

## Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas\*

Nuria Ordóñez-Cambor<sup>1,2</sup>

Serafín Lemos-Giráldez<sup>1,3</sup>

Mercedes Paino<sup>1,3</sup>

Eduardo Fonseca-Pedrero<sup>3,4</sup>

Leticia García-Álvarez<sup>1,3</sup>

Juan Pablo Pizarro-Ruiz<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Universidad de Oviedo*

<sup>2</sup> *Complejo Universitario Asistencial de Burgos*

<sup>3</sup> *Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Oviedo*

<sup>4</sup> *Universidad de La Rioja*

<sup>5</sup> *Universidad de Burgos*

*Estudios previos han destacado el papel de las experiencias traumáticas tempranas como un factor predisponente importante de gran variedad de alteraciones psicopatológicas. Sin embargo, el papel del trauma en el desarrollo de la psicosis es un área poco estudiada a día de hoy, especialmente en nuestro país. En este sentido, el objetivo de esta investigación fue analizar la prevalencia de diferentes experiencias traumáticas tempranas en una muestra clínica de 48 pacientes psicóticos (31 varones y 17 mujeres) y estudiar el posible efecto que dichas experiencias tienen en el curso y en la evolución de los trastornos psicóticos. Los resultados mostraron que el 75% de los pacientes estudiados refirieron historia previa de trauma, no existiendo entre varones y mujeres importantes diferencias en la prevalencia de dichas experiencias. Sí se encontraron diferencias en la presencia de sintomatología positiva, siendo más frecuente en los pacientes con historia previa de experiencias traumáticas. Estos resultados ponen de manifiesto la relación existente entre experiencias*

---

\* *Agradecimientos:* La presente investigación ha sido posible gracias al apoyo recibido del Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2008-06220, PSI2011-23818).

*Correspondencia:* Nuria Ordóñez Cambor. Servicio de Psiquiatría, Hospital Divino Vallés, Av. Islas Baleares, 1 09006, Burgos. Correo electrónico: nuorcapsico@hotmail.com.

*traumáticas tempranas y psicosis, sin embargo, aún hay que seguir profundizando en el estudio de dicha relación para estudiar cómo afecta al curso y a la evolución de los trastornos psicóticos.*

*Palabras clave: psicosis, experiencias traumáticas, intervención precoz, predisposición a la psicosis.*

## Relationship between psychosis and early traumatic experiences

*Previous research have highlighted the role of the early traumatic experiences as a significant predisposing factor in a wide range of psychopathological disorders. However, the role of the trauma in the development of a psychosis is, nowadays, an understudied area, especially in Spain. In this sense, the goal of this study was to analyze the prevalence of early traumatic experiences in a 48 psychotic patients clinical sample (31 male and 17 female) and to study the potential effect that such experiences may have in the development and evolution of the psychotic disorders. The results obtained showed that 75% of the studied patients referred a previous traumatic history, without existing relevant differences in the prevalence of these experiences between males and females. If differences were found in the presence of positive symptoms, being more frequent in patients with a history of traumatic experiences. These results show the relationship between early traumatic experiences and psychosis, but still need to further deepen the study of the relationship to study how it affects the course and the development of psychotic disorders.*

*Keywords: Psychosis, traumatic experiences, early intervention, predisposition to psychosis.*

### Introducción

En los últimos años, un tema de creciente interés ha sido el estudio de la relación entre adversidad temprana y dificultades psicológicas en fases posteriores de la vida, asumiendo la naturaleza transaccional persona-contexto en el origen de los problemas psicológicos. Aunque diferentes experiencias tempranas pueden desempeñar un papel importante en la vida adulta, especialmente se ha estudiado la relación entre trauma infantil y diferentes afectaciones en la salud. Así, 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; MacMillan et al., 2001; Nelson et al., 2002; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez Padilla, 2011; Read y Bentall, 2012).

