------|----|--------------|----|
| | Leve | Moderada | Alta | No | Sí | Sí | No |
| Menos de 5 años | 3 | 13 | 2 | 16 | 2 | 2 | 16 |
| Entre 5 y 15 años | 2 | 8 | 6 | 6 | 7 | 3 | 13 |
| Más de 15 años | 1 | 9 | 11 | 11 | 9 | 9 | 12 |

*Hay 4 valores perdidos.

A la vista de las correlaciones encontradas en anteriores apartados, asumimos linealidad y calculamos la regresión lineal múltiple manteniendo como variable dependiente la cronicidad y como variables predictivas: frecuencia de experiencias adversas infantiles, refugio seguro y abuso sexual.

La R cuadrado obtenida fue de 0,198, cantidad correspondiente al valor predictivo (19,80%) de esas tres variables sobre la cronicidad.

Tabla 41

Regresión lineal múltiple de la cronicidad psicótica

| | Coefficientes no estandarizados | Error estándar | Coefficientes estandarizados | T | Significación |
|----------------|---------------------------------|----------------|------------------------------|--------|---------------|
| Constante | 1,362 | 0,539 | | 2,528 | 0,015 |
| Frecuencia EAI | 0,501 | 0,277 | 0,246 | 1,809 | 0,076 |
| Abuso sexual | 0,110 | 0,066 | 0,228 | 1,668 | 0,101 |
| RS | -0,352 | 0,259 | -0,172 | -1,357 | 0,181 |

La ecuación que predice la cronicidad de la psicosis según este modelo será

$Cronicidad = 1,362 + 0,501 * \text{frecuencia EAI} + 0,110 * \text{abuso sexual} - 0,352 * \text{refugio seguro}$

Dado que los niveles de significación de los coeficientes Beta no son óptimos, realizamos una regresión múltiple con el método paso por paso. Este método excluyó nuestras variables predictoras salvo abuso sexual. Con la que arrojó una R2 de 0,345.

Tabla 42

Regresión lineal entre cronicidad psicótica y abuso sexual

| | Coefficientes no estandarizados | Error estándar | Coefficientes estandarizados | T | Significación |
|--------------|---------------------------------|----------------|------------------------------|-------|---------------|
| Constante | 1,364 | 0,188 | | 7,253 | 0,000 |
| Abuso sexual | 0,167 | 0,062 | 0,345 | 2,677 | 0,010 |

La ecuación que predice la cronicidad de la psicosis según en un 34,50% es

$$\text{Cronicidad} = 1,364 + 0,167 * \text{abuso sexual}$$

5. DISCUSIÓN.

5.0. CONSIDERACIONES INICIALES.

El perfil del paciente con psicosis del estudio es un hombre (54,5%) o mujer (41,5%) con una media de edad de 41 años, con estudios de educación secundaria, que está soltero y vive con su familia de origen y aunque ha tenido pareja alguna vez, ahora carece de ella. Está jubilado por un diagnóstico de esquizofrenia y tiene algún grado de discapacidad reconocido. No ha tenido problemas como consecuencia del abuso de tóxicos y asiste a un hospital de día o al programa de primeros episodios del Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Tiene un apego ansioso, bien sea preocupado o temeroso.

El perfil del paciente de la muestra contraste es una mujer (82,14%) con una media de edad de 46 años con quejas de salud mental y diagnóstico de trastorno reactivo, que no tiene reconocido ningún grado de discapacidad; y convive con su marido y sus hijos. Tiene, fundamentalmente, un patrón de apego seguro.

La predominancia de patrones de apego no seguros (desvalorizador, temeroso y

preocupado) en nuestra muestra psicosis es de un 75%, y en la muestra contraste, con trastornos reactivos y no psicóticos, de un 54%. Los resultados de apego adulto no seguro obtenidos por Sagrario Yárnoz-Yaben y Priscila Comino con una muestra no clínica de 1124 personas evaluadas en el País Vasco (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011) fueron de un 37%. Esto viene a subrayar la evidencia de dificultades en la esfera interpersonal relacionadas con el riesgo.

En cuanto a la victimización de nuestros pacientes observamos que más de la mitad de los pacientes con psicosis, un 62%, ha sufrido experiencias infantiles traumáticas significativas. Esto está en línea con los hallazgos de Álvarez et al. (2011) y Ordóñez-Cambler et al. (2014) que, en nuestro país, estimaban la victimización infantil psicótica entre un 40 y un 75%. También es congruente con las horquillas de victimización infantil en los estudios internacionales: de Bentall et al. (2012), de Campbell et al. (2012) y de Shah et al. (2014).

Un 35% de la muestra psicosis vivió experiencias con una frecuencia considerada alta. El abuso sexual infantil se presenta en más de un 25% de la muestra. Menos del 31% declara no haber sufrido maltrato emocional alguno y tan solo un 38% no haber sufrido malos tratos físicos. El 35% de la muestra psicosis ha vivido abandono físico o emocional durante su infancia. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Ordóñez-Cambler (2015) durante la validación del cuestionario Expra-S. En su muestra psicosis un 41% de había sufrido abusos físicos, un 19,9% abusos sexuales, un 52,6% maltrato emocional, un 43,6% abandono emocional y un 24,5 % abandono físico.

El 25% de nuestra muestra psicosis sufrió el alcoholismo asociado a negligencia de algún progenitor conviviente y casi un 44% de la muestra declara que su madre era maltratada por su pareja cuando el paciente era menor.

En los pacientes de la muestra contraste, con trastornos reactivos y no psicóticos, sin embargo, la victimización de frecuencia alta afecta a solo un 25%. El abuso sexual se presenta en menos del 18%. Un 68% no ha sufrido nunca abuso físico y un 61% nunca ha sufrido maltrato emocional. El abandono físico apenas se reporta en el 14% de la muestra. El abandono emocional se reporta en un 43% pero con puntuaciones muy por debajo de las reportadas en la muestra psicosis. Apenas un 10% de las personas con trastornos reactivos y no psicóticos tuvieron un progenitor alcohólico o fueron testigos de violencia de género contra su madre.

| | Prevalencia mundial* | Prevalencia Española** | Muestra contraste en nuestro estudio | Muestra psicosis en nuestro estudio | Muestra psicosis en Camblor (2015) |
|----------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Maltrato físico | 22,9% | 59,68% | 32% | 62% | 41% |
| Maltrato psicológico | 29,1% | 17,74% | 39% | 69% | 52,6% |
| Abuso sexual | 9,6% | 4,84% | 18% | 25% | 19,9% |
| Negligencia o abandono físico | 16,3% | 37,10% | 14% | 35% | 43,6% |
| Negligencia o abandono emocional | 18,4% | | 43% | 35% | 24,5 % |

* Plan de Acción Europeo para la prevención del maltrato infantil 2015-2020 (Organización Mundial de la Salud, 2014)

** Centro Reina Sofía (2012)

Las dos primeras columnas del cuadro se refieren a datos obtenidos con instrumentos de medida diferentes a las tres últimas.

Un 36% de la muestra con trastornos reactivos y no psicóticos recuerda no haber tenido una figura de apego o *refugio seguro* en la infancia. Un 33% de la muestra psicosis tampoco recuerda tener una figura refugio seguro en la infancia, con la que desahogar o a la que contar problemas. El 59% de los pacientes psicóticos que vivieron experiencias traumáticas en la infancia tampoco las han contado a sus terapeutas. Los que las han contado, sin embargo, se han visto ayudados en casi un 65% de los casos.

Las dimensiones psicopatológicas más relevantes entre los pacientes con psicosis son la Depresión, la Ansiedad y el Psicoticismo. Respecto a los rasgos psicopatológicos vinculares, como apuntaban Michail y Birchwood (2009), la Ansiedad y Sensitividad Interpersonal son características importantes. La característica psicopatológica en que más sujetos se sitúan en valores de riesgo es precisamente la Ansiedad.

En nuestra muestra la Hostilidad es el rasgo menos destacado. La Hostilidad en las personas con diagnóstico de psicosis es menor que otros rasgos psicopatológicos. Estos resultados contradicen lo expuesto en el DSM5 (American Psychiatric Association, 2013) en su página 101 “*la hostilidad y la agresión pueden asociarse a la esquizofrenia(...)*”. El mito de la hostilidad psicótica quizás procede de la incontrolabilidad conductual sentida por las personas con brotes psicóticos y su entorno, en sus momentos críticos; y quizás ha sido abonada por el miedo a lo incontrolable, con literatura y estereotipos. A la luz de nuestros resultados se abre paso la idea de que por el contrario, quizás sea la baja hostilidad un rasgo común entre las personas que padecen psicosis. De confirmarse con nuevos datos, futuras investigaciones podrían establecer si existe algún vínculo, por paradójico que sea, entre la baja hostilidad rasgo y esa vivencia de descontrol en momentos críticos.

5.1. DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 1.

1. “Establecer la relación entre el período crítico, la cronicidad psicótica, la psicopatología y la frecuencia de las experiencias adversas infantiles”

Con relación a la cronicidad psicótica encontramos que no hay diferencias significativas, $p < 0,05$ o $p < 0,01$, en psicopatología cuando establecemos el punto de corte de cronicidad a los 15 años. Con un nivel de significación de $p < 0,10$, podemos ver diferencias en Depresión, Ideación Paranoide y Psicoticismo. No hay diferencias significativas en frecuencia de experiencias adversas infantiles ni en ningún tipo de victimización, salvo en abuso sexual, significativamente mayor en aquellos más crónicos.

Cuando en la muestra psicosis establecemos el punto de corte a los 10 años, tampoco se arrojan diferencias significativas en psicopatología y victimización infantil. Si consideramos $p < 0,10$ sí se arrojan diferencias en Depresión, Sensitividad Interpersonal, Psicoticismo e Ideación Paranoide. Con esta significación, también aumenta el abuso sexual al cronificar.

Cuando establecemos el punto de corte de cronicidad en 5 años en la muestra total, observamos diferencias significativas en las subescalas de psicopatología: Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y

Psicoticismo. Este resultado evidencia la meseta de Bleuler en la psicosis, de la que se derivan los actuales programas de primeros episodios y que intentan frenar el deterioro de los pacientes en el intervalo de los primeros cinco años, previa estabilización y cronificación de los síntomas.

Por otro lado, la frecuencia de victimización infantil es, a efectos clínicos, significativamente mayor (con una significación de $p < 0,10$) en las personas más crónicas. Estos resultados están en la línea con los estudios que relacionan dosis-respuesta (Lataster et al., 2006; Shevlin et al., 2008; Spauwen et al., 2006). Más adelante, cuando tomamos la cronicidad como variable cuantitativa de intervalo, observamos que la correlación de Pearson entre cronicidad y frecuencia de EAI es significativa, confirmando esta relación. Este resultado se une a las recentísimas investigaciones que consideran la adversidad infantil un factor de mal pronóstico tras un primer episodio (Murray et al., 2020; Rosenthal et al., 2020; Seitz et al., 2019).

Las tipologías de victimización siguen sin aumentar significativamente con la cronicidad, salvo el abuso sexual infantil. En este sentido se han hallado múltiples evidencias de la relación entre abuso sexual y la incidencia de psicosis (Bourgeois et al., 2018; Gracie et al., 2007; Janssen et al., 2004; Read et al., 2005; Rose et al. 1991; Muenzenmaier et al., 1993; Shevlin et al., 2008; Schürhoff et al., 2009). La novedad de nuestro estudio es que pone en relación a la cronicidad con el abuso sexual.

En el gráfico 12, que compara las diferencias entre subdimensiones psicopatológicas según establezcamos el corte a 5, 10 y 15 se observa el efecto meseta de Bleuler evidenciándose un deterioro psicopatológico en los primeros años, seguido de una estabilización en la sintomatología.

Sin embargo, cuando reducimos la muestra a trastornos no afectivos, excluyendo los bipolares y depresión psicótica, nos encontramos con que las subescalas de Depresión y Psicoticismo siguen aumentando significativamente tras 15 años de curso. También Sensitividad Interpersonal e Ideación Paranoide aumentan, pero con una significación de $p < 0,10$. El abuso sexual sigue siendo significativamente diferente entre los menos y más crónicos, con un punto de corte de 15 años desde el primer brote.

En la submuestra de trastornos no afectivos, cuando establecemos el punto de corte en 10 años, vemos significativas las diferencias en Depresión, Sensitividad Interpersonal, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Parece por tanto que en esa meseta de Bleuler que se alcanzaba tan nítidamente a los 5 años con la muestra total; cuando la reducimos a los trastornos no afectivos,

la escalada de empeoramiento no parece detenerse tan pronto. Por otro lado, con un corte a los 10 años encontramos de nuevo diferencias significativas en abuso sexual.

Cuando hacemos el corte a los 5 años obtenemos diferencias significativas en todas las subescalas psicopatológicas. Aunque como observábamos con anterioridad, la meseta parece no alcanzarse totalmente a los 5 años, sí parece suponer un punto de inflexión respecto a la gravedad de los síntomas. Queda reflejado en el gráfico 13.

Esta vez la frecuencia de experiencias adversas infantiles no resulta significativa entre el grupo más y menos crónico. El abuso sexual sí difiere significativamente entre un grupo y otro.

Para la muestra esquizofrenia, por otro lado, Depresión, Sensitividad Interpersonal, Ideación Paranoide y Psicoticismo (que ya habíamos visto anteriormente que podían seguir en deterioro significativo tras la barrera de los 5 años en la submuestra no afectiva) empeoran significativamente tras 15 años de curso de la esquizofrenia. No se obtiene diferencia significativa en ninguna otra variable.

No se observan diferencias significativas en ninguna variable tras 10 años de curso de la esquizofrenia. Y el corte de 5 años, solo Somatizaciones y Hostilidad arrojan diferencias significativas (0,05) mientras que Ansiedad y Ansiedad Fóbica son significativamente diferentes si consideramos $p < 0,10$.

En la esquizofrenia el efecto meseta se desdibuja. Las diferencias significativas entre variables psicopatológicas se observan más después de años, y aún tras 15 años de curso de la enfermedad siguen empeorando significativamente. De hecho, Couture et al. (2007) ya destacaban la carencialidad incipiente de la esquizofrenia en su investigación, concluyendo que aunque las personas con esquizofrenia crónica se ven perjudicadas en el funcionamiento social, los que están en etapas incipientes también presentan estas deficiencias. Si observamos el gráfico 14 vemos un pico invertido que apunta esa inestabilidad.

Parece por tanto que la meseta de Bleuler es una común en la media psicótica, pero cuando nos adentramos a los trastornos específicos, en concreto a la esquizofrenia, se encuentran cursos diferentes. Aunque Bleuler describió esta meseta como específica de la esquizofrenia, recordemos que la definición de esquizofrenia para este autor era diferente a los criterios de la CIE-10, más influidos por Schneider o Kraepelin. Bleuler se enfocaba más en los síntomas de segundo rango que en los de primer rango (Belloch et al., 2020) para diagnosticar

a un esquizofrénico, esto es, en lo carencial. Por lo que la equivalencia actual de la esquizofrenia de Bleuler no se reduciría a nuestro diagnóstico F20 (Organización Mundial de la Salud, 1992), y podría ser ampliable a todas las psicosis y otros TMG; a la casuística donde precisamente, en nuestra muestra, observamos su meseta.

En la submuestra esquizofrénica el efecto dosis-cronicidad en experiencias adversas infantiles no se observa. Tampoco la relación entre cronicidad y el abuso sexual, tan nítida en la muestra psicosis general y la submuestra de psicosis no afectiva. Pero la cronicidad esquizofrénica no es independiente de la victimización infantil: en el período crítico (5 años) se observa una victimización vicaria por VG significativamente mayor entre los cronificados.

