

Noelia Martínez-Menéndez<sup>1</sup>  
Elena García-Vega<sup>2</sup>  
Roberto Fernández-García<sup>3</sup>

# Experiencias adversas infantiles y cronificación psicótica

<sup>1</sup> Doctora en psicología. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

<sup>2</sup> Profesora de Psicología. Universidad de Oviedo.

<sup>3</sup> Psiquiatra. Hospital Universitario San Agustín de Avilés.

## RESUMEN

**Introducción.** La evidencia apunta a un período crítico de alrededor de cinco años tras el primer episodio psicótico de cuya resolución depende la cronicidad del trastorno. Además, diversos estudios apuntan la elevada correlación entre psicosis adulta y adversidad infantil, y una relación dosis-respuesta en nivel de gravedad.

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación dosis-respuesta entre la psicosis adulta y la adversidad infantil y ponerla en relación con la resolución del período crítico.

**Método.** La muestra se obtuvo entre 45 pacientes a tratamiento en el Hospital Universitario San Agustín que habían experimentado algún episodio psicótico. Se aplicaron cuestionarios para el análisis de la psicopatología, la adversidad infantil y otras variables sociodemográficas y clínicas.

**Resultados.** Los resultados confirman la relación entre frecuencia de adversidad infantil y cronificación psicótica.

**Conclusiones.** Nuestra investigación pone de manifiesto la importancia de la adversidad infantil en el futuro curso de una psicosis y destaca la importancia de recoger estos aspectos en la anamnesis.

**Palabras clave.** Psicosis, trauma infantil, periodo crítico.

*Actas Esp Psiquiatr* 2021;49(4):145-154 | ISSN: 1578-2735

---

Enviar correspondencia a:  
Noelia Martínez-Menéndez.  
noelia.mmz@gmail.com

## ABSTRACT

**Introduction.** Research evidence points to a critical period of about five years after the first psychotic episode, being its resolution of utmost importance for the chronicity of the disorder. In addition, several studies suggest the high correlation between adult psychosis and childhood adversity, and a dose-response relationship in severity level.

This research aims to determine the dose-response relationship between adult psychosis and put it in relation to the resolution of the critical period.

**Method.** The sample was obtained among 45 patients undergoing treatment at the San Agustín University Hospital who experienced some psychotic episode. Questionnaires were applied for the analysis of psychopathology, childhood adversity and other sociodemographic and clinical variables.

**Results.** The results confirm the relationship between the frequency of childhood adversity and psychotic chronification.

**Conclusions.** Our research highlights the importance of childhood adversity in the future course of a psychosis and highlights the importance of anamnesis focusing this regard.

**Key words.** Psychosis, childhood trauma, critical period.

## INTRODUCCIÓN

Eugen Bleuler<sup>1</sup> 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. Actualmente, cada vez hay 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 puede ser determinado<sup>2,3,4</sup>. Según Lieberman<sup>5</sup> la esquizofrenia sigue un curso con cuatro estadios clínicos específicos: premórbido, prodrómico, de deterioro y crónico. Fusar-Poli y colaboradores<sup>6</sup> estadian la psicosis como distrés no específico, estado de alto riesgo, primer episodio, recurrencia, y persistencia y resistencia al tratamiento. La hipótesis del periodo crítico postula que el deterioro, si ocurre, ocurre principalmente durante los primeros cinco años de psicosis, con relativa estabilidad posterior<sup>7</sup>. En la fase crónica o de persistencia el deterioro neurológico es más sustancial y duradero.

Atendiendo al curso de la psicosis, con un periodo crítico, se estima que de entre los primeros episodios detectados en un servicio de Salud Mental, un determinado porcentaje cronificará. Este porcentaje varía según los estudios consultados y los criterios utilizados. Según el metaanálisis de Hegarty *et al.*<sup>8</sup>, basado en 320 estudios publicados entre 1895 y 1992, aproximadamente el 40 % de los pacientes con esquizofrenia se recuperaban. Más recientemente la revisión sistemática de Menezes *et al.*<sup>9</sup> (2006), basada en 37 estudios, concluyó que el 42 % de los pacientes se recuperaba. Sin embargo, las mejorías de estos autores no exigían buenos resultados tanto clínicos como sociales o funcionales, o un periodo de mejoría superior a los 6 meses. Warner *et al.*<sup>10</sup> analizaron 114 estudios de seguimiento (publicados entre 1904 y 2000) y concluyeron que entre un 11 % y 33 % de primeros episodios se recuperaba clínica y socialmente, y entre el 22 % y 53 % se recuperaba solo socialmente (los síntomas psicóticos persistían). La reciente revisión de Jääskeläinen *et al.*<sup>11</sup> (2013) que incluye criterios clínicos, funcionales y que la recuperación dure al menos 2 años, encontró porcentajes de recuperación más modestos, de entre 8 % y 20 %, concluyendo que tan solo uno de cada siete individuos se recupera completamente tras un primer episodio y diagnóstico de esquizofrenia. Aunque posteriormente un estudio de Hui *et al.*<sup>12</sup> (2018) arroja cifras más esperanzadoras: de 178 pacientes en su primer episodio, 37 (21 %) no volvieron a demandar ayuda en Salud Mental durante 10 años.

Según la bibliografía consultada, la horquilla de pacientes que podrían recuperarse en cierta medida tras un primer episodio oscilaría entre el 13 % y el 53 %<sup>13</sup>. Las variables que influyen en esta recuperación son variadas y la adversidad infantil, como factor de riesgo para desarrollar psicosis, es una de ellas<sup>14,15</sup>.