Por lo que respecta al estudio de la psicosis y en particular de la esquizofrenia, hoy sabemos que la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más costoso, tanto en términos humanos como en gastos sociales (van Os y Kapur, 2009). Afecta aproximadamente al 1% de la población y genera múltiples problemáticas

que inciden, no solo en las personas afectadas, sino también en el entorno familiar y social (McGrath, Saha, Chant y Welham, 2008). En la actualidad, el estudio de la prevención, detección e intervención precoz en personas con vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicóticos, es una de las principales líneas de investigación en el campo de la esquizofrenia. De esta manera, el estudio de los posibles factores etiológicos o factores de predisposición de los trastornos psicóticos, como el trauma infantil es importante de cara a la prevención y posterior intervención. A pesar de ello, el papel del trauma en el desarrollo de las psicosis es un área poco estudiada a día de hoy en nuestro país. Diversos estudios han encontrado que las experiencias traumáticas pueden desempeñar un papel causal en el desarrollo de la psicosis (Falukozi y Addington, 2012; Lataster, Myin-Germeys, Lieb, Wittchen y van Os, 2012; Read, van Os, Morrison y Ross, 2005; Spence et al., 2006; Thompson et al., 2014).

En una revisión llevada a cabo por Read y colaboradores (2005) encontraron que un gran porcentaje de pacientes diagnosticados de psicosis habían experimentado algún tipo de maltrato, como abusos sexuales (48% de las mujeres y el 28% de los varones), abusos psicológicos (48% de las mujeres y el 50% de los varones) o incesto (29% de las mujeres y el 7% de los varones); concluyendo que el abuso infantil es un factor causal para la psicosis. Posteriormente, en una revisión crítica de este trabajo llevada a cabo por Morgan y Fisher (2007), concluyen que los resultados aportados por Read y colaboradores están sobreestimados, ya que de los 51 artículos analizados, solo 20 de ellos utilizan muestras que cumplan claramente criterios para un trastorno psicótico. Así, Morgan y Fisher volvieron a calcular las prevalencias ponderadas utilizando solo los estudios en los que los pacientes fueron diagnosticados con un trastorno psicótico, reduciéndose la prevalencia de experiencias traumáticas previas en pacientes con psicosis en todos los casos, a excepción de los abusos sexuales en varones, que sigue siendo la misma. Sin embargo, a pesar de que la tasa de experiencias traumáticas disminuye, sigue existiendo un porcentaje a tener en cuenta de experiencias traumáticas previas en pacientes psicóticos. En concreto, el 42% de las mujeres y el 28% de los varones informaban de abusos sexuales previos, y el 35% y el 38% respectivamente, informaban de abusos físicos.

Más recientemente, Varese y colaboradores (2012) llevaron a cabo un exhaustivo meta-análisis en el que combinaron un total de 36 estudios (18 caso-control, 10 prospectivos y 8 con población general), incluyendo aproximadamente a unos 80.000 individuos. La psicosis se definía como la presencia de experiencias psicóticas atenuadas o como trastornos psicóticos. Por lo que se refiere a las experiencias traumáticas infantiles, contemplaron abusos sexuales, psicológicos o emocionales, negligencia, bullying y fallecimiento de los padres, ocurridos antes de los 18 años, encontrando una relación significativa entre la presencia de dichas experiencias y la psicosis (odds ratio =2.78).

En nuestro país, destaca el estudio llevado a cabo por Álvarez y colaboradores (2011), donde analizaron la prevalencia de experiencias traumáticas infantiles

en 102 pacientes con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo), encontrando que casi la mitad de los pacientes (47.5%) había sufrido abusos en la infancia. Así, el 22% de los hombres y el 18% de las mujeres referían abusos físicos, y el 28% y 42% respectivamente informaban de abusos sexuales previos.

Del mismo modo, la presencia de síntomas positivos de la esquizofrenia ha sido relacionada con historia previa de traumas. Un gran número de pacientes que han sufrido experiencias de abuso en la infancia presentan sintomatología positiva, como alucinaciones auditivas y visuales, ideación paranoide, inserción del pensamiento o ideas de referencia (Ross, Anderson y Clark, 1994). Dentro de la sintomatología positiva, las alucinaciones han sido uno de los aspectos más estudiados en relación con el trauma infantil. Varios estudios han encontrado relaciones sólidas entre trauma infantil y alucinaciones, fundamentalmente auditivas, en diferentes pacientes con una amplia gama de diagnósticos (Hammersley et al., 2003; Lysaker, Beattie, Strasburger y Davis, 2005; Read, Agar, Argyle y Aderhold, 2003; Shevlin et al., 2011). En muchos de estos estudios, el contenido de dichas alucinaciones se encontraba relacionado con el trauma sufrido previamente (Hardy et al., 2005; Heins, Gray y Tennant, 1990; Read et al., 2003; Read, Bentall y Fosse, 2009).

