



*Universitat  
Abat Oliba CEU*

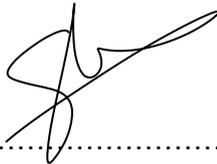
# **El papel del trauma infantil en el desarrollo de la psicosis**

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Sandra Tomas Rodriguez  
Tutor: Lorena Marin Alcaraz  
Grado en: Psicología  
Universitat Abat Oliba CEU  
Curso académico: 2021-2022

## DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.



Firma: .....

Sandra Tomas Rodriguez

*Ninguna época ha sabido tantas y tan diversas cosas del hombre como la nuestra.  
Pero en verdad, nunca se ha sabido menos qué es el hombre*

MARTIN HEIDEGGER (1929)



## **Resumen**

Las experiencias durante la primera infancia moldean las estructuras y las funciones biológicas y psicológicas pudiendo afectar a la salud y bienestar a lo largo de la vida de la persona. Por esto, las adversidades infantiles como son, los traumas, generan un impacto devastador en la vida del infante a corto y largo plazo junto con afecciones en diferentes ámbitos de su vida, dado que dichas experiencias alteran el desarrollo por completo. El objetivo principal del presente trabajo reside en mostrar a través de una revisión bibliográfica que relación existe entre el trauma en la infancia y el posterior desarrollo de sintomatología psicótica, y, en segundo lugar, observar si alguno de los traumas estudiados genera mayor probabilidad de que se dé dicha relación. La conclusión a la que se llega tras analizar diferentes postulados es que existe una conexión muy fuerte entre ambas variables, en especial en relación con el abuso sexual y la negligencia infantil. La correlación, además, se encuentra mediada por diferentes factores que aumentan o modifican la relación existente entre el trauma infantil y los síntomas psicóticos. Así mismo, con el fin de contextualizar mejor el trabajo, se definen los conceptos de trauma, psicosis, infancia y el papel del Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Por último, se realiza una revisión del tratamiento indicado para la psicosis temprana junto con una investigación acerca de nuevos enfoques terapéuticos centrados en abordar el trauma para mejorar los síntomas psicóticos.

## **Resum**

*Les experiències durant la primera infància modelen les estructures i les funcions biològiques i psicològiques podent afectar la salut i benestar al llarg de la vida de la persona. Per això, les adversitats infantils com són, els traumes, generen un impacte devastador en la vida de l'infant a curt i llarg termini juntament amb afeccions en diferents àmbits de la seva vida, atès que aquestes experiències alteren el desenvolupament per complet. L'objectiu principal del present treball resideix a mostrar a través d'una revisió bibliogràfica quina relació existeix entre el trauma en la infància i el posterior desenvolupament de simptomatologia psicòtica, i en segon lloc, observar si algun dels traumes estudiats genera major probabilitat a que es doni aquesta relació. La conclusió a la qual s'arriba després d'analitzar diferents postulats, és que existeix una connexió molt forta entre totes dues variables, especialment en relació amb l'abús sexual i la negligència infantil. La correlació, a més, es troba mediada per diferents factors que augmenten o modifiquen la relació existent entre*

*el trauma infantil i els símptomes psicòtics. A més, amb la finalitat de contextualitzar millor el treball, es defineixen els conceptes de trauma, psicosis, infància i el paper del Trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT). Finalment, es realitza una revisió del tractament indicat per a la psicosis primerenca juntament amb una recerca sobre nous enfocaments terapèutics centrats en abordar el trauma per a millorar els símptomes psicòtics.*

## **Abstract**

*Early childhood experiences shape biological and psychological structures and functions and can affect health and well-being throughout a person's life. For this reason, childhood adversities such as trauma have a devastating impact on the infant's life in a short and in a long term, along with afflictions in different areas of their lives, given that these experiences completely alter development. The main objective of the present work is to show, through a bibliographical review, on the one hand, what connection exists between childhood trauma and the subsequent development of psychotic symptomatology, and secondly, to observe whether any of the traumas studied generate a greater probability of this connection occurring. The conclusion reached after analysing different postulates is that there is a very strong correlation between both variables, especially in relation to sexual abuse and child neglect. This correlation is also mediated by different factors that increase or modify the relationship between childhood trauma and psychotic symptoms. Furthermore, in order to better contextualise the work, the concepts of trauma, psychosis, childhood and the role of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) are defined. Finally, a review of indicated treatment for early psychosis is provided along with an investigation of new therapeutic approaches focused on addressing trauma to ameliorate psychotic symptoms.*

## **Palabras claves / Keywords**

Trauma infantil – Psicosis – Trastorno de estrés postraumático (TEPT) – Abuso sexual – Negligencia infantil

Childhood trauma – Psychosis – Post-traumatic stress disorder (PTSD) – Sexual abuse – Child neglect



## Sumario

Introducción .....	10
Objetivos y metodología .....	11
1. Concepto de trauma .....	12
1.1. Trastorno de estrés postraumático (TEPT) .....	13
2. Concepto de psicosis .....	14
2.1. ¿Cómo se manifiesta la psicosis? .....	15
2.1.1 Síntomas positivos .....	15
2.1.2 Síntomas negativos.....	17
2.1.3 Otros síntomas .....	18
2.2. ¿Cómo se desarrolla un episodio psicótico? .....	19
2.3. Etiología.....	20
2.4 ¿En qué consiste la recuperación?.....	22
3. Concepción de la infancia .....	22
3.1 Evidencias sobre la importancia de la infancia.....	24
3.2 Impacto del trauma como una experiencia adversa infantil .....	26
4. Relación entre el trauma y los síntomas psicóticos.....	28
4.1 Papel del trastorno de estrés postraumático en la psicosis .....	29
4.2 Influencia del trauma infantil .....	31
4.2.1 Negligencia, abuso infantil y tipos de síntomas psicóticos .....	31
4.3 Vínculo entre el contenido del trauma y la sintomatología psicótica.....	34
4.4 Naturaleza del trauma en la psicosis .....	36
4.4.1 Mediadores cognitivos .....	36
4.4.2 El papel de la disociación .....	38
4.4.3 Reactividad al estrés.....	40
4.4.4 Mediadores afectivos y psicológicos .....	40
4.4.5 Papel de la dopamina .....	42
4.4.6 Estilos de apego.....	43
5. Tratamiento en psicosis .....	44
5.1 Intervención farmacológica .....	45
5.2 Intervenciones psicológicas .....	47
5.2.1 Gestor de casos .....	47
5.2.2 Psicoeducación .....	48
5.2.3 Psicoterapia .....	48
5.3 Intervención en la familia .....	50
5.4 Intervención en la sintomatología traumática como un nuevo enfoque .....	51

5.4.1 Terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR).....	52
6. Conclusiones .....	53
Bibliografía.....	56

## Introducción

Toda investigación nace de una inquietud. En el caso del presente trabajo surge durante los estudios del Grado de Psicología y de mi propio interés por conocer más acerca de la adversidad infantil y su afectación y es que, pocas cosas marcan tanto a un individuo como el haber experimentado experiencias traumáticas durante su infancia, dado que ninguna etapa en la vida de una persona es tan intensa y vulnerable, como lo es esta. Realmente las experiencias durante la niñez tienen un peso decisivo sobre la personalidad, la forma de actuar y de sentir (Han et al., 2021). Por este motivo, cuando se sufre un trauma en esta etapa, puede generarse un enorme peso a lo largo de la vida junto con graves afectaciones.

El objeto del presente trabajo se centra por lo tanto en la relación entre la sintomatología psicótica y el trauma durante la infancia. Esta afirmación confiere por sí misma una gran relevancia dado que, la psicosis tiene un impacto psicosocial muy elevado tanto para el individuo, como para la persona y su entorno (Cosgrave et al., 2021). No han sido pocas las ocasiones en que un menor ha protagonizado un homicidio o una acción antinormativa y después, al estudiar el caso en profundidad se han encontrado esquemas infantiles disfuncionales y numerosos traumas. Por lo tanto, si se puede llegar a reconocer y relacionar un factor de riesgo tan importante como es el trauma en la infancia se pueden realizar diferentes intervenciones enfocadas en la psicosis, quizá no para prevenirla, debido a que su origen es multifactorial, pero sí para mejorar la gravedad de su sintomatología y evitar situaciones que ponen en riesgo a toda la sociedad y en especial al individuo.

Este trabajo se centrará en explicar en líneas generales las tres variables que se están relacionando en el título del trabajo. En primer lugar, se hará una breve conceptualización actual acerca del trauma y del papel del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en un subgrupo de personas. Después, se expondrá a modo de guía el desarrollo clásico de la psicosis y sus principales características. También se ha considerado necesario explicar la importancia de la etapa de la infancia y que consecuencias genera el trauma en esta, con el fin de entender mejor la afectación y gravedad del tema expuesto. Por último, se llegará a la exposición de los posibles factores que median la relación entre el trauma infantil y los síntomas psicóticos, acabando con una revisión sobre los tratamientos actuales que se proporcionan en pacientes psicóticos.

## Objetivos y metodología

1. Revisión de literatura científica publicada acerca la posible relación existente entre el trauma en la infancia y los síntomas psicóticos.
2. Analizar si dentro de la diversidad de traumas que se pueden padecer, hay algunos que desarrollan mayor vulnerabilidad a padecer sintomatología psicótica en edades más avanzadas en comparación con otros.
3. Conceptualizar y conocer mejor las tres variables que se desarrollan: Trauma, psicosis e infancia.

Respecto a la metodología empleada cabe destacar que; se ha realizado una revisión bibliográfica desde el mes de enero de 2022 hasta el mes de junio de 2022, en las principales fuentes y bases de datos: Mendeley, Google Académico, Pubmed y Dialnet. La búsqueda se centró en todo momento en artículos que tuvieran una estrecha relación con el tema del presente trabajo, dándole prioridad a aquellos más actuales intentando elegir artículos con no más 10 años de antigüedad. Sin embargo, en algunas ocasiones esto no ha sido posible. Otro criterio que se incluyó en la búsqueda fue intentar encontrar artículos que hicieran referencia a la psicosis y al trauma en términos de infancia y no en edades más avanzadas. En relación a dichos criterios de inclusión se encontraron una gran cantidad de artículos, cerca de 250, los cuales se tuvieron que ir seleccionando según su mejor adaptación al tema escogido.

En un primer momento la investigación se realizó en castellano, utilizando palabras como trauma infantil, psicosis, naturaleza del trauma en la psicosis, etc. Sin embargo, los resultados obtenidos fueron escasos o bien las publicaciones se encontraban en revistas donde el índice de fiabilidad era muy bajo, por esto se optó por empezar a hacer una búsqueda en inglés utilizando palabras como childhood trauma, psychosis, impact of childhood trauma, treatment of psychosis, etc. En este caso los artículos resultantes de la búsqueda fueron mayores y con un índice de fiabilidad mayor también.

Por último, mencionar que, durante todo el proceso de elaboración del trabajo se ha intentado contrastar y refutar las diferentes ideas aportadas, es decir, ante una afirmación como es un ejemplo: “El trauma en la infancia genera un impacto grave en la adolescencia”, se ha procurado encontrar más artículos y autores que refutaran la idea con el fin de tener más evidencia acerca de lo que se estaba exponiendo en cada momento.

## 1. Concepto de trauma

El trauma psicológico es referido desde hace años como la experiencia de un evento incontrolable que se percibe como una amenaza para el sentido de integridad o supervivencia de la persona (Horowitz, 1986; citado en Mueser et al., 2002). Ahora, “The fifth edition of the Diagnostic and Statistical (DSM-5), lo define como: “La exposición a amenazas de muerte, lesiones graves o violencia sexual” (p. 162). Tal exposición puede ocurrir directa o indirectamente al presenciar el evento, o bien por una confrontación repetida con detalles aversivos de tales situaciones (por ejemplo, los servicios de emergencia).

En el estudio de Benjet et al. (2016) se concluye que los cinco tipos de trauma más prevalentes entre la población serían;

1. La muerte inesperada de un ser querido,
2. Presenciar la muerte, un cadáver o alguien gravemente herido,
3. Ser asaltado,
4. Accidentes automovilísticos y
5. Enfermedad o lesión potencialmente mortal.

Dicho estudio, afirma que estos traumas representan el 51,9% de todos los casos de exposición a traumas en todos los países. También, Han et al., (2021), afirma que los tipos de traumas que se abordan más comúnmente hoy en día son; El abuso infantil, la violencia doméstica y la agresión sexual.

Por otro lado, se concluye que las mujeres tienen mayor probabilidad de estar expuestas a eventos traumáticos que involucran abuso sexual y emocional, mientras que los hombres son más propensos a experimentar eventos traumáticos relacionados con la violencia física, accidentes y desastres que amenazan la vida (Benjet et al., 2016)

En relación a los efectos inmediatos del trauma, durante los primeros días o semanas después de la situación traumática, la mayoría de las personas experimentan reacciones emocionales intensas y perturbadoras como insomnio, labilidad emocional e irritabilidad entre otras, esto constituye una reacción normal. Sin embargo, se observará una mayor complejidad y gravedad de estas respuestas traumáticas entre las personas que hayan experimentado formas sostenidas o repetidas de trauma interpersonal de las que es difícil o imposible escapar (Maercker et al., 2013)

### **1.1. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

A pesar de que la gran mayoría de personas están expuestas a traumas en algún momento de su vida (Benjet et al., 2016), sólo una parte de la población desarrolla lo que se conoce como un trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Atwoli et al., 2015). Dentro de este porcentaje, quienes experimentan una pérdida violenta son especialmente vulnerables a desarrollarlo junto con otros trastornos mentales, es así como los estudios epidemiológicos concluyen que la mayoría de las personas con TEPT tienen trastornos comórbidos como; depresión, trastornos de ansiedad y trastorno por consumo de sustancias (Rytwinski et al., 2013). Por lo tanto, cuanto mayor sea la exposición a eventos traumáticos, más probable es que haya comorbilidad con otras enfermedades (Karam et al., 2014). También, siguiendo a Ho et al. (2021), se añade que conocer a alguien que murió de manera horrible, la agresión sexual por parte de un padre o madre, acoso sexual, bullying, sufrir un rechazo emocional y la negligencia física o emocional son eventos traumáticos con alta correlación para el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático.

Adentrándonos en el estrés traumático, este se conoce desde hace más de 100 años por una serie de términos como “neurosis de guerra”, “fatiga de batalla” o “corazón de soldado”, sin embargo, no fue hasta la década de 1980, donde las reacciones de estrés se reconocieron dentro de la nosología psiquiátrica, esto fue, a raíz de los problemas de salud mental evidentes en muchas tropas que regresaban del despliegue en Vietnam. Así, el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), apareció por primera vez como un diagnóstico en la tercera edición del DSM. (Atwoli et al., 2015)

Según el DSM-5, para poder realizar el diagnóstico de TEPT se requiere que una persona experimente o presencia un evento traumático importante, ya sea cómo una exposición a la muerte real o en forma de amenaza (Criterio A). Después, la persona debe presenciar uno o más de los siguientes síntomas de intrusión; recuerdos y/o sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, malestar psicológico y/o reacciones fisiológicas intensas o prolongadas al exponerse a factores internos o externos que simbolizan algún aspecto del suceso traumático (Criterio B). Se encuentran grandes esfuerzos para evitar situaciones, lugares y personas que son recordatorios del evento traumático (Criterio C).