Es importante observar que más allá de la velocidad o significación de ese aumento, todas las subdimensiones de síntomas psicopatológicos aumentan con la cronicidad en todas las submuestras, según los cortes temporales establecidos.

5.2. DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 2.

2. “Establecer las relaciones entre el apego y la salud mental en los pacientes psicóticos”

La relación entre los estilos de apego y la psicopatología es estrecha. El apego seguro correlaciona negativamente con todas las subdimensiones del SCL90-R salvo con Somatizaciones y Hostilidad. Los apegos ansiosos muestran interesantes correlaciones positivas con muchas de las subdimensiones psicopatológicas del SCL90-R en línea con las investigaciones de Soares y Dias (2007), Dozier et al. (2008), Mikulincer y Shaver (2008) y Ein-Dor y Guy (2015). Y es en la subdimensión del apego de ansiedad donde más saturan estas relaciones.

El apego preocupado parece relacionado con Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Ansiedad Fóbica e Ideación Paranoide. El apego temeroso aparece estrechamente relacionado con todas las subdimensiones del SCL90-R salvo Ansiedad, Hostilidad y Ansiedad Fóbica. El apego desvalorizador no correlaciona con ninguna subdimensión, y la subdimensión hostilidad no parece relacionada con el tipo de apego.

| - | CORRELACIÓN | + |
|--|------------------|---|
| Obsesiones y Compulsiones Sensitividad Interpersonal Depresión Ansiedad Ansiedad Fóbica Ideación Paranoide Psicoticismo | APEGO SEGURO | |
| | APEGO PREOCUPADO | Somatizaciones Obsesiones y Compulsiones Sensitividad Interpersonal Ansiedad Fóbica Ideación Paranoide |
| | APEGO TEMEROSO | Somatizaciones Obsesiones y Compulsiones Sensitividad Interpersonal Depresión Ideación Paranoide Psicoticismo |

La relación entre apegos inseguros y Somatizaciones e Ideación Paranoide es coherente con los hallazgos de Ghobari y Akbar (2011). Por otro lado, en el estudio de Camps-Pons et al. (2014) con población española no psicótica que había sufrido maltrato, se encontró que el apego preocupado correlacionaba significativamente con menos subdimensiones que en nuestro estudio. A saber, con la Sensitividad Interpersonal, la Ansiedad Fóbica y la Ideación Paranoide. En ese estudio de 2014 con población traumatizada no psicótica, el apego temeroso correlacionaba significativamente también con menos subdimensiones psicopatológicas de las encontradas en la presente investigación. A saber, Depresión, Ansiedad e Ideación Paranoide. Pero los rangos de las correlaciones si fueron similares con los de nuestro estudio, manteniéndose entre 0,300 y 0,500.

Con relación a los estilos de apego y a los síntomas positivos de las psicosis,

encontramos que bajas puntuaciones en el estilo de apego seguro correlacionan significativamente con síntomas delirantes como “sentir que otro puede controlar mis pensamientos”, “creer que la gente sabe qué estoy pensando”, “sentir que me vigilan o que hablan de mí” y “tener ideas, pensamientos que no son los míos”; y el síntoma alucinatorio, “escuchar voces que otras personas no oyen”.

El resto de los estilos de apego estimados no tienen una correlación significativa con los síntomas positivos de la psicosis, pero en cuanto a las subdimensiones factoriales del apego, encontramos que la ansiedad correlaciona significativamente con “sentir que me vigilan o que hablan de mí” y “creer que la gente sabe qué estoy pensando”.

Todos estos hallazgos evidencian la estrecha relación entre los síntomas delirantes referidos a la frontera con el otro y la seguridad en el apego, si bien no dan cuenta del sentido causal de la misma. Están en línea con los encontrados por Mulligan y Lavander (2010) que vinculan el apego inseguro con habilidades de mentalización dañadas. También con los resultados de Korver-Nieberg et al. (2014) y Strand et al. (2015), que vinculan la inseguridad en el apego con la fenomenología psicótica.

Los apegos temeroso y preocupado, ambos apegos ansiosos, están relacionados con no haber tenido una figura de apego, que hiciera las veces de refugio seguro, en la infancia. Parece, por tanto, que no haber tenido una persona en la función de refugio seguro durante la infancia generaría un mal *modelo de sí mismo*.

El haber tenido una figura de apego en la infancia parece estar también relacionado negativamente con la cronicidad psicótica, al menos con una significación estadística, clínicamente significativa de $p < 0,10$, y un tamaño de efecto mayor de 0,5, pudiendo ser un factor preventivo y relacionado con el éxito de las intervenciones de recovery.

Para Judith Herman “en el momento del trauma la víctima se ve indefensa ante una fuerza abrumadora... y los acontecimientos traumáticos destruyen los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, de conexión y de significado.” (Herman, 1992, p. 63). De hecho para Bowlby (1989), el trauma, el apego y el apoyo infantil estaban relacionados. En sus estudios, las madres que recurrían a los malos tratos eran sensibles a la separación y sus respuestas indicaban más ansiedad e ira. Ante su necesidad de ser cuidadas anticipaban el rechazo. Este autor llegaba a la conclusión de que los estilos de apego inseguro

pueden ser heredados, en una línea de transmisión generacional paralela a la de la violencia. Según este autor, una alta proporción de madres maltratadoras habría experimentado la amenaza de abandono en su infancia y una minoría había sentido que podía recurrir a su madre ante un peligro (Bowlby, 1989).

Habida cuenta de estos hallazgos y de la abundante literatura sobre los efectos moduladores del apoyo (Cyrułnik, 2005; Herman, 1992), ya que además del impacto de la violencia, hay que sumar la sensación de indefensión a las consecuencias del trauma (o, en palabras de Herman, procesos trauma y traumatización); supusimos que una figura refugio seguro durante la victimización infantil podría modular los efectos de la frecuencia de las EAI sobre la cronicidad. Pero no encontramos un efecto modulador significativo en nuestra muestra.

A pesar de ello, el resto de los resultados muestran que un refugio seguro infantil apunta a mayor seguridad en el apego y menor riesgo de cronicidad psicótica; y que la ansiedad en el apego está relacionada a su vez con los síntomas positivos de la psicosis. Por lo tanto, podemos concluir que tanto el apego como el apoyo son sugestivos de estar relacionados con la gravedad de la psicosis.

Gran proporción de los pacientes con psicosis, más de la mitad de los que han sufrido experiencias infantiles potencialmente traumáticas, a pesar de ser usuarios de los servicios de Salud Mental, no han contado sus experiencias de adversidad infantil a ningún profesional. Como si la figura del terapeuta, a pesar de lo que se sugiere entre sus deberes deontológicos, no estuviera funcionando como refugio seguro para una gran proporción de pacientes. De hecho, menos de la mitad de la muestra entrevistada recibe tratamiento psicoterapéutico por un psicólogo o psiquiatra especializado. Esto está en línea con los resultados obtenidos por Young et al. (2001), que afirman que a los pacientes con diagnóstico de psicosis o esquizofrenia se les pregunta acerca de abusos incluso menos que a otros pacientes; y los obtenidos por Agar-Jacomb y Read (2002), que destacan que los pacientes con diagnóstico de psicosis tienen una menor probabilidad de recibir una respuesta adecuada cuando revelan los abusos.

Nos planteamos que esto quizás sea debido al modelo biomédico, predominante en los servicios, que aún hoy establece mayor peso en las raíces genéticas que en las ambientales en los trastornos mentales graves. ¿Es la desvinculación del trauma con la psicosis, en las hipótesis etiopatogénicas, la que lleva a que pacientes con un contacto intenso con los servicios no compartan sus vivencias más angustiosas con su terapeuta?

5.3. DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 3.

3. “Incluir ser testigo de violencia de género como experiencia adversa infantil y estudiar su impacto”

Ser testigo de VG en la pareja parental es una de las victimizaciones más frecuentes para nuestra muestra y correlaciona significativamente con todas las EAI estudiadas, así como con la frecuencia general de experiencias potencialmente traumáticas en la infancia.

La victimización vicaria de nuestra muestra psicótica es del 43,64%, valor similar al 42,8 % obtenido por Byrne et al. (1990) en uno de los pocos estudios previos al respecto.

La existencia de violencia de género es del 75 % entre los pacientes victimizados y estas correlaciones son importantes, superando $r = 0,50$ en muchos casos. Esta elevada coocurrencia es congruente con la descrita por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2006) y Berzenski y Yates (2011), y similar a la cuantificada por McGuigan y Pratt (2001), que estimaron en un 78% la violencia doméstica que precede al maltrato directo hacia los menores.

A su vez la victimización vicaria por VG correlaciona significativamente con las subdimensiones psicopatológicas de Depresión, Obsesiones y Compulsiones, y Somatizaciones; en línea con los resultados en población general, que exploraban sintomatología internalizante, de Kitzmann et al. (2003), Wolfe et al. (2003), Sternberg et al. (2006), y Evans et al. (2008), Chan y Yeung (2009) y Lourenço et al. (2013).

Pese a no ser un tipo de violencia frecuentemente estudiada o asociada a la psicosis, en nuestra investigación se revela como una victimización clave. Su estrecha relación con la dosis de trauma y con las violencias directas, incluido el alcoholismo parental, sugiere que la existencia de violencia hacia la madre pone en riesgo a los niños de sufrir otras violencias, específicamente maltrato físico y psicológico y abuso sexual.

Estos resultados se acercan a las intuiciones de Read et al. (2006) o Herman (1992), que ya señalaban al padre como un perpetrador importante en el maltrato infantil. Y apuntan vínculos entre la psicosis y las relaciones de poder/dominación intrafamiliares, y la nuclearidad del buen trato entre cónyuges en la prevención psicótica de sus hijos.

5.4. DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 4.

4. “Comparar las experiencias adversas infantiles sufridas entre una muestra con psicosis y una muestra con trastornos reactivos y no psicóticos”

La población de la muestra contraste, aun teniendo también quejas de salud mental en la misma ciudad y área sanitaria, y encontrarse a tratamiento con un profesional de la red de salud mental, es muy diferente socio-demográficamente a la muestra psicosis. Tienen perfiles diferentes, como expusimos más arriba, lo que nos lleva a ser prudentes a la hora de entender e interpretar las diferencias en las variables clínicas estudiadas.

Parece que entre los pacientes con psicosis hay más sujetos, significativamente, que fueron testigos de VG de pequeños. Cobra fuerza la hipótesis del *doble daño* descrita por Moyalán et al. (2010) y Tajima et al. (2011); por la que los menores doblemente maltratados como testigos y por maltrato directo, tienen mayores problemas psicológicos comparados con los menores que únicamente han recibido un solo maltrato. Recordemos que Wickham et al. (2014b) vinculaban la psicosis con una deprivación ambiental múltiple.

Entre los pacientes con psicosis también hay significativamente más abandono físico; ya mencionado en *Modelos de Locura* por Read et al. (2006) como de especial importancia en la psicosis. No podemos dejar de evocar a Erich Fromm (1956) cuando entendía la locura como la única respuesta posible ante la incapacidad de liberarse de la insoportable prisión del abandono: *abstraerse tanto del mundo exterior para que ese terrible sentimiento de separación se desvanezca*.

El maltrato emocional y el abuso sexual también son significativamente mayores en las personas con psicosis a un nivel $p < 0,10$. Esto es congruente con las revisiones de Read et al. (2006), Varese et al. (2012), Matheson et al. (2013), Agnew-Blais y Danese (2016) y McGrath et al. (2017). Morkved et al. (2018), comparando pacientes psiquiátricos psicóticos y no psicóticos, encontraron resultados similares: una especificidad en niveles moderados y severos de abuso sexual y físico, y abandono físico, para los trastornos del espectro psicótico.

La frecuencia global de eventos traumáticos infantiles es significativamente mayor en

la muestra no afectiva, con una $p < 0,10$. En nuestros resultados, tanto los pacientes con psicosis no afectiva, como en concreto aquellos que tienen diagnóstico de esquizofrenia, tienen mayor victimización vicaria por VG. Las psicosis no afectivas, además, han sufrido significativamente más abandono físico y maltrato emocional que los pacientes con trastornos reactivos y no psicóticos, y algo más de abuso sexual con una significación del 0,10. Aquellos con esquizofrenia también han sufrido, significativamente más abandono físico, y algo más de maltrato emocional, con una significación del 0,10; pero no difieren de los trastornos reactivos y no psicóticos en otras victimizaciones.

La especial significación del maltrato emocional en estas comparaciones es congruente con los resultados de Stowkowy et al. (2020), que encontraban que el abuso psicológico infantil tenía una duración y un impacto mayor entre los psicóticos que entre los ansioso-depresivos.

5.5. DISCUSIÓN EN RELACIÓN AL OBJETIVO 5.

5. “Proponer un plan de prevención primaria y secundaria”

Tanto el abandono físico como ser víctima vicaria de VG parecen muy relacionados con la incidencia de la psicosis, aunque es ser víctima vicaria de VG lo que parece tener un mayor valor predictivo pudiendo explicar un 15% de la incidencia psicótica.

Nuestros hallazgos contradicen los del metaanálisis de Varese et al. (2012) que no encontraban que un tipo específico de trauma fuera un predictor más potente de la psicosis frente a otros. Aunque hay que tener en cuenta que los estudios revisados no incluían la victimización vicaria por violencia de género.

En cuanto a la capacidad de predecir la cronicidad, son importantes las variables frecuencia de EAI, el abuso sexual y la figura refugio seguro.

La frecuencia de EAI tiene correlaciones significativas (aunque débiles, no despreciables) con síntomas de Somatizaciones y Psicoticismo. De la relación entre el Psicoticismo y el trauma ya daban cuenta Felitti y Anda (2017). Para Read et al. (2006) la escala Psicoticismo del SCL90-R de Derogatis estaba relacionada con el abuso en la infancia más que el resto de las escalas. Por último, la relación entre somatizaciones y trauma ha sido

especialmente subrayada por Van Der Kolk (2015).

Podría encontrarse un modelo predictivo del 19,80% de la cronicidad psicótica, aceptando una significación de $p < 0,10$, que incluyera frecuencia de EAI, abuso sexual y figura RS. Pero si utilizáramos tan solo la variable abuso sexual, podríamos predecir hasta el 34,5% de la cronicidad.

La capacidad predictiva de las variables clave en la incidencia y cronicidad psicótica de nuestra muestra, abuso sexual o ser víctima vicaria de violencia de género, respectivamente, oscila entre el 14 y el 35%. Las correlaciones significativas, por su parte, son débiles. Probablemente estos resultados modestos se deben a que estamos ante un fenómeno, la psicosis, que es multicausal; en el que un solo factor difícilmente puede tener gran potencia explicativa.

6. CONCLUSIONES .

Entre los hallazgos más notables de nuestro estudio, encontramos que el abuso sexual es consistentemente más acusado en los pacientes con psicosis crónicas, los cinco años de evolución de un trastorno suponen un punto de inflexión en la psicopatología de los pacientes, y se espera que aquellos con más experiencias adversas infantiles cronifiquen. En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo, no se observa una estabilización franca en sintomatología.

A la luz de nuestro estudio, los patrones de apego adulto están relacionados con las quejas y el malestar psicopatológico. El apego seguro correlaciona con el bienestar psíquico, mientras que los apegos ansiosos, preocupado y temeroso, están muy relacionados con diversos síntomas psicopatológicos. Las bajas puntuaciones en seguridad del apego están relacionadas con sintomatología delirante. La ansiedad en el apego está relacionada con síntomas positivos de la psicosis y con no haber tenido una figura sentida como un apoyo en la infancia, factor de mal pronóstico para la recuperación psicótica.

Atisbamos posibles interacciones y efectos aditivos entre trauma infantil, apoyo infantil, apego adulto, psicopatología y psicosis; pero parecen demasiado complejas para ser aprehendidas en estudios con muestras limitadas. Futuras investigaciones con muestras ampliadas permitirían esbozar relaciones con mayor solidez.