Hasta el momento en España se han llevado a cabo escasos trabajos empíricos que traten de analizar y comprender la relación entre experiencias traumáticas y psicosis, no existiendo muchos trabajos que indiquen la prevalencia de experiencias traumáticas tempranas en este tipo de pacientes. Por otra parte, el rol que desempeñan dichas experiencias en los síntomas psicóticos tampoco se encuentra claramente delimitado. En este contexto, el presente trabajo se centró en el estudio de la relación entre experiencias traumáticas tempranas y psicosis en una muestra clínica española. El objetivo general de esta investigación fue doble; por un lado, analizar la prevalencia de diferentes experiencias traumáticas tempranas en una muestra clínica de pacientes con psicosis, analizando también dicha prevalencia en función del sexo y, por otro, estudiar el posible efecto que dichas experiencias pudiesen tener en la sintomatología de los trastornos psicóticos. Estos objetivos son importantes para obtener un mayor conocimiento acerca de la esquizofrenia y los mecanismos etiológicos, o factores predisponentes de la misma, de cara a una detección precoz y posterior intervención.

## **Método**

### ***Participantes***

Se realizó un estudio trasversal de 48 pacientes, 31 varones (64.6%) y 17 mujeres (35.4%), que estaban en tratamiento psiquiátrico ambulatorio y habían

tenido en algún momento de su vida al menos un episodio psicótico, independientemente de cuál hubiese sido la causa que lo produjese. La selección de los participantes se llevó a cabo en un Centro de Salud Mental del Principado de Asturias. De entre toda la población atendida en dicho centro se seleccionó a los pacientes que estuviesen en ese momento en tratamiento por un trastorno del espectro esquizofrénico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastorno Mentales (DSM-IV-TR).

El rango de edad osciló entre los 18 y 50 años, con una media de 36.27 ( $SD=8.57$ ). El 93.7% de los participantes eran de nacionalidad española. En cuanto al diagnóstico, 30 estaban diagnosticados de esquizofrenia paranoide, 2 de esquizofrenia simple, 2 de trastorno esquizotípico de la personalidad, 5 de trastorno delirante, 4 de trastorno psicótico breve, 3 de trastorno esquizoafectivo y 2 de trastorno psicótico sin especificar. Las características clínicas y sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.

<i>Variables</i>	<i>Varones (n=31)</i>	<i>Mujeres (n=17)</i>	<i>Total (n=48)</i>
<i>Edad:</i>			
Media (DT), rango	34.12 (9.03), 17-48	38.41 (9.17), 23-50	36.27 (8.57), 17-50
<i>Estudios:</i>			
Primarios, n (%)	12 (38.7)	5 (29.4)	17 (35.4)
Secundarios, n (%)	16 (51.6)	8 (47)	24 (50)
Universitarios, n (%)	3 (9.7)	4 (23.5)	7 (14.6)
<i>Situación laboral:</i>			
Empleado, n (%)	4 (12.9)	3 (17.6)	7 (14.6)
Desempleado, n (%)	27 (87.1)	14 (82.4)	41 (85.4)
<i>Nacionalidad:</i>			
Española, n (%)	29 (93.5)	16 (94.1)	45 (93.7)
Extranjera, n (%)	2 (6.5)	1 (5.9)	3 (6.3)
<i>Diagnóstico:</i>			
Esquizofrenia paranoide, n (%)	22(70.9)	8 (47.1)	30 (62.5)
Esquizofrenia simple, n (%)	1(3.2)	1(5.9)	2 (4.2)
Trastorno esquizotípico de la personalidad, n (%)	2(6.5)	0(0)	2 (4.2)
Trastorno delirante, n (%)	1(3.2)	4(23.6)	5 (10.4)
Trastorno psicótico breve, n (%)	2(6.5)	2(11.7)	4 (8.3)
Trastorno esquizoafectivo, n (%)	1(3.2)	2(11.7)	3 (6.2)
Trastorno psicótico sin especificar, n (%)	2(6.5)	0(0)	2 (4.2)

## **Instrumentos**

### *Entrevista de Experiencias Traumáticas (EET)*

Es una entrevista estructurada basada en la revisión de literatura nacional e internacional de autoinformes sobre experiencias traumáticas tempranas, desarrollada por nuestro grupo de investigación.