Además, en esta nueva edición se ha incluido el apartado denominado; “Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo”, donde se puede localizar el sentimiento de incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático, creencias negativas persistentes sobre uno mismo, junto con

percepciones distorsionadas, un estado de ánimo emocional negativo con una incapacidad a la hora de experimentar emociones positivas, una disminución importante del interés en actividades significativas y un sentimiento de desapego hacia los demás (Criterio D). Por último, hay una sintomatología relacionada con la alteración de la alerta y la reactividad que incluye irritabilidad, problemas de concentración y trastorno del sueño. Por lo tanto, el TEPT es una afección mental, donde los síntomas son constantes y clínicamente significativos, pudiendo mantenerse tiempo después de la finalización del evento traumático (DSM-5).

El trastorno de estrés postraumático es el trastorno más asociado al trauma y, surge de la necesidad de crear un constructo unificador para dar cuenta de los síntomas característicos comunes que afloran en respuesta a una variedad de eventos traumáticos (Kelley et al., 2009). El mencionado estudio, tiene como objetivo utilizar el análisis de perfiles para examinar las diferencias en la gravedad de los síntomas del TEPT y los patrones distintos de sintomatología que se dan según tres tipos de traumas: Accidente automovilístico, muerte súbita e inesperada de un ser querido y agresión sexual.

En primer lugar, se observa que los diferentes tipos de trauma están asociados con diferentes niveles de gravedad general de los síntomas de TEPT. A nivel más específico, el trauma relacionado con la agresión sexual exhibió una mayor gravedad significativa en comparación con los otros dos traumas. Esto, según los autores, sugiere que ciertos tipos de eventos traumáticos están asociados no solo con un mayor riesgo condicional para un diagnóstico de TEPT sino también con niveles más altos de gravedad de los síntomas. En segundo lugar, se observó que los síntomas relacionados con la pérdida interpersonal como es la evitación de pensamientos o sentimientos y el desapego o distanciamiento, fueron más graves y frecuentes en el trauma de agresión sexual y de muerte súbita e inesperada de un ser querido. Por otro lado, la sintomatología más frecuente observada en el trauma relacionado con un accidente automovilístico fue la hipervigilancia y la reactividad fisiológica, hecho que se atribuyó a un mayor estímulo-respuesta. Con esto, se concluye que el patrón de síntomas de TEPT variaba según el tipo de trauma (Kelley et al., 2009).

## **2. Concepto de psicosis**

Clásicamente, la palabra “psychose” se utilizaba para hacer referencia a una enfermedad mental, sin embargo, a finales del siglo XIX, este concepto empieza a definirse de una forma más precisa. Comienzan a haber diferentes aportaciones de

autores clásicos de la Escuela Francesa y Alemana con descripciones de diferentes cuadros clínicos que presentaban síntomas psicóticos, así como la diferenciación clínica posterior entre demencia precoz y enfermedad maníaco-depresiva que plantea Kraepelin y la descripción de las psicosis afectivas de Kasanin. Esto hace que se vaya disipando el concepto inicial de psicosis para pasar a considerar la existencia de diferentes cuadros psicopatológicos con manifestaciones clínicas y cursos diferenciados dentro de la psicosis. (Martín Gutiérrez & Payá González, 2016)

De esta manera, el concepto de psicosis se va desarrollando, hasta que, hoy en día es utilizado para describir aquellas afecciones de la mente relacionadas principalmente con los problemas para distinguir entre lo que está dentro de la realidad y lo que no. (Bromley et al., 2015). También, se define la psicosis como: “La experiencia de pérdida de contacto con la realidad que no forma parte de las creencias culturales o religiosas de la persona” (Althwanay et al., 2020, p.2)

La prevalencia a lo largo de la vida de las psicosis es del 3% en la población general (Zwicker et al., 2018). Esta afectación suele aparecer en un momento en el que las personas inician actividades familiares, sociales y laborales que marcan su futuro. Además, el impacto psicosocial es muy elevado, dado que el malestar no solo reside en la persona, sino también en su familia y entorno. (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010)

## **2.1. ¿Cómo se manifiesta la psicosis?**

Principalmente la psicosis afecta a la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. (Bromley et al., 2015) Cabe destacar que, la forma en la que se manifiesta varía de una persona a otra. Puede desarrollarse de forma gradual a lo largo del tiempo, siendo posible que los síntomas pasen inadvertidos o aparecer bruscamente con síntomas obvios tanto para el paciente como para los que le rodean (Crespo Facorro et al., 2010)

### **2.1.1 Síntomas positivos**

Los síntomas positivos son aquellos que suman o distorsionan el comportamiento o funcionamiento normal de la persona. Dentro de este grupo se pueden encontrar tres subgrupos: Delirios, alucinaciones y habla, pensamiento o comportamiento desorganizado. (Bromley et al., 2015)

En primer lugar, los delirios se definen como “Creencias falsas que se mantienen firmemente en la persona, basándose en inferencias incorrectas sobre la realidad externa o sobre uno mismo y se mantienen fijos a pesar de la presentación de pruebas que contradicen de forma evidente la creencia (Arciniegas, 2015, p. 4). Se encuentran delirios de varios tipos explicados en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Tipos de delirios*

<b>Delirio</b>	<b>Descripción</b>
Persecutorio	Creencia basada en que uno está siendo seguido por alguien, engañando, espiado, vigilado, envenenado o drogado y hostigado. Pueden intentar en ocasiones obtener justicia apelando en tribunales u otros organismos gubernamentales y recurren a la violencia como venganza de esa persecución imaginaria
Grandiosidad	Convicción de que uno posee poderes, talentos, conocimientos o habilidades por encima de los demás, o bien, tiene una relación especial con una persona o deidad famosa.
Religioso	Creencia basada en la convicción de que uno es Dios, un ángel, un demonio, un santo, o cualquier otra cosa divina.
Referencial	Creencia basada en que los comentarios, objetos, eventos u otros fenómenos están dirigidos hacia uno mismo.
Control del pensamiento	Los pensamientos, sentimientos o comportamientos de uno están siendo controlados por una fuerza externa o una persona.
Inserir pensamientos	Ilusión basada en que los pensamientos se introducen en la propia mente. “Los pensamientos no son míos”
Retirada de pensamiento	Ilusión basada en que una fuerza externa o persona está eliminando los propios pensamientos.
Difusión de pensamiento	Ilusión de que los pensamientos propios se transmiten a otros o pueden ser escuchados en voz alta.

<b>Delirio</b>	<b>Definición</b>
Celotípico	Creencia basada en que el cónyuge es infiel
Erotomaníaco	Ilusión de que uno es amado por otra persona, generalmente de un mayor estatus
Robo	Creencia fija de que los objetos de valor de uno son robados, a menudo por un ladrón invisible.
Somático	Referencia a la apariencia o el funcionamiento del propio cuerpo, que suele implicar la falsa creencia de que el cuerpo es anormal, está enfermo o cambiado de alguna manera.
Parasitosis	Creencia basada en que uno está infestado de insectos, bacterias, ácaros, piojos, pulgas u otros organismos.

*Fuente: Arciniegas (2015, p.5)*

En segundo lugar, las alucinaciones se definen como “Percepciones sensoriales en ausencia del estímulo externo o somático correspondiente”. (Arciniegas, 2015, p. 3). Las alucinaciones se identifican cuando se oye, ve, huele, saborea o siente algo que no existe en realidad. Por ejemplo, pueden oír voces o ruidos que nadie más oye, ver cosas que no están ahí o experimentar sensaciones físicas inusuales. Siendo generalmente más comunes las alucinaciones auditivas (Bromley et al., 2015).

Por último, el discurso desorganizado puede implicar que la persona cambie rápidamente de un tema a otro, o que el discurso sea tan confuso que no se comprenda (Bromley et al., 2015). Además, las personas que experimentan psicosis pueden tener cambios en su pensamiento junto con dificultades para concentrarse y seguir una conversación normal. Los pensamientos, pueden acelerarse, ralentizarse o confundirse. Por último, el comportamiento puede ser desorganizado, por ejemplo; La persona puede tener dificultades para realizar las actividades habituales de la vida diaria, como cocinar o cuidarse, o bien, puede mostrar comportamientos o afectos inapropiados como reírse al hablar de un suceso trágico. (Crespo Facorro et al., 2010)

### **2.1.2 Síntomas negativos**

Los síntomas negativos implican que el funcionamiento normal de la persona se pierde o se ve altamente reducido, haciendo hincapié en tareas relacionadas con la

motivación y la expresión emocional (Bromley et al., 2015). Esto incluye síntomas que se caracterizan por la disminución en la interacción social, pérdida de la motivación, habla reducida y pérdida de la capacidad de disfrutar de intereses anteriores (Carretero, 2004).

Si bien históricamente han recibido menos atención que los síntomas positivos, los síntomas negativos son de hecho prevalentes en el curso temprano de los trastornos psicóticos, y están entre los síntomas más frecuentes que se observan durante la fase previa a un primer episodio psicótico (Galderisi et al., 2018)

Está habiendo un creciente interés por el estudio de dichos síntomas negativos y se han adoptado dos enfoques principales para clasificarlos:

1. Clasificación según dos dominios: disminución de la motivación y el interés, que incluye la abolición, asocialidad y anhedonia; y la disminución de la expresividad emocional, que incluye el afecto embotado y alogia (Galderisi et al., 2018).
2. Clasificación según síntomas negativos primarios, los cuales se consideran intrínsecos al proceso de la enfermedad y síntomas negativos secundarios que derivan de afecciones concurrentes, como la depresión, efectos secundarios de antipsicóticos, parkinsonismo, etc. (Savill et al., 2014)

Por lo general, los síntomas negativos son más difíciles de tratar que los positivos, dado que no responden bien a la medicación, y suelen ser menos obvios (Carretero 2004). Por esto, la detección temprana y la intervención en cada fase del episodio psicótico puede ser algo efectivo a la hora de reducir la gravedad de los síntomas negativos. Asimismo, hay evidencia de que la terapia cognitiva conductual, la terapia de rehabilitación cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales puede aliviar los síntomas negativos de manera efectiva. En concreto, recientemente se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual ayuda a rectificar actitudes poco útiles, incluyendo creencias derrotistas y la baja autoeficacia, y, mejoran la amotivación (Lutgens et al., 2017)

### **2.1.3 Otros síntomas**

En esta categoría se engloban otro tipo de síntomas o dificultades que se presentan junto con los síntomas psicóticos. Entre ellos se encuentran los síntomas de tipo cognitivo relacionados con las dificultades de atención, concentración, memoria y función ejecutiva, que tienen especial importancia para la adaptación social y ocupacional (Crespo Facorro et al., 2010). Se pueden encontrar alteraciones en el e

sueño y pensamientos o comportamientos suicidas, este último síntoma es de gran importancia, debido a que, son personas que pueden llegar a acabar con su vida o con la de los demás, por lo tanto, es conveniente que dichos pensamientos sean evaluados por un profesional más profundamente para poder hacer frente a la situación. (Arciniegas, 2015). Pueden aparecer, además, otros síntomas de enfermedades mentales acompañando o de una forma secundaria a la psicosis (depresión, ansiedad, obsesiones, etc.) que requerirán un tratamiento específico (Crespo Facorro et al., 2010).

## **2.2. ¿Cómo se desarrolla un episodio psicótico?**

Se pueden identificar tres fases en el desarrollo de la psicosis, cuya duración varía según la persona, sin embargo, no todo aquel que experimenta un episodio psicótico presenta síntomas claros de las tres fases. (Bromley et al., 2015) En consecuencia, es importante intentar detectar la psicosis tempranamente porque de este modo, la intervención será más satisfactoria y se puede frenar su progresión (Althwanay et al., 2020)

### *Fase prodrómica*

Esta fue conceptualizada por Bleuler y se definió como “Los signos y síntomas preliminares de una enfermedad que no cumplen los criterios característicos de la misma” (Gonçalves et al., 2018, p. 8). En el caso de la psicosis, los síntomas pueden ser vagos y pasar desapercibidos (Crespo Facorro et al., 2010), o bien, ser muy evidentes para los demás, experimentando cambios en los sentimientos, pensamientos, percepciones y comportamientos, siendo algunos de los más comunes:

- Disminución de la atención y concentración,
- Pensamientos desorganizados,
- Motivación reducida,
- Retraimiento social,
- Trastornos del sueño,
- Irritabilidad
- Concentración intensa en ideas particulares, que pueden parecer extrañas para los demás. (Bromley et al., 2015).

### *Fase aguda*

En esta fase las personas suelen experimentar síntomas psicóticos de tipo positivo como delirios, alucinaciones, distorsiones del pensamiento, y, en ocasiones también síntomas negativos (Orygen, 2016), por esto, es la fase más fácil de reconocer y diagnosticar, debido a la notoriedad y particularidad de los síntomas. (Bromley et al., 2015). Durante esta fase la persona entra en contacto por primera vez con los servicios de salud mental, donde el objetivo principal será resolver los síntomas psicóticos positivos y prevenir condiciones comórbidas que hayan podido aparecer (Orygen, 2016).

### *Fase de recuperación o residual*

Se denomina de este modo debido a que los síntomas agudos de la anterior fase se reducen en intensidad, sin embargo, hay algunos que pueden no desaparecer del todo (Bromley et al., 2015). Los predictores de recuperación a corto plazo (2-5 años) de la psicosis incluyen: temprana intervención, edad de inicio, gravedad de los síntomas negativos, ausencia de consumo de sustancias, la adherencia al tratamiento y los contactos sociales y familiares entre otros. (Petersen et al., 2008)

Tras la recuperación de un primer episodio de psicosis, algunas personas nunca experimentan una recaída y otras sí (Crespo Facorro et al., 2010). Para reducir este riesgo, es muy importante continuar con la medicación y otros tratamientos complementarios según lo recomendado por el médico. Siempre es importante tener en cuenta que el proceso de recuperación variará de una persona a otra. (Orygen, 2016).

## **2.3. Etiología**

La psicosis se produce en una gran variedad de trastornos mentales, por lo que a menudo es difícil saber qué ha causado un primer episodio (Bromley et al., 2015). Se considera que tiene un origen multifactorial y que, por lo tanto, hay un conjunto de factores que interaccionando entre sí pueden provocar que una persona desarrolle un episodio psicótico (Shevlin et al., 2016).

Se explica el modelo de vulnerabilidad – estrés como una formulación teórica que combina múltiples factores causales. Es un modelo que parte del supuesto basado en la existencia de una predisposición a la psicosis de naturaleza genética o adquirida como consecuencia de un daño cerebral. Sin embargo, la vulnerabilidad, no se considera suficiente para manifestar el trastorno, sino que necesita ser desencadenada por procesos ambientales (Howes et al., 2017).

Dentro del mencionado modelo, se considera el factor genético como uno de los factores más relevantes que puede determinar la vulnerabilidad de una persona, dado que la psicosis es hereditaria, por lo tanto, el mayor predictor de riesgo conocido es tener un pariente biológico cercano que esté afectado (Cosgrave et al., 2021). A pesar de no haber encontrado ningún gen específico que desarrolle la psicosis, parte de esta responsabilidad genética viene precedida por una acumulación de pequeños efectos de cientos de variantes de todo el genoma de la persona, que según la interacción con otros factores pueden aumentar la vulnerabilidad (Zwicker et al., 2018).