La influencia de la adversidad infantil en la psicosis no está contemplada en el modelo tradicional de la psicosis. El modelo neurobiológico, que mantiene la tradición kraepeliana, de corte determinista y neurodegenerativo<sup>16</sup> se basa en los estudios clásicos que constatan influencias genéticas en el desarrollo de la esquizofrenia<sup>17,18</sup> y durante déca-

das ha sido el más apoyado por las instituciones internacionales sanitarias. En 1916, Wimmer<sup>19</sup> describió las psicosis psicogénicas como psicosis secundarias a traumas mentales. Contrariamente a Kraepelin, que pensaba que las psicosis de origen psicogénico únicamente aparecían en individuos con predisposición mental, ya Wimmer sostiene que esta no es condición indispensable para la aparición de la psicosis. Las investigaciones actuales parecen sugerir que la psicogénesis traumática es más habitual de lo anteriormente considerado.

Recientes investigaciones constatan que la adversidad infantil, en concreto la violencia recibida, está relacionada con la enfermedad mental grave<sup>20,21</sup> y en concreto con la psicosis<sup>22</sup>. En efecto, recientes investigaciones<sup>23</sup> sostienen que la genética solo es capaz de explicar una mínima parte de la varianza en la psicosis. Se propone un abanico multicausal para el desarrollo de una psicosis: incluye factores ambientales como el consumo de cannabis, las experiencias adversas infantiles (EAI), la inmigración o la pertenencia a minorías<sup>24</sup>.

El metaanálisis de Varese *et al.*<sup>25</sup> (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.*<sup>26</sup> (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.*<sup>28</sup> (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.*<sup>27</sup> ha constatado resultados similares.

A la luz de la cada vez más abundante investigación sobre el tema, la hipótesis neurodegenerativa deja paso al modelo de neurodesarrollo. En 2010 Morgan y Hutchinson<sup>29</sup> proponen un modelo socioevolutivo que integra causas sociales, psicológicas y neurobiológicas, por este orden, en relación con la gran evidencia que vincula síntomas psicóticos con la emigración, la urbanidad, el trauma infantil y la adversidad. En 2017, Murray y colaboradores<sup>30</sup> proponen un modelo de factor de riesgo de desarrollo que recogen todos los factores ambientales que se han ido apuntando en las investigaciones de estos últimos años.

La hipótesis genética de la esquizofrenia pierde peso en la balanza multicausal y se transforma en una hipótesis epigenética. Según Blanco-González<sup>31</sup> "los hallazgos de la epigenética, localizan una influencia dinámica, tanto, de la genética en la conducta, como, de la conducta en la genética" (pág. 108). Además, diferentes estudios observan anomalías neuroanatómicas y funcionales similares en personas que han estado expuestas a traumas infantiles y personas con psicosis<sup>32,33,34,35,36,37</sup>. La epigenética y los estudios que demuestran como las malas experiencias pueden cambiar funcional y estructuralmente el cerebro han devuelto el protagonismo al ambiente<sup>38,39</sup>.

En los últimos años comienza además a estudiarse el peso relativo de los distintos causales ambientales psicotizantes, como el consumo de cannabis y el trauma infantil<sup>40</sup>. Además, diferentes investigaciones han comprobado no solo la relación entre EAI y psicosis sino que hay una relación dosis-respuesta<sup>41,42</sup>.

A pesar de estas nuevas evidencias, en las décadas pasadas, y debido a la influencia del modelo neurodegenerativo, se consideraba que los factores genéticos frente a los psicológicos y sociales, eran las principales causas del sufrimiento mental en la psicosis, lo que para Lucy Johnstone<sup>43</sup>, preparaba el escenario para ignorar el significado y las consecuencias del trauma. Read, Mosher y Bentall lamentan 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<sup>44</sup>.

El primer objetivo de esta investigación es constatar la existencia de un efecto meseta en el curso de la psicosis. Se espera encontrar diferencias significativas en psicopatología y en deterioro social entre dos grupos de pacientes psicóticos a tratamiento en un servicio de salud mental: aquellos con menos de cinco años de evolución tras el primer episodio y aquellos con mayor cronicidad.

El segundo objetivo de nuestra investigación es establecer una relación entre la adversidad infantil y el riesgo de cronicidad psicótica, definida esta por no haber superado el período crítico.

En la línea propuesta por Frydecka *et al.*<sup>40</sup>, el tercer objetivo de esta investigación es ver si el peso de la variable EAI sobre la psicosis disminuye cuando existe un factor causal ambiental añadido, como el abuso de tóxicos.

El cuarto objetivo y en la línea señalada por Johnstone, Read, Mosher y Bentall<sup>43,44</sup> se espera comprobar el poco acceso de los pacientes psicóticos a terapias orales o a una

recogida de historia clínica que aborde sus experiencias infantiles adversas.

## HIPÓTESIS

- 1.- A los cinco años de evolución del trastorno psicótico habrá un cambio significativo en la gravedad de los síntomas, manteniéndose constante después.
- 2.- La frecuencia de acontecimientos traumáticos infantiles será mayor entre las personas que tras su primer brote psicótico persisten como pacientes de los servicios más de cinco años. Esto es, entre aquellos que no superan el período crítico.
- 3.- El peso de la adversidad infantil en la cronicidad psicótica será menor entre aquellos que suman otro factor de riesgo más, el abuso de alcohol y tóxicos.
- 4.- Una gran proporción de los pacientes no habrán contado sus experiencias de adversidad infantil a ningún profesional de Salud Mental.