Por último, se pone de manifiesto la relación entre una madre maltratada, generalmente por su pareja, y la incidencia de psicosis en sus hijos. No en vano el maltrato de la madre correlaciona con todos los maltratos que puede sufrir su hijo en el hogar y con sintomatología psicopatológica.

Además, el abandono físico del menor se relaciona consistentemente con la incidencia de psicosis.

El presente trabajo resulta novedoso frente a otros que exploran adversidad infantil y psicosis, por la inclusión de la victimización vicaria por maltrato a la madre y la exploración del apego y el apoyo en procesos de victimización. Resulta relevante para la atención a la psicosis en nuestros servicios de salud mental y permite proponer recomendaciones para la práctica clínica.

7. PROPUESTA DE PLAN DE PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS.

7.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.

Para Fusar-Poli et al. (2017) la prevención primaria universal de la psicosis debe adoptar la forma de una intervención en toda la población que promueva el desarrollo normal. La identificación de indicadores de riesgo temprano podría facilitar la detección temprana de pacientes con mayores necesidades clínicas y en riesgo (Agnew-Blais y Danese, 2016).

Los programas actuales de prevención primaria de la psicosis se focalizan en los individuos con alto riesgo clínico (Fonseca-Pedrero et al., 2010; Fonseca-Pedrero et al., 2018; Fusar-Poli et al., 2017), es decir, aquellos con una mayor vulnerabilidad de transitar hacia un trastorno psicótico en el futuro. Esta vulnerabilidad está basada en pruebas de corte individual, psicopatológico y psicométrico.

Consideramos que a la vulnerabilidad psicopatológica/psicométrica, y para un abordaje psicosocial integral de esta problemática, hay que añadir la vulnerabilidad social y relacional. Como señalaba Ortega, yo soy yo y mis circunstancias, y si no las salvo a ellas, no me salvo yo (Ortega y Gasset, 1914). Según nuestra investigación, el abandono físico y el maltrato a la madre predicen una mayor incidencia de psicosis. La ansiedad en el apego, más que la evitación, y la ausencia de apoyos en la infancia, podrían predisponer también a la psicosis.

Cassell (1982) apuntaba que quienes sufren no son los cuerpos, sino las personas; y en los últimos años German Berrios (2017) renueva el concepto de lesión social en psicopatología. Habla de un estado larval de la lesión social que puede tratarse antes de que se desarrolle. En este sentido, los programas de tratamiento trauma-informados de Bendall et al. (2014) abordan las quejas o síntomas psicóticos como estrategias de supervivencia que fueron importantes ante la adversidad, pero que perdieron su utilidad. En esta línea Pérez-Álvarez destaca que “lo que subyace a los síntomas por los que se diagnostica la esquizofrenia es una particular alteración de la experiencia de sí mismo y del mundo”. (Pérez-Álvarez, 2012b, p. 3)

A la luz de nuestros hallazgos, la prevención de la violencia de género y cualquier forma de violencia en la pareja, podría considerarse una forma de prevención de la psicosis. Una vez producida esta violencia, también sería una forma de prevención de la psicosis, el garantizar que el menor no estuviera expuesto a otras formas de violencia, y así evitar el *doble daño*.

Ante la presencia de abusos a menores, deberían ser medidas de prevención de la psicosis aquellas que la detuvieran o redujeran, así como todas las que ofrecieran vínculos de apego y refugio seguro al menor victimizado y previnieran el desarrollo de apegos evitativos y temerosos.

Todos los maltratos y los apegos cuestionan las relaciones con la familia. La terapia familiar, por tanto, se pone en primer plano en la prevención de la psicosis (Selvini, 2004; Selvini el ál., 1990). En esta misma línea sistémica, Elahi et al. (2017) y McElroy et al. (2019) esbozan la identidad y la pertenencia como protectoras de los síntomas de paranoia.

7.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.

A pesar del desarrollo asistencial y científico, las recuperaciones de pacientes con psicosis no han aumentado en Europa desde la Segunda Guerra Mundial (Jääskeläinen et al., 2013) y muchos países no industrializados parecen tener mejores resultados (Hopper et al., 2007). Estos hallazgos han supuesto una revisión en los programas de recuperación o recovery en el mundo industrializado occidental. Desde Reino Unido, Mike Slade (2009) diferencia el recovery clínico del personal. En el clínico se pone el foco en desembarazarse de los síntomas y volver a la *normalidad*. En el personal se tienen en cuenta los anhelos del paciente, como una identidad positiva y un rol social valioso. Para este autor esa recuperación global implica

entender el proceso patológico de una forma fenomenológica, valorar la vivencia subjetiva y ayudar a la persona a lograr sus propios objetivos en el camino hacia la recuperación. Incluye el significado y la imagen personal como piezas clave. Desde EE. UU., y en una línea similar, Farkas y Gagne (2005) proponen procesos de recuperación de la psicosis que incluyan la orientación y la agentividad de la persona, su capacidad de decidir y su crecimiento personal más allá de la discapacidad. Para German Berrios (2017) la rehabilitación es darle a la persona lo que ha perdido, restaurar algo, relacionado tanto con la capacidad como con la dignidad. En nuestro país y contexto, este enfoque está representado por propuestas como las de Pérez-Álvarez (2018b).

En 1997, Paul Gilbert alertaba sobre el estigma que provocaban los diagnósticos y los tratamientos, relacionándolo con la vergüenza y el deterioro de la identidad. McCarthy-Jones (2017) y Ellenbogen et al. (2018) encontraron que la emoción vergüenza estaba vinculada a los síntomas psicóticos. El ostracismo y el aislamiento también se consideran precursores psicóticos (McElroy et al., 2019). Por todo ello, en la evaluación de nuestros esfuerzos infructuosos en el recovery, hay que tener en cuenta la posible iatrogenia. Como señala la premiada con un Princesa de Asturias, Siri Hustvedt “la historia de los diagnósticos está mediada por las relaciones de amor y poder” (Hustvedt, 2016, p. 281).

Para Paul Chadwick (2009) el enfoque neurobiológico falla en saber qué es la esquizofrenia porque la reduce a unos cuantos síntomas, alucinaciones, delirios y lenguaje desorganizado, de pretendido origen genético, como si fuera una enfermedad neurodegenerativa más. No está a la altura del fenómeno porque desconsidera el sentido personal que tienen los síntomas (Pérez-Álvarez, 2012b). En los últimos años y debido esta influencia de las teorías neurodegenerativas de la esquizofrenia se consideraba que los factores genéticos o bioquímicos, frente a los psicológicos y sociales, eran las principales causas del sufrimiento mental en la psicosis. Para Lucy Johnstone (2013) esto preparaba el escenario para ignorar el significado y las consecuencias del trauma. Read et al., en 2006, se lamentaban de que, debido en parte a la *negación del trauma* de los últimos años, en muchos países occidentales, no se han ofrecido terapias orales a los enfermos más graves; con la idea subyacente de que estos pacientes no van a sacar provecho alguno contando su historia ni trabajando desde su sufrimiento subjetivo.

Por el contrario, y a la luz de la literatura actual y de nuestros resultados, sabemos que la frecuencia de experiencias potencialmente traumáticas en la infancia tiene relación con la

cronicidad del trastorno tras sufrir un primer brote psicótico. Hay una relación entre la cronicidad y la dosis (cantidad-cronicidad). El haber sufrido abuso sexual también parece un factor de mal pronóstico y cronificación de las psicosis. Nuestros resultados complementan los obtenidos por Bourgeois, et al. en 2018 en Canadá, en los que encontraron que jóvenes abusados sexualmente corrían un riesgo 10 veces mayor de recibir un diagnóstico de trastorno psicótico (incidencia). El haber tenido poco apoyo en la infancia, entendido este como una persona identificada con la que contar y con la que desahogarse ante la adversidad infantil, también se relaciona con la cronicidad, al menos en el intervalo del período crítico (menos de 5 años).

Nuestros resultados apuntan a la necesidad de estudiar los mecanismos que vinculan adversidad infantil y cronicidad con el objetivo de desarrollar psicoterapias eficaces que eviten la cronificación (Read et al., 2009). Futuras investigaciones podrán evaluar la manera en que el estado anímico y la gestión de la esfera interpersonal influyen en la vulnerabilidad al brote y en los procesos de recovery. Comprender el papel del apego en los síntomas también puede ayudar a obtener información sobre la cronicidad de estos (Korver-Nieberg et al., 2014) y en base a la ductibilidad del apego adulto, establecer intervenciones que ahonden su seguridad. En lo que se refiere a intervenciones con pacientes psicóticos, Mulligan y Lavander (2010) sugieren asociaciones entre el apego y el estilo de recuperación. Consideran que puede ser útil mejorar la seguridad del apego en las relaciones terapéuticas para explorar las experiencias de psicosis, permitir procesos de recuperación y ayudar a comprender las dificultades interpersonales. La seguridad en los patrones de apego y la regulación de los sentimientos reducirían la paranoia (Bullimore, 2013).

Fonseca-Pedrero (2019) señala que examinar el rol de las experiencias traumáticas en el desarrollo de los trastornos psicóticos es importante no solo para la intervención temprana, sino de cara al desarrollo de tratamientos más personalizados dentro de la práctica clínica. Considerando el término psicosis un amplio conjunto de patologías, el conocimiento de diferentes patrones de funcionamiento dentro de dichas patologías permitiría el desarrollo de programas a la medida, ya que, en palabras de Hipócrates *es más importante saber qué clase de persona tiene una enfermedad que saber qué clase de enfermedad tiene una persona*.

Dado que la presencia de trauma y cómo se ha vivido (con apoyo o no) parece factor determinante de la cronicidad; los programas de primeros episodios y los programas de riesgo psicótico, deberían contar con un protocolo de detección de la adversidad infantil y apoyo recibido, para conocer la población que está en mayor riesgo de cronicidad y diseñar

intervenciones que la minimicen. En los países anglosajones instrumentos de reciente creación como el TALE (The Trauma and Life Events) (Carr et al., 2018) permiten evaluar el trauma en la psicosis incipiente.

De igual manera y previo al primer brote psicótico, las víctimas infantiles de todo abuso sexual deberían recibir especial apoyo. Evitar el abuso sexual infantil, por sus gravísimas consecuencias para la salud pública, debería ser aún más prioritario en las políticas educativas y de seguridad.

Tanto el abuso sexual como el maltrato del padre a la madre tienen cualidades de inenarrabilidad (inefables) y embrollo (culpabilización de la víctima); y están imbuidos de secreto. Si el trauma está mediado por el silencio, tratamientos psicoterapéuticos basados en la narrativa pueden ayudar a elaborar estas experiencias. Este tipo de intervenciones han sido exitosas tanto para abordar la psicosis (Hamm y Lysaker, 2018; Lysaker et al., 2003) como para abordar el trauma (Aznar y Varela, 2018; Vetere y Dallos, 2012; White y Epton, 2002). El aumento de las capacidades de mentalización también ha sido relacionado con la posibilidad de elaboración del trauma y con apegos seguros en la psicosis (Gilbert, 2010).

Los enfoques trauma-informados en la psicosis (Bendall et al., 2014; Blanch et al., 2018) comienzan a utilizar psicoterapias similares a las del estrés post traumático en los programas de primeros episodios psicóticos. Frame y Morrison encuentran que entre el 46 y el 67% de las personas con psicosis aguda también tienen estrés postraumático (Frame y Morrison, 2001). Proponen un paradigma terapéutico transdiagnóstico: en lugar de separar las secuelas del abuso en categorías diferenciadas (trastorno por estrés postraumático, trastornos disociativos, esquizofrenia, trastorno de personalidad, etc.) entienden más productivo ver los síntomas relacionados con el abuso en un continuo procesual, que empieza con respuestas adaptativas a sucesos aversivos tempranos y evoluciona hasta una gama de perturbaciones inadaptadas que interactúan en múltiples ámbitos personales e interpersonales (Morrison et al., 2003; Resnick et al., 2003).

Epílogo: ¿A quién teme Virginia Woolf?

Cuando era pequeña, la escritora Virginia Woolf fue víctima de abusos sexuales por parte de sus dos hermanastros. En sus diarios, Virginia Woolf decía no atreverse a contárselo a sus padres porque no podía esperar apoyo de ellos. Siendo adulta, tras la lectura de las últimas obras de Freud y los cambios en su teoría de la seducción, Woolf empezó a dudar de la autenticidad de sus recuerdos, atribuyéndolos, como sugirió tardíamente Freud, a fantasías. A pesar de que su hermana podía constatar que ella también había sido violada por sus hermanastros. Los escritos de Freud confundieron por completo a Virginia Woolf y cuentan que sacrificó su memoria negando lo ocurrido. La escritora sufrió depresiones durante toda su vida y en cierto momento comenzó a escuchar voces. En 1941, acabó con su vida lanzándose al río (Miller, 2005). Louise de Salvo (cit. por Felitti y Anda, 2017) apunta en *Virginia Woolf* (1989) como casi todos los críticos literarios entraban en debates intelectuales sobre el estilo y técnicas literarias de Woolf, eludiendo permanentemente la cuestión del incesto en su obra.

Mencionamos el caso de Virginia Woolf porque representa de manera paradigmática el abandono en que ha sumido nuestra cultura, en el último siglo, a aquellos doblemente afectados, por la psicosis y el trauma infantil.

8. LIMITACIONES .

Tal y como escribió William James (1916) en su *Compendio de Psicología*, la única esperanza que le queda a la ciencia es entender la inmensidad de la oscuridad en la que avanza a tientas.

En nuestra investigación las muestras fueron de conveniencia, por lo que hay que ser prudente a la hora de hacer inferencias poblacionales. Los resultados también han de ser interpretados con precaución debido al tamaño modesto de las muestras y a que algunas variables no cumplen por completo los supuestos del modelo paramétrico.

Debido al tamaño limitado de la muestra psicosis, hay ciertas incidencias traumáticas con pocos sujetos, como la incidencia del abuso sexual, lo que fragiliza las conclusiones del estudio.

Contamos con un grupo de contraste pero no tenemos un grupo control, y nuestro estudio de la cronicidad es transversal y no longitudinal; luego hay que tomar con prudencia

los resultados ya que la posibilidad de establecer generalizaciones disminuye. El grupo de contraste y el de psicosis no son homogéneos en cuanto a género o estado civil, pero se priorizó la similitud contextual en cuanto a procedencia, itinerario de salud y tratamiento.

La exploración del apego adulto, con el instrumento RQ, presentó desafíos. Algunos sujetos muestrales se lamentaron de que algunos párrafos del cuestionario podían contener partes con las que estaban de acuerdo y otras con las que no. La longitud de estos, a veces, era demasiado larga para facilitar la comprensión.

En la exploración de las experiencias adversas infantiles observamos que faltaban algunas experiencias adversas significativas en la psicosis, como la retirada de la palabra o un ambiente amenazante en casa. Además del espectro de la violencia, faltó explorar dos eventos importantes en el espectro de la pérdida: el duelo y la migración. El aislamiento, el desarraigo y la pérdida de pertenencia han sido consistentemente relacionadas con la psicosis y la paranoia (McElroy et al., 2019).

Son muchas y diversas las maneras de abordar el trauma y múltiples los focos usados en cada investigación. Se necesitan investigaciones que las aúnen y muestren una mirada más global y comprensiva del trauma en psicosis.

Nos hubiera gustado profundizar en las relaciones de cada tipo de abuso con la paranoia u otros síntomas psicóticos. También nos hubiera gustado explorar los desencadenantes, esto es, las experiencias adversas proximales, que según diversos autores (Morrison et al., 2003; Read et al., 2003; Turner et al., 2019) precipitan al individuo previamente victimizado hacia la psicosis. Dos circunstancias nos lo desaconsejaron: la necesidad de acotar el tema y hacer la investigación abordable, y la necesidad de utilizar cuestionarios breves para prevenir el agotamiento de los sujetos durante su aplicación.