Después, los factores ambientales probablemente desempeñan un papel más destacado en la etiología de la psicosis de lo que se pensaba anteriormente (Uher & Zwicker, 2017). Las exposiciones ambientales pueden agruparse en función de la etapa de desarrollo. Por ejemplo, durante la fase prenatal del bebé, el estrés de la madre, una posible infección viral o bien una nutrición inadecuada son exposiciones de gran vulnerabilidad al desarrollo de una psicosis en la adultez (Finenberg et al., 2016). Del mismo modo sucede con las complicaciones obstétricas durante el parto que pueden llegar a generar mayor vulnerabilidad (Byrne et al., 2007). Asimismo, durante la adolescencia tanto el maltrato como el bullying se relacionaron con un aumento de la vulnerabilidad (Varese et al., 2012).

Por otro lado, se considera también como un factor ambiental el consumo de tóxicos. En general, la mayoría de los autores consideran que el consumo de cannabis es un factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia en sujetos vulnerables, sobre todo cuando el consumo se produce en edades tempranas y en grandes cantidades. También se ha observado que este riesgo es mayor con el cannabis que con otras drogas y que es la única droga con la que se ha comprobado un adelanto en la edad de inicio de la psicosis (Rentero, D et al., 2021).

En tercer lugar, se encuentran los factores biológicos (Cosgrave et al., 2021). Se ha descubierto una alteración en la síntesis y liberación presináptica de la dopamina en el núcleo estriado que aumenta la vulnerabilidad a desarrollar psicosis, esta alteración se traduce en una hiperactividad de la dopamina o bien en una mayor sensibilidad de los receptores dopaminérgicos a nivel cerebral. La alteración se empieza a observar durante la fase prodrómica y empeora a medida que la psicosis se agrava (Howes et al., 2017)

Por último, las fuentes de estrés vital también desempeñan un papel dentro de la interacción de los demás factores. Ejemplos de dichas fuentes serían: Estrés físico relacionado con el sueño irregular, mala rutina, alimentación deficiente y

enfermedades físicas. También, el estrés ambiental comprendido como una falta de apoyo social e importantes cambios en la vida. Asimismo, el estrés emocional, como son los problemas en las relaciones interpersonales tanto en familia y amigos. Y, cabe destacar, por último, los acontecimientos vitales agudos, como; duelos, accidentes, enfermedades crónicas y abuso físico o sexual a edades tempranas, siendo estos últimos el centro del presente trabajo. (Bromley et al., 2015)

#### **2.4 ¿En qué consiste la recuperación?**

Los profesionales de la salud mental describen la recuperación de la psicosis como una ausencia de los síntomas y como una reducción de las tasas de hospitalización y recaídas (Law y Morrison 2014). También Wood & Alsawy, (2017) conceptualizan la recuperación como “Mejora cuantitativa de los síntomas psicóticos y del funcionamiento de la persona” (p. 1).

Cada persona es diferente por esto, la forma o el tiempo de recuperación puede variar mucho. Alrededor de un 20% de la gente con psicosis tienen solamente un episodio a lo largo de la vida. Un 60% sufre alguna recaída, pero entre ellas hay períodos de tiempo de normalidad. Sin embargo, para el 20% restante los síntomas y otras dificultades pueden mantenerse en el tiempo. Estos síntomas se conocen como residuales o resistentes al tratamiento. El uso regular de la medicación prescrita, la incorporación progresiva de alguna ocupación (estudios, trabajo, aficiones), el apoyo de la familia y amigos junto con el desarrollo de habilidades personales contribuyen como factores protectores ante una nueva recaída (Crespo Facorro et al., 2010).

### **3. Concepción de la infancia**

La noción de infancia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones a lo largo de la historia. Haciendo un rápido recorrido a través de esta, se pueden observar los cambios que ha tenido la concepción (Jaramillo, 2007). Durante los años 350-430 hasta el siglo IV se comprende al niño como indefenso y dependiente, considerándolo como un estorbo. Más tarde, se va fraguando la idea de que los niños son malos desde el nacimiento. Una vez llegados al siglo XV, el niño se vuelve a concebir como algo indefenso pero esta vez no se le da el calificativo de estorbo, sino que debe ser cuidado por alguien, y es así como el niño se define “como propiedad”. En el siglo XVI se entiende al niño como un ser humano pero inacabado, es decir, el niño es un adulto, pero pequeño. En los siglos

posteriores se empieza a reconocer al infante con una condición innata de bondad. (Puerto Santos, J, 2002: citado en Jaramillo, 2007). Finalmente, en el siglo XX se comienza a concebir la infancia dentro de una categoría donde residen experiencias distintas a las del mundo adulto. Es así como a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, se lo define como un sujeto de derecho, reconociendo así en la infancia el estatus de persona y ciudadano, dando con esta concepción los derechos y obligaciones que poseen. (Jaramillo, 2007).

Con el aumento de las conceptualizaciones en este ámbito, actualmente la infancia se puede dividir en dos etapas: La primera infancia o infancia temprana y la segunda infancia o niñez. Se explican a continuación siguiendo un informe del Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF], (2017).

1. La primera infancia se suele sopesar en tres fases que vienen determinadas por la edad.
  - a. La primera etapa que va desde la concepción hasta el nacimiento, momento en que la salud y la protección de la mujer embarazada son fundamentales, cabe destacar que, durante este tiempo, el cerebro se desarrolla rápidamente y la nutrición, protección y estimulación positiva pueden influir en gran medida en el proceso.
  - b. La segunda etapa comprende desde el nacimiento hasta los tres años de edad, en esta fase el cerebro sigue evolucionando rápidamente siendo esenciales los anteriores ítems mencionados junto con el juego y la lectura por parte de los padres.
  - c. La última etapa incluye la edad preescolar, periodo que se comprende desde los tres años hasta el comienzo de la escuela. A parte de las necesidades básicas, las oportunidades de aprendizaje temprano en el hogar y en los centros de preescolar son fundamentales.
2. El comienzo de la niñez se dará en la etapa preescolar y finalizará sobre los 12 años. A lo largo de esta etapa el desarrollo continúa promovido por las mismas fuentes de influencia que en la primera infancia, con la diferencia que, la escuela y el grupo de iguales empieza a coger mucha más fuerza convirtiéndose en otro factor importante de satisfacción de necesidades como es la estimulación cognitivo-lingüística que, adquiere una importancia fundamental para avanzar en su desarrollo dado que necesitan ser

estimulados de forma adecuada y acorde a su edad (Hidalgo García et al., 2008)

Así, se observa que las necesidades relacionadas con el desarrollo, no se deben satisfacer del mismo modo en todas las edades, sino que estas van cambiando a medida que los niños crecen, es un hecho que, las necesidades de los bebés con meses no son las mismas o no deben cubrirse del mismo modo que las necesidades de los niños y niñas de 4-5 años (Hidalgo y Sánchez, 2008; como se citó en Jimeno, 2015). Así, se clasificaron las necesidades infantiles en tres dimensiones:

1. La necesidad relacionada con la seguridad, caracterizada por la garantía de la subsistencia y un desarrollo físico saludable,
2. Necesidades relacionadas con el desarrollo cognitivo y lingüístico donde se deben dar las condiciones necesarias para que el niño pueda conocer y estructurar las experiencias del mundo que le rodea,
3. Necesidades relacionadas con el desarrollo emocional y social, estas deben cumplirse para que los niños presenten un desarrollo afectivo adecuado y saludable junto con elementos necesarios para la adquisición de estrategias para expresar sentimientos y conductas interactivas con los demás (López 2008: cómo se citó en Jimeno, 2015).

### **3.1 Evidencias sobre la importancia de la infancia**

Uno de los temas principales que se abordan actualmente entorno a la infancia es la importancia del establecimiento de un apego seguro. Como describió Bowlby, establecer un apego seguro en los primeros años constituye un pilar básico sobre el que se asienta el desarrollo socio-personal a lo largo de la vida (Jimeno, 2015). Estudios relativos al apego han revelado que una buena organización en las relaciones de apego durante la infancia se asocia con los procesos característicos de la regulación emocional, las relaciones sociales, el desarrollo de la auto-reflexión, acceso a una buena memoria autobiográfica en la adultez (Fox, Calkins y Bell, 1994; Main, 1995; Main et al., 1985; como se citó en Jimeno, 2015). Las relaciones de apego son muy importantes para que se dé un óptimo crecimiento neuronal del cerebro en desarrollo, dado que tienen un efecto directo sobre el desarrollo de los dominios de funcionamiento mental que sirven al infante como puntos clave de andamiaje conceptual. De este modo, las relaciones de apego pueden servir para crear la base central a partir de la cual se desarrollará la mente (Jimeno, 2015).

Los primeros años constituyen una etapa trascendental para la vida futura, dado que la trayectoria vital que nos caracteriza como personas únicas comienza a fraguarse desde las primeras semanas de vida. En esta primera etapa se producen importantes y acelerados procesos de desarrollo, de hecho, no hay ninguna otra etapa en el ciclo vital en la que se produzcan tantos y tan importantes cambios en tan poco tiempo (Hidalgo García et al., 2008). Por lo tanto, la primera infancia es la etapa más relevante del desarrollo evolutivo del ser humano dado que en ella se da el crecimiento más acelerado del cerebro y se realizan importantes conexiones neuronales, las cuales permiten al niño adquirir aprendizajes emocionales y cognitivos (Cáceres et al., 2018). Las conexiones neuronales que se unen a gran velocidad es un fenómeno que solo se produce durante los primeros años de vida, estableciendo esto una base para el desarrollo de habilidades motrices, físicas, cognitivas, sociales, emocionales y lingüísticas básicas. Todas estas permiten al infante pensar, resolver problemas, expresar emociones, comunicarse y establecer relaciones con los demás (UNICEF, 2017)

Las experiencias durante la primera infancia moldean las estructuras y funciones biológicas y psicológicas pudiendo afectar a la salud, el bienestar y la productividad a lo largo de la vida (Richter et al., 2019). Esto también se evidencia en el estudio de Shonkoff et al. (2012) donde se reafirma que a medida que el cerebro se va desarrollando, las diferentes conexiones neuronales van cambiando como respuesta a experiencias positivas o negativas.

Las experiencias positivas incluyen una buena nutrición, estimulación sensorial y motriz, interacciones apropiadas y la protección que brindan los miembros de la familia o los cuidadores (UNICEF, 2017). Cabe destacar que, cuanto más favorable sea el entorno en el que se desenvuelve el niño, mayor cantidad de sinapsis se conforman, beneficiando esto tanto la estructura como el funcionamiento cerebral; por lo tanto, se afirma que las experiencias interpersonales positivas favorecen el bienestar integral de los niños, tanto en su infancia como a lo largo de su vida (Cáceres et al., 2018).

Sin embargo, las experiencias contrarias como la violencia, el maltrato, el abandono y las experiencias traumáticas generan altos niveles de cortisol, una hormona que produce estrés tóxico, el cual va a limitar la conectividad que existe entre las neuronas en los cerebros en desarrollo (UNICEF, 2017). También, el estrés junto con factores de desnutrición, pobreza, violencia y enfermedades crónicas, pueden alterar el desarrollo del cerebro con consecuencias que perduran toda la vida (Champagne, 2009).

### **3.2 Impacto del trauma como una experiencia adversa infantil**

Las experiencias adversas en la infancia (ACE, por sus siglas en inglés), hacen referencia al abuso, la negligencia y a las experiencias traumáticas que ocurren antes de los 18 años y que afectan directamente a la salud del niño y del adulto a largo plazo (Goddard, 2021). Así lo apoya el estudio de De Bellis & Zisk (2014) afirmando que el trauma en la infancia tiene graves consecuencias tanto para sus víctimas como para la sociedad. También, la Dra. Nadine Burke Harris, consolida como el trauma infantil afecta a la salud a lo largo de la vida, haciendo una llamada de acción a los pediatras para que reconozcan lo importantes que son las experiencias traumáticas sobre el desarrollo del cerebro del niño a lo largo de su vida (Harris 2014). Algunos impactos a largo plazo pueden incluir enfermedades como la depresión mayor, trastorno de estrés posttraumático o bien un consumo de drogas y alcohol, pudiendo llegar al suicidio (Goddard, 2021)

El impacto que tiene el trauma en el desarrollo pediátrico puede variar según la etapa en la que se encuentre el paciente. En los niños de edad preescolar, el trauma puede presentarse como una dificultad para adquirir hitos, berrinches que varían de leves a severos y agresión con otros niños. De igual forma, en niños en edad escolar, las características que se presentan incluyen dificultad con la adquisición de habilidades, pérdida de la capacidad para recordar detalles, peleas e informes de interrupciones en el aula (Perry, 2002).

Es importante comprender como el trauma afecta específicamente al cuerpo porque así se comprenderá mejor las manifestaciones físicas y las condiciones de salud crónicas a largo plazo (Perry, 2002). Siguiendo el estudio realizado por De Bellis & Zisk (2014) a nivel biológico cabe destacar que la amenaza o el estrés continuado en niños que han padecido un trauma incluye la activación del eje hipotálamo-pituitario- suprarrenal (HPA), este funciona de la siguiente manera; en el córtex se percibe la amenaza de amenaza, este pensamiento ofrece una señal al hipotálamo que produce CFR (Factor liberador de corticotropina), esto en unos segundos activa la hipófisis produciendo ACTH (corticotropina) que llegan a las glándulas suprarrenales y en unos minutos se generan los glucocorticoides (cortisol) que se necesita para afrontar el estrés. El estrés es neuroquímico dado que se activa cuando desde el córtex se codifica algo como amenazante y, teniendo en cuenta que es un factor que siempre genera vasoconstricción puede ser causante de daños en los vasos sanguíneos y las arterias, generando aumentos de la presión arterial, lo que puede resultar en un mayor riesgo de infarto de miocardio y accidente

cerebrovascular a largo plazo (de Bellis & Zisk, 2014). También se estudia el estrés crónico y se concluye que este puede provocar cambios en el desarrollo y la estructura del cerebro, dado que, los altos niveles de cortisol en la circulación pueden generar retrasos auditivos, visuales y una disminución del volumen del hipocampo, lo que afecta directamente al almacenamiento y la recuperación de la memoria. Esta interrupción en el cerebro conduce a dificultades de aprendizaje y respuestas conductuales desadaptativas (Grogan & Murphy, 2011)

Por otro lado, el trauma a edades tempranas puede desregular el sistema neurobiológico en el desarrollo del niño, conduciendo a problemas posteriores de regulación emocional. Los niños que han sido objeto de abuso físico o emocional tienden a prestar más atención a las señales que contienen ira y son más hipersensibles a la amenaza. En relación a esto se ha demostrado que la exposición a factores emocionales repetidos produce una mayor formación sináptica y un mayor crecimiento en la amígdala basolateral (media los efectos de la activación emocional) junto con una retracción dendrítica en el hipocampo, generando esto cambios relacionados con síntomas de ansiedad, evitación, hipervigilancia y la intrusión de los recuerdos traumáticos. También, en neuroimagen de pacientes con TEPT se ha encontrado hipoactividad en el lóbulo prefrontal el cíngulo anterior y las áreas talámicas, lo que implica que el TEPT tiene efectos la función ejecutiva, la atención, y en la integración cognitiva, memorial y afectiva (Giotakos, 2020)

Otro punto importante es el consumo de tóxicos y la relación que se establece con los traumas infantiles. Así se explica en el estudio de Guarino et al. (2021), donde el número de traumas infantiles se asoció con mayores probabilidades de iniciar más tempranamente conductas de uso indebido de opioides múltiples. Además, se sugiere la importancia de la gravedad de las ACE, como determinantes a nivel individual de la gravedad del consumo de opioides posterior. También, Stein et al. (2017) afirman que las experiencias adversas en la infancia se asocian con el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias a posteriori, esta sólida relación se puede dar por varias influencias tanto ambientales como biológicas que se entrecruzan. Por ejemplo, los autores afirman que los problemas de consumo de sustancias de los padres pueden contribuir al riesgo de consumo de drogas en los niños a través de la herencia genética, también se puede dar la relación mediante el modelo de comportamientos de los padres (uso de drogas para hacer frente a estados negativos) o bien, cuando los factores ambientales estresantes aumentan debido a una experiencia adversa infantil.