## MÉTODO

La muestra se compuso de 45 personas (21 mujeres y 24 hombres) que tuvieron al menos un episodio psicótico en su transcurso vital y estaban siendo atendidas entre junio de 2017 y febrero de 2018 en los Servicios de Salud Mental del Hospital Universitario San Agustín de Avilés (HUSA).

Los criterios de inclusión fueron haber tenido un episodio psicótico no orgánico y estar a tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico en nuestros servicios de salud mental. Los criterios de inclusión se construyeron en el marco del "modelo bifactor de la psicosis" propuesto por Reininghaus y colaboradores (2019) y que recoge el amplio abanico de manifestaciones clínicas que entendemos como trastorno psicótico no orgánico<sup>45</sup>. En las diferentes conceptualizaciones de la psicosis existen problemas de validez que se extreman cuando trabajamos con la imprecisión diagnóstica de los primeros episodios o en la frontera entre la psicosis no afectiva y afectiva<sup>46,47,48</sup>. Adoptamos el modelo dimensional de Reininghaus por su capacidad explicativa y exhaustiva.

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.

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

de la muestra fue de 40,73 años (DT=11,59) con mediana de 39, oscilando el rango de edad entre los 16 y los 59 años.

## INSTRUMENTOS

### Datos sociodemográficos.

Se realizó una entrevista estructurada en la que se preguntaron datos sociodemográficos como Edad, Ocupación y Grado de discapacidad legalmente reconocido.

### Medición de la psicopatología.

Se administró el Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis<sup>49,50,51</sup>. 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 IGS que indica el grado del malestar general y la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático. 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. La traducción, validación y adaptación datos de este cuestionario a población de habla española que utilizamos en el presente estudio fue la de la Profesora Casullo<sup>52</sup>. Previa aplicación de este cuestionario a una muestra española obtuvieron una adecuada fiabilidad y validez, con un alfa de Cronbach de 0,97 en 2012<sup>50</sup>.

### Medición de acontecimientos potencialmente traumáticos en la infancia.

Se utilizó el instrumento ExpTra-S, construido en el marco de la Universidad de Psicología de Oviedo por la Dra. Ordóñez Cambor<sup>53</sup> para medir experiencias traumáticas tempranas con población clínica con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave. El nivel de gravedad en frecuencia y malestar de experiencias traumáticas tempranas (leve, medio, grave) se baremó 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. Según los autores la estimación de la fiabilidad arrojó un nivel de consistencia interna de 0,96, siendo todos los índices de discriminación superiores a 0,30.

Además de la frecuencia (dosis) de acontecimientos potencialmente traumáticos infantiles, se preguntó por su tipología (calidad del trauma), y dentro del propio cuestionario

ExpTra-S, se indagó maltrato físico, psicológico, alcoholismo parental y abuso sexual. Además, en el marco de nuestro estudio, se añaden preguntas sobre maltrato a la madre durante la infancia del entrevistado.

Así mismo, ante EAI se les preguntó si previo a este cuestionario, lo habían contado antes a algún profesional de salud mental. Se registró diagnóstico, régimen de atención, tiempo desde el primer brote y tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico.

## PROCEDIMIENTO

La investigación fue aprobada por el comité de investigación del Hospital. El contacto con los usuarios se llevó a cabo a través de los psicólogos y psiquiatras responsables de cada paciente. La administración de los cuestionarios se realizó previa firma de consentimiento informado. 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.

A partir de una revisión de historias clínicas, se registró el tiempo desde el primer brote psicótico, tratamiento recibido, régimen de atención en los servicios de salud mental y diagnóstico.

## ANÁLISIS DE DATOS

Con la finalidad de investigar los objetivos propuestos se llevaron a cabo los siguientes análisis de datos. En primer lugar, se analizó la normalidad de las variables. En segundo lugar, se decidieron los estadísticos en función de la tipología de variables.

Asumiendo la normalidad de la distribución de la mayoría de las variables cuantitativas medidas en nuestra muestra, comparamos medias como medidas de tendencia central con una prueba paramétrica, t de Student para muestras independientes, que establece con robustez posibles diferencias significativas en Edad, Grado de discapacidad, las 9 dimensiones primarias del SCL90 de Derogatis, IGS (Índice General de Severidad) del SCL90-R de Derogatis, la frecuencia de EAI y el malestar provocado por las mismas.

Para comparar variables cualitativas utilizamos la prueba de Chi cuadrado. Nos referimos a los diferentes tipos de experiencias traumáticas registradas en la muestra (alcoholismo parental, abuso sexual infantil, maltrato emocional infantil, maltrato físico infantil). Además de la variable dicotómica "Ocupación laboral".

En las pruebas de comparación de medias se calculó el tamaño del efecto (r) mediante la prueba d de Cohen. En ge-

neral, el nivel de significación establecido fue para un  $p \leq 0,05$ ; salvo excepciones señaladas con un  $p \leq 0,01$ .

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

## RESULTADOS

En nuestra muestra (N=45), 36 (80 %) pacientes fueron diagnosticados por la CIE 10 de la OMS<sup>53</sup> como F20-F29 (trastornos psicóticos no afectivos): 3 como episodios psicóticos, 14 como esquizofrenia paranoide, 6 como otras esquizofrenias, 5 como trastornos delirantes, 4 como esquizoafectivos y otros 4 como otros trastornos psicóticos. Del resto (20 %), 8 fueron diagnosticados como bipolares y una persona como episodio depresivo psicótico.