Se compone de un total 36 preguntas que evalúan la frecuencia de experiencias traumáticas y el malestar asociado. Las de frecuencia son 18 preguntas en formato de respuesta *Likert* de 4 categorías –0 (*Nunca*), 1 (*A veces*), 2 (*Con frecuencia*), 3 (*Casi siempre*) –, que evalúan la presencia de experiencias traumáticas tempranas centradas en diferentes tipos de maltrato infantil (abuso sexual, maltrato físico y psicológico y negligencia), donde el último ítem hace referencia a cualquier otro tipo de acontecimiento traumático ocurrido sobre el cual no se haya preguntado anteriormente. Del mismo modo, las preguntas de malestar son también 18 en formato de respuesta *Likert* de 4 categorías –1, (*Ningún malestar*), 2 (*Ligero malestar*), 3 (*Bastante malestar*) y 4 (*Mucho malestar*) –, donde se valora el malestar asociado a dichas experiencias. Estas preguntas de afectación solo deben ser contestadas en caso de que la experiencia traumática esté presente al menos “a veces” en la escala de frecuencia.

### *Community Assessment of Psychic Experiences-42* (Stefanis et al., 2002).

Es un autoinforme que permite evaluar las experiencias psicóticas, en sus facetas afectiva y no afectiva. El CAPE se compone por 42 ítems que evalúan las dimensiones *Positiva* (20 ítems), *Negativa* (14 ítems) y *Depresiva* (8 ítems) de los síntomas psicóticos. Cada pregunta se responde en un formato de respuesta tipo *Likert* de 4 puntos, que oscila desde 1 (*Nunca*) hasta 4 (*Casi siempre*). En el caso de que el participante elija las opciones de respuesta (*A veces*), (*A menudo*) o (*Casi siempre*), debe indicar el grado de malestar que le produce tal experiencia en una escala también tipo *Likert* de 4 categorías: 1 (*Ningún malestar*); 4 (*Mucho malestar*).

En este estudio se utilizó la versión validada y adaptada al español (Ros-Morente, Vilagra-Ruiz, Rodríguez-Hansen, Wigman y Barrantes-Vidal, 2011).

## **Procedimiento**

La administración de las pruebas se llevó a cabo de forma individual, durante una sesión clínica y en un despacho acondicionado para este fin. El estudio se presentó a los pacientes como una investigación sobre la prevención e intervención temprana y el seguimiento longitudinal de pacientes con pródromos o de primer episodio psicótico, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas. Los datos aquí presentados forman parte de un estudio más amplio sobre los procesos de recuperación de la

psicosis. Todos los participantes dieron de manera voluntaria su consentimiento informado para participar en el estudio. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias

La administración de los autoinformes se realizó en todo momento bajo la supervisión de un investigador.

### ***Análisis de datos***

Con respecto al primer objetivo, se analizó la prevalencia de los diferentes tipos de experiencias traumáticas en la muestra clínica, analizando también la prevalencia de dichas experiencias en función del sexo. En lo referente al segundo objetivo, para el análisis de diferencias entre pacientes con y sin experiencias traumáticas en las dimensiones evaluadas por el CAPE-42, se realizó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 18.

## **Resultados**

### ***Distribución de la muestra en función de las experiencias traumáticas y prevalencia de experiencias traumáticas en función del sexo***

A continuación, en las tablas 2 y 3 de la página siguiente puede verse la distribución de la muestra en función de la presencia o ausencia y del tipo de experiencias traumáticas, y los porcentajes de experiencias traumáticas referidas en función del sexo. Un porcentaje considerable de pacientes, el 75% informó de la presencia de algún tipo de experiencia traumática temprana. Respecto a la prevalencia de dichas experiencias en función del sexo, el 76.5% de mujeres refirieron la presencia de experiencias traumáticas tempranas, frente al 74.2% de los hombres.