El trauma infantil también genera un impacto a corto plazo en la vida del infante. Se manifiesta de formas distintas siendo un posible conector con los trastornos de

alimentación, del sueño y de la eliminación (Goddard, 2021). En primer lugar, se ha observado que son niños que suelen tener una alimentación desordenada, esto se cree que es debido a que el trauma ha actuado como inhibidor del centro de saciedad en el cuerpo del niño, generalmente como resultado de la ansiedad. Por ejemplo, comen muy rápido, no se sacian, pérdida de peso, acaparamiento de comida y otros trastornos alimentarios se han observado como presentación de síntomas en niños con ACE y comorbilidades de salud mental resultantes del trauma (McLennan et al., 2020). También, son niños que informan de una gran dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormidos, además de presentar múltiples pesadillas y otros trastornos del sueño como insomnio y parasomnias, esta mala calidad del sueño puede conllevar problemas en el comportamiento, en la regulación emocional, en el buen desarrollo cerebral cuando los problemas de sueño se cronifican, en el empeoramiento de la capacidad cognitiva (dificultades en la atención y en la consolidación de la memoria) y en los tiempos de reacción siendo estos más lentos, todo esto influye en el rendimiento académico, algo vital para el buen desarrollo del niño (McLennan et al., 2020). Por último, son niños que pueden presentar, estreñimiento, encopresis, enuresis o accidentes en un niño que ya ha aprendido a ir al baño. Cuando los niños presentan específicamente problemas de eliminación, después de descartar causas orgánicas, se debe considerar el trauma e incluir preguntar si ha habido un cambio reciente en el entorno del hogar o un evento estresante conocido en la vida del niño (Goddard, 2021).

#### **4. Relación entre el trauma y los síntomas psicóticos**

A lo largo del presente trabajo se ha ido argumentando la relación existente entre experimentar un evento traumático con la probabilidad posterior de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT), así lo apoya Atwoli et al. (2015), afirmando una mayor prevalencia de TEPT entre las personas expuestas a eventos traumáticos, también añade, que en España el trauma relacionado con vivir la muerte inesperada de un ser querido es uno de los factores con más riesgo condicional a desarrollar TEPT. Smith et al. (2016) respalda esta línea argumental, afirmando que el diagnóstico de TEPT, está asociado a un trauma previo, y que, la presentación de síntomas del trastorno parece variar de forma fiable según el tipo de experiencia traumática, siendo el trauma interpersonal el que se asocia a una presentación más sintomática y de duración más prolongada.

Se plantea la hipótesis de que el trauma desempeña un papel importante en la aparición de la psicosis (Hardy et al., 2020). Durante la última década se ha

acumulado amplia evidencia sobre el vínculo de experiencias traumáticas y el inicio y persistencia de la psicosis (Allardyce et al., 2021). Dada la mayor incidencia del trauma en la psicosis, la investigación ha considerado si este puede desempeñar un papel causal en las experiencias psicóticas, al menos para algunas personas. Demostrar la causalidad del trauma es metodológicamente complejo y la investigación está en sus inicios, sin embargo, los hallazgos preliminares están en línea con la propuesta de que el trauma, sobretodo el infantil sí que podría ser uno de los efectos causales en las experiencias psicóticas junto con la combinación de otros (Hardy, 2017). Los estudios de casos, controles y epidemiológicos respaldan esta asociación (Hill, 1965; Varese et al., 2012 ; Kelleher et al., 2013 ; Alsayw et al., 2015 , Hardy et al., 2016 , Amanuel et al., 2017 ; McGrath et al., 2017; como se citó en Hardy, 2017 ). También, los resultados del estudio de Strelchuk et al. (2020) son consistentes con la hipótesis de que la exposición al trauma tiene un papel importante en el desarrollo de psicosis.

#### ***4.1 Papel del trastorno de estrés postraumático en la psicosis***

Que la exposición al trauma se asocia con el desarrollo de experiencias psicóticas es algo que se encuentra muy refutado en la literatura científica. Sin embargo, también se afirma que las personas con TEPT tienen un riesgo sustancialmente mayor de desarrollar trastornos psicóticos, estando presente en aproximadamente el 29% de pacientes con afectación en este tipo de trastornos. Por lo tanto, existen altas tasas de comorbilidad entre TEPT y psicosis, siendo el TEPT un factor de riesgo en el desarrollo posterior de psicosis (Okkels et al., 2016). Además, se expone al trauma como un factor de riesgo etiológico para ambas afecciones (Ho et al., 2021)

Por esto, se plantea una función mediadora de la sintomatología del TEPT entre la exposición al trauma y la sintomatología psicótica, sin embargo, todavía existe cierta controversia en esta afirmación (Strelchuk et al., 2020). Siguiendo el mencionado estudio, en primer lugar, se expone que el trauma tiene un papel causal en el desarrollo de la psicosis y, en segundo lugar, se brinda cierto apoyo al papel de los síntomas de TEPT como mediadores parciales entre un trauma previo y experiencias psicóticas, sobretodo en adolescentes. Esta segunda conclusión es consistente con el estudio de Hardy (2017) que afirma que las estrategias de regulación emocional disfuncionales que se dan en el TEPT como son la hiperexcitación, evitación o disociación son factores de vulnerabilidad para la aparición de experiencias anómalas e intrusiones relacionadas con el trauma que,

según su interpretación podrían dar lugar a experiencias psicóticas. Por ejemplo, ya hace años Steel et al. (2004) observa que en un estado de hiperexcitación se puede aumentar la probabilidad de percibir ciertos estímulos como amenazantes y esto junto con la evasión y la disociación característica del TEPT pueden conducir a un procesamiento inadecuado de los recuerdos traumáticos y aumentar la probabilidad de experimentar intrusiones relacionadas con el trauma que, si la persona no las reconoce como parte del propio trauma y lo atribuye a una causa externa, puede acabar desembocando en nuevas percepciones relacionadas con delirios o alucinaciones. Del mismo modo, Mueser et al. (2002) proponen que la sintomatología del TEPT en si media la relación entre la exposición al trauma y el curso de una enfermedad mental grave como es la esquizofrenia. A pesar de que, en el estudio, no comenta si el TEPT juega un papel causal en el desarrollo de la psicosis, es una teoría que coloca a la sintomatología del TEPT en el centro de la comprensión de la exaltación de los síntomas psicóticos.

Por otro lado, Allardyce et al. (2021) refuta la idea de que los eventos traumáticos interpersonales se asocian más fuertemente con el desarrollo posterior de psicosis y que tener un diagnóstico de TEPT se asocia con un mayor riesgo a padecer un trastorno psicótico. Sin embargo, encuentra poco apoyo para la hipótesis de que la sintomatología de TEPT es un factor mediador en el desarrollo de psicosis, y afirma que los síntomas psicóticos y los de TEPT caen en un continuo de reacciones relacionadas con la exposición al trauma y son causados y mantenidos por mecanismos psicológicos similares (Allardyce et al., 2021; Morrison et al., 2003).

La correlación entre las intrusiones postraumáticas y las alucinaciones en población afectada por traumas junto con el hecho de que el contenido de las alucinaciones a menudo tiene vínculos temáticos o directos con el trauma ha llevado a proponer que algunas alucinaciones pueden ser una forma de intrusión postraumática (Brand et al., 2017). También, se han observado asociaciones entre creencias delirantes y los síntomas de TEPT después del evento traumático y se han encontrado que los mismos factores cognitivos predicen tanto la paranoia como el TEPT después de una agresión física (Freeman et al., 2013).

Por lo tanto, realmente existe una evidencia acerca de la estrecha relación entre el TEPT y la psicosis, sin embargo, establecer una relación mediadora sobre los mecanismos implicados en la psicosis es complejo, dado que es probable que los síntomas estén causados por múltiples factores (Brand et al., 2017).

## **4.2 Influencia del trauma infantil**

Padecer una experiencia traumática en cualquier etapa de la vida es algo devastador y puede generar secuelas muy graves. Sin embargo, (como también ha quedado refutado en puntos anteriores), padecer una experiencia adversa durante la infancia tiene consecuencias a largo plazo mucho más graves junto con una afectación en diferentes ámbitos de la vida del infante dado que, alteran su desarrollo por completo (Ho et al., 2021). Por esto, ha habido una gran oleada de investigaciones sobre la relación entre el trauma infantil y la psicosis en los últimos años (Morgan & Gayer-Anderson, 2016). Mucha evidencia teórica ahora respalda esta posición, destacando el impacto significativo de los eventos traumáticos en especial los relacionados con la victimización infantil y las dificultades que estos pueden generar a lo largo de los años (Hardy, 2017).

El metaanálisis a gran escala de Varese et al. (2012), que incluyó n= 45.441 personas, concluye que el trauma infantil está fuertemente relacionado con un mayor riesgo a desarrollar un trastorno psicótico y añade que los efectos del trauma en la edad adulta pueden incluir una variedad de resultados sociales negativos. También, el estudio de Trauelsen et al. (2015) sigue esta línea de investigación y observa que el 89% de los pacientes con síntomas psicóticos informan de trauma infantil, del mismo modo se observó como el riesgo de psicosis aumentó 2,5 veces por cada trauma adicional, aumentando en 5 veces más para aquellos que experimentaron tres o más eventos traumáticos. Croft et al. (2019) obtienen hallazgos similares en sus resultados, dado que, a los 18 años, el 83,8% de los pacientes con síntomas psicóticos tuvieron experiencias traumáticas. Por lo tanto, jóvenes que experimentaron un trauma antes de los 17 años tenían 2,91 veces más probabilidad de padecer síntomas psicóticos a los 18 años y aquellos que experimentaron tres o más tipos de trauma infantil tenían 4,7 veces más probabilidades de tenerlos.

### **4.2.1 Negligencia, abuso infantil y tipos de síntomas psicóticos**

Las revisiones concluyen que determinadas adversidades infantiles están asociadas más fuertemente con la psicosis. Se encuentra que el abuso sexual, físico y emocional en la niñez junto con el abandono físico y emocional fueron entre cuatro y diecisiete veces más prevalente entre el grupo estudiado con síntomas psicóticos (Trauelsen et al., 2015). También, Thompson et al. (2013) establece una asociación positiva entre el abuso sexual y físico y la transición a un trastorno psicótico antes que con otro tipo de traumas como, por ejemplo, la muerte de una figura de apego, en relación con esto, sugieren que el trauma sexual puede representar una forma

más grave de abuso, dato que apunta a un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicótico. Estudios actuales como el metaanálisis de Ho et al. (2021) se incluyen 21 eventos traumáticos con la finalidad de observar si determinados eventos se asociaban mayormente con síntomas de TEPT y psicosis. Como resultado del análisis se obtuvo que la negligencia física y emocional fueron un evento que predijo significativamente tanto el TEPT como la psicosis, asociándose así más fuertemente con ambas condiciones y, en un segundo lugar, encontraron correlaciones altas con el abuso infantil. Así lo refuta Catalan et al. (2017). afirmando que la mayor parte del riesgo lo confiere la forma más severa de abuso sexual, emocional y físico en la infancia, así como la negligencia emocional.

Cabe hacer una diferenciación entre la intencionalidad entre la negligencia y maltrato y es que, a pesar de que la negligencia se considera como un tipo de maltrato infantil, la literatura se refiere a ella como el hecho de no ocuparse o no cubrir las necesidades físicas, emocionales, médicas o educativas de un niño, en este caso, por lo general, los progenitores o cuidadores no tienen intención de hacer daño a los menores que están a su cargo, sino que suele ser resultado de una combinación de factores como las pocas habilidades para afrontar el estrés, sistemas familiares poco colaboradores, mala crianza de los hijos y circunstancias de vida estresantes lo que acaba originando una situación de negligencia. Sin embargo, el maltrato infantil, dónde incluimos el abuso, la persona ejerce una intencionalidad de hacer daño al menor. La línea que diferencia ambos términos es muy fina dado que, tanto la negligencia como el maltrato infantil se suelen producir conjuntamente (Pekarsky, 2022)

Siguiendo la línea relacionada con la negligencia emocional, se observa una menor atención social y de investigación dado que su impacto inmediato es menos visible en comparación con la negligencia física. En algunos casos, estos factores menos evidentes pueden surgir de una infancia donde la experiencia vivida con los padres no es satisfactoria sobre todo en lo que concierne a las necesidades emocionales del niño y a su crianza (Kumari, 2020). Se han encontrado conexiones significativas entre una menor atención de los padres y los trastornos psiquiátricos (Catalan et al., 2017). Así, se sabe que los estilos de crianza inadecuados durante la infancia aumentan el riesgo de experiencias psicóticas en la adultez (Galletly et al., 2011), esto es congruente con los resultados actuales de Catalan et al. (2017) que afirman que un estilo de crianza materno sin afecto está relacionado con síntomas psicóticos positivos mientras que estilos parentales óptimos tenían menos probabilidad de sufrir dichos síntomas. Sin embargo, estos resultados no ocurrían cuando era la figura paterna la que no mostraba afecto, una posible explicación que dan los autores es

que, en España durante los años 70, 80 y 90 eran principalmente las madres las que se encargaban del cuidado de los hijos debido a causas socioeconómicas y culturales. Por lo que su influencia sobre los hijos sería más decisiva. Otro hallazgo interesante del estudio sugiere que los padres que durante su niñez habían sufrido un tipo de trauma relacionado con la negligencia emocional por parte de sus figuras de apego, mostraban estilos parentales menos óptimos que los que no habían sufrido este tipo de trauma. Estos estilos se caracterizaban por una elevada sobreprotección, siendo esto congruente con la idea de evitar que sus hijos sufran el malestar emocional que ellos padecieron anteriormente.

Por otro lado, en relación con el abuso sexual, este es definido como: “La participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales” (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 21). Con el objetivo de analizar el incremento de casos la fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) (2020) ha realizado el primer estudio que aborda a través de los datos la evolución del aumento de casos de abuso sexual infantil en los últimos 11 años en España. La tasa de crecimiento de los casos fue de un 300,4% lo que indica que se ha multiplicado por cuatro pasando de 273 casos en 2008 a 1.903 casos en 2020. Dichos datos generan gran preocupación dado que, como ya se ha afirmado anteriormente el abuso sexual actúa como un indicador alto a la hora de desarrollar mayor vulnerabilidad a la sintomatología psicótica (Thompson et al., 2013), por lo tanto, si los casos aumentan toda la afectación que genera el abuso, tanto a nivel social, físico, conductual y, psicológico incluyendo la sintomatología psicótica se puede hacer más prevalente entre la población de aquí a unos años (ANAR, 2020). Por lo tanto, es esencial que los profesionales aprendan a reconocer los signos del abuso y la negligencia infantil y a centrar los esfuerzos en comprender que mecanismos subyacentes pueden existir y así desarrollar intervenciones adecuadas para minimizar y prevenir el riesgo de los malos resultados de salud mental asociados (Kumari, 2020).