La media de cronicidad de la muestra total es de 12,29 años con DT= 9,908. De los 45 pacientes, 16 tenían 5 años o menos de evolución del trastorno, 7 tenían 10 o menos de 10 años de evolución y 22 tenían más de 10 años de evolución. Este último grupo tenía un rango de entre 10 y 34 años de evolución del trastorno (media de 20,54 años y DT = 7,676).

De entre nuestros pacientes, 30 no había tenido problemas con drogas y alcohol, mientras que 10 de ellos decla-

rabán problemas con abuso de drogas ilegales y 5 con el alcohol.

Fueron diversos los tipos de acontecimientos potencialmente traumáticos reportados antes de los 16 años. 18 (40,0 %) sujetos reportan maltrato psicológico y 14 (31,1 %) maltrato físico. El alcoholismo parental asociado con negligencia está presente en 12 (26,7 %) de los sujetos. 5 (11,2 %) de los sujetos muestrales sufrieron abuso sexual infantil. 19 (42,2 %) sujetos reportaron maltrato (psicológico y/o físico) del padre a la madre durante la infancia del entrevistado. 2 (4,4 %) sujetos reportaron violencia simétrica entre ambos progenitores durante su infancia.

El instrumento Expra-S aplicado a nuestra muestra tuvo una consistencia interna de 0,856 (alfa de Cronbach). En cuanto a la medición de las subdimensiones psicopatológicas con el SCL90-R obtuvimos una consistencia interna de 0,916 (alfa de Cronbach).

A.- En la Tablas 1 y 2 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=23) y las que lo tuvieron hace más tiempo (N=22), en las variables de estudio.

Tabla1

### Interacciones potenciales de los antidepresivos a nivel de la biotransformación

Prueba T de Student con dos grupos de más y menos 10 años de evolución

|                             | Menos de diez años de evolución |       | Diez o más de diez años de evolución |       | Prueba T de Student para muestras independientes |         |       |
|-----------------------------|---------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|--|---------|-------|
|                             | Media                           | DT    | Media                                | DT    | t  | p       | r     |
| Edad                        | 35,35                           | 11,89 | 46,36                                | 8,28  | -3,62  | 0,001** | -0,50 |
| Grado de discapacidad       | 15,26                           | 28,49 | 50,23                                | 25,94 | -4,31  | 0,000** | -0,55 |
| Somatizaciones              | 0,85                            | 0,73  | 1,04                                 | 0,69  | -0,90  | 0,375   | -0,13 |
| Obsesiones y compulsiones   | 1,37                            | 0,92  | 1,67                                 | 0,60  | -1,33  | 0,190   | -0,19 |
| Sensitividad interpersonal, | 1,00                            | 0,77  | 1,52                                 | 0,73  | -2,29  | 0,027*  | -0,33 |
| Depresión                   | 1,37                            | 1,01  | 1,99                                 | 0,73  | -2,39  | 0,022*  | -0,33 |
| Ansiedad                    | 1,23                            | 0,88  | 1,48                                 | 0,79  | -1,02  | 0,311   | -0,15 |
| Hostilidad                  | 0,60                            | 0,73  | 0,57                                 | 0,75  | 0,15   | 0,882   | 0,02  |
| Ansiedad fóbica             | 0,61                            | 0,90  | 0,89                                 | 0,83  | -1,10  | 0,276   | -0,16 |
| Ideación paranoide          | 1,02                            | 0,91  | 1,50                                 | 0,80  | -1,88  | 0,067   | -0,27 |
| Psicoticismo                | 0,73                            | 0,65  | 1,17                                 | 0,77  | -2,06  | 0,046*  | -0,29 |
| IGS                         | 0,02                            | 0,02  | 0,03                                 | 0,02  | -1,65  | 0,106   | -0,24 |
| Frecuencia de EAI           | 1,00                            | 0,67  | 1,36                                 | 0,58  | -1,94  | 0,059   | -0,27 |
| Malestar ante EAI           | 0,91                            | 0,67  | 1,27                                 | 0,63  | -1,86  | 0,070   | -0,27 |

**Tabla 2** Prueba X2 con dos grupos de más y menos 10 años de evolución

|                               | Menos de diez años de evolución (%) | Diez o más de diez años de evolución (%) | X <sup>2</sup> | p       | r     |
|-------------------------------|-------------------------------------|--|----------------|---------|-------|
| Abuso sexual infantil         | 4,3                                 | 18,2                                     | 2,18           | 0,140   | -0,22 |
| Alcoholismo parental          | 21,7                                | 31,8                                     | 0,58           | 0,445   | -0,11 |
| Maltrato físico infantil      | 26,1                                | 36,4                                     | 0,54           | 0,457   | -0,20 |
| Maltrato psicológico infantil | 39,1                                | 40,9                                     | 0,01           | 0,903   | -0,05 |
| Maltrato a la madre           | 39,1                                | 45,5                                     | 0,18           | 0,668   | -0,06 |
| Ocupación                     | 52,2                                | 4,5                                      | 12,42          | 0,000** | 0,52  |

\* Significativo a un nivel de confianza del 95 %.

\*\* Significativo a un nivel de confianza del 99 %.