Respecto a la baremación del cuestionario SCL90-R en puntuaciones T, tal y como sostienen Robles et al. (2002), el método podría tener carencias metodológicas ya que la sintomatología psicopatológica no se distribuye normalmente ni su prevalencia es igual en poblaciones de pacientes.

Por último la exploración de la figura refugio seguro y el haber sido víctima vicaria de violencia de género han sido medidas con preguntas únicas realizadas exprofeso para la presente evaluación. Futuras investigaciones aumentarían su precisión si se incluyeran en baterías validadas. Así mismo, para estudiar la relación entre la violencia de género y otras

violencias, y proponer prevenciones, sería recomendable incluir un registro de perpetradores.

9. OBSERVACIONES.

En un principio nuestros cuestionarios fueron usados con fines exclusivamente de investigación. Posteriormente, fueron usados también en intervenciones clínicas. El espectro de confidencialidad se amplió a esta demanda clínica bajo consentimiento informado de sus pacientes.

El trabajo cumple todos los requisitos éticos para la investigación y fue aprobado por el comité de investigación del Hospital San Agustín de Asturias.

La identificación de un individuo con un síntoma (psicótico, esquizofrénico) puede generar vergüenza, ansiedad interpersonal, pérdida de rango social y estigma, precursores psicóticos para muchos autores (Birchwood et al., 2007). Por ello, en toda nuestra exposición hemos intentado evitar el adjetivo psicótico o esquizofrénico aplicado a individuos. Lo hemos utilizado para describir síntomas, experiencias y procesos, omitiendo su uso para referirnos a la identidad de los individuos participantes. Es imperativo ético de la práctica clínica y de la investigación vinculada a ella evitar la iatrogenia.

Para una lectura ágil del texto hemos utilizado el masculino o género neutro para designar masculino y femenino indistintamente.

No hay conflictos de intereses.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS UTILIZADAS .

| | |
|----------|---|
| APA | American Psychiatric Association. |
| CIE-10 | Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª versión de la Organización Mundial de la Salud. |
| CT | Comunidad Terapéutica. |
| DSM | Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders del APA. |
| EAI | Experiencia Adversa Infantil. |
| ETAC | Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. |
| Exptra-S | Experiencias Traumáticas Screening. |
| HD | Hospital de Día. |
| PEP | Primer Episodio Psicótico. |
| RS | Refugio Seguro. |
| RQ | Relationships Questionnaire. |
| SCL90-R | Symptom Checklist 90 Revised. |
| TMG | Trastorno Mental Grave. |
| UHP | Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. |
| VG | Violencia de Género sufrida por la madre. |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .

Aas, M., Dazzan, P., Mondelli, V., Melle, I., Murray, R.M., Pariante, C.M. (2014). Una revisión sistemática de la función cognitiva en la psicosis de primer episodio, incluida una discusión sobre el trauma, el estrés y la inflamación en la infancia. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00182>.

Aas, M., Kauppi, K., Brandt, C. L., Tesli, M., Kaufmann, T., Steen, N.E. (2017). Childhood trauma is associated with increased brain responses to emotionally negative as compared with positive faces in patients with psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 47(4), 669-679. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002762>

Aas, M., Ueland, T., Inova, A., Melle, I., Andreassen, O. A. y Steen, N. E. (2020). Childhood trauma is nominally associated with elevated cortisol metabolism in severe mental disorder. *Frontiers in psychiatry*, 11, 391. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00391>

Acosta, J. R., Librenza-Garcia, D., Watts, D., Francisco, A. P., Zórtea, F., Raffa, B., Kohmann, A., Mugnol, F. E., Motta, G. L., Tramontina, S. y Passos, I. C. (2020). Bullying and psychotic symptoms in youth with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 265, 603-610. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.101>

Agar-Jacomb, K. y Read, J. (2002). What happens when people disclose sexual or physical abuse to staff at a community mental health centre? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 70-9. <http://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00230.x>

Agarwal, V., Maheshwari, S., Agarwal, V. y Kalra, I.D. (2016, enero). Simple schizophrenia remains a complicated diagnosis: case report and literature review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1), 57-60. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000413>

Agnew-Blais, J. y Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical

- outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(4), 342-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1)
- Ajnakina, O., Trotta, A., Forti, M. D., Stilo, S. A., Kolliakou, A., Gardner-Sood, P., Lopez-Morinigo, J., Gaughran, F., David, A. S., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Murray, R. M. y Fisher, H. L. (2018). Different types of childhood adversity and 5-year outcomes in a longitudinal cohort of first-episode psychosis patients. *Psychiatry Research*, 269, 199–206. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.054>
- Ainsworth, M. D. S. y Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49–67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. En B. Cardwell y H. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research*, 3 (pp. 1-94) University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61 (9), 792-812
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Ainsworth, M. D. S. y Bowlby, J. (1991). A ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Alameda, L., Golay, P., Baumann, P. S., Progin, P., Mebdouhi, N., Elowe, J., Ferrari, C., Do, K. Q. y Conus, P. (2017). Mild depressive symptoms mediate the impact of childhood trauma on long-term functional outcome in early psychosis patients. *Schizophrenia Bulletin*, 43(5), 1027–1035. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw163>

- Allen, A. R. y Hagen, K. M. (2020). Trauma and suicide: a pilot study assessing risk in adults diagnosed with schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(5), 431-434. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001144>
- Altamura, A. C., Bassetti, R., Sassella, F., Salvadori, D. y Mundo, E. (2001). Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: A retrospective study. *Schizophrenia Research*, 52(1), 29-36. [http://doi.org/10.1016/s0920-9964\(00\)00187-0](http://doi.org/10.1016/s0920-9964(00)00187-0)
- Álvarez, M. J., Roura, P., Osés, A., Forguet, Q., Solá, J. y Arrufat, F. X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (3), 156-161. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c751c>
- American Psychological Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised) (DSM-III-R)*. APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., revised) (DSM-IV-TR)*. APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5)*. APA. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ámery, J. (1999). On suicide: a discourse on voluntary death. *Indiana University Press*, 1, 106-107.
- Anda, R. F., Chapman, D. P., Felitti, V. J., Edwards, V., Williamson, D. F., Croft, J. B. y Giles, W. H. (2003). Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 37-4 [http://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02063-x](http://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02063-x)
- Annerbäck, E. M., Wingren, G. Svedin, C. G. y Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and

- characteristics of child physical abuse in Sweden, findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica*, 99(8), 1229-1236. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01792.x>
- Appiah-Kusi, E., Fisher, H. L., Petros, N., Wilson, R., Mondelli, V., Garety, P. A., McGuire, P. y Bhattacharyya, S. (2017). Do cognitive schema mediate the association between childhood trauma and being at ultra-high risk for psychosis? *Journal of Psychiatric Research*, 88, 89–96. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.003>
- Arango, C. , Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M.J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B. R. y Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86.
- Arango, C. y Crespo-Facorro B. (Coords.) (2018). *Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis*. Movimiento Rethinking.
- Arieti, S. (1974). *The interpretation of schizophrenia, 2ª ed.* Basic Books Publishers.
- Aron, E.N. (1999). *The highly sensitive person: How to thrive when the world overwhelms you*. Thorsons.
- Artigue, J. y Tizón, J.L. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención Primaria*, 46 (7), 336-356. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.002>
- Ayerbe, L., Pérez-Piñar, M., Foguet-Boreu, Q. y Ayis, S. (2020). Psychosis in children of separated parents: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 63(1), e3. <http://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.15>
- Aznar, J. y Varela, N. (2018). La ecología narrativa del trauma relacional. *Revista de psicoterapia*, 29 (111), 55-67. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111.263>

- Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E. y Bendall, S. (2018). Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1111-1122. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161>
- Bancroft, L. y Silverman, J. G. (2002). Power parenting. The batterer's style with children. En L. Bancroft y J. G. Silverman (Eds.), *The batterer as parent. Addressing the impact of domestic violence on family dynamics* (pp. 29-53). Sage Publications.
- Banse, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: evidence for diadic configuration effects. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 273–282. <https://doi.org/10.1177/0265407504041388>
- Barker-Collo, S. L. (2003). Culture and validity of the Symptom Checklist-90-Revised and profile of mood states in a New Zealand student sample. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 9(2), 185–196. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.9.2.185>
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Estilos de apego entre jóvenes adultos: un test dentro de un modelo de cuatro categorías. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology.
- Beards, S., Fisher, H. L., Gayer-Anderson, C., Hubbard, K., Reininghaus, U., Craig, T. J., Di Forti, M., Mondelli, V., Pariante, C., Dazzan, P., Murray, R. y Morgan, C. (2020). Threatening life events and difficulties and psychotic disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 814-822. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbaa005>

- Beasley, R. E., Kivisto, A. J., Leonhardt, B. L. y Waldron, J. S. (2020, mayo). Childhood maltreatment and psychosis: a comparative validity study of maltreatment indices. *Child Maltreatment*. <http://doi.org/10.1177/1077559520927475>
- Bebbington, P., Jonas, S., Kuipers, E., King, M., Cooper, C., Brugha, T., Meltzer, H., McManus, S. y Jenkins, R. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 29-37. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083642>
- Bebbington, P. E. (2018). Sexual abuse and psychosis: The security of research findings. *Schizophrenia Research*, 201, 37-38. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2018.04.038>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, M. y Terzicm, N. (2014). Experiencias infantiles adversas y su relación con comportamientos dañinos para la salud en los adultos jóvenes: encuestas en ocho países orientales de Europa. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 92 (9), 621-696
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología. Vol. II*. McGraw-Hill
- Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., McNeil, M. y Francey, S.M., McGorry, P., Eoin, K. y Jackson, H. (2014). TRIPP: TRAuma-Informed Psychotherapy for Psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 8, 18-18. <http://iepa-vcl.eppic.org.au/content/tripp-trauma-informed-psychotherapy-psychosis>
- Bentall, R. P. y Fernyhough, C. (2008). Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (6), 1012–1020. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn103>
- Bentall, R.P., Wickham, S., Shevlin, M. y Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 734–740. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbs049>

- Berenbaum, H. Thompson, R. J., Milanek, M. E., Boden, M. T. y Bredemeier, K (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 502-19. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.117.3.502>
- Berrios, G. E. y Beer, D. (1994). The notion of unitary psychosis: A conceptual history. *History of Psychiatry*, 5 (17, 1), 13–36. <https://doi.org/10.1177/0957154X9400501702>
- Berrios, G. (2017, 29 de junio). *Conferencia Inaugural*. 14º Simposio ETAC. Hospital San Agustín de Avilés, Asturias.
- Berry, K., Fleming, P., Wong, S. y Bucci, S. (2018). Associations between trauma, dissociation, adult attachment and proneness to hallucinations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(3), 292–301. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000716>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. y Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-90. [http://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](http://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bertolote, J. y Mcgorry, P. (2005). An international consensus statement about early intervention and recovery for young people with early psychosis. *The British journal of psychiatry, Supplement*, 48, 116-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
- Berzenski, S.R. y Yates, T.M. (2011). Classes and consequences of multiple maltreatment: a person-centered analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), 250-261. <http://doi.org/10.1177/1077559511428353>
- Blanco-González, A. (2014). El niño herido del adulto con psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 57(1), 107-110.
- Bleuler, E. (1950). En J. Zinkin (trad.): *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International Universities Press.

- Bilgi, M. M., Taspinar, S., Aksoy, B., Oguz, K., Coburn, K. y Gonul, A. S. (2017). The relationship between childhood trauma, emotion recognition, and irritability in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 251, 90-96. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.091>
- Birchwood, M., McGorry, P., y Jackson, H. (1997). Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 170(1), 2-5. <http://doi.org/10.1192/bjp.170.1.2>
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172(33),53–9.
- Birchwood, M. (2000). Early intervention and sustaining the management of vulnerability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 181–184. <http://doi.org.10.1080/000486700241>
- Birchwood, M. (2003). Vías hacia la disfunción emocional en los primeros episodios psicóticos. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 373-375.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z. y Jackson, C. (2007). La ansiedad social y la vergüenza de la psicosis: un estudio sobre el primer episodio de psicosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5),1025-1037. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.011>
- Blanch, A. K., Hardy, K., Loewy, R., y Niendam, T. (2018). *Addressing trauma and PTSD in first episode psychosis programs*. National Association of State Mental Health Program Directors.
- Bourgeois, C., Lecomte, T y Daigneault, I. (2018). Psychotic disorders in sexually abused youth: A prospective matched-cohort study. *Schizophrenia Research*, 199, 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.03.020>
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Organización Mundial de la Salud. Monograph Series, 2.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. 1. Basic Books.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.

Brañas, A., Lahera, G., Barrigón, M. L., Canal-Rivero, M. y Ruiz-Veguilla, M. (2019, marzo). Effects of childhood trauma on facial recognition of fear in psychosis *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 51888-9891(19), 30022-9. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.005>

Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect. En J. Myers et al. (Eds.), *Handbook on Child Mistreatment*. Sage.

Bullimore, P. (2013). La relación entre el trauma y la paranoia: tratamiento de la paranoia; En M. Romme y S. Escher (Eds.), *La psicosis como crisis personal. Un abordaje en la experiencia personal*. (pp. 91-104) Fundación para la investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

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. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35 (7), 590-595 <https://doi.org/10.1177/070674379003500705>

Calem, M., Bromis, K., McGuire, P., Morgan, C. y Kempton, M. J. (2017). Meta-analysis of associations between childhood adversity and hippocampus and amygdala volume in non-clinical and general population samples. *Neuroimage Clinical*, 14, 471-479. <http://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.02.016>

Campbell, C., Barrett, S. Shannon, C., Hoy, K., Rushe, T., Cooper, S. y Mulholland, C. (2012). The relationship between childhood trauma and neuropsychological functioning in first episode psychosis. *Psychosis*, 5, 1-12. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.660982>

- Camps-Pons, S., Castillo-Garalloa, J. A. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud [online]*, 25 (1), 67-74. <http://doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Cancel, A., Comte, M., Boutet, C., Schneider, F. C., Rousseau, P. F., Boukezzi, S., Gay A, Sigaud, T., Massoubre, C., Berna, F., Zendjidjian, X. Y., Azorin, J. M., Blin, O. y Fakra, E. (2017). Childhood trauma and emotional processing circuits in schizophrenia: a functional connectivity study. *Schizophrenia Research*, 184, 69–72. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2016.12.003>
- Capaldi, D. M., Tiberio, S. S., Short, J. W., Low, S. y Owen, L. D. (2020). Associations of exposure to intimate partner violence and parent-to-child aggression with child competence and psychopathology symptoms in two generations. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104434. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104434>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Carbone, E. A., Pugliese, V., Bruni, A., Aloï, M., Calabrò, G., Jaén-Moreno, M. J., Segura-García, C. y De Fazio, P. (2019). Adverse childhood experiences and clinical severity in bipolar disorder and schizophrenia: A transdiagnostic two-step cluster analysis. *Journal of Affective Disorders*, 259, 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.049>
- Carrasco, M.A., Sánchez, V., Ciccotelli, H. y Del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL90R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica*, 2 (2),149-161.
- Carr, S., Hardy, A. y Fornells-Ambrojo, M. (2018). The Trauma and Life Events (TALE) checklist: development of a tool for improving routine screening in people with psychosis. *The European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1512265. <http://doi.org/10.1080/20008198.2018.1512265>

- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306, 639-45. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Castro-Vale, I., van Rossum, E. F., Machado, J. C., Mota-Cardoso, R. y Carvalho, D. (2016). Genetics of glucocorticoid regulation and posttraumatic stress disorder—What do we know? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63, 143–157. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.02.005>
- Casullo, M. M. y Castro-Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 7, 147-157.
- Casullo, M. M. y Fernández-Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *PSYKHE*, 10 (1), 155- 162.
- Casullo, M. M., Cruz, M. S., González, R y Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16, (2), 135-149. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf>
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6 (1), 49-57. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf>
- Centro Reina Sofía (2012). *Maltrato Infantil en la familia en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.gva.es/violencia>
- Cervantes-Saavedra, M. (1966). *El ingenioso hidalgo Don Quijote de La Mancha*. Espasa-Calpe. (Originalmente publicado en 1606).
- Chadwick, P. (2009). *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos.