Respecto a la sintomatología, las personas que experimentaron abuso y negligencia durante la infancia eran más vulnerables a desarrollar síntomas tanto positivos como negativos comparándolo con las personas que no experimentaron traumas infantiles (Hein et al. 2011). Sin embargo, en el estudio de van Dam et al. (2014) se ha observado que el abuso y la negligencia infantil pueden tener un impacto diferencial en la sintomatología, dado que, las asociaciones con abuso fueron más pronunciadas para los síntomas positivos de la psicosis en comparación con las

asociaciones de negligencia donde se observó sintomatología positiva y negativa. Esta divergencia puede sugerir que el abuso y la negligencia tienen un impacto diferente en el desarrollo neurológico, social y emocional de la persona. También, se sugiere que estos dos tipos de trauma no solo predicen el desarrollo de síntomas psicóticos, sino que también afecta a la persistencia de dicha sintomatología, dado que, en la muestra del estudio, las personas que informaban de trauma infantil tenían niveles más altos de síntomas psicóticos tanto al inicio del diagnóstico como a los tres años de seguimiento en comparación con los pacientes con síntomas psicóticos, pero sin historial de trauma previo. Este hallazgo argumenta que las experiencias de trauma infantil relacionadas con el abuso y la negligencia no solo crean una vulnerabilidad para desarrollar síntomas psicóticos más graves, sino que también la presencia de los síntomas se mantiene en el tiempo.

#### ***4.3 Vínculo entre el contenido del trauma y la sintomatología psicótica***

Se ha replicado ampliamente en la literatura la existencia de la relación entre el contenido de la experiencia traumática y el contenido de los síntomas psicóticos, existiendo así una gran cantidad de estudios de investigación que lo apoyan (Bendall et al., 2008; Kelleher et al., 2013; Murray, 2017; Trauelsen et al. al., 2015: como se citó en Peach et al., 2020). Remontando a las evidencias más antiguas, se empezó a documentar a través del estudio de Beck & Van der Kolk (1987) que las mujeres psicóticas hospitalizadas que informaban de historias de incesto infantil tenían más probabilidades de padecer delirios sexuales. También, Oruc & Bell (1995) añaden que los delirios de tipo somático como la parasitosis delirante se relacionaba con eventos traumáticos como la violación o la agresión sexual. En esta línea años más tarde Longden et al. (2015) encuentran una relación específica entre la presencia de trauma sexual en la infancia y la aparición de alucinaciones auditivas en la adultez. Así mismo, Scott et al. (2020), añaden que el trauma emocional en la infancia junto con el desarrollo de un apego ansioso inseguro predice alucinaciones verbales auditivas de tipo negativo despectivo, en especial cuando el trauma se relaciona con experiencias sexuales traumáticas. Otros autores añaden que los delirios de persecución y referenciales están relacionados con el abuso emocional infantil (Hardy et al., 2016)

A día de hoy, se considera que uno de los estudios con más evidencia metodológica es el de Hardy et al., (2005) (Peach et al., 2020). Dicho estudio tuvo el objetivo de describir la naturaleza entre el trauma y las alucinaciones desde una perspectiva psicológica a través de cuatro asociaciones hipotéticas entre trauma y alucinación:

asociación directa, indirecta, posible estrés y ninguna. Las asociaciones directas se basaban en que el contenido de la alucinación es directamente representativo de su trauma (p.ej Un trauma que involucraba un arma de fuego con alucinaciones subsiguientes de un arma de fuego). Después del trauma, los recuerdos pueden permanecer disponibles para su recuperación involuntaria a través de estímulos asociados con la propia experiencia traumática e inmiscuirse en la conciencia como síntomas de reexperimentación, por esto, en el estudio se propone que, para algunas personas, las alucinaciones pueden ser manifestaciones de esos recuerdos traumáticos. Por otro lado, en las asociaciones indirectas se argumenta que el trauma puede afectar según las emociones y las creencias de la persona, desencadenando así una vulnerabilidad biopsicosocial a la psicosis, es decir, las emociones y creencias de cada uno, dan forma a los temas de la alucinación (p.ej personas que han sufrido un acoso grave pueden experimentar sentimientos posteriores de ansiedad y creencias sobre ser vulnerable a la amenaza de los otros y esto, genera una vulnerabilidad de poder desencadenar alucinaciones donde se escuchen voces con contenido amenazante y acosador). Por último, la asociación al estrés sigue la línea de los modelos tradicionales de vulnerabilidad-estrés que establecen que el trauma puede desencadenar una vulnerabilidad alucinatoria pero no es el único contribuyente a esta. Los resultados del presente estudio de Hardy et al., (2005), indicaron que, de 75 personas con psicosis, el 55% había experimentado un trauma infantil; dentro de este porcentaje, el 13% tenía alucinaciones donde el contenido estaba directamente relacionado con su trauma, el 45% la alucinación se relacionaba indirecta y temáticamente con su trauma y el 42% restante no tenía una asociación identificable entre sus alucinaciones y el trauma.

Con esto Hardy et al. (2005) proponen que cuando el trauma es subjetivamente significativo puede tener un impacto sobre la alucinación, pudiendo ser un indicativo de volver a experimentar el síntoma, sin embargo, estas asociaciones son poco comunes siendo características de un grupo más reducido de personas en comparación con la asociación temática donde el trauma tiene un impacto en la emoción y las creencias, siendo esta perturbación afectiva un posible desencadenamiento de síntomas anómalos de psicosis como las alucinaciones. Por otro lado, el porcentaje restante de personas que padecían alucinaciones, pero estas no tenían relación con el contenido de las experiencias traumáticas, se podían explicar dentro del modelo de vulnerabilidad-estrés de la psicosis donde el estrés inmediato de una intrusión postraumática puede provocar alucinaciones con contenido no relacionado (Hardy et al., 2005).

Más recientemente Peach et al., (2020), también realizó un estudio donde uno de sus objetivos principales era determinar si las personas con un primer episodio de psicosis y, que habían padecido previamente una experiencia traumática tenía algún tipo de relación (directa, temática o sin relación), entre su trauma y el contenido de las alucinaciones. En los primeros hallazgos se observa que las personas que experimentaron traumas y alucinaciones (67%), experimentaron múltiples tipos de relaciones en el contenido. La proporción de personas en este estudio que probaron relaciones directas es del 33% y temáticas del 67%, esto apoya los resultados del Hardy et al. (2005) dado que se han encontrado más relaciones temáticas que directas entre el contenido del trauma y de la alucinación, lo que indica que las creencias relacionadas con el trauma y las emociones negativas resultantes de este, pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de las alucinaciones (Peach et al., 2020).

#### **4.4 Naturaleza del trauma en la psicosis**

En la literatura se han propuesto diversas variables que actuarían como mediadoras en la relación entre una historia de trauma en la infancia y la ocurrencia de síntomas psicóticos en la adolescencia y adultez. Sin embargo, cabe mencionar que únicamente el trauma infantil no es suficiente ni necesario para la aparición de síntomas psicóticos, esto significa que su impacto debe depender de la presencia de otros factores. Como reflejo de esto, hay un conjunto de investigaciones que examinan los efectos combinados de la adversidad infantil junto con los diferentes factores influyentes (Rey et al., 2022)

##### **4.4.1 Mediadores cognitivos**

Los modelos cognitivos en la psicosis son muy importantes en esta relación dado que proporcionan una descripción psicológica de los fenómenos a partir de los cuales se pueden hacer hipótesis relacionadas con los procesos causales y los factores sociales, individuales y neurobiológicos que pueden luego integrarse a través de su impacto en estos procesos cognitivos (Garety et al., 2001).

##### *Locus de control externo*

Garety et al. (2001) propuso un modelo cognitivo donde expone que el desarrollo de psicosis se da en personas con una predisposición vulnerable biopsicosocial. Se postula una ruta próxima al desarrollo de síntomas positivos, caracterizada por cambios cognitivos y afectivos, es decir, un evento traumático desencadena en una

persona con vulnerabilidad una alteración de sus procesos cognitivos que, a su vez, esta alteración conduce a experiencias anómalas, pero conscientes (acciones experimentadas como inusuales, pensamiento acelerado, pensamiento que parece transmitido o bien, pensamientos que se experimentan como voces). En este punto, explican los autores que las experiencias no se han transformado en síntomas psicóticos. A la vez se producen cambios emocionales como respuesta al evento traumático y a las experiencias anómalas. Además, estas últimas al ser desconcertantes y estar asociadas a cambios emocionales se perciben como muy significativas y desencadenan en la persona una búsqueda sobre que las está causando. Se sostiene que la persona con estas experiencias casi psicóticas no desarrollará síntomas psicóticos como tal si es capaz de rechazar la externalidad, lo que le lleva a una postura de autocorrección (“Pensé que estaba escuchando la voz de Dios, pero lo más probable es que mi mente me esté jugando una mala pasada”). Sin embargo, si la valoración sobre estas experiencias se apropia a una causa externa hay más probabilidad de que las experiencias anómalas se conviertan en psicóticas.

Con el avance de la investigación en este campo se ha llegado a una mayor profundización acerca de estos mecanismos, es así como en el estudio de Croft et al. (2021) se postula como diferentes sesgos cognitivos (locus de control externo y la atribución) pueden actuar como mecanismos por el cual la exposición al trauma puede conducir a desarrollos de fenómenos psicóticos. En primer lugar, el locus de control externo (LOC) se define como: “Medida en la que el individuo cree que es responsable de sus acciones” (Croft et al., 2021, p. 4), mientras que el sesgo de atribución externa se define como: “Forma en que un individuo atribuye causalidad a los eventos; ya sea a cualidades personas internas o a otros factores situacionales” (A. Thompson et al., 2013, p. 5). Los resultados del estudio contemplaron que el sesgo cognitivo relacionado con el locus de control externo se asociaba con una variedad de resultados negativos y podía mediar parte de la asociación entre el trauma infantil y las experiencias psicóticas, dado que las personas con psicosis informaban de un LOC más externo en comparación con las personas no psicóticas. Sin embargo, para el otro sesgo cognitivo estudiado relacionado con la atribución externa se encontraron relaciones más débiles de asociación y mediación. Del mismo modo, resultados del estudio de A. Thompson et al. (2013) refutaban la idea dado que obtuvieron puntuaciones de LOC más externalizadas que se correlacionaban positivamente con síntomas negativos e ideación paranoide en un grupo de pacientes de riesgo a padecer psicosis.

### *Esquemas negativos de sí mismo*

Los esquemas negativos o sesgados tienen un papel causal en el desarrollo de trastornos mentales. Estos se generan a través de un proceso complejo que puede implicar diferentes factores de carácter genético, personal o bien aparecer después de acontecimientos vitales adversos (p. ej., creencias sobre el yo como vulnerable a la amenaza o sobre los demás como peligrosos). Se han encontrado pruebas de que estos esquemas negativos sobre uno mismo son un factor prevalente en población que ha desarrollado sintomatología psicótica, en especial, paranoide (Alameda et al., 2020)

### *Metacogniciones negativas*

La metacognición puede subdividirse en varios factores siendo principalmente el conocimiento, las experiencias y las estrategias que tiene la persona para hacer frente a las situaciones que se presentan. Realmente la metacognición está compuesta por creencias y teorías sobre la forma de pensar de cada uno. Dentro de esto, se encuentran las metacogniciones negativas que aluden a evaluaciones negativas de sensaciones y pensamientos relacionados con el peligro que percibe la persona, estos pensamientos se formulan en términos de incontrolabilidad y peligrosidad (p.ej., “No tengo el control de mis pensamientos”) (Normann & Morina, 2018). Se ha observado que los estilos que incluían dicha incontrolabilidad junto con la automatización negativa de pensamientos se asocian con alucinaciones en pacientes con síntomas psicóticos (Goldstone et al., 2011). Morrison et al. (2007), también indicó con los resultados de su estudio que los pacientes con un diagnóstico de psicosis obtuvieron puntajes más altos en las dimensiones relacionadas con las metacogniciones negativas en comparación con el grupo de control.

Es cierto que se ha informado de cierta relación entre las metacogniciones negativas en pacientes con psicosis, sin embargo, los resultados siguen siendo muy variados, dado que hay estudios que no han encontrado relaciones evidentes, por eso, es un tema que sigue necesitando de más información para contrastar este mediador (Goldstone et al., 2011)

#### **4.4.2 El papel de la disociación**

Dada la amplia investigación relacionada con el abuso sexual y las alucinaciones, se ha postulado un vínculo específico entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de alucinaciones. La ruptura interna acerca del sentido de uno mismo que genera este tipo de trauma puede producir síntomas disociativos, siendo estos una hipótesis

importante en la mediación de dichas alucinaciones (Varese et al., 2012). Se entiende por disociación la interrupción y/o discontinuidad en la integridad normal de la conciencia, la memoria, la identidad la emoción, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento” (DSM-5).

Los hallazgos sugieren esta disociación como una secuela de eventos traumáticos en muestras no psicóticas, sin embargo, los pacientes psicóticos expuestos a experiencias de vida traumática, puntuaban más alto en las medida de tendencia disociativa en comparación con los pacientes sin antecedentes de trauma y, a pesar de que los estudios han relacionado las tendencias disociativas con los síntomas psicóticos en general, se encontró una relación más fuerte con las alucinaciones (Anketell et al. 2010).

En el estudio de Varese et al. (2012) se establece como objetivo principal probar si la disociación media la relación entre el trauma infantil y la propensión a las alucinaciones en una muestra de pacientes psicóticos. Los resultados mostraron una relación positiva en la mediación, siendo particularmente sólida para la experiencia de abuso sexual en comparación con otros tipos de traumas, con esto, se sugiere que el vínculo entre trauma-alucinación podría ser explicado por procesos disociativos. Actualmente, en el metaanálisis de Longden et al. (2020) se busca examinar las asociaciones entre la disociación y la gama completa de síntomas psicóticos, dado que, la mayoría de literatura únicamente ha examinado los vínculos entre la disociación y las alucinaciones. Los autores afirman que los fenómenos disociativos relacionados con el abuso sexual, parecen estar sólidamente relacionados con otros síntomas psicóticos. Por lo tanto, se refutó el vínculo entre la disociación y las experiencias alucinatorias, sin embargo, también se observó una relación significativa, aunque menor, para la paranoia, delirios, conductas desorganizadas y los síntomas positivos.

De todos modos, el mecanismo a través del cual la disociación podría promover las alucinaciones queda por aclarar e investigar, sin embargo, vías explicativas sugieren la importancia de una inhibición cognitiva debilitada. Esta se entiende como la capacidad intencional o no intencional de suprimir cualquier área del procesamiento consciente del cerebro, esto puede incluir cosas que se recuerdan, como el último cumpleaños y, se puede optar por sacarlo de la mente e ignorarlo. Esta inhibición juega un papel muy importante dado que permite filtrar la información, los impulsos y los procesos mentales que interfieren con las diferentes actividades. Por lo tanto, cuando esto se encuentra afectado se hipotetiza que puede ser junto con otros factores una causa de disociación y, en algunos individuos esto puede expresarse únicamente experimentando pensamientos intrusivos, mientras que en otros puede

promover la aparición de alucinaciones. Sin embargo, se necesita más investigación en esta línea (Varese et al., 2012)

#### **4.4.3 Reactividad al estrés**

La reactividad al estrés la define González de Rivera, (1989) como: “El conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, vegetativa, emocional y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente, peligrosas y desagradables” (p. 1). Los modelos actuales de psicosis sugieren que el trauma infantil amplifica la reactividad al estrés, lo que comprende un aumento del afecto negativo, una disminución del afecto positivo y un aumento de las experiencias psicóticas en respuesta a factores estresantes diarios (Paetzold et al., 2021).