No se encuentra diferencia significativa ni en la frecuencia de experiencias traumáticas ni en 6 de las 9 escalas de síntomas del SCL90. Solo las dimensiones depresión, ansiedad y psicoticismo ofrecen diferencias significativas, aunque muy modestas, que son más acusadas en las personas del grupo de más larga evolución.

La Edad y el Grado de discapacidad son significativamente mayores en el grupo más crónico. En las variables nominales, una vez aplicada la prueba Chi cuadrado para comparar los grupos, tampoco hay diferencias significativas salvo en Ocupación, que es significativamente mayor el grupo con una evolución menor o igual a los 10 años. (De acuerdo con el criterio de Cochran para esta prueba estadística, los resultados de Chi cuadrado en Abuso Sexual hay que tomarlos con cautela.)

B.- Comparamos el grupo de las personas de la muestra que tuvieron su primer brote psicótico hace 5 años o menos (N=16) y los que lo tuvieron hace más tiempo (N=29) y son usuarias de nuestros servicios.

**Tabla 3** Prueba T de Student con grupos de más y menos 5 años de evolución

|                             | Menos de cinco años de evolución |       | Cinco o más de cinco años de evolución |       | Prueba T de Student para muestras independientes |         |       |
|-----------------------------|----------------------------------|-------|--|-------|--|---------|-------|
|                             | Media                            | DT    | Media                                  | DT    | t  | p       | R     |
| Edad                        | 33,31                            | 12,34 | 44,83                                  | 8,99  | -3,28  | 0,003** | -0,47 |
| Grado de discapacidad       | 4,81                             | 16,33 | 47,55                                  | 28,60 | -5,49  | 0,000** | -0,68 |
| Somatizaciones              | 0,62                             | 0,70  | 1,12                                   | 0,66  | 2,33   | 0,027*  | -0,34 |
| Obsesiones y compulsiones   | 1,07                             | 0,76  | 1,76                                   | 0,69  | 3,01   | 0,005** | -0,43 |
| Sensitividad interpersonal, | 0,85                             | 0,79  | 1,48                                   | 0,70  | 2,63   | 0,014*  | -0,39 |
| Depresión                   | 1,21                             | 0,76  | 1,93                                   | 0,92  | 2,80   | 0,008** | -0,39 |
| Ansiedad                    | 1,04                             | 0,85  | 1,52                                   | 0,79  | 1,87   | 0,071   | -0,28 |
| Hostilidad                  | 0,35                             | 0,49  | 0,71                                   | 0,82  | 1,84   | 0,073   | -0,26 |
| Ansiedad fóbica             | 0,38                             | 0,72  | 0,95                                   | 0,88  | 2,36   | 0,023*  | -0,33 |
| Ideación paranoide          | 0,70                             | 0,71  | 1,56                                   | 0,82  | 3,71   | 0,001** | -0,49 |
| Psicoticismo                | 0,57                             | 0,64  | 1,16                                   | 0,71  | 2,85   | 0,007** | -0,40 |
| IGS                         | 0,02                             | 0,02  | 0,03                                   | 0,02  | -1,58  | 0,125   | -0,24 |
| Frecuencia de EAI           | 0,88                             | 0,50  | 1,34                                   | 0,67  | -2,45  | 0,018*  | -0,36 |
| Malestar ante EAI           | 0,88                             | 0,62  | 1,21                                   | 0,67  | -1,67  | 0,105   | -0,25 |

**Tabla 4** Prueba X<sup>2</sup> con grupos de más y menos 5 años de evolución

|                               | Menos de diez años de evolución | Diez o más de diez años de evolución | X <sup>2</sup> | p       | r      |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|----------------|---------|--------|
|                               | (%)                             | (%)                                  |                |         |        |
| Abuso sexual infantil         | 0                               | 17,2                                 | 3,10           | 0,078   | NaN*** |
| Alcoholismo parental          | 25,0                            | 27,6                                 | 0,03           | 0,851   | -0,03  |
| Maltrato físico infantil      | 25,0                            | 34,5                                 | 0,43           | 0,511   | -0,19  |
| Maltrato psicológico infantil | 31,3                            | 44,8                                 | 0,79           | 0,373   | -0,14  |
| Maltrato a la madre           | 25                              | 51,7                                 | 3,02           | 0,082   | NaN*** |
| Ocupación                     | 56,3                            | 13,8                                 | 9,05           | 0,003** | 0,43   |

\*Significativo a un nivel de confianza del 95 %. \*\* Significativo a un nivel de confianza del 99 %

\*\*\* Resultado imposible de calcular.

**Tabla 5** Prueba T de Student para el ítem "sentir que me vigilan o que hablan de mí"

|         | Menos de cinco años de evolución |      | Cinco o más de cinco años de evolución |      | Prueba T de Student para muestras independientes |        |       |
|---------|----------------------------------|------|--|------|--|--------|-------|
|         | Media                            | DT   | Media                                  | DT   | t  | p      | r     |
| Ítem 43 | 0,81                             | 1,05 | 1,76                                   | 1,45 | -2,51  | 0,016* | -0,35 |

\*Significativo a un nivel de confianza del 95 %.