- Chan, C. y Yeung, J. W. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995–2006. *Aggression and Violent Behaviour, 14*(5), 313-322. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.04.001>
- Chatziioannidis, S., Andreou, C., Agorastos, A., Kaprinis, S., Malliaris, Y., Garyfallos, G. y Bozikas, V. P. (2019). The role of attachment anxiety in the relationship between childhood trauma and schizophrenia-spectrum psychosis. *Psychiatry Research, 276*, 223–231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.021>
- Ciufolini, S., Gayer-Anderson, C., Fisher, H. L., Marques, T. R., Taylor, H., Di Forti, M., Zunszain, P., Morgan, C., Murray, R. M., Pariante, C. M., Dazzan, P. y Mondelli, V. (2019). Cortisol awakening response is decreased in patients with first-episode psychosis and increased in healthy controls with a history of severe childhood abuse. *Schizophrenia Research, 205*, 38-44. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.002>
- Coid, J., González, R. A., Kallis, C., Zhang, Y., Liu, Y., Wood, J., Quigg, Z., y Ullrich, S. (2020). Gang membership and sexual violence: associations with childhood maltreatment and psychiatric morbidity. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 217*(4), 583–590. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.69>
- Comacchio, C., Howard, L. M., Bonetto, C., Lo Parrino, R., Furlato, K., Semrov, E., Preti, A., Mesiano, L., Neri, G., De Girolamo, G., de Santi, K., Miglietta, E., Tosato, S., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Ruggeri, M; GET UP Group. (2019). The impact of gender and childhood abuse on age of psychosis onset, psychopathology and needs for care in psychosis patients. *Schizophrenia Research, 210*, 164-171. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2018.12.046>
- Comité Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (2015). *The European child maltreatment prevention action plan 2015-2020*. <http://www.euro.who.int/prevent-child-abuse>
- Conejo, S., Moreno P., Morales, J. M., Alot, A., García-Herrera, J.M., González, M. J., Quemada C., Requena, J. y Moreno B. (2014). Opiniones de los profesionales del

- ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37 (2). <http://doi.org/10.4321/S1137-66272014000200005>
- Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (2015). *Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020*. <https://www.astursalud.es>
- Convención de los Derechos de los Niños (1989, noviembre, 20). Adoptada y abierta a la firma y la ratificación por la asamblea general en su resolución 44/25. Entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Cooke, A. (Ed.) (2014). *Comprender la Psicosis y la Esquizofrenia. Informe de la Division of Clinical Psychology*. The British Psychological Society.
- Couture, S., Lecomte, T. y Leclerc, C. (2007). Personality characteristics and attachment in first episode psychosis: Impact on social functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(8), 631–639. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31811f4021>
- Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, Browne, S., Kamali, M., Gervin, M., McTigue, O., Kinsella, A., Waddington, J. L., Larkin, C. y O'Callaghan, E. (2009). Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 18-24. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048942>
- Crespo-Facorro, B., Vazquez, B., Arriola, J., Simón, R. J, Vallina, O., Pérez, A. y Aznar, L. (2019). *Protocolo de Intervención Temprana en Psicosis de Cantabria*. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria.
- Cui, Y., Kim, S. W., Lee, B. J., Kim, J. J., Yu, J. C., Lee, K. Y., Won, S., Lee, S. H., Kim, S. H., Kang, S. H., Kim, E., Piao, Y. H., Kang, N. I. y Chung, Y. C. (2019). Negative schema and rumination as mediators of the relationship between childhood trauma and recent suicidal ideation in patients with early psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 80(3).

<http://doi.org/10.4088/JCP.17m12088>

Cullen, A. E., Addington, J., Bearden, C. E., Stone, W. S., Seidman, L. J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B. A., Mathalon, D. H., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Tsuang, M. T., Woods, S. W. y Walker, E. F. (2020). Stressor-cortisol concordance among individuals at clinical high-risk for psychosis: novel findings from the NAPLS cohort. *Psychoneuroendocrinology*, *115*, 104649. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104649>

Cyrulnik, B. (1997). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob.

Cyrulnyk, B. (2005). *Bajo el signo del vínculo. Una historia natural del apego*. Gedisa.

Derogatis, L. R. (1975). *Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual*. NCS Pearson.

Derogatis, L. R. y Cleary, P (1977). Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, *33*(4), 981-989.

Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Lawrence Erlbaum.

De Tore, N. R., Gottlieb, J. D. y Mueser, K. T. (2019). Prevalence and correlates of PTSD in first episode psychosis: Findings from the RAISE-ETP study. *Psychological Services. Publicación online*. <http://doi.org/10.1037/ser0000380>

De Salvo, L. (1989). *Virginia Woolf: The impact of childhood sexual abuse on her life and work*. Beacon Press.

Díaz Fernández, C. (2015). (Tesis sin publicar) *Impacto de la violencia de género en los hijos e hijas adolescentes en grave riesgo psicosocial: apego, estilos de crianza y disfunciones psíquicas*. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C. y Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. (pp. 718-744). Guilford Press.
- Edleson, J. L. (2006). A response system for children exposed to domestic violence: public policy in support of best practices. En M. Feerick y G. B. Silverman (Eds.) *Children exposed to violence* (pp. 191-211). Brookes.
- Edwards, J., Harris, M.G. y Bapat, S. (2005). Developing services for first episode psychosis and the critical period. *British Journal of Psychiatry*, 187(48), 91–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s91>
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 317–327. <https://doi.org/10.1037/a0019500>
- Ein-Dor, T. y Guy, G. (2015). Psychopathology and attachment. En J. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and research: New directions and emerging themes* (pp. 346-373). Guilford Press.
- Elahi, A., Perez, G., Varese, F., McIntyre, J. C. y Bentall, R. P. (2017). Do paranoid delusions exist on a continuum with subclinical paranoia? A multi-method taxometric study. *Schizophrenia Research*, 190, 77 –81 <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.022>
- Ellenbogen, S., Colin-Vezina, D., Sinha, V., Chabot, M. y Wells, S. J. R. (2018). Contrasting mental health correlates of physical and sexual abuse-related shame. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 30(2), 87-97. <http://doi.org/10.2989/17280583.2018.1485569>
- Evans, S. E., Davies, C. A. y Di Lillo, D. K. (2008). Exposure to domestic violence: a metaanalysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behaviour*, 13, 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>

- Family Violence Prevention Fund (2008). *Get the facts: Domestic violence is a serious, widespread social problem in America*.
http://www.endabuse.org/userfiles/file/Children_and_Families/DomesticViolence.pdf
- Faris, R. E. L. y Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago Press.
- Farkas, M. y Gagne C. A. (2005). *Implementing recovery-oriented evidence-based programs: identifying the critical dimensions*. Community Mental Health Journal.
- Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 268–285.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.2.268>
- Feeney, B. C. y Collins, N. L. (2014). A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19 (2), 113-147. <https://doi.org/10.1177%2F1088868314544222>
- Fekih-Romdhane, F., Ben Fadhel, S., Hakiri, A. y Cheour, M. (2019a). Childhood trauma in subjects at ultra-high risk for psychosis. *La Presse Médicale*, 48(3 Pt. 1), 243-249.
<http://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.023>
- Fekih-Romdhane, F., Tira, S. y Cheour, M. (2019b). Childhood sexual abuse as a potential predictor of psychotic like experiences in Tunisian college students. *Psychiatry Research*, 275, 181-188. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.034>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
[http://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](http://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Felitti V. J. y Anda, R. F. (2017). Las experiencias adversas en la infancia (EAI) y su relación

- con la enfermedad, el trastorno psiquiátrico y la conducta sexual en la edad adulta: implicaciones para el cuidado de la salud. En R. A. Lanius, E. Vermetten y C. Pain, *El trauma en la infancia: impacto sobre la salud y la enfermedad. La epidemia oculta*. Cambridge.
- Fiorillo, A. (2019). The complexity of vulnerability to psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(2), 138-139. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000690>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños. Publicación de las Naciones Unidas.
- Fonseca-Pedrero, E (Coord.) (2018). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (Coord.) (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O. y Muñiz, J. (2010). ESQUIZO-Q: Un instrumento para la valoración del "alto riesgo psicométrico" a la psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 255–269. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n3a4>
- Fraley, R. C., Waller, N. G. y Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Frame, L. y Morrison, A.P. (2001). Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 305–306. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.305>
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425-457. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>
- Freeman, D., Garety, P., Bebbington, P. Slater, M., Kuipers, E., Fowler, D., Green, C., Jordan,

- J., Ray, K. y Dunn, G. (2005). The psychology of persecutory ideation II: A virtual reality experimental study. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(5), 309–315. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000161686.53245.70>
- Freitas, E. L., Loch, A. A., Chianca, C., Andrade, J. C., Serpa, M. H., Alves, T. M., Hortencio, L., Pinto, M. T. C., van de Bilt, M. T., Gattaz, W. F. y Rössler, W. (2020). Childhood maltreatment in individuals at risk of psychosis: results from the Brazilian SSAPP cohort. *The International journal of social psychiatry*, 66 (6) <http://doi.org/10.1177/0020764020922252>
- Freud, S. (1987). *El malestar en la cultura y otros ensayos*. Alianza.
- Freud, S. (1896). *La etiología de la histeria*. <https://biblioteca.org.ar/libros/211775.pdf>
- Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. Paidós.
- Fusar-Poli, P. (2016). The Clinical High-Risk State for Psychosis (CHR-P), version II. *Schizophrenia Bulletin* 43(1), 44-47. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw158>
- Fusar-Poli, P., McGorry, P.D. y Kane, J. (2017). Mejorando los resultados del primer episodio de psicosis: un panorama general. *World Psychiatry*, 15(3), 251-265.
- Gayer-Anderson, C., Reininghaus, U., Paetzold, I., Hubbard, K., Beards, S., Mondelli, V., Di Forti, M., Murray, R. M., Pariante, C. M., Dazzan, P., Craig, T. J., Fisher, H. L. y Morgan, C. (2020). A comparison between self-report and interviewer-rated retrospective reports of childhood abuse among individuals with first-episode psychosis and population-based controls. *Journal of Psychiatry Research*, 123, 145-150. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.002>
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 39-58. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>

- Ghobari, B. y Akbar, A. (2011). Relation among quality of attachment, paranoid ideation and somatization in college students. *Social and Behavioural Sciences*, 30, 207– 211. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.041>
- Gibson, L.E., Alloy, L.B. y Ellman, L.M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychological Review*, 49, 92-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.003>
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113–147. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x>
- Gilbert, P. (Ed.) (2005). *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focussed therapy*. Routledge.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2012/05/rehabilitacion-psicosocial-trastorno-mental-severo.pdf>
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L. y Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 152(11), 1635-40. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.11.1635>
- Gomis-Pomares, A. y Villanueva, L. (2020). The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behaviour during emerging adulthood. *Psicothema*, 32 (1), 33-39. <http://doi.org/10.7334/psicothema2019.142>.
- González, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL90R de Derogatis, L. Adaptación española*. TEA.

- Gottesman, I.I. y Bertelsen, A. (1989). Confirming unexpressed genotypes for schizophrenia. Risks in the offspring of Fisher's Danish identical and fraternal discordant twins. *Archives of General Psychiatry*, 46, (1), 867-872. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810100009002>
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., Ray, K., Dunn, G., Bebbington, P. y Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 280-289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01011.x>
- Graham-Bermann S. A., Gruber, G., Howell, K. H. y Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 648-660. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.01.002>
- Graham-Bermann, S. A. y Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *The Journal of Pediatrics*, 146(3), 349-354. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.10.065>
- Greenhill, S. D., Juczewski, K., de Haan, A.M., Seaton, G., Fox, K. y Hardingham, N. R. (2015, junio). Neurodevelopment. Adult cortical plasticity depends on an early postnatal critical period. *Science*, 349(6246), 424-7. <http://doi.org/10.1126/science.aaa8481>
- Griffin, D. y Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430-445.
- Guloksuz, S. y van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229-244. <http://doi.org/10.1017/S0033291717001775>
- Guloksuz, S., van Os, J. y Rutten, B. P. F. (2018). The exposome paradigm and the complexities

- of environmental research in psychiatry. *JAMA Psychiatry*, 75(10), 985-986.
<http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1211>
- Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.
- Hammersley, P., Read, J., Woodall, S. y Dillon, J. (2007). Childhood trauma and psychosis: The genie is out of the bottle. *Journal of Psychological Trauma*, 6(2-3), 7–20.
https://doi.org/10.1300/J513v06n02_02
- Hamm, J. A. y Lysaker, P. H. (2018). Application of integrative metacognitive psychotherapy for serious mental illness. *American Journal of Psychotherapy*, 71(4), 122-127.
<http://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180033>
- Harlow, H. F. y Zimmermann, R. R. (1958). The development of affective responsiveness in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501 -509.
- Harlow, H. F. (1959). Love in infant monkeys. *Scientific American*, 200, 68-86.
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hegarty, J.D., Baldessarini, R.J., Tohen, M., Wateraux, C. y Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409–1416. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.10.1409>
- Hegel, G. W. F. (2006). *Fenomenología del espíritu*. (Jiménez, M. trad. y ed.) Alianza. (Originalmente publicado en 1807).
- Henriksen, M.G., Nordgaard, J. y Jansson, L.B. (2017). Genetics of schizophrenia: overview of methods, findings and limitations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 322.
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00322>

Herman, J. (1992). *Trauma y recuperación*. Espasa.

Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 1-13. <https://doi.org/10.1023/a:1024906315255>

Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797- 810. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>

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*. Organización Mundial de la Salud.

Horney, K. (1951). *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315010526>

Horowitz, M. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. En J. P. Wilson y B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 49-60). Plenum.

Hoy, K., Barrett, S., Shannon, C., Campbell, C., Watson, D., Rushe, T., Shevlin, M., Bai, F., Cooper, S. y Mulholland, C. (2012). Trauma infantil y volumen del hipocampo y amígdala en primeros episodios psicóticos. *Boletín de esquizofrenia*, 38 (6), 1162-1169. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr085>

Hui, C.L., Honer, W.G., Lee, E.H.M., Chang, W.C., Chan, S.K.W., Chen, E.S., Pang, E.P., Lui, S.S., Chung, D. A., Yeung, W. S., Roger, M.N., Lo, W.L., Jones, P.B., Sham, P. y Chen, E. Y. (2018). Predicting first-episode psychosis patients who will never relapse over 10 years. *Psychological Medicine*, 30, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003070>

Hustvedt, S. (2016). *La mujer que mira a los hombres que miran a las mujeres*. Seix Barral.