Cogiendo como referencia el estudio de Paetzold et al. (2021) algunas pruebas muestran resultados acerca de que la reactividad al estrés podría mediar en la asociación del trauma infantil y los resultados clínicos de la psicosis. Se observó que los altos niveles de trauma infantil se asociaban con mayor reactividad al estrés y esto a su vez se asoció con peores resultados clínicos en el seguimiento de la psicosis. Por lo tanto, se sugiere que el trauma infantil puede modificar la reactividad al estrés en una persona y así ejercer efectos más perjudiciales en las trayectorias clínicas de psicosis. Esta idea es consistente con el estudio realizado unos años antes de Rauschenberg et al. (2017) donde se encontraron pruebas sólidas acerca de que el trauma infantil genera una mayor sensibilidad al estrés en adolescentes y adultos jóvenes que presentaban niveles altos de depresión, ansiedad y síntomas psicóticos comparado con controles. Los traumas que más se correlacionaron con esta asociación fueron el abuso físico y emocional junto con la negligencia emocional y física.

Por lo tanto, la reactividad al estrés puede ser un importante mediador subyacente de riesgo de psicosis en la juventud y por esto, se sugiere que se estudien intervenciones con un enfoque terapéutico novedoso dirigidas directamente a esta sensibilidad con el fin de paliar o prevenir los diferentes problemas de salud mental que se generan (Rauschenberg et al., 2017)

#### **4.4.4 Mediadores afectivos y psicológicos**

En el estudio de Hardy et al. (2016) se encontró que la depresión era una variable mediadora en la relación entre un evento traumático infantil y el desarrollo posterior de síntomas psicóticos, junto a esto, se observó que el papel de la regulación del

afecto junto con la memoria intrusiva mediaba también en esta asociación. El primer concepto de regulación implicaba según los autores que las formas en que las personas regulan el afecto o la amenaza podrían encontrarse afectadas debido a la experiencia de trauma en la infancia, este mediador se relacionaba en edades posteriores con el empeoramiento de la sintomatología psicótica. Por otro lado, la memoria intrusiva se ha enlazado con alucinaciones posteriores. Para esto, los autores encuentran la siguiente explicación; y es que, la codificación y recuperación de la memoria se ve interrumpida debido a los síntomas disociativos que desencadena el trauma, por lo tanto, es más probable que la persona almacene y recuerde información sensorial-perceptiva que contextual. La evidencia sugiere que, después de un trauma, las personas con vulnerabilidad a la psicosis pueden ser más susceptibles a experimentar intrusiones que carecen de información contextual, lo que podría generar imágenes más frecuentes y fragmentadas, llegando a asociarse con alucinaciones.

Del mismo modo, en el estudio longitudinal de Fisher et al. (2013) se encontró que las adversidades relacionadas con la crianza en un entorno violento durante la infancia y los síntomas psicóticos se veían mediados por síntomas depresivos, de ansiedad y baja autoestima, asimismo en otro grupo que había padecido bullying en la escuela y posteriormente había desarrollado sintomatología psicótica, se observó la acción de los mismos mediadores. Siguiendo esta misma línea de investigación, Mętel et al. (2019) refutan el papel de la depresión como elemento mediador entre la experiencia traumática y los síntomas psicóticos. Además, dentro del modelo que proponen le otorgan gran importancia a la atención a la amenaza y a las conductas de seguridad, siendo estos factores psicológicos que se relacionan con la psicosis. Respecto al primer factor, Bendall et al. (2014) han teorizado que es un mecanismo psicológico mediante el cual se desarrollan y mantienen los delirios, demostrando que la atención selectiva es específica de pacientes con un primer episodio de psicosis con delirios (pero no en pacientes sin delirios), lo que sugiere que la excesiva atención puede estar involucrada en las primeras etapas del proceso de formación del delirio. Una posible causa de esto podría ser que la propia experiencia traumática conduzca a una sensación de “amenaza continua” donde hay una vigilancia focalizada únicamente hacia estímulos traumáticos, llevando a la persona en muchas ocasiones a ver peligro donde no existe. Respecto al segundo factor (conductas de seguridad), se considera por parte de los autores, una consecuencia conductual debido al exceso de atención hacia la amenaza (Bendall et al., 2014).

Es importante destacar el hallazgo de la resiliencia como mediador psicológico protector en el desarrollo de psicosis y la disminución tanto de los síntomas

negativos, la depresión y la ansiedad. Se demostró que la resiliencia fue menor entre los individuos que acabaron desarrollando psicosis que entre los que no lo hicieron, lo que sugiere que podría tener una función protectora contra la aparición de la psicosis, dado que, además, confiere esquemas positivos de uno mismo, factor que protegería también del desarrollo de sintomatología psicótica. Por lo tanto, conociendo la contribución específica que la resiliencia puede tener, se enfatiza aún más la importancia de intervenciones que refuercen la resiliencia en los jóvenes (Mętel et al., 2019)

#### **4.4.5 Papel de la dopamina**

La hipótesis de la dopamina en la esquizofrenia ha sido una de las vías más perdurables en psiquiatría. La primera versión de la hipótesis surge a partir del descubrimiento de los antipsicóticos. Se descubre como estos bloqueaban la recaptación de dopamina y la consiguiente mejora de los síntomas psicóticos. Finalmente, en 1970 esta hipótesis se consolidó con el hallazgo de la eficacia clínica de los fármacos antipsicóticos y como estos estaban directamente relacionados a través de su afinidad con los receptores dopaminérgicos. En ese momento, la atención solo se centró en frenar el exceso de dopamina cerebral para tratar los síntomas de la psicosis, todavía no se establecía ningún vínculo claro con la genética o los déficits de neurodesarrollo (Howes & Kapur, 2009)

Posteriormente, Davis et al. (1991) reconceptualizaron la primera versión de la hipótesis a la luz de nuevos hallazgos. Los autores exponen que las anomalías de la dopamina podrían variar según la región del cerebro, dándose así una posible coexistencia de hiperdopaminergia subcortical relacionada con los síntomas psicóticos positivos y una hipodopaminergia prefrontal vinculada a los síntomas negativos. Las pruebas mostradas en el estudio estaban basadas únicamente en animales, y los propios autores reconocen que no había pruebas directas de estos hallazgos en humanos, sin embargo, la identificación de anomalías en las vías de la dopamina fue un gran avance.

Después de numerosos estudios y grandes avances en la investigación, actualmente se entiende que la dopamina (DA) desempeña un papel central en funciones que incluyen el procesamiento de recompensas, el refuerzo positivo y la formación de hábitos. Además, la desregulación de este sistema sigue siendo fundamental a la hora de explicar la fisiopatología de la esquizofrenia y su implicación particular en los síntomas psicóticos y, en cierta medida se sigue dando evidencia a las hipótesis planteadas anteriormente dado que una actividad reducida de la corteza prefrontal

media se ha asociado con una función elevada de la dopamina estriatal en pacientes con esquizofrenia e individuos en riesgo (Slifstein et al., 2015). Algunos estudios que refutan actualmente esta idea sugieren que en pacientes con alto riesgo de padecer psicosis se encuentran niveles más altos de dopamina estriatal lo que se correlaciona con una mayor severidad de los síntomas en la fase prodrómica, además, este aumento sigue siendo progresivo cuando los pacientes hacen la expresión completa del síndrome, es decir, cuando debutan con una psicosis (Egerton et al., 2013). También, Sonnenschein et al. (2020), observan que los índices de dopamina estriatal eran menores cuando los pacientes crónicos se encontraban en remisión, con esto, se sugiere que el aumento de la dopamina está indicado en mayor medida cuando la psicosis está activa. Por otro lado, y en consonancia con la segunda hipótesis de la dopamina, la disfunción dentro de la corteza prefrontal medial juega un papel central en la fisiopatología de varias enfermedades psiquiátricas, en concreto en la esquizofrenia se ha observado una transmisión disminuida de dopamina en los pacientes, que se vincula con las alteraciones en la función cognitiva y ejecutiva propias de la enfermedad (Slifstein et al., 2015)

#### **4.4.6 Estilos de apego**

La teoría del apego hace referencia a los lazos emocionales que forman los bebés con sus principales cuidadores para establecer un sentimiento de seguridad y protección. Estas interacciones con los cuidadores principales se caracterizan, por lo tanto, por comportamientos de búsqueda y mantenimiento de la proximidad. Con el tiempo la percepción del niño sobre estas interacciones puede afectar a la formación de modelos internos sobre si mismo y sobre los demás. Dicho esto, se formará un modelo positivo cuando se considera que el cuidador principal responde, es accesible y digno de confianza lo que conduce al desarrollo de un apego seguro. Por el contrario, las interacciones adversas conducen a un modelo negativo donde se perciben a los demás como impredecibles y no disponibles y se generan estilos de apego inseguro (Bowlby, 1973; como se citó en Sitko et al., 2014). Aunque el apego inseguro se ha implicado en diversas psicopatologías (TEPT, trastornos alimentarios, trastornos obsesivos compulsivos, trastorno bipolar, etc.), no deben verse siempre como patológicos o como algo que conduce inevitablemente a la patología. No obstante, los estilos de apego inseguro pueden aumentar la probabilidad de problemas de salud mental en comparación con estilos de apego seguro. Del mismo modo, un estilo de apego seguro no debe verse como un seguro de bienestar sino como un factor de protección contra la patología (Sroufe, 2005)

Recientemente estos estilos de apego han sido propuestos como una importante variable para la comprensión de los síntomas psicóticos y otras formas de sufrimientos psíquico, sin embargo, hay muy poca investigación que explore el grado en que los estilos influyen en la relación entre las experiencias adversas en la infancia y los síntomas psicóticos en la edad adulta (Rey et al., 2022).

Por un lado, el estudio de Gumley et al. (2013) encuentra evidencia que respalda la validez del apego como constructo que media la relación traumática y los síntomas psicóticos, haciendo hincapié en pequeñas asociaciones entre el apego inseguro y sintomatología positiva. Se encontró también una evidencia más pequeña aún del apego ansioso en relación con estos síntomas positivos. Por otro lado, el estudio de Sitko et al. (2014) utilizó los datos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad para evaluar si los estilos de apego influyeron en la asociación entre las experiencias infantiles adversas y los síntomas psicóticos en la edad adulta. Los resultados mostraron alta relación entre una experiencia de negligencia y creencias paranoicas mediadas por un apego ansioso y evitativo. También, la relación entre violaciones y alucinaciones estuvo mediada por el apego ansioso. Con esto, los autores concluyen la importancia de abordar las experiencias de la infancia dentro de los estilos de apego actuales en las intervenciones clínicas de pacientes con psicosis.

## **5. Tratamiento en psicosis**

Existen diversas intervenciones que han ido acumulando evidencia a lo largo de los años sobre la eficacia que tienen a la hora de tratar la psicosis, algunos ejemplos son la psicoterapia individual y en grupo, rehabilitación cognitiva, terapia cognitivo-conductual, formación en habilidades sociales y la intervención familiar. Sin embargo, la persona atendida solo recibe estos tratamientos cuando la evolución de su psicosis se cronifica, por esto, los programas de intervención en las fases tempranas de la psicosis son de gran importancia dado que tienen el objetivo de adelantarse lo más posible a la evolución del trastorno, además, la evidencia ha demostrado que dicha intervención puede modificar el curso de la psicosis (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010). En el estudio de Albert & Weibell (2019), se concluye que iniciar el tratamiento una vez se han desarrollado los síntomas psicóticos determina un peor pronóstico, sin embargo, detectar e intervenir de una manera precoz se relaciona con una mayor atenuación de la sintomatología.

Partiendo de esta premisa es de gran importancia identificar las señales anteriores al inicio de psicosis para así prevenir su comienzo. Sin embargo, el ámbito asistencial

se encuentra ante un gran problema de estigmatización que reside alrededor de los trastornos psicóticos, dado que se asocian con una visión de cronicidad y deterioro donde se percibe a la persona psicótica como alguien que no controla su conducta y es incapaz de contactar con otras personas y con la realidad. Más allá de la visión social del trastorno mental, el propio sistema asistencial contribuye a dicha estigmatización debido a las unidades arquitectónicamente cerradas e inadecuadas, junto con tratamientos obligatorios, contenciones y otras limitaciones de la libertad que muchos pacientes viven como denigrantes. Por lo tanto, no es de extrañar que las personas con episodios psicóticos retrasen su contacto con los servicios de sanidad o bien abandonan el tratamiento (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010). Otro punto que cabe tener en cuenta es que en las primeras etapas de la psicosis la persona no sabe lo que le está ocurriendo y, por lo tanto, no busca un tratamiento inmediato (Bromley et al., 2015)

### **5.1 Intervención farmacológica**

El tratamiento es parte de un plan general que tiene como objetivo la mejora en todas las áreas afectadas clínicas o no (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010). La medicación suele ser esencial en el tratamiento de psicosis, es así como Bromley et al. (2015) exponen la intervención clásica en psicosis. Los autores argumentan la importancia de proporcionar fármacos durante el tratamiento dado que alivia los síntomas y desempeña un papel fundamental a la hora de prevenir nuevos episodios. Dichos fármacos son los antipsicóticos, estos generalmente se dividen en dos categorías: antipsicóticos típicos o de primera generación (Haloperidol, loxapina, clorpromazina, etc.) y antipsicóticos atípicos o de segunda generación (Clozapina, olanzapina, risperidona, etc.). Actualmente los antipsicóticos atípicos están sustituyendo cada vez más a los típicos como tratamientos de primera línea debido a que producen menor riesgo de efectos secundarios (Bromley et al., 2015).

El tratamiento se inicia con dosis muy bajas y se van incrementando de manera progresiva. Es recomendable hacer esta ampliación cada no menos de 2 o 3 semanas, vigilando estrechamente a través de análisis y diferentes pruebas que no aparezcan efectos secundarios. Si la respuesta del antipsicótico no es la deseada generalmente se cambió por un segundo fármaco en cual se mantiene durante 6 u 8 semanas. En ocasiones puede suceder que este segundo ensayo fracase en algunos grupos, en este caso la clozapina puede resultar eficaz (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010). A pesar de esto,

generalmente las personas con un primer episodio psicótico suelen responder favorablemente al tratamiento farmacológico, sin embargo, el problema puede residir en el abandono del tratamiento antes de lo prescrito y que se incremente así la probabilidad de recaída (Bromley et al., 2015). Esto ha justificado la recomendación del mantenimiento del tratamiento antipsicótico con la dosis más baja posible hasta 1 o 2 años. Así, los períodos de tratamiento se situarán entre al menos 1 año para episodios con síntomas leves o predominantemente afectivos, y hasta 5 años si la persona ha experimentado un episodio grave de esquizofrenia sin recuperación completa (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010).

Siguiendo la exposición de Bromley et al. (2015), se mencionan los diferentes efectos adversos que pueden producir los antipsicóticos:

- Efectos comunes: A pesar de ser molestos no suelen ser graves y disminuyen con el tiempo. Se incluye la fatiga, sensación de sedación, mareos, sequedad de boca, visión borrosa y estreñimiento.
- Efectos secundarios extrapiramidales: Inquietud, rigidez, temblores y movimientos involuntarios, discinesias. En especial estos efectos son menores con la administración de antipsicóticos atípicos.
- Efectos metabólicos: Los antipsicóticos atípicos son más propensos a causar aumento del peso corporal, niveles elevados de glucosa, colesterol en sangre y diabetes. En concreto, la clozapina y la olanzapina tienen el mayor riesgo de efecto metabólico seguidas de la risperidona y la quetiapina. Estos efectos pueden minimizarse con medidas como una buena nutrición y ejercicio regular.
- Efectos hormonales y sexuales: Se puede producir cambios en el deseo sexual, cambios menstruales y la producción anormal de leche materna (en ambos sexos).