**Tabla 6** Prueba T de Student para submuestra libre de tóxicos (N=30)

|                | Menos de 5 años  |       | Más de 5 años  |       | T      | Prueba T de Student para muestras independientes |                       |
|----------------|------------------|-------|----------------|-------|--------|--|-----------------------|
|                | Media            | DT    | Media          | DT    |        | Sig. estadística (p)                             | Tamaño del efecto (r) |
| Frecuencia EAI | 0,91             | 0,539 | 1,47           | 0,612 | -2,628 | 0,015*   | -0,44                 |
| Frecuencia EAI | Menos de 10 años |       | Más de 10 años |       | -0,923 | 0,364  | -0,16                 |
|                | 1,18             | 0,728 | 1,38           | 0,506 |        |  |                       |

\*Significativo a un nivel de confianza del 95 %.

**Tabla 7** Prueba T de Student para submuestra con consumo problemático de tóxicos (N=15)

|                | Menos de 5 años  |       | Más de 5 años  |       | T      | Prueba T de Student para muestras independientes |                       |
|----------------|------------------|-------|----------------|-------|--------|--|-----------------------|
|                | Media            | DT    | Media          | DT    |        | Sig. estadística (p)                             | Tamaño del efecto (r) |
| Frecuencia EAI | 0,80             | 0,447 | 1,10           | 0,738 | -0,976 | 0,348  | -0,24                 |
| Frecuencia EAI | Menos de 10 años |       | Más de 10 años |       | -1,724 | 0,109  | -0,41                 |
|                | 0,71             | 0,488 | 1,25           | 0,707 |        |  |                       |

En esta comparación de nuevo encontramos diferencias significativas en Grado de discapacidad, Ocupación y Edad. Pero además, los resultados muestran que la frecuencia de experiencias traumáticas infantiles es diferente y significativamente mayor en el grupo cuya evolución de diagnóstico es superior a los 5 años. En malestar declarado ante tales experiencias no habría diferencias significativas entre grupos. La prueba de contraste t de Student arroja diferencias significativas en siete de las nueve dimensiones de síntomas del SCL90-R de Derogatis: somatizaciones, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Todas ellas son mayores en las personas entrevistadas que tuvieron su primer brote psicótico hace más de cinco años. No hay diferencias significativas en el IGS del SCL90-R.

A propósito de la dimensión ideación paranoide destacamos el ítem 43 del SCL90-R "*sentir que me vigilan o que hablan de mí*" que resulta ser significativamente mayor en el grupo más crónico.

Para comparar las variables dicotómicas y nominales en ambos grupos utilizamos la prueba de Chi cuadrado. No encontramos diferencias en los diferentes tipos de experiencias traumáticas registradas en la muestra (alcoholismo parental, violencia machista contra la madre cuando la persona entrevistada era menor, abuso sexual infantil, maltrato emocional infantil, maltrato físico infantil).

Además, se compara la frecuencia de EAI en los diferentes momentos de cronicidad en una submuestra sin antecedentes de abuso de sustancias, drogas ilegales o alcohol, de N=30 (el 67 % de la muestra total):

De los 45 pacientes, 26 sufrieron acontecimientos potencialmente traumáticos antes de los 16 años. 15 de los cuales (57,7 %) no se lo había contado antes a ningún profesional de salud mental, 11 sí lo habían hecho (42,3 %). Además, los datos arrojan que de las 29 personas con más de cinco años en algún programa de nuestro servicio, 11 (37,9 %) recibían tratamiento farmacológico y algún tipo de tratamiento psicoterapéutico, mientras que las 18 (62,1 %) restantes solo eran tratadas con fármacos sin psicoterapia. De los 16 pacientes con menos de cinco años en nuestro servicio, 15 (93,8 %) eran tratadas farmacológica y psicoterapéuticamente y 1 (6,2 %) tan solo con fármaco.

## CONCLUSIONES

Constatamos la primera hipótesis en la muestra total ya que a los cinco años de evolución del trastorno hay un cambio significativo en la gravedad de los síntomas, manteniéndose

dose prácticamente constante después. En lo que se refiere a empeoramiento psicopatológico, por tanto, se observa el efecto meseta descrito por Breuler, hallando un punto de inflexión aproximado a los cinco años.

Constatamos el cumplimiento de la segunda hipótesis propuesta, y es que la frecuencia de acontecimientos traumáticos infantiles es significativamente mayor entre las personas que tras su primer brote psicótico persisten como pacientes de nuestros servicios más de cinco años. Esta diferencia significativamente mayor se observa tanto en la muestra completa como en la submuestra no tóxica, sin embargo desaparece cuando analizamos exclusivamente la muestra de aquellos pacientes psicóticos que tuvieron problemas de abuso de drogas y alcohol. Aunque esta última submuestra es exigua y hay que tomar estos resultados con cautela, parece confirmarse nuestra tercera hipótesis: la cronicidad de las psicosis relacionadas con tóxicos sería independiente de las EAI, mientras que la cronicidad del resto de psicosis sí dependería significativamente de la victimización infantil.

Según nuestros resultados podemos concluir que la frecuencia de experiencias adversas en la infancia tiene relación con la cronicidad del trastorno tras sufrir un primer brote psicótico, específicamente cuando definimos la línea de los cinco años como criterio de cronicidad. No se observan relaciones significativas entre la cronicidad y el tipo de victimización (calidad-cronicidad) sino entre la cronicidad y la dosis (cantidad-cronicidad).

Dado que la presencia de trauma parece factor determinante de la cronicidad cuando no hay abuso de tóxicos, entendemos que todo programa de primeros episodios debe contar con un protocolo de detección de la adversidad infantil, como los enfoques trauma informados<sup>55</sup>, que permita conocer qué población está en mayor riesgo de cronicidad y diseñar intervenciones de prevención secundaria adecuadas<sup>56,57</sup>.