### ***Diferencias en las dimensiones del Cape-42 en función de la presencia o ausencia de experiencias traumáticas***

Por último, en la tabla 4 (ver página siguiente) se muestran los resultados de las comparaciones de las puntuaciones en las dimensiones centrales del CAPE-42 entre los pacientes con y sin experiencias traumáticas previas.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en *Síntomas Negativos* ni en *Síntomas Depresivos* entre pacientes con experiencias y sin experiencias traumáticas; pero sí que se han detectado en *Síntomas Positivos*, encontrando que los pacientes con experiencias traumáticas alcanzaron una puntuación más elevada en sintomatología positiva que los pacientes que no habían sufrido experiencias traumáticas ( $p \leq .05$ ,  $d = 0.90$ ).

TABLA 2. FRECUENCIA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS.

<b>Tipo de experiencias traumáticas</b>	<b>n (%)</b>
<i>Abusos sexuales:</i> No / Sí	39 (81.3) / 9 (18.8)
<i>Abusos físicos:</i> No / Sí	29 (60.4) / 19 (39.6)
<i>Maltrato psicológico:</i> No / Sí	16 (33.3) / 32 (66.7)
<i>Negligencia:</i> No / Sí	22 (45.8) / 26 (54.1)
<i>Otras ET:</i> No / Sí	15 (31.3) / 33 (68.8)
<b>Total:</b> No / Sí	12 (25.0) / 36 (75.0)

*Nota:* ET= Experiencias Traumáticas; No = no refirieron haber sufrido ninguna experiencia traumática; Sí= refirieron haber sufrido al menos una experiencia traumática.

TABLA 3. PRESENCIA DE LAS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS SEGÚN EL SEXO.

<b>Tipo de experiencias traumáticas</b>	<b>n (%)</b>
<i>Abusos sexuales:</i> Varón / Mujer	5 (16.1) / 4 (23.5)
<i>Abusos físicos:</i> Varón / Mujer	12 (38.7) / 7 (41.2)
<i>Maltrato psicológico:</i> Varón / Mujer	20 (64.5) / 12 (70.6)
<i>Negligencia:</i> Varón / Mujer	17 (54.8) / 9 (52.9)
<i>Otras ET:</i> Varón / Mujer	20 (64.5) / 13 (76.5)
<b>Total:</b> Varón / Mujer	23 (74.2) / 13 (76.5)

*Nota:* ET= Experiencias Traumáticas.

TABLA 4. PRUEBA T DE STUDENT PARA EL ESTUDIO DE DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON Y SIN EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LOS TRES FACTORES DEL CAPE-42.

<b>CAPE-42</b>	<b>Sin ET</b>	<b>Con ET</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
	<b>M(DT)</b>	<b>M(DT)</b>		
Dimensión Positiva	1.19 (.22)	1.56 (.54)	-3.404	.001*
Dimensión Negativa	1.58 (.43)	1.94 (.57)	-1.975	.054
Dimensión Depresiva	1.56 (.63)	1.91 (.65)	-1.610	.114

*Nota:* ET= Experiencias Traumáticas.

\* $p \leq 0.001$ .

## Discusión y conclusiones

La identificación de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la psicosis es de suma importancia. Dentro de esta línea, las experiencias traumáticas han sido consideradas como uno de los factores predisponentes y/o precipitantes en el desarrollo de un episodio psicótico en personas con vulnerabilidad.

En este sentido, el primer objetivo de este trabajo fue estudiar la prevalencia de diferentes experiencias traumáticas tempranas en una muestra clínica de pacientes con psicosis y analizar también dicha prevalencia en función del sexo. En la aplicación de la EET se encontró que el 75% de los pacientes con psicosis de la muestra informaban de experiencias traumáticas tempranas. Estos resultados coinciden con los presentados por diferentes estudios previos que indican la importancia de las experiencias traumáticas tempranas en el desarrollo de los trastornos psicóticos (Falukozi y Addington, 2012; Janssen et al., 2004; Read et al., 2005; Shevlin, Houston, Dorahy y Adamson, 2008; Spence et al., 2006; Thompson et al., 2014).