Para que sea un tratamiento más multimodal y efectivo también se pueden utilizar en un primer episodio psicótico, las benzodiazepinas para controlar la agitación mientras se están iniciando el tratamiento con el antipsicótico a dosis bajas o bien, utilizar antidepresivos para tratar problemas comórbidos como la depresión o la ansiedad (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010).

## **5.2 Intervenciones psicológicas**

La literatura respalda la idea de que no solo es importante el desarrollo de tratamientos dirigidos exclusivamente a los síntomas psicóticos, sino que también es esencial desarrollar tratamientos destinados a lograr objetivos de vida y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Juckel & Morosini, 2008). Si bien la medicación es el tratamiento de elección, en los últimos años se le está dando cada vez más importancia a la eficacia de las intervenciones psicológicas a la hora de manejar los síntomas y las discapacidades asociadas a la psicosis. Por esto, se están empezando a desarrollar tratamientos que se centran en los procesos psicológicos subyacentes que probablemente sean los que mantienen la angustia y el deterioro asociado a los síntomas psicóticos (Anagnostopoulou et al., 2018)

### **5.2.1 Gestor de casos**

Las personas que se recuperan de un primer episodio de psicosis suelen beneficiarse de los servicios de un gestor de casos (Juckel & Morosini, 2008). Esta figura será una enfermera, terapeuta ocupacional, psicólogo o alguien que tenga formación especializada y experiencia en psiquiatría, siguiendo a Bromley et al. (2015) las funciones específicas del gestor de casos serán las siguientes:

- Coordinar los cuidados que la persona puede necesitar en ese momento específico,
- Ayuda a la persona y familia, dado que pasar por un primer episodio de psicosis puede generar miedo, incertidumbre y confusión sobre lo que acaba de suceder,
- Ayuda para establecer una rutina, volver al trabajo o a la escuela,
- Encontrar una vivienda adecuada y obtener ayuda económica,
- Recomendación de programas en la comunidad que contribuyan a la recuperación y proporcionen un trampolín para alcanzar objetivos a largo plazo,

Por lo tanto, es importante que la persona se reúna de forma regular con el gestor con el fin de que le ayude a sobrellevar algunos de estos sentimientos siendo esto una parte importante de la recuperación (Bromley et al., 2015)

### **5.2.2 Psicoeducación**

La psicoeducación proporciona información sobre la enfermedad, incluyendo síntomas, causas, el manejo de los efectos secundarios de la medicación, información sobre el proceso de recuperación, el mantenimiento de la sensación de bienestar y el aprendizaje de cómo prevenir la reaparición de psicosis (Bromley et al., 2015). En el estudio de Calvo et al. (2014) se obtienen resultados que muestran como la psicosis de aparición temprana, a corto plazo mejora su manejo con la implementación de un programa psicoeducativo integral. Los pacientes incluidos en este grupo, tuvieron menos visitas al servicio de urgencias, una reducción de la sintomatología, mejoraron en el funcionamiento social y aumentaron la adherencia al tratamiento junto con el desarrollo de mejores habilidades de afrontamiento, reconocimiento y comprensión de la psicosis como enfermedad.

### **5.2.3 Psicoterapia**

Existen diversas modalidades psicoterapéuticas aplicadas a la psicosis, entre las que destacan la terapia cognitivo-conductual, la psicoanalítica, terapia conductual dialéctica, mindfulness y entrenamiento en adaptación cognitiva (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010).

#### *Terapia cognitiva conductual*

La terapia cognitivo conductual (TCC) explora la conexión entre pensamientos, sentimientos y comportamientos. Es una evidencia que la forma en que una persona piensa puede influir en su manera de sentir y comportarse, por esto, la TCC puede ayudar a la persona a desarrollar formas de pensar más sanas, lo que puede conducir a un cambio en los sentimientos y comportamientos (Bromley et al., 2015).

Se ha demostrado que la TCC ayuda a las personas que se recuperan de psicosis a trabajar cuestiones como la comprensión, el impacto de la enfermedad, afrontar el estrés de forma más eficaz, y a reconocer el impacto del alcohol y drogas en los síntomas, además, da apoyo para encontrar formas alternativas y saludables de hacer frente a la enfermedad (Pos et al., 2019). Así lo refutan los resultados de Müller et al. (2019) dónde se sugiere que la TCC adaptada a las necesidades de los adolescentes con psicosis es un enfoque prometedor con respecto a los síntomas negativos y a su funcionamiento general asegurando así que la TCC es un tratamiento seguro y tolerable para este grupo de la población. También se muestran pequeñas mejoras en la sintomatología después de la aplicación de la TCC.

Por otro lado, también se recomienda el entrenamiento cognitivo-conductual en habilidades sociales, esta combina las técnicas de la TCC junto con técnicas de entrenamiento en habilidades sociales. Con esta intervención se ayuda a los pacientes a alcanzar sus objetivos sociales, conductuales o profesionales, así como a detectar, revisar y cambiar pensamientos poco adaptativos que pueden interferir en la consecución de dichos objetivos (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010).

En el Día Mundial de la Salud Mental en octubre de 2007, el gobierno del Reino Unido anunció una iniciativa a gran escala para mejorar el acceso a las terapias psicológicas (IAPT) y mejorar así su disponibilidad, dado que, el problema de escasez de terapeutas adecuadamente capacitados se está convirtiendo en algo generalizado, ya no sólo en Reino Unido, sino también en todos los demás países, donde, el ámbito de la salud mental sigue rodeado de una elevada estigmatización (Clark, 2011). De esta iniciativa surgió la intervención de TCC de baja intensidad realizada por Waller et al. (2013), se denominan terapias de baja intensidad dado que las brinda un personal con menos experiencia y comprende enfoques mucho más estructurados que la TCC tradicional. Por lo tanto, es una terapia que está más disponible, a un menor costo y para muchos usuarios resulta en una mejoría suficiente que les ayuda a regresar a su rutina habitual.

El programa fue diseñado específicamente por los autores para el personal de salud mental de primera línea que trabaja con pacientes psicóticos, con el objetivo de ayudar a estos usuarios a trabajar hacia una recuperación personal, ayudándolos a superar las dificultades relacionadas en especial con la ansiedad o depresión, dado que estas afecciones son muy comunes en la psicosis y generan un impacto aún más perjudicial en su funcionamiento. Los resultados de esta intervención fueron positivos tanto para los pacientes como para el personal. Los usuarios del servicio manifestaron el aprendizaje de nuevas habilidades y el logro en diferentes objetivos que se habían propuesto, mientras que el personal argumentó también la satisfacción de haber podido colaborar en un programa de dichas características junto con el aprendizaje de nuevas habilidades. Sin embargo, ambas partes coincidieron en que para la psicosis era necesaria intervenciones más largas y sofisticadas dado que era un problema complejo (Waller et al., 2013)

### *Psicoanálisis*

Desde una perspectiva dinámica actual la psicosis se entiende como un fracaso de las estructuras del ego, con un descenso de la capacidad para diferenciar entre el mundo interno y externo, produciendo esto una desintegración subjetiva y

profundamente generadora de ansiedad (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010). Martindale (2007) analiza la contribución desde la perspectiva psicoanalítica, donde argumenta que la actuación terapéutica es más activa y se adapta mejor a las necesidades del paciente en comparación con otras terapias. Sin embargo, afirma que, aunque algunas revisiones valoran de manera negativa las terapias psicodinámicas, llegando incluso a desaconsejarlas, hay que valorar que esta perspectiva puede ayudar a la comprensión de lo que le sucede al individuo y a su familia de una manera mucho más profunda que cualquier otra terapia.

#### *Terapia dialéctica conductual y mindfulness*

Es un tipo de terapia que especialmente se realiza en aquellos pacientes psicóticos con riesgo suicida. A través de la literatura se ha demostrado su eficacia dado que se reduce la violencia infringida y la autoinfringida, además, ayuda a los pacientes a gestionar las emociones abrumadoras y refuerza la capacidad para manejar eficazmente las situaciones angustiosas (DeCou et al., 2019). A los pacientes con este tipo de perfil más abrumado, se les recomienda el entrenamiento en mindfulness. Esta es una habilidad basada en centrar la atención en el momento presente, que puede aprenderse y ser útil para aumentar la relajación en situaciones difíciles (Bromley et al., 2015)

#### *Terapia de rehabilitación cognitiva*

Los pacientes que experimentan psicosis es probable que padezcan síntomas de tipo cognitivo, para esto, la terapia de rehabilitación cognitiva ha mostrado resultados óptimos en la disminución de este tipo de sintomatología. Existen diferentes programas como el REHACOP diseñado específicamente para personas con psicosis, este está basado en los principios de restauración y optimización de las funciones cognitivas. Tras su diseño experimental, se ha implementado con éxito en la práctica clínica en diferentes lugares de España y Méjico (Anagnostopoulou et al., 2018). Años anteriores, en el estudio de Penadés et al. (2010) ya se argumentaba la efectividad de este tipo de terapias y su efectividad en las áreas de memoria y funcionamiento ejecutivo junto con una mejora también en el funcionamiento social después de aplicar este tipo de terapias.

### **5.3 Intervención en la familia**

Hay que tener en cuenta que la mayoría de personas que se encuentran en las fases iniciales de psicosis son jóvenes que viven en casa con su familia, por lo tanto, el papel de esta es fundamental para su recuperación. Se ha comprobado que los

miembros de familias con una con una persona con psicosis temprana presentan un nivel elevado de malestar personal, sensación de sobrecarga, aislamiento social y falta de estrategias de afrontamiento constructivas. Todo esto ha llevado a la investigación a desarrollar intervenciones familiares que habitualmente incluyen psicoeducación y apoyo durante el curso de la psicosis (Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA., 2010)

El estudio de Calvo et al. (2014) evalúa la eficacia de una intervención grupal psicoeducativa estructurada dirigida a adolescentes con psicosis de inicio temprano y a sus familias. La intervención se centró específicamente en estrategias de resolución de problemas y en dar información estructurada relacionada con la psicosis para manejar las dificultades de la vida diaria asociadas a la enfermedad, mitigar las crisis y prevenir recaídas. Los resultados del estudio concluyeron que una intervención psicoeducativa que proporciona instrucciones escritas de manera estructurada podría ayudar a los adolescentes con psicosis de inicio temprano y a sus padres a manejar las crisis mediante la implementación de estrategias de resolución de problemas dentro de la familia. También, los resultados del metaanálisis realizado por Grácio et al. (2015) afirman que el apoyo terapéutico seguido de la educación sobre la enfermedad y más tarde un entrenamiento en habilidades de afrontamiento, parecen ser los principales ingredientes activos en las intervenciones más eficaces centradas en las familias.

El estudio actual de Camacho-Gomez y Castellvi (2020), valora el alto riesgo de recaída durante los primeros años después de un primer episodio psicótico y como esto puede aumentar considerablemente hacia la cronicidad. En el estudio se evalúa la efectividad de la intervención familiar centrada en psicosis para prevenir una recaída y se concluye que dicha intervención es eficaz para reducir las tasas de recaída, la duración de la hospitalización, mejora los síntomas psicóticos y aumenta la funcionalidad en pacientes con un primer episodio psicóticos después de 24 meses de seguimiento.

#### ***5.4 Intervención en la sintomatología traumática como un nuevo enfoque***

Al haber una alta evidencia de la relación entre el trauma, el trastorno de estrés postraumático y la psicosis, es probable que los tratamientos centrados en el trauma que resultaron efectivos para tratar el TEPT puedan presentar una nueva dirección en el tratamiento psicológico de la psicosis (Brand et al., 2018). Los datos disponibles sugieren que los tratamientos centrados en el trauma con procesamiento directo en la memoria traumática son eficaces para reducir los síntomas del TEPT en

pacientes con psicosis junto con la depresión y ansiedad. Sin embargo, aunque existen varios tratamientos con apoyo empírico para los trastornos relacionados con el trauma, pocos están integrados en la atención de la psicosis temprana (van den Berg et al., 2018).

#### **5.4.1 Terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR)**

La desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares [EMDR], es una psicoterapia innovadora, eficaz y basada en la evidencia para el trastorno de estrés postraumático, dado que sirve para superar traumas integrándolos en la historia de vida de la persona para que así, al recordarlos no generen tanto dolor. A través de este abordaje se pueden recordar traumas que la persona tiene olvidados en su inconsciente, pero, tras los cuales ha quedado una huella emocional que le sigue influyendo y haciendo sufrir. Es una técnica que consiste en que el paciente recuerde la experiencia traumática mientras que el terapeuta va realizando una estimulación bilateral del cerebro pidiéndole que siga con sus ojos el movimiento de sus dedos. Con esta técnica se estimula el mecanismo cerebral encargado de hacer un reprocesamiento más adaptativo del acontecimiento traumático y aliviando por lo tanto el malestar emocional que esto genera (Landin-Romero et al., 2018). Se ha evidenciado que, para las personas con trastornos psicóticos graves y trastorno de estrés postraumático, este tipo de tratamiento, crean mejoras a largo plazo en los síntomas de TEPT y psicosis (van den Berg et al., 2018).

Explicando más en profundidad el mencionado estudio de van den Berg et al. (2018), este buscó investigar los resultados a largo plazo de los tratamientos centrados en el trauma en los síntomas de TEPT, psicosis y depresión a los 6 y 12 meses después del tratamiento. Los 155 participantes del estudio cumplían criterios tanto para el TEPT como para un trastorno psicótico. Todos estos participantes recibieron el tratamiento habitual para los trastornos psicóticos. Por un lado, la mitad de estos también recibieron un tratamiento de 8 sesiones de terapia EMRD. El estudio encontró efectos positivos prolongados en el grupo de pacientes que había sido tratado con EMRD, mejorando tanto en los síntomas relacionados con el TEPT, depresión y la sintomatología delirante y paranoide. Los investigadores del estudio concluyen que no parece haber ninguna razón para excluir a las personas con psicosis de los tratamientos centrados en el trauma, aunque se requiere más investigación sobre este campo y sobre los efectos a largo plazo en el funcionamiento social.

## 6. Conclusiones

Si atendemos a toda la evidencia recopilada a lo largo del presente trabajo, queda constancia que el interés por el trauma y el estudio de sus consecuencias ha ido evolucionando a lo largo de los años entre la comunidad científica existiendo así mucha información acerca de procesos y mecanismos subyacentes. Tras concluir la revisión, se ha dado respuesta a todos los objetivos planteados y podemos exponer una serie de consideraciones finales que no solo responden a dichos objetivos, sino también se considera importante aportar la siguiente información dado que se han encontrado datos que se desconocían al inicio de la elaboración del trabajo.

En primer lugar, es interesante destacar como el trauma afecta de forma diferente a las personas, generando afectación más o menos grave. Se ha observado como las formas de trauma de carácter interpersonal, dónde se puede incluir, el abuso sexual, la negligencia infantil o el bullying confieren una mayor probabilidad de desarrollar en esta parte de la población afectada un Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y una mayor gravedad de la sintomatología relacionada. Con esto se ha podido concluir que el patrón de síntomas del TEPT variaba según el tipo de trauma. También, con relación al mencionado trastorno, se ha podido conocer que es una identidad diagnóstica relativamente nueva dado que se consolidó en el DSM-III y se caracteriza por ser el trastorno más relacionado con el trauma dónde los síntomas incluyen revivir a través de intrusiones o pesadillas la situación traumática junto con una sensación elevada de malestar e hipervigilancia que puede perdurar mucho tiempo después de haber experimentado la situación traumática.