En nuestro estudio se constata la cuarta hipótesis ya que en nuestra muestra menos de la mitad de los pacientes había contado su trauma infantil a un profesional de la salud mental previamente y tan solo un 37,9 % de los pacientes crónicos estaba recibiendo algún tipo de psicoterapia. Nuestros resultados invitan a estudiar los mecanismos que vinculan adversidad infantil y cronicidad con el objetivo de desarrollar psicoterapias eficaces que eviten la cronificación<sup>58</sup>.

La principal limitación del estudio es el reducido tamaño de la muestra por lo que destacamos la necesidad de ampliar estas investigaciones a grupos amplios.

## AGRADECIMIENTOS

A los 45 pacientes participantes, al Hospital Universitario San Agustín de Avilés y a la Universidad de Oviedo en Asturias.

No hay CONFLICTOS DE INTERESES

## BIBLIOGRAFÍA

- Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull.* 2011;37:471-479.
- Birchwood M, Todd P, Jackson C. Intervención precoz en la psicosis: la hipótesis del periodo crítico. *Br J Psychiatry.* 1998;172(33):53-9.
- Birchwood M, Fiorillo A. The Critical Period for Early Intervention. *Psychiatric Rehabilitation Skills.* 2000;4(2):182-198.
- Edwards J, Harris MG, Bapat S. Desarrollo de servicios para el primer episodio de psicosis y el período crítico. *Br J Psychiatry.* 2005;187(48):91-7.
- Lieberman JA. Neurobiología y la historia natural de la esquizofrenia. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(10):14.
- Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry.* 2017;16(3):251-265.
- Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Malla A, Norman R et al. Más allá del período crítico: estudio longitudinal del resultado de 8 años en el primer episodio de psicosis no afectiva. *Br J Psychiatry.* 2009;194(1):18-24.
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. Cien años de esquizofrenia: un metaanálisis de la literatura de resultados. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1409-1416.
- Menezes NM, Arenovich T, Zipursky RB. Una revisión sistemática de los estudios de resultados longitudinales de la psicosis de primer episodio. *Psychol Med.* 2006;36:1349-1362.
- Warner R. Recuperación de la esquizofrenia: psiquiatría y economía política. London: Routledge; 2004.
- Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M et al. Revisión sistemática y metaanálisis de la recuperación en la esquizofrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2013;39(6):1296-1306.
- Hui CL, Honer WG, Lee EHM, Chang WC, Chan SKW, Chen ES et al. Predicción de pacientes con psicosis en el primer episodio que nunca recaerán en 10 años. *Psychol Med.* 2018;30:1-9.
- Penas P, Iraurgi I, Moreno MC, Uriarte JJ. ¿Cómo es evaluado el recovery en salud mental? Una revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2019;47(1):23-32.
- Bailey T, Alvarez-Jimenez M, Garcia-Sanchez AM, Hulbert C, Barlow E, Bendall S. Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull.* 2018;44(5):1111-1122.
- Klarié M, Lovrié S. La Relación entre la Psicotraumatización Temprana y el inicio y curso de los Trastornos Psicóticos. *Psychiatria Danubina.* 2018;30(6):365-370.
- Fonseca-Pedrero E. (Coord.) Tratamientos psicológicos para la psicosis. Madrid: Pirámide; 2019.
- Kety SS. La importancia de los factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia: los resultados del estudio nacional de los adoptados en Dinamarca. *Journal of Psychiatric Research.* 1987;21:423-429.
- Tienari P. Interacción entre la vulnerabilidad genética y el entorno familiar: el estudio finlandés de la familia adoptiva de la esquizofrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1991;84(5):460-465.
- Martínez S, Arrojo M. Psicosis psicogénica. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(3):219-220.
- Pereda N, Gallardo-Pujol D, Jiménez R. Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2011;39(2):131-139.
- Devi F, Shahwan S, Teh WL et al. The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Ann Gen Psychiatry.* 2019;18:15.
- Turner S, Harvey C, Hayes L, Castle D, Galletly C, Sweeney S, et al. Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* Cambridge University Press; 2020;29:78.
- Henriksen MG, Nordgaard J, Jansson LB. Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations. *Front Hum Neurosci.* 2017;11:322.
- Fiorillo A. The complexity of vulnerability to psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(2):138-139.
- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W et al. Las adversidades aumentan el riesgo de psicosis: un metanálisis de los estudios de cohorte de control de pacientes, prospectivos y transversales. *Schizophr Bull.* 2012;38:661-671.
- Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. La adversidad infantil en la esquizofrenia: un meta-análisis sistemático. *Psychol Me.* 2013;43(2):225-238.
- Stanton KJ, Denietolis B, Goodwin BJ, Dvir Y. Childhood Trauma and Psychosis: An Updated Review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2020;29(1):115-129.
- Karatzias T, Shevlin M, Pitcairn J, Thomson L, Mahoney A, Hyland P. Childhood adversity and psychosis in detained inpatients from medium to high secured units: Results from the Scottish census survey. *Child Abuse Negl.* 2019;96.
- Morgan C, Hutchinson G. Los orígenes socioeconómicos del desarrollo de la psicosis. En Morgan C y Bhugra D, editores. *Principles of social psychiatry.* Oxford: Wiley; 2010. p. 193-214.
- Murray RM, Bhavsar V, Tripoli G, Howes O. 30 Years on: How the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia Morphed Into the Developmental Risk Factor Model of Psychosis. *Schizophr Bull.* 2017;43(6):1190-1196.