- Isvoranu A. M., van Borkulo C. D., Boyette L. L., Wigman J. T., Vinkers C. H., Borsboom D., Group Investigators (2017). A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 187–196. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbw055>
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J. y Miettunen, J. (2013). Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- James, W. (1890). *The principles of Psychology*. Henry Holt and Company.
- James, W. (1916). *Compendio de Psicología*. Daniel Jorro.
- Janiri, D., Kotzalidis, G. D., De Chiara, L., Koukopoulos, A. E., Aas, M. y Sani, G. (2020). The ring of fire: childhood trauma, emotional reactivity, and mixed states in mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 43(1), 69-82. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2019.10.007>
- 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. <http://doi.org/10.1046/j.0001-690x.2003.00217.x>
- Jaspers, K. (1970). *Psicopatología General (4ª ed.)* Beta.
- Jiménez, J., Oliva, A. y Saldaña, D. (1996). *Maltrato y protección de la infancia en España*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Johns, L.C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T.M., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J.C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I.E. y Laroi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S255–S264.

- Johnstone, L. (2013). Las personas que oyen voces son personas con problemas, no pacientes con enfermedades; En M. Romme y S. Escher (Eds.) *La psicosis como crisis personal. Un abordaje en la experiencia personal*. (pp. 35-47) Fundación para la investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2019). El marco poder amenaza significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo. *Revista de la Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 39 (136). <http://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200008>
- Jorgensen, P., Nordentoft, M., Abel, M.B., Gouliaev, G., Jeppesen, P. y Kassow, P. (2000). Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the opus study rationale and design of the trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 283–7. <http://doi.org/10.1007/s001270050240>
- Jung, C. G. (2015). *Psicogénesis de las enfermedades mentales*. Trotta. (Originalmente publicado en 1960).
- Karatzias, T., Shevlin, M., Pitcairn, J., Thomson, L., Mahoney, A. y Hyland, P. (2019). Childhood adversity and psychosis in detained inpatients from medium to high secured units: Results from the Scottish census survey. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104094. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104094>
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J. y Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>
- Keshavan, M.S., DeLisi, L.E. y Nasrallah, H.A. (2017). Translational and spectrum aspects of Schizophrenia Research: The rationale for new journal's new subheading. *Schizophrenia Research*, 179, 1. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.037>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., y Ustün, T. B. (2007).

- Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Kety, S. S. (1987). The significance of genetic factors in the etiology of schizophrenia: results from the national study of adoptees in Denmark. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 423-429. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(87\)90089-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(87)90089-6)
- Kilian, S., Asmal, L., Chiliza, B., Olivier, M. R., Phahladira, L., Scheffler, F., Seedat, S., Marder, S. R., Green, M. F. y Emsley, R. (2018). Childhood adversity and cognitive function in schizophrenia spectrum disorders and healthy controls: evidence for an association between neglect and social cognition. *Psychological Medicine*, 48(13), 2186-2193. <http://doi.org/10.1017/S0033291717003671>
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. y Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339-352. <http://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.339>
- Klarié, M. y Lovrié, S. (2018). La relación entre la psicotraumatización temprana y el inicio y curso de los trastornos psicóticos. *Psychiatria Danubina*, 30(6),365-370.
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C.J. y de Haan, L. (2014). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: a systematic review. *Psychology and Psychotherapy*, 87(2), 127-154. <http://doi.org/10.1111/papt.12010>
- Kosteletos, I., Kollias, K. y Stefanis, N. (2020). Childhood adverse traumatic experiences and schizophrenia. *Psychiatriki.*, 31(1), 23-35. <http://doi.org/10.22365/jpsych.2020.311.23>
- Kotowicz, K., Frydecka, D., Gawęda, L., Prochwicz, K., Klosowska, J., Rymaszewska, J., Samochowiec, A., Samochowiec, J., Szczygiel, K., Pawlak-Adamska, E., Szmida, E., Cechnicki, A. y Misiak, B. (2019, diciembre). Effects of traumatic life events, cognitive biases and variation in dopaminergic genes on psychosis proneness. *Early Intervention in Psychiatry*. <http://doi.org/10.1111/eip.12925>

- Kraan, T. C., Ising, H. K., Fokkema, M., Velthorst, E., van den Berg, D. P. G., Kerkhoven, M., Veling, W., Smit, F., Linszen, D. H., Nieman, D. H., Wunderink, L., Boonstra, N., Klaassen, R. M. C., Dragt, S., Rietdijk, J., de Haan, L. y van der Gaag, M. (2017). The effect of childhood adversity on 4-year outcome in individuals at ultra high risk for psychosis in the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. *Psychiatry Research*, 247, 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.014>
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Robert E. Kreiger Publishing Co.
- Laing, R. D. y Esterson, A. (1980). *Cordura, locura y familia*. Fondo de cultura económica.
- Lao Tse (2016). *El libro del Tao* (Serra, E., trad.) José J. de Olañeta. (Año de publicación del original aún a debate).
- Larkin, W. y Read, J. (2013). Trauma infantil y psicosis. Revisión de los datos; En M. Romme y S. Escher (Eds.) *La psicosis como crisis personal. Un abordaje en la experiencia personal*. (pp. 77-90). Fundación para la investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Lataster, T., van Os, J., Drukker, M., Henquet, C., Feron, F., Gunther, N. y Myin-Germeys, I. (2006). Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences: victimisation and non-clinical psychotic experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 423-8. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0060-4>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01805.x>
- Leak, G. y Parsons, C. (2001). The susceptibility of three attachment style measures to socially desirable responding. *Social Behaviour and Personality: an international journal*, 29, 21-29. <https://doi.org/10.2224/sbp.2001.29.1.21>

- Lemos, S., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., y Vallina, O. (2015). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Síntesis.
- Lieberman, J.A. (2006). Neurobiology and the Natural History of Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 14.
- Lincoln, T. M., Marin, N. y Jaya, E. S. (2017). Childhood trauma and psychotic experiences in a general population sample: A prospective study on the mediating role of emotion regulation. *European Psychiatry*, 42, 111-119.
<http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.010>
- Lindgren, M., Mäntylä, T., Rikandi, E., Torniainen-Holm, M., Morales-Muñoz, I., Kieseppä, T., Mantere, O. y Suvisaari, J. (2017). Childhood adversities and clinical symptomatology in first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 258, 374–381.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.070>
- 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(6), 1133-49.
<http://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- Liu, J., Lim, M. S. M., Ng, B. T., Chong, S. A., Subramaniam, M. y Mahendran, R. (2020). Global emotion dysregulation and maladaptive cognitive emotion regulation strategies mediate the effects of severe trauma on depressive and positive symptoms in early non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 222, 251-257.
<http://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.040>
- Liu, Y., Mendonça, M., Johnson, S., O'Reilly, H., Bartmann, P., Marlow, N. y Wolke, D. (2019). Testing the neurodevelopmental, trauma and developmental risk factor models of psychosis using a naturalistic experiment. *Psychological Medicine*, 1-10.
<http://doi.org/10.1017/S0033291719003349>

- Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S. y Varese, F. (2020). The Relationship Between Dissociation and Symptoms of Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), 1104-1113. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa037>
- Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie*, 83, 137–215, 289–413.
- Lourenço, L. M., Baptista, M. N., Senra, L. X., Almeida, A., Basilio, C. y de Castro Bona, F. M. (2013). Consequences of Exposure to Domestic Violence for Children: A Systematic Review of the Literature. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(55), 263-271. <http://doi.org/10.1590/1982-43272355201314>
- Lu, D., Wang, W., Qiu, X., Qing, Z., Lin, X., Liu, F., Wu, W., Yang, X., Otake, Y., Luo, X. y Liu, X. (2020). The prevalence of confirmed childhood trauma and its' impact on psychotic-like experiences in a sample of Chinese adolescents. *Psychiatry Research*, 287, 112897. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112897>
- Lund, J. I., Toombs, E., Radford, A., Boles, K. y Mushquash, C. (2020). Adverse childhood experiences and executive function difficulties in children: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104485. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104485>
- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S. y Lysaker, J. T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy*, 76(3),285-299. <http://doi.org/10.1348/147608303322362505>
- 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. <http://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188970.11916.76>
- MacBeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M. y Fisher, R. (2011). Attachment states of mind,

- mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 42-57, discusión 98-110. <http://doi.org/10.1348/147608310X530246>
- Macksoud, M. S., Dyregrow, S., y Raundalen, M. (1993). Traumatic war experiences and their effects on children. En J. P. Wilson y B. Raphaël (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 625-633). Plenum Press.
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern En Yogman, M. y Brazelton T. B. (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex.
- Maneta, E. K., White, M. y Mezzacappa, E. (2017). Parent-child aggression, adult-partner violence, and child outcomes: A prospective, population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 68, 1-10. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.017>
- Mansueto, G., Schruers, K., Cosci, F., van Os, J.; GROUP Investigators. (2019). Childhood adversities and psychotic symptoms: The potential mediating or moderating role of neurocognition and social cognition. *Schizophrenia Research.*, 206, 183-193. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2018.11.028>
- Marder, S. R. y Cannon, T. D. (2019). Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 381(18), 1753-1761. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1808803>
- Marlowe, N. I., Nicholson-Perry, K. y Lee, J. (2020). Ontological insecurity II: Relationship to attachment, childhood trauma, and subclinical psychotic-like experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 440-460. <https://doi.org/10.1002/jclp.22905>
- Martínez-Menéndez, N., García-Vega, E. y Fernández-García, R. (2020). Experiencias Adversas Infantiles y Cronificación Psicótica. *Actas Españolas de Psiquiatría* (en prensa).
- Martínez, S. y Arrojo, M. (2007). Psicosis psicogénica. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(3),

219-220.

- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R., Carr, V. J. (2013). La adversidad infantil en la esquizofrenia: un metaanálisis sistemático. *Psychological Medicine*, 43 (2), 225-238. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000785>
- Mauritz, M. W., Goossens, P. J., Draijer, N. y van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *The European Journal of Psychotraumatology*, 4. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985>
- May, R. (2013). Relación con las realidades alternativas; En M. Romme y S. Escher (Eds.) *La psicosis como crisis personal. Un abordaje en la experiencia personal.* (pp. 171-186) Fundación para la investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- McCarthy-Jones, S. (2017). Is Shame Hallucinogenic? *Frontiers in psychology*, 8, 1310. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01310>
- McElroy, E., McIntyre, J. C., Bentall, R. P., Wilson, T., Holt, K., Kullu, C., Nathan, R., Kerr, A., Panagaki, K., McKeown, M., Saini, P., Gabbay, M., y Corcoran, R. (2019). Mental Health, Deprivation, and the Neighbourhood Social Environment: A Network Analysis. *Clinical Psychological Science*, 7(4), 719-734. <https://doi.org/10.1177/2167702619830640>
- McGorry, P. D. (1996). The Centre for Young People's Mental Health: Blending epidemiology and developmental psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 4, 243– 247.
- McGorry, P. D., Killackey, E. y Yung, A. R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 8-10. <http://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01327.x>
- McGrath, J. J., McLaughlin, K. A., Saha, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Jonge, P., Esan, O., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Lepine, J. P., Lim, C. C. W., . . .

- Kessler, R. C. (2017). The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: A cross-national analysis of 23 998 respondents from 17 countries. *Psychological Medicine*, 47(7), 1230–1245. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003263>
- McGuffin, P., Tandon, K. y Corsico, A. (2003). Linkage and association studies of schizophrenia. *Current Psychiatry Report*, 5, 121-127. <https://doi.org/10.1007/s11920-003-0028-y>
- McGuigan, W. M. y Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25(7), 869-83. [http://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00244-7](http://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00244-7)
- McLeod, S. A. (2009). *Attachment Theory*. www.simplypsychology.org/attachment.html
- Menezes, N. M., Arenovich, T. y Zipursky, R. B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36, 1349–1362. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007951>
- Menon, S. V., Cohen, J. R., Shorey, R. C. y Temple, J. R. (2018). The impact of intimate partner violence exposure in adolescence and emerging adulthood: a developmental psychopathology approach. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 497-508. <http://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437736>
- Michail, M. y Birchwood, M. (2009). Trastorno de ansiedad social en los primeros episodios psicóticos: incidencia, fenomenología y relación con la paranoia. *The British Journal of Psychiatry*, 195(3), 234-241.
- Mickelson, K., Kessler, R. y Shaver, P. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology*, 73, 1092-106. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092>
- Miklowitz, M. y Goldstein, J. (1997). *Bipolar disorder: a family-focused treatment approach*.

Guilford Press

Mikulincer, M. y Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. Guilford Press.

Mikulincer, M. y Shaver, P. (2008). Adult attachment and affect regulation. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 2ª ed. (pp. 503-531). Guilford Press.

Miller, A. (2005). *El cuerpo nunca miente*. Tusquets.

Misiak, B., Krefft, M., Bielawski, T., Moustafa, A.A., Szaśiadek, M.M. y Frydecka, D. (2017, abril). Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 75, 393-406. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.015>

Morgan, C. y Fisher, H. (2007). Factores ambientales en la esquizofrenia: Trauma infantil. Una revisión crítica. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1), 3–10. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl053>

Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 655-64. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbq051>

Morgan, C. y Gayer-Anderson, C. (2016). Adversidades en la infancia y psicosis: evidencia, retos e implicaciones *World Psychiatry (Ed. Esp.)*, 14(2), 93-102. <https://doi.org/10.1002/wps.20330>

Morkved, N., Winje, D., Dovran, A., Arefjord, K., Johnsen, E., Kroken, R. A., Anda-Ågotnes, L. G., Thimm, J. C., Sinkeviciute, I., Rettenbacher, M. y Løberg, E. M. (2018). Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders as compared to substance abuse disorders. *Psychiatry Research*, 261, 481-487.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.011>

Morrison, A., Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331 -53. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>

Moskowitz, A. y Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 471–479. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>

Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A. y Herrenkohl, R. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behaviour problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53-63. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9269-9>

Muenzenmaier, K. y Meyer, I., Struening, E. y Ferber, J. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital & community psychiatry*, 44, 666-70. <https://doi.org/10.1176/ps.44.7.666>

Mulligan, A. y Lavender, T. (2010). Una investigación de la relación entre apego, género y recuperación de la psicosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 269–284. <https://doi.org/10.1002/cpp.655>

Murray, R.M., Bhavsar, V., Tripoli, G. y Howes, O. (2017). 30 Years on: How the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia Morphed Into the Developmental Risk Factor Model of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(6), 1190-1196. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx121>

Murray, R. M., Mondelli, V., Stilo, S. A., Trotta, A., Sideli, L., Ajnakina, O., Ferraro, L., Vassos, E., Iyegbe, C., Schoeler, T., Bhattacharyya, S., Marques, T. R., Dazzan, P., Lopez-Morinigo, J., Colizzi, M., O'Connor, J., Falcone, M. A., Quattrone, D., Rodriguez, V., ... Di Forti, M. (2020) The influence of risk factors on the onset and outcome of psychosis: What we learned from the GAP study. *Schizophrenia Research*. (en prensa).

<http://doi.org/10.1016/j.schres.2020.01.011>

- Muscatello, M. R. A., Rizzo, A., Celebre, L., Mento, C., Pandolfo, G., Cedro, C., Battaglia, F., Zoccali, R. A. y Bruno, A. (2020). The wounds of childhood: Early trauma subtypes, salience and hyperarousal in a sample of adult psychiatric patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(1), 3-9. <http://doi.org/10.1177/0020764019872227>
- Nettis, M. A., Pariante, C. M. y Mondelli, V. (2020). Early-Life Adversity, Systemic Inflammation and Comorbid Physical and Psychiatric Illnesses of Adult Life. *Current Topics in Behavioural Neurosciences*, 44, 207-225. http://doi.org/10.1007/7854_2019_89
- Newbury, J., Arseneault, L., Caspi, A., Moffitt, T.E., Odgers, C.L., Fisher, H.L. (2018). Cumulative effects of neighbourhood social adversity and personal crime victimization on adolescent psychotic experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 348-358. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbx060>
- Noonan, C. B. y Pilkington, P. D. (2020). Intimate partner violence and child attachment: A systematic and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 8(109), 104765. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104765>
- O' Connor, K., Nelson, B., Cannon, M., Yung, A. y Thompson, A. (2019). Perceptual abnormalities in an ultra-high risk for psychosis population relationship to trauma and co-morbid disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(2), 231-240. <http://doi.org/10.1111/eip.12469>
- Ordóñez-Cambor, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44 (3), 283-294. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97036176001.pdf>
- Ordóñez-Cambor N. (2015). (Tesis sin publicar) *Experiencias Traumáticas tempranas y procesos de recuperación en los trastornos psicóticos*. Departamento de Psicología.