En segundo lugar y respondiendo al primer objetivo del trabajo "*Revisión de literatura científica publicada acerca la posible relación existente entre el trauma en la infancia y los síntomas psicóticos*" se concluye que la relación entre la experiencia traumática y el desarrollo de síntomas psicóticos se encuentra altamente correlacionada. En especial, el presente trabajo ha cogido como objeto de estudio el trauma en la infancia y se ha afirmado también esta relación. Cabe tener en cuenta que cuando se habla de correlación no se afirma una relación estrictamente causal entre una variable y otra, dado que el desarrollo de la psicosis es complejo y multifactorial. Sin embargo, los hallazgos encontrados si que muestran que el trauma experimentado en la infancia, confiere ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de síntomas psicóticos posteriores. Esta relación se encuentra mediada por ciertos factores que se han encontrado relevantes y que podrían afectar a la gravedad y desarrollo de la sintomatología, como son; mediadores cognitivos

relacionados con esquemas negativos de uno mismo, el efecto de los síntomas disociativos, la reactividad al estrés, también, mediadores más de tipo afectivo y psicológico como la ansiedad, depresión y estilos de apego inseguro durante la infancia.

En tercer lugar, respondiendo al segundo objetivo *“Analizar si dentro de la diversidad de traumas que se pueden padecer, hay algunos que desarrollan mayor vulnerabilidad a padecer sintomatología psicótica en edades más avanzadas en comparación con otros”* se concluye que sí. Después de revisar numerosos artículos se ha observado que la negligencia y el abuso infantil, sobretodo el sexual son los traumas infantiles que generan mayor vulnerabilidad dado el impacto en la vida del infante y las consecuencias psíquicas traumáticas que estos tienen.

En relación al último objetivo, *“Conceptualizar y conocer mejor las tres variables que se desarrollan: Trauma, psicosis e infancia”*. Se ha cumplido a lo largo del trabajo dado que se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la información existente acerca de dichas variables. Respecto la psicosis, se puede concluir la complejidad de esta categoría diagnóstica. El término de psicosis ha ido evolucionando a lo largo de los años hasta entenderse hoy en día como una experiencia donde se pierde el contacto con la realidad y esto genera una afectación a nivel de pensamiento, sentimientos y comportamiento de la persona. A nivel general se ha podido entender y concluir que la psicosis se desarrolla a través de tres fases; prodrómica, aguda y recuperación, y que, en cada una de ellas toma importancia una sintomatología específica, en especial a la que se le confiere una mayor importancia debido a su afectación es a la sintomatología positiva y negativa. Por otro lado, se ha observado que no existe una causa única en la psicosis, sino que la etiología se puede dar a través de la interacción de diversos factores genéticos, ambientales, biológicos, etc. Por último, decir que, se ha observado sorprendentemente que la prevalencia entre la población es más alta de lo que se pensaba al empezar el presente trabajo (3%) incluyendo que, gran parte de la población afectada experimenta una gran tasa de recaídas (60%) y en otra parte no remiten los síntomas (20%). Estos datos dan lugar a la concienciación sobre la importancia de seguir investigado en conocer los mecanismos subyacentes a la psicosis y en innovar en tratamientos con el fin de frenar las recaídas.

También, al realizar una mayor búsqueda sobre la etapa de la infancia, se ha vislumbrado la gran importancia que ha ido confiriendo esta etapa en el desarrollo de la vida adulta. Cada vez son más los estudios que apoyan el cuidado durante este

periodo para el óptimo desarrollo en todos los ámbitos del infante, dado que, como se ha observado durante el trabajo, las experiencias adversas durante estas fases pueden afectar al desarrollo psicológico, generando diferentes afecciones llegando incluso a impactar en factores neurobiológicos. En general, es importante desde el ámbito de la salud mental, conocer el impacto devastador que puede tener una situación traumática a largo plazo en la vida del niño y como esta se relaciona con diferentes dificultades o trastornos, dado que, de este modo se puede ahondar en la investigación con el fin de crear intervenciones dirigidas a tratar el trauma para prevenir dificultades a largo plazo.

Por último, con relación al tratamiento específico para la psicosis se observa que, de aplicarse en edades tempranas los beneficios en relación a la gravedad y duración de los síntomas sería mucho más beneficioso para el paciente. Además, se destaca la importancia de seguir investigando con el fin de saber detectar las señales anteriores al inicio de la psicosis para prevenir su comienzo. Respecto a la intervención específica en psicosis, se ha demostrado la eficacia del tratamiento farmacológico, en especial los antipsicóticos atípicos, dado los menores efectos secundarios que producen y también la eficacia de complementar esto con una intervención psicológica haciendo un hincapié especial en la rehabilitación cognitiva. También se concluye la eficacia de extrapolar la intervención a la familia y se observa la necesidad de desarrollar programas psicoeducativos para mitigar el malestar e impacto que la psicosis genera en el entorno de estas personas. Ya para terminar se observa una nueva línea de investigación donde se plantea la efectividad de los tratamientos centrados en el trauma como una posible vía de mejora para las personas que también padecen síntomas psicóticos. A pesar de que se han encontrado resultados positivos, como, por ejemplo, en la terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR), como forma de paliar los efectos emocionales del trauma y una consiguiente mejora de los síntomas psicóticos, todavía es un campo que necesita de más investigación.

## Bibliografía

- Alameda, L., Rodriguez, V., Carr, E., Aas, M., Trotta, G., Marino, P., Vorontsova, N., Herane-Vives, A., Gadelrab, R., Spinazzola, E., di Forti, M., Morgan, C., & Murray, R. M. (2020). A systematic review on mediators between adversity and psychosis: potential targets for treatment. *Psychological Medicine*, *50*(12), 1966–1976. <https://doi.org/10.1017/s0033291720002421>
- Albert, N., & Weibell, M. A. (2019). The outcome of early intervention in first episode psychosis. *International Review of Psychiatry*, *31*(5–6), 413–424. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1643703>
- Allardyce, J., Hollander, A. C., Rahman, S., Dalman, C., & Zammit, S. (2021b). Association of trauma, post-traumatic stress disorder and non-affective psychosis across the life course: a nationwide prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/s0033291721003287>
- Althwanay, A., AlZamil, N. A., Almukhadhib, O. Y., Alkhunaizi, S., & Althwanay, R. (2020). Risks and Protective Factors of the Prodromal Stage of Psychosis: A Literature Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.8639>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a. ed)* Washington, DC EE. UU.
- Anagnostopoulou, N., Kyriakopoulos, M., & Alba, A. (2018). Psychological interventions in psychosis in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 735–746. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1159-3>
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, *21*, 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.con.0000466662.89908.e7>
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(4), 307–311. <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000167>
- Beck, J. C., & Van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *The American Journal of Psychiatry*, *144*(11), 1474–1476. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.11.1474>
- Bendall, S., Lim, M. H., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C. A., McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (2014). Selective Attention to Threat is Specific to Delusions in First-Episode Psychosis. *Journal of Experimental Psychopathology*, *5*(2), 191–199. <https://doi.org/10.5127/jep.034613>

- Benfer, N., Bardeen, J. R., Cero, I., Kramer, L. B., Whiteman, S. E., Rogers, T. A., Silverstein, M. W., & Weathers, F. W. (2018). Network models of posttraumatic stress symptoms across trauma types. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.004>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., . . . Koenen, K. C. (2015). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001981>
- Brand, R. M., Rossell, S. L., Bendall, S., & Thomas, N. (2017). ¿Can We Use an Interventionist-Causal Paradigm to Untangle the Relationship between Trauma, PTSD and Psychosis? *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00306>
- Bromley, S., Choi, M., & Faruqui, S. (2015). *First episode psychosis An information guide*. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/first-episode-psychosis-guide-en.pdf>
- Byrne, M., Agerbo, E., Bennedsen, B., Eaton, W. W., & Mortensen, P. B. (2007). Obstetric conditions and risk of first admission with schizophrenia: A Danish national register based study. *Schizophrenia Research*, 97(1–3), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.018>
- Cáceres, L. C., Sierra, S. M. C., Arias, R. M., & Peña, Y. K. H. (2018). Primera infancia desde las neurociencias: una apuesta para la construcción de paz. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 159-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7795876>
- Calvo, A., Moreno, M., Ruiz-Sancho, A., Rapado-Castro, M., Moreno, C., Sánchez-Gutiérrez, T., Arango, C., & Mayoral, M. (2014). Intervention for Adolescents With Early-Onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(6), 688–696. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.004>
- Camacho-Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia Bulletin*, 46(1), 98–109. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz038>
- Carretero, M. (2004). Esquizofrenia. *Elsevier* 23 (2), 160–161. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13057704>

- Catalan, A., Angosto, V., Díaz, A., Valverde, C., de Artaza, M. G., Sesma, E., Maruottolo, C., Galletero, I., Bustamante, S., Bilbao, A., van Os, J., & Gonzalez-Torres, M. A. (2017). Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Research*, 251, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.017>
- Champagne, F. A. (2009). Nurturing Nature: Social Experiences and the Brain. *Journal of Neuroendocrinology*, 21(10), 867–868. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2009.01901.x>
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318–327. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>
- Cosgrave, J., Purple, R. J., Haines, R., Porcheret, K., van Heugten-van Der Kloet, D., Johns, L., Alexander, I., Goodwin, G. M., Foster, R. G., & Wulff, K. (2021). ¿Do environmental risk factors for the development of psychosis distribute differently across dimensionally assessed psychotic experiences? *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01265-2>
- Crespo Facorro, B., Perez Iglesias, R., Gaité, L., Peña, M., Mata Pastor, I., Rodriguez, J. M., Martínez García, O., Pardo Crespo, G., Ayesa Arriola, R., González Blanch, C., Caseiro Vázquez, O., & Vázquez - Barquero, J. (2010). Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>
- Croft, J., Martin, D., Madley-Dowd, P., Strelchuk, D., Davies, J., Heron, J., Teufel, C., & Zammit, S. (2021). Childhood trauma and cognitive biases associated with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(2), e0246948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246948>
- Davis, K. L., Khan, R. S., & Davidson. (1991). Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1474–1486. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1474>
- de Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The Biological Effects of Childhood Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Egerton, A., Chaddock, C. A., Winton-Brown, T. T., Bloomfield, M. A., Bhattacharyya, S., Allen, P., McGuire, P. K., & Howes, O. D. (2013). Presynaptic Striatal Dopamine Dysfunction in People at Ultra-high Risk for Psychosis: Findings in a Second Cohort. *Biological Psychiatry*, 74(2), 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.017>

- Fineberg, A. M., Ellman, L. M., Schaefer, C. A., Maxwell, S. D., Shen, L., Chaudhury, N. H., Cook, A. L., Bresnahan, M. A., Susser, E. S., & Brown, A. S. (2016). Fetal exposure to maternal stress and risk for schizophrenia spectrum disorders among offspring: Differential influences of fetal sex. *Psychiatry Research*, 236, 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.026>
- Fisher, H. L., Schreier, A., Zammit, S., Maughan, B., Munafo, M. R., Lewis, G., & Wolke, D. (2013). Pathways Between Childhood Victimization and Psychosis-like Symptoms in the ALSPAC Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 1045–1055. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs088>
- Fondo de las Naciones Unidas para los Niños. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. [https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La\\_primera\\_infancia\\_importa\\_para\\_cada\\_nino\\_UNICEF.pdf](https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf)
- Freeman, D., Thompson, C., Vorontsova, N., Dunn, G., Carter, L. A., Garety, P., Kuipers, E., Slater, M., Antley, A., Glucksman, E., & Ehlers, A. (2013). Paranoia and post-traumatic stress disorder in the months after a physical assault: a longitudinal study examining shared and differential predictors. *Psychological Medicine*, 43(12), 2673–2684. <https://doi.org/10.1017/s003329171300038x>
- Fundación Ayuda a niños y adolescentes en riesgo (ANAR) (2020) <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Estudio-ANAR-abuso-sexual-infancia-adolescencia-240221-1.pdf>
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664–677. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30050-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30050-6)
- Galletly, C., van Hooff, M., & McFarlane, A. (2011). Psychotic symptoms in young adults exposed to childhood trauma—A 20year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 127(1–3), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.12.010>
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189–195. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003312>
- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162–171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.312.162>
- Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Goldstone, E., Farhall, J., & Ong, B. (2011). Modelling the emergence of hallucinations: early acquired vulnerabilities, proximal life stressors and maladaptive psychological processes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1367–1380. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0446-9>

- Gonçalves, A. M. N., Dantas, C. D. R., Banzato, C. E. M., & Oda, A. M. G. R. (2018). A historical account of schizophrenia proneness categories from DSM-I to DSM-5 (1952–2013). *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 21(4), 798–828. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n4p798.7>
- González de Rivera, J.M. (1989). *El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto “sucesos vitales” en la predisposición a la patología médica*. [https://www.psicoter.es/arts/89\\_A057\\_03.pdf](https://www.psicoter.es/arts/89_A057_03.pdf)
- Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M., & Leff, J. (2015). What do We Know about Family Interventions for Psychosis at the Process Level? A Systematic Review. *Family Process*, 55(1), 79–90. <https://doi.org/10.1111/famp.12155>
- Grogan, S., & Murphy, K. P. (2011). Anticipatory Stress Response in PTSD: Extreme Stress in Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 58–71. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00266.x>
- Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. (2010). Detección e intervención temprana en las psicosis. [Archivo PDF] [https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2016/01/DIT\\_Psicosis\\_SAS\\_2010.pdf](https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2016/01/DIT_Psicosis_SAS_2010.pdf)
- Guarino, H., Mateu-Gelabert, P., Quinn, K., Sirikantraporn, S., Ruggles, K. V., Syckes, C., Goodbody, E., Jessell, L., & Friedman, S. R. (2021). Adverse Childhood Experiences Predict Early Initiation of Opioid Use Behaviors. *Frontiers in Sociology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.620395>
- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2013). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257–274. <https://doi.org/10.1111/acps.12172>
- Han, H. R., Miller, H. N., Nkimheng, M., Budhathoki, C., Mikhael, T., Rivers, E., Gray, J., Trimble, K., Chow, S., & Wilson, P. (2021). Trauma informed interventions: A systematic review. *PLOS ONE*, 16(6), e0252747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252747>
- Hardy, A. (2017). Pathways from Trauma to Psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00697>
- Hardy, A., Emsley, R., Freeman, D., Bebbington, P., Garety, P. A., Kuipers, E. E., Dunn, G., & Fowler, D. (2016). Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (suppl 1), S34-S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv175>
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., Garety, P., Kuipers, E., Bebbington, P., & Dunn, G. (2005). Trauma and Hallucinatory Experience in Psychosis. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193(8), 501–507. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000172480.56308.21>

- Hardy, A., O'Driscoll, C., Steel, C., van der Gaag, M., & van den Berg, D. (2020). A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms. *Psychological Medicine*, 51(14), 2485–2492. <https://doi.org/10.1017/s0033291720001300>
- Harris, N. B. (2014, September). How childhood trauma affects health across the lifetime [Video file]. Retrieved from [https://www.ted.com/talks/nadine\\_burke\\_harris\