31. Blanco González A. El niño herido del adulto con psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 2014;57(1):107-110.
32. Aas M, Dazzan P, Mondelli V, Melle I, Murray RM, Pariante CM. A systematic review of cognitive function in first-episode psychosis, including a discussion on childhood trauma, stress, and inflammation. *Front Psychiatry*. 2014;4:182.
33. Aas M, Kauppi K, Brandt CL, Tesli M, Kaufmann T, Steen NE. Childhood trauma is associated with increased brain responses to emotionally negative as compared with positive faces in patients with psychotic disorders. *Psychol Med*. 2017;47(4):669-679.
34. Nettis MA, Pariante CM, Mondelli V. Early-Life Adversity, Systemic Inflammation and Comorbid Physical and Psychiatric Illnesses of Adult Life. *Curr Top Behav Neurosci*. 2020;44:207-225.
35. Cancel A, Comte M, Boutet C, Schneider FC, Rousseau PF, Boukezzi S, et al. Childhood trauma and emotional processing circuits in schizophrenia: a functional connectivity study. *Schizophr. Res*. 2017;184:69-72.
36. Frydecka D, Misiak B, Kotowicz K, Pionke R, Krężołek M, Cechnicki A, Gawęda Ł. The interplay between childhood trauma, cognitive biases, and cannabis use on the risk of psychosis in nonclinical young adults in Poland. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e35.
37. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. Los efectos del maltrato infantil o la estructura, función y conectividad del cerebro. *Nat Rev. Neurosci*. 2016;17(10):652-666.
38. Tomassi S, Tosato S. Epigenetics and gene expression profile in first-episode psychosis: The role of childhood trauma. *Neurosci. Biobehav Rev*. 2017;83:226-237.
39. Pérez-Álvarez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*. 2012;24 (1):1-9.
40. Frydecka D, Misiak B, Kotowicz K, Pionke R, Krężołek M, Cechnicki A, Gawęda Ł. The interplay between childhood trauma, cognitive biases, and cannabis use on the risk of psychosis in nonclinical young adults in Poland. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e35.
41. Shevlin M, Houston J, Dorahy M, Adamson G. Traumas y alucinaciones infantiles: un análisis de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. *Journal of Psychiatric Research*. 2007;41:222-228.
42. Sideli L, Mule A, La Barbera D, Murray RM. ¿El abuso y el maltrato infantil aumentan el riesgo de esquizofrenia? *Psychiatry Investig*. 2012;9(2):87-99.
43. Johnstone L. Las personas que oyen voces son personas con problemas, no pacientes con enfermedades. En Romme M, Escher S, coordinadores. *La psicosis como crisis personal. Un abordaje en la experiencia personal*. Madrid: Fundación para la investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2013. p. 35-47.
44. Read J, Mosher LR y Bentall RP. *Modelos de Locura*. Londres: Editorial Herder; 2006.
45. Reininghaus U, Böhnke JR, Chavez-Baldini U, Gibbons R, Ivleva E, Clementz BA et al. Transdiagnostic dimensions of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *World Psychiatry*. 2019;18(1):67-76.
46. Varela O, Peleteiro L, Yáñez RM. Una tragedia de Shakespeare: la difusa frontera entre lo afectivo y lo psicótico. *Actas españolas de psiquiatría*. 2005;33(3):201-204.
47. Quattrone D, Di Forti M, Gayer-Anderson C, Ferraro L, Jongsma HE, Tripoliet G et al. Transdiagnostic dimensions of psychopathology at first episode psychosis: findings from the multinational EU-GEI study. *Psychol. Med*. 2019;49(8):1378-1391.
48. Keshavan MS, DeLisi LE, Nasrallah HA. Translational and spectrum aspects of Schizophrenia Research: The rationale for new journal's new subheading. *Schizophr Res*. 2017;179:1.
49. Carrasco MA, Sánchez V, Ciccotelli H, Del Barrio V. Listado de síntomas SCL90R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica*. 2003;2(2):149-161.
50. Robles JI, Andreu JM, Peña ME. SCL90R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica, legal y forense*. 2002;2(1):5-19.
51. González JL, De las Cuevas C, Rodríguez M, Rodríguez F. Cuestionario de 90 síntomas SCL90R de Derogatis, L. Adaptación española. Madrid: TEA; 2002.
52. Casullo MM. El Inventario De Síntomas SCL90R de L. Derogatis. Adaptación Universidad Buenos Aires. Argentina: CONICET; 1999/2004.
53. Ordóñez-Cambor N, Lemos-Giráldez S, Paino M, Fonseca-Pedrero E, García-Álvarez L. Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*. 2014;44(3):283-294.
54. O.M.S. CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
55. Bendall S, Alvarez-Jimenez M, McNeil C, Francey SM. TRIPP: TRauma-Informed Psychotherapy for Psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2014;8:18-18.
56. Fonseca-Pedrero, E (coord.) *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico*. Madrid: Pirámide; 2018.
57. Appiah-Kusi E, Fisher HL, Petros N, Wilson R, Mondelli V, Garety PA, et al. Do cognitive schema mediate the association between childhood trauma and being at ultra-high risk for psychosis? *J. Psychiatr. Res*. 2017;88:89-96.
58. Read J, Bentall RP, Fosse R. 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. *Epidemiología e Psichiatria Sociale*. 2009;18:299-310.