Por lo que se refiere al tipo de maltrato, después de “otras experiencias traumáticas” que es una categoría muy amplia, el maltrato psicológico fue el suceso traumático más referido por los pacientes del estudio, seguido por la negligencia o el abandono y los abusos físicos, siendo los abusos sexuales los menos frecuentes. Estos resultados, en principio pudieran parecer contradictorios con los resultados obtenidos en estudios previos, que apuntan a la estrecha relación existente entre abusos sexuales y psicosis (Lysaker et al., 2005; Schafer et al., 2006; Scheller-Gilkey, Thomas, Woolwine y Miller, 2002). Sin embargo, la mayoría de ellos se centran únicamente en estudiar dicha relación, no teniendo en cuenta otros tipos de abusos o maltrato. Así, en una revisión realizada por Bendall y colaboradores (2008), los autores encontraron que de los 46 estudios sometidos a revisión, solo 10 de ellos estudiaron la relación entre la presencia de ambos tipos de maltrato (sexual y psicológico) y la psicosis, obteniendo que en 6 de estos estudios la frecuencia del maltrato psicológico fue superior a la del sexual. En este sentido, varias investigaciones han encontrado que el maltrato psicológico es la experiencia traumática más frecuente referida por los pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico (Álvarez et al., 2011; Margo y McLees, 1991; Muenzenmaier, Meyer, Struening y Ferber, 1993).

En cuanto al estudio de la prevalencia de dichas experiencias en función del sexo, observamos que apenas existieron diferencias, aunque el porcentaje de mujeres que refirió episodios traumáticos fue superior al de los varones en cada una de las categorías evaluadas con la EET, siendo esta diferencia mayor en el caso de los abusos sexuales: 16.1% en los varones y un 23.5 % en las mujeres. En investigaciones anteriores, la mayoría de estudios han encontrado una prevalencia mayor de abusos sexuales en las mujeres que en los varones (Friedman et al., 2002; Resnick, Bond y Mueser, 2003; Wurr y Partridge, 1996). En nuestro país, Álvarez y colaboradores (2011) encontraron que el 42% de las mujeres referían abusos sexuales frente al 28% de los hombres. A nivel internacional, algunas de las tasas promedio son: el

57% de las mujeres informaban de abusos sexuales frente al 47% de los varones (Holowka, King, Saheb, Pukall y Brunet, 2003), el 47% de las mujeres frente al 18% de los varones (Resnick et al., 2003) o el 32% de las mujeres frente al 30% de los varones (Ross et al., 1994). Como puede observarse, la diferencia entre dichas tasas es bastante variable en función del estudio que tomemos como referencia.

Respecto al segundo objetivo de este trabajo, en el análisis de las diferencias existentes entre ambos grupos de pacientes en la sintomatología presentada (CAPE-42), los resultados indicaron que los pacientes con experiencias traumáticas previas presentaron mayor sintomatología positiva que los pacientes con psicosis sin experiencias, resultando dichas diferencias estadísticamente significativas. Respecto a la sintomatología negativa y la depresiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En esta línea, la literatura previa ha encontrado un elevado solapamiento entre la sintomatología positiva y las experiencias traumáticas (Hammersley et al., 2003; Hardy et al., 2005; Read et al., 2003; Shevlin et al., 2011).

En conclusión, y según los resultados obtenidos, parece que existe una relación entre las experiencias traumáticas y la psicosis, ya que el 75% de los pacientes estudiados refirieron historia previa de trauma, no encontrándose entre varones y mujeres importantes diferencias en la prevalencia de dichas experiencias, en este estudio. También se ha observado que la sintomatología psicótica es diferente en función de la presencia o no de dichos traumas, caracterizándose por una mayor presencia de síntomas positivos cuando existe historial previo de experiencias traumáticas.