Universidad de Oviedo

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.*

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Organización Panamericana de la Salud, OPS.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Plan de acción europeo para la prevención del maltrato infantil 2015-2020.* World Health Organization Regional Office for Europe (OMS). 64 th Session. Copenhagen, Denmark, 15-18 september 2014.

Organización Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de la Asamblea de las Naciones Unidas*
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Ortega y Gasset, J. (1914). *Meditaciones del Quijote.* Universal.

Padmanabhan, J. L., Shah, J. L., Tandon, N. y Keshavan, M. S. (2017). The "polyenviromic risk score": Aggregating environmental risk factors predicts conversion to psychosis in familial high-risk subjects. *Schizophrenia Research.*, 181, 17-22.
<http://doi.org/10.1016/j.schres.2016.10.014>

Palmier-Claus, J. E., Berry, K., Bucci, S., Mansell, W. y Varese, F. (2016). Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 454-459.

Patr6, R. y Limi6ana, R. (2005). V6ctimas de la violencia familiar: consecuencias psicol6gicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 21 (1), 11-17.
https://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf

Peach, N., Alvarez-Jimenez, M., Cropper, S. J., Sun, P., Halpin, E., O'Connell, J. y Bendall, S.

- (2020, marzo). Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-episode psychosis. *Psychology and Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1111/papt.12273>
- Peh, O. H., Rapisarda, A. y Lee, J. (2019). Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1089–1101. <https://doi.org/10.1017/S003329171800394X>
- Penas, P., Iraurgi, I., Moreno, M. C. y Uriarte, J. J. (2019). ¿Cómo es evaluado el recovery en salud mental? Una revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(1), 23-32.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- Pérez-Álvarez, M. (2012a). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2012b). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24 (1), 1-9. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72723431001>
- Pérez-Álvarez, M. (2018a). Psychology as a Science of Subject and Comportment, beyond the Mind and Behaviour. *Integrative Psychological and Behavioural Science*, 52(1), 25-51. <http://doi.org/10.1007/s12124-017-9408-4>
- Pérez-Álvarez, M. (2018b). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del psicólogo*, 39, 161-173.
- Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., Di Genaro, G., Meldolesi, G. N. y Marinotti, G. (2013). Attachment and parenting in adult patients with anxiety disorders. *clinical Practice y Epidemiology in Mental Health*, 9, 157-163. <https://doi.org/10.2174%2F1745017901309010157>
- Pinckaers, F. M. E., Rotee, I. L. M., Nwosu, C. V., Krolinski, P., Smeets, A. P. W., Gülöksüz,

- S., de Jong, L., Vaessen, T. S. J., Damen, T., Uittenboogaard, A., Schäfer, A. T., Menne-Lothmann, C., Decoster, J., van Winkel, R., Collip, D., Delespaul, P., De Hert, M., Derom, C., Thiery, E.,... Drukker, M. (2019). Evidence for interaction between genetic liability and childhood trauma in the development of psychotic symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(9), 1045-1054. <http://doi.org/10.1007/s00127-019-01711-z>
- Piotrowski, P., Frydecka, D., Kotowicz, K., Stańczykiewicz, B., Samochowicz, J., Szczygiel, K. y Misiak, B. (2020). A history of childhood trauma and allostatic load in patients with psychotic disorders with respect to stress coping strategies. *Psychoneuroendocrinology*, 115, 104645. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104645>
- Pirandello, L. (1971). *El difunto Matías Pascal*. Alianza. (Originalmente publicado en 1904).
- Popovic, D., Schmitt, A., Kaurani, L., Senner, F., Papiol, S., Malchow, B., Fischer, A., Schulze, T. G., Koutsouleris, N. y Falkai, P. (2019). Childhood trauma in schizophrenia: current findings and research perspectives. *Frontiers in Neuroscience*, 13, 274. <http://doi.org/10.3389/fnins.2019.00274>
- Pries, L. K., Guloksuz, S., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Gunther, N., Rauschenberg, C., Reininghaus, U., Radhakrishnan, R., Bak, M., Rutten, B. y van Os, J. (2018). Evidence That Environmental and Familial Risks for Psychosis Additively Impact a Multidimensional Subthreshold Psychosis Syndrome. *Schizophrenia bulletin*, 44(4), 710–719. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby051>
- Pries, L.K., Klingenberg, B., Menne-Lothmann, C., Decoster, J., van Winkel, R., Collip, D., Delespaul, P., De Hert, M., Derom, C., Thiery, E., Jacobs, N., Wichers, M., Cinar, O., Lin, B. D., Luykx, J. J., Rutten, B. P. F., van Os, J. y Guloksuz, S. (2020). Polygenic liability for schizophrenia and childhood adversity influences daily-life emotion dysregulation and psychosis proneness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 465-475. <http://doi.org/10.1111/acps.13158>

- Prior, V., y Glaser, D. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: Theory, evidence and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Pruessner, M., King, S., Vracotas, N., Abadi, S., Iyer, S., Malla, A. K., Shah, J. y Joobor, R. (2019). Gender differences in childhood trauma in first episode psychosis: Association with symptom severity over two years. *Schizophrenia Research.*, 205, 30-37. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.043>
- Quidé, Y., O'Reilly, N., Rowland, J. E., Carr, V. J., Elzinga, B. M. y Green, M. J. (2017). Effects of childhood trauma on working memory in affective and non-affective psychotic disorders. *Brain Imaging and Behavior*, 11, 722–735. <http://doi.org/10.1007/s11682-016-9548>
- Quidé, Y., Bortolasci, C. C., Spolding, B., Kidnapillai, S., Watkeys, O. J., Cohen-Woods, S., Berk, M., Carr, V. J., Walder, K. y Green, M. J. (2019). Association between childhood trauma exposure and pro-inflammatory cytokines in schizophrenia and bipolar-I disorder. *Psychological Medicine*, 49(16), 2736-2744. <http://doi.org/10.1017/S0033291718003690>.
- Quidé, Y., Bortolasci, C. C., Spolding, B., Kidnapillai, S., Watkeys, O. J., Cohen-Woods, S., Carr, V. J., Berk, M., Walder, K. y Green, M. J. (2020). Systemic inflammation and grey matter volume in schizophrenia and bipolar disorder: Moderation by childhood trauma severity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 105, 2021, 110013. <http://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110013>
- Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J., Reichenberg, A., Phiphophatsanee, N., Amir, T., Thoo, H.Y., Oliver, D, Davies, C., Morgan, C., McGuire, P., Murray, R.M. y Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry*, 17(1), 47-66. <https://doi.org/10.1002/wps.20490>
- Read, J., Perry, B.D., Moskowitz, A. y Connolly, J. (2001). La influencia de los eventos traumáticos tempranos en la esquizofrenia en algunos paciente: un modelo traumatogénico del neurodesarrollo. *Psiquiatry*, 64(4),319-345.

<http://doi.org/10.1521/psyc.64.4.319.18604>

- Read, J., Agar-Jacomb, K., Argyle, N. y Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 1-22. <https://doi.org/10.1348/14760830260569210>
- 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, 330-350. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Read, J., Mosher, L. y Bentall, R. (2006). *Modelos de locura*. Herder.
- Read, J., Bentall, R.P. y Fosse, R. (2009). Es hora de abandonar el modelo bio-bio-bio de la psicosis: Explorando los mecanismos epigenéticos y psicológicos por los cuales los eventos adversos de la vida conducen a síntomas psicóticos. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 299-310. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000257>
- Read, J. y Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200, 89-91. <http://bjp.rcpsych.org/content/200/2/89.full.pdf+html>
- Read, J. y Dillon, J. (Eds.) (2013). *Modelos de locura II*. Herder.
- Reininghaus, U., Böhnke, J. R., Chavez-Baldini, U., Gibbons, R., Ivleva, E., Clementz, B. A., Pearlson, G. D., Keshavan, M. S., Sweeney, J. A. y Tamminga, C. A. (2019). Transdiagnostic dimensions of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 67–76. <https://doi.org/10.1002/wps.20607>
- Renkema, T. C., de Haan, L., Schirmbeck, F., GROUP Investigators. (2020). Childhood trauma and coping in patients with psychotic disorders and obsessive-compulsive symptoms and in un-affected siblings. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104243.

<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104243>

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. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.415>

Robles, J. I., Andreu, J. M. y Peña, M. E. (2002). SCL90R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 5-19.

Rodríguez, A. y González, J. C. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma crónica. En J. C. González y A. Rodríguez. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programa básico de intervención* (pp. 17-42). Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.

Romme, M. (2013). Vínculos personales entre las experiencias traumáticas y las emociones distorsionadas en personas que oyen voces; En M. Romme y S. Escher (Eds.) *La psicosis como crisis personal. Un abordaje en la experiencia personal* (pp. 105-222). Fundación para la investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Romme, M. y Escher, S. (Eds.) (2013). *La psicosis como crisis personal. Un abordaje basado en la experiencia*. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Rose, S. M., Peabody, C. G., y Stratigeas, B. (1991). Undetected abuse among intensive case management clients. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(5), 499–503.

Rosen, K. y Garety, P. (2005). Predicting recovery from schizophrenia: A retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 735- 750. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi017>

Rosen, C., McCarthy-Jones, S., Chase, K. A., Jones, N., Luther, L., Melbourne, J. K., Sudhalkar,

- N. y Sharma, R. P. (2020). The role of inner speech on the association between childhood adversity and 'hearing voices'. *Psychiatry Research*, 286, 112866. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112866>
- Rosenthal, A., Meyer, M. S., Mayo, D., Tully, L. M., Patel, P., Ashby, S., Titone, M., Carter, C. S. y Niendam, T. A. (2020). Contributions of childhood trauma and atypical development to increased clinical symptoms and poor functioning in recent onset psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(6), 755-761. <http://doi.org/10.1111/eip.12931>
- Rosewater, L. B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell. In K. Yllö y M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (p. 200–216). Sage Publications.
- Russo, D. A., Stochl, J., Hodgekins, J., Iglesias-González, M., Chipps, P., Painter, M., Jones, P. B. y Pérez, J. (2018). Attachment styles and clinical correlates in people at ultra-high risk for psychosis. *British Journal of Psychology*, 109(1), 45-62. <https://doi.org/10.1111/bjop.12249>
- Sallis, H. M., Croft, J., Havdahl, A., Jones, H. J., Dunn, E.C., Smith G. D., Zammit, S. y Munafò, M. R. (2020). Genetic liability to schizophrenia is associated with exposure to traumatic events in childhood. *Psychological Medicine*, 1, 1-8. <http://doi.org/10.1017/S0033291720000537>
- Salokangas, R. K. R., Patterson, P., Hietala, J., Heinimaa, M., From, T., Ilonen, T., von Reventlow, H. G., Schultze-Lutter, F., Juckel, G., Linszen, D., Dingemans, P., Birchwood, M., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S. y EPOS Group (2019). Childhood adversity predicts persistence of suicidal thoughts differently in females and males at clinical high-risk patients of psychosis. Results of the EPOS project. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 935–942. <https://doi.org/10.1111/eip.12714>
- Schäfer, I. y Fisher H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis, what is the evidence? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 360–365. <http://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/ischaefer>

- Schaffer, H. R., y Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29(3, nº 94), 1–77. <https://doi.org/10.2307/1165727>
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Bendall, S., Groth, N., Michel, C., Inderbitzin, N., Schimmelman, B. G., Hubl, D. y Nelson, B. (2017). Mediators linking childhood adversities and trauma to suicidality in individuals at risk for psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 8 (242). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00242>
- Schmitt, D. P. (2008). Evolutionary perspectives on romantic attachment and culture: How ecological stressors influence dismissing orientations across genders and geographies. *Cross-Cultural Research*, 42, 220-247. <https://doi.org/10.1177%2F1069397108317485>
- Schürhoff, F., Laguerre, A., Fisher, H., Etain, B., Méary, A., Soussy, C., Szöke, A., y Leboyer, M. (2009). Self-reported childhood trauma correlates with schizotypal measures in schizophrenia but not bipolar pedigrees. *Psychological Medicine*, 39(3), 365–370. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003905>
- Scott, J. G., Chant, D., Andrews, G., Martin, G. E., y McGrath, J. J. (2007). Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 190, 339-43. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.026708>
- Scott, M., Rossell, S. L., Meyer, D., Toh, W. L. y Thomas, N. (2020). Childhood trauma, attachment and negative schemas in relation to negative auditory verbal hallucination (AVH) content. *Psychiatry Research*, 290, 112997. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112997>
- Seitz, R., Vracotas, N., Bechard-Evans, L., King, S., Abadi, S., Joobar, R., Shah, J. L., Malla, A. K. y Pruessner, M. (2019). The Trier Social Stress Test in first episode psychosis patients: Impact of perceived stress, protective factors and childhood trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 105, 155-163.

<http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.01.010>

Selvini, M. (2004). *Reinventar la psicoterapia*. Cortina

Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.

Shah, S., Mackinnonb, A., Galletlyd, C., Carr, V., McGrathi, J. J., Stain, H. J., Castle, D., Harvey, C., Sweeney, S. y Morgana, 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.

Shahwan, D. F, Teh, W.L., Sambasivam, R., Zhang, Y.J., Lau, Y.W., Ong, S.H., Fung, D., Gupta, B., Chong, S.A., y Subramaniam, M. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry*, 18, 15.

Shakespeare, W. (2019). *Hamlet* (Pujante, A. L. trad. y ed.) Austral. (Originalmente publicado en 1609)

Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. En J. H. Obegi, y E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 17-45). The Guilford Press.

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), 193-9. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbm069>

Shore, J. H., Tatum, E. y Vollmer, W. M. (1986). Psychiatric reactions to disaster: the Mt. St. Helen's experience. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590-596. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.5.590>

Simpson, J., Helliwell, B., Varese, F. y Powell, P. (2020). Self-disgust mediates the relationship

- between childhood adversities and psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 260-275. <http://doi.org/10.1111/bjc.12245>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770112.pdf>
- 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, 527-33. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.011346>
- Stanton, K. J, Denietolis, B., Goodwin, B. J. y Dvir, Y. (2020). Childhood trauma and psychosis: an updated review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* , 29(1),115-129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>
- Stein L. I. y Test M. A. (1978). *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. Plenum Publishing.
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E. y Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26(1), 89–112. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.12.001>
- Stilo, S. A., Gayer-Anderson, C., Beards, S., Hubbard, K., Onyejiaka, A., Keraite, A., Borges, S., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., Di Forti, M., Murray, R. M. y Morgan, C. (2017). Further evidence of a cumulative effect of social disadvantage on risk of psychosis. *Psychological Medicine*, 47(5), 913-924. <http://doi.org/10.1017/S0033291716002993>
- Stowkowy, J., Goldstein, B. I., MacQueen, G., Wang, J., Kennedy, S. H., Bray, S., Lebel, C. y

- Addington, J. (2020). Trauma in Youth At-Risk for Serious Mental Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1), 70-76. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001069>
- Strand, J., Goulding, A. y Tidefors, I. (2015). Attachment styles and symptoms in individuals with psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 67– 72. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.929740>
- Subramaniam, M., Abdin, E., Seow, E., Vaingankar, J. A., Shafie, S., Shahwan, S., Lim, M., Fung, D., James, L., Verma, S. y Chong, S. A. (2020). Prevalence, socio-demographic correlates and associations of adverse childhood experiences with mental illnesses: Results from the Singapore Mental Health Study. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104447. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104447>
- Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A. y Derr, A. S. (2011). Moderating the effects of childhood exposure to intimate partner violence: The roles of parenting characteristics and adolescent peer support. *Journal of Research on Adolescence*, 21(2), 376-394. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00676.x>
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K. y Polcari, A. (2014). Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological psychiatry*, 76(4), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.09.016>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M. y Ohashi, K. (2016). Los efectos del maltrato infantil o la estructura, función y conectividad del cerebro. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Tienari, P. (1991). Interaction between genetic vulnerability and family environment: The finnish adoptive family study of squizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (5), 460-465. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03178.x>
- Tizón, J. L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomà, M., Pérez, C. Pareja, F., Sorribes, M., Marzari, B., Quijada, Y. y Catalá, L. (2010). Psicosis y diferencias sociales:

- Comparando la prevalencia de las psicosis en dos medios urbanos diferenciados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 193-218.
- Tognin, S., Catalan, A., Modinos, G., Kempton, M. J., Bilbao, A., Nelson, B., Pantelis, C., Riecher-Rössler, A., Bressan, R., Barrantes-Vidal, N., Krebs, M. O., Nordentoft, M., Ruhrmann, S., Sachs, G., Rutten, B. P. F., van Os, J., de Haan, L., van der Gaag, M, EU-GEI High Risk Study, ... Valmaggia L. R. (2020). Emotion recognition and adverse childhood experiences in individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 46 (4), 823–833. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbz128>
- Tomassi, S. y Tosato, S. (2017). Epigenetics and gene expression profile in first-episode psychosis: The role of childhood trauma. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 226–237. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.10.018>
- Tosato, S., Bonetto, C., Tomassi, S., Zanardini, R., Faravelli, C., Bruschi, C., D'Agostino, A., Minelli, A., Scocco, P., Lasalvia, A., Furlato, K., Imbesi, M., Preti, A., Rugeri, M., Gennarelli, M., GET UP GROUP y Bocchio-Chiavetto L. (2020). Childhood trauma and glucose metabolism in patients with first-episode psychosis. *Psychoneuroendocrinology*, 113, 104536. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen>
- Trauelsen, A. M., Bendall, S., Jansen, J. E., Nielsen, H. G., Pedersen, M. B., Trier, C. H., Haahr, U. H., y Simonsen, E. (2016). Childhood adversities: social support, premorbid functioning and social outcome in first-episode psychosis and a matched case-control group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 770–782. <http://doi.org/10.1177/0004867415625814>
- Trocme, N. (2010). *El maltrato infantil y su impacto en la epidemiología del desarrollo psicosocial infantil. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. Centre of Excellence for Early Childhood Development. <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/NelsonESPxp.pdf>
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>

- Trotta, A., Iyegbe, C., Di Forti, M., Sham, P. C., Campbell, D. D., Cherny, S. S., Mondelli, V., Aitchison, K. J., Murray, R. M., Vassos, E., Fisher, H. L. (2016). Interplay between schizophrenia polygenic risk score and childhood adversity in first-presentation psychotic disorder: A pilot study. *PLoS One*, *11*(9), e0163319. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0163319>
- Trotta, A., Iyegbe, C., Yiend, J., Dazzan, P., David, A. S., Pariante, C., Mondelli, V., Colizzi, M., Murray, R. M., Di Forti, M. y Fisher, H. L. (2019). Interaction between childhood adversity and functional polymorphisms in the dopamine pathway on first-episode psychosis. *Schizophrenia Research.*, *205*, 51-57. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2018.04.010>
- Turkheimer, E., Haley, A., Waldron, M., D'Onofrio, B., y Gottesman, I. I. (2003). Socioeconomic status modifies heritability of IQ in young children. *Psychological Science*, *14*, 623-8. https://doi.org/10.1046%2Fj.0956-7976.2003.psci_1475.x
- Turner, S., Harvey, C., Hayes, L., Castle, D., Galletly, C., Sweeney, S., Shah, S., Keogh, L. y Spittal, M. J. (2019). Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, e78, 1-10. <https://doi.org/10.1017/s2045796019000684>
- Unidad de Coordinación de Salud Mental del Principado de Asturias (2019). *Programa de atención a primeros episodios psicóticos*. <https://www.astursalud.es/>
- Upthegrove, R., Chard, C., Jones, L., Gordon-Smith, K., Forty, L., Jones, I. y Craddock, N. (2015). Adverse childhood events and psychosis in bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, *206*(3), 191-7. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152611>
- Van der Kolk, B. (2015). *El Cuerpo lleva la cuenta*. Eleftheria.
- Varela, O., Peleteiro, L. y Yáñez, R.M. (2015). Una tragedia de Shakespeare: la difusa frontera entre lo afectivo y lo psicótico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *33*(3), 201-204.

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. y Bentall, R. (2012). Las adversidades aumentan el riesgo de psicosis: un metanálisis de los estudios de cohorte de control de pacientes, prospectivos y transversales. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Velikonja, T., Velthorst, E., Zinberg, J., Cannon, T., Cornblatt, B., Perkins, D., Cadenhead, K. S., Tsuang, M. T., Addington, J., Woods, S. W., McGlashan, T., Mathalon, D. H., Stone, W., Keshavan, M., Seidman, L. y Bearden, C. (2020, enero). Childhood trauma and cognitive functioning in individuals at clinical high risk (CHR) for psychosis. *Development and Psychopathology*, 1-12. <http://doi.org/10.1017/S095457941900155X>
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y Terapia Narrativa, un modelo integrador*. Morata.
- Vispe, A., Hernandez, M., Ruiz-Flores, M. y García, J. (2015). De la psicosis aguda al primer episodio psicótico. *Revista de la Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 35(128), 731-748. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400003>
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R. y Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 46, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>
- Warner, R. (2004). *Recovery of schizophrenia: psychiatry and political economy*. Routledge.
- Wearne, D., Curtis, G. J., Melvill-Smith, P., Orr, K. G., Mackereth, A., Rajanthiran, L., Hood, S., Choy, W. y Waters, F. (2020). Exploring the relationship between auditory hallucinations, trauma and dissociation. *BJPsych Open*, 6(3), e54. <http://doi.org/10.1192/bjo.2020.31>
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R. y Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies.

British Journal of Psychiatry, 194, 392-8. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.042515>

Wells, R., Jacomb, I., Swaminathan, V., Sundram, S., Weinberg, D., Bruggemann, J., Cropley, V., Lenroot, R. K., Pereira, A. M., Zalesky, A., Bousman, C., Pantelis, C., Weickert, C. S. y Weickert, T. W. (2020). The Impact of Childhood Adversity on Cognitive Development in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 140-153. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbz033>

White, M. y Epston, D. (2002). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Paidós.

Wickham, S., Sitko, K. y Bentall, R. (2014a). Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: The mediating role of negative self-esteem. *Psychological Medicine*, 45, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002633>

Wickham, S., Taylor, P., Shevlin, M., Bentall, R. P. (2014b). The impact of social deprivation on paranoia, hallucinations, mania and depression: The role of discrimination social support, stress and trust. *PLOS One*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105140>

Williams, J., Bucci, S., Berry, K. y Varese, F. (2018). Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review. *Clinical Psychological Review*, 65, 175-196.

Wolfe, D., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. y Jaffe, P. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187. <http://doi.org/10.1023/a:1024910416164>

Wolfe, D. y McGee, R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Developmental Psychopathology*, 6(1), 165-181. <http://doi.org/10.1017/S0954579400005939>

Yárnoz-Yaben, S. (2008). Análisis de los efectos de una intervención grupal en personas divorciadas enfocada desde la teoría del apego. En S. Yárnoz Yaben (Comp.): *La teoría del apego en la práctica clínica* (pp.213-249). Psimática.

- Yárnoz-Yaben, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología* 17(2), 159-170. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28711>
- Yárnoz-Yaben, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción psicológica*, 8(2),67-85 <http://doi.org/10.5944/ap.8.2.191>
- Yates, T. M. y Wekerle, C. (2009). The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: (Mal) adaptation in adolescence and young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 19-21. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.002>
- Young, M., Read, J., Barker-Collo, S. y Harrison, R. (2001). Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research and Practice* 32, 407–14. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.407>
- Zwicker, A., Denovan-Wright, E. M. y Uher, R. (2018). Gene-environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychological Medicine*, 48, 1925–1936. <http://doi.org/10.1017/S003329171700383x>

ANEXOS .***ANEXO 1 .***

- Tratamiento:

Psicoterapéutico

Farmacológico

Ambos

- Régimen actual:

Hospital de Día

Comunidad Terapéutica 24 h

Programa Primeros Episodios

Otros: por ej. ETAC

- Diagnóstico:

.....

- Fecha de nacimiento:

.....

- Origen:

Español

Latinoamericano

Europeo

Otros

- Sexo:

Mujer

Hombre

Otros

- Abuso de tóxicos presentes o pasados:

Alcohol

Otras drogas

Ninguno

- Convivencia:

Sola/o

Con familia de origen

Con pareja

Con pareja e hijos

Con hijos

Con otros

En una institución

- Pareja actual:

Sí

No

- Pareja en el pasado:

Sí

No

- Discapacidad reconocida:

Sí

No

- Edad en que recuerda empezar a tener las dificultades por las que es paciente de Salud Mental:

.....

- Edad en que recuerda “empezar a ir” a profesionales de Salud Mental

.....

ANEXO 2.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998.
CONICET. 1999/2004.

Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

 Mujer Varón

Educación:

 Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario
completo

Estado civil:

O Soltero

O Divorciado

O Viudo/a

O Casado

O Separado

O En pareja

Ocupación:

.....

.....

Lugar de nacimiento:

.....

.....

Lugar de residencia actual:

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
9. Tener dificultad para memorizar cosas.
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.

15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.

28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.

29. Sentirme solo/a.

30. Sentirme triste.

31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.

32. No tener interés por nada.

33. Tener miedos.

34. Sentirme herido en mis sentimientos.

35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.

36. Sentir que no me comprenden.

37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.

39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

40. Náuseas o dolor de estómago.

41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormirme.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.
54. Perder las esperanzas en el futuro.

55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.

56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.

57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a

58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados

59. Pensar que me estoy por morir.

60. Comer demasiado.

61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.

62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.

63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.

64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.

65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.

66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.

67. Necesitar romper o destrozar cosas.

68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.

69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.

70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.

71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.

73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.

74. Meterme muy seguido en discusiones.

75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.

76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.

77. Sentirme solo/a aun estando con gente.

78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.

79. Sentirme un/a inútil.

80. Sentir que algo malo me va a pasar.

81. Gritar o tirar cosas.

82.Miedo a desmayarme en medio de la gente.

83.Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.

84.Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.

85.Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.

86.Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.

87.Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.

88.Sentirme alejado/a de las demás personas.

89.Sentirme culpable.

90.Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

ANEXO 3.

ExpTra-S (VERSIÓN FRECUENCIA)

Ordóñez-Cambor

2015

Este cuestionario ha sido diseñado para medir la frecuencia 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.

Muchas gracias por su colaboración.

1. ¿Sus padres o un familiar cercano le golpearon tan fuerte que tuvo que ir al médico o al hospital?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

2. ¿Algún familiar le pegó tan fuerte que le dejó cardenales o marcas en su cuerpo?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

3. ¿Le castigaron dándole golpes con un objeto duro como un cinturón, una tabla o una cuerda?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

4. ¿Le golpearon tan fuerte que otra persona, como un profesor, un vecino o un médico se dio cuenta?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

5. ¿Alguien abusó físicamente de usted?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

6. ¿Alguien abusó sexualmente de usted?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

7. ¿Alguien trató de obligarle (en contra de su voluntad) a hacer cosas relacionadas con el sexo?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

8. ¿Cuándo era niño algún familiar le insultó de forma habitual y repetida?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

9. ¿Sus padres o familiares cercanos le dijeron que mejor sería que no hubiera nacido?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

10. ¿Los comentarios que hacían sus padres sobre sus comportamientos eran insultantes o le herían, incluso haciéndole llorar?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

11. ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que sus padres o familiares cercanos le odiaban?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

12. ¿Abusaron emocionalmente de usted?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

13. ¿Se ha sentido odiado o rechazado por su familia?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

14. ¿Se ha sentido inseguro, desprotegido y con falta de amor por parte de su familia?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

15. Cuando estaba enfermo ¿no le llevaron al médico por dejadez o por despreocupación?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

16. ¿Con qué frecuencia alguno de sus padres bebía y se emborrachaba y no cuidaron de usted o de sus hermanos?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

17. ¿Sus padres o familiares cercanos le han dicho que podría ser un fracasado en la vida?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

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?

Nunca A veces Con frecuencia Casi siempre

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

ANEXO 4.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE EXPLORACIÓN:

Algunas de las personas a las que le contaste anteriormente estas experiencias (rodea con un círculo):

¿Eran profesionales de salud mental?

No

Sí

¿Te ayudó contarle?

No

Sí

Antes de los 16 años (rodea con un círculo):

¿Tenías alguna persona o personas en las que poder confiar y desahogarte cuando tenías problemas o dificultades de cualquier tipo de pequeña/o?

No

Sí

¿Conviviste con alguien que sufría de depresión, tenía algún diagnóstico de enfermedad mental, se suicidó o intentó suicidarse?

Sí, puntualmente Sí, la situación se prolongó más de un mes. No

¿Tu madre era tratada violentamente en casa (física, psicológica o sexualmente)?

Sí, puntualmente Sí, y la situación se prolongó más de un mes No

ANEXO 5.

RQ Relationships Questionnaire

Bartholomew y Horowitz

1991

Seguidamente aparecen varios párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. Por favor, rodee con un círculo el párrafo que mejor se adecue a su forma de relacionarse afectivamente de entre los cuatro siguientes:

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.
2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.
3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.
4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

Ahora, por favor, rodee con un círculo la opción que refleje mejor su grado de acuerdo con la idea que se expresa en cada párrafo, según la siguiente escala:

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Total desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Un poco en desacuerdo | Ni desacuerdo ni acuerdo | Un poco de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |

2. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Total desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Un poco en desacuerdo | Ni desacuerdo ni acuerdo | Un poco de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |

3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| Total desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Un poco en desacuerdo | Ni desacuerdo ni acuerdo | Un poco de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |

4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| Total desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Un poco en desacuerdo | Ni desacuerdo ni acuerdo | Un poco de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |

ANEXO 6.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Estamos realizando un estudio cuyo objetivo es conocer en mayor profundidad las necesidades de las personas a tratamiento en Salud Mental, sus dificultades y el apoyo del que disponen.

Nuestro objetivo es proponer intervenciones que respondan a las necesidades detectadas entre las personas que atendemos.

La participación en el estudio es VOLUNTARIA y CONFIDENCIAL.

Tu participación o no en el estudio no tiene ningún tipo de repercusión en la asistencia que recibes, ni tampoco en tu estado de salud o pautas de medicación.

El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para tu salud.

La duración del estudio es aproximadamente de una hora.

Si quieres conocer los resultados del mismo o aclarar cualquier duda, dirígete a la psicóloga responsable de este estudio.

Más adelante, podrás ser contactada/o o bien para proponerte realizar nuevas evaluaciones o bien para ofrecerte algún tipo de intervención psicoterapéutica. De nuevo, la participación será totalmente VOLUNTARIA.

He sido informada/o adecuadamente de los objetivos del estudio y he comprendido la finalidad del mismo. He tenido la oportunidad de aclarar cualquier tipo de duda sobre el estudio. Acepto voluntariamente a participar en el mismo, sabiendo que puedo abandonarlo en el momento que lo desee.

Nombre y apellidos : _____

Firma

Fecha