Los resultados encontrados en el presente estudio deberían interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. Una muestra más grande permitiría conocer mejor la relación entre las diferentes experiencias traumáticas y psicosis y el alcance de dicha relación en el curso y pronóstico de la misma. La segunda tiene que ver con la naturaleza retrospectiva de las experiencias traumáticas que se han recabado de los pacientes. Si bien el efecto de malestar que dichas experiencias ha originado parece confirmar su ocurrencia, no puede descartarse también la omisión de otras experiencias no accesibles a la memoria en el momento actual. Del mismo modo, no se ha obtenido información de fuentes externas, que permita ampliar y garantizar la fidelidad de información. En cuarto lugar, y no menos importante, no hay que perder de vista la naturaleza transversal de esta investigación, con lo que no es posible establecer inferencias de causa-efecto.

En este sentido, y de cara a futuros trabajos en esta línea, sería importante seguir examinando el rol de las experiencias traumáticas en el desarrollo de los trastornos psicóticos, tanto en muestras clínicas como en personas con alto riesgo a desarrollar psicosis. No solo desde el punto de vista de la detección e intervención temprana, sino de cara al desarrollo de tratamientos más personalizados dentro de la práctica clínica. Considerando además que el término psicosis es muy amplio y engloba gran cantidad de patologías diferentes, el conocimiento de diferentes patrones de funcionamiento dentro de dichas patologías permitirá el desarrollo de programas de tratamiento más eficaces y efectivos.

## REFERENCIAS

- 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.
- Bendall, S., Jackson, H.J., Hulbert, C.A. y McGorry, P.D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568-579.
- Falukozi, E. y Addington, J. (2012). Impact of trauma on attenuated psychotic symptoms. *Psychosis*, 4(3), 203-212.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R. y Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal Anxiety Disorders*, 16(3), 259-272.
- Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B. y Bentall, R.P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: Preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 543-547.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., ... Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 501-507.
- Heins, T., Gray, A. y Tennant, M. (1990). Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24(4), 561-565.
- Holowka, D.W., King, S., Saheb, D., Pukall, M. y Brunet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(1), 87-90.
- 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.
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hetttema, J.M., Myers, J. y Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.
- 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.
- 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.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. y Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., ... Beardslee, M.D. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.
- Margo, G. M. y McLees, E.M. (1991). Further evidence for the significance of a childhood abuse history in psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 32(4), 362-366.
- Morgan, C. y Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: Environmental factors in schizophrenia: childhood trauma- a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3-10.
- Muenzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E. y Ferber, J. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(7), 666-670.
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., ... Martin, N.G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Jiménez Padilla, R. M. (2011). Trastornos de la personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.

- Read, J., Agar, K., Argyle, N. y Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 1-22.
- Read, J y Bentall, R. (2012) Negative childhood experiences and mental health: Theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 89–91. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096727
- Read, J., Bentall, R.P. y Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 299-310.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. y Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- 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.
- Ros-Morente, A., Vilagra-Ruiz, R., Rodríguez-Hansen, G., Wigman, J.H. y Barrantes-Vidal, N. (2011). Process of adaptation to Spanish of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 95-105. Disponible en <http://cape42.homestead.com/>
- Ross, C.A., Anderson, G. y Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(5), 489-491.
- Schafer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., ... Dieter, N. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: An exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 135-138.
- Scheller-Gilkey, G., Thomas, S.M., Woolwine, B.J. y Miller, A.H. (2002). Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 223-231.
- Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M.J. y Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193-199.
- Shevlin, M., Murphy, J., Read, J., Mallett, J., Adamson, G. y Houston, J.E. (2011). Childhood adversity and hallucinations: A community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1203-1210.
- Spence, W., Mulholland, C., Lynch, G., McHugh, S., Dempster, M. y Shannon, C. (2006). Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *Journal of Trauma Dissociation*, 7(3), 7-22.
- Stefanis, N.C., Hanssen, M., Smiris, N.K., Avramopoulos, D.A., Evdokimidis, I.K., Stefanis, C.N., et al. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347-358.
- Thompson, A.D., Nelson, B., Yuen, H.P., Lin, A., McGorry, P.D., Wood, S.J. y Yung, A.R. (2014). Sexual trauma increases the risk of developing psychosis in an ultra high-risk “prodromal” population. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 697-706. doi: 10.1093/schbul/sbt032
- van Os, J. y Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374(9690), 635-645.
- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveer R, Lataster T, Viechtbauer W, Read, J., ... Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 661-671.
- Wurr, C.J. y Partridge, I.M. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse and Neglect*, 20(9), 867-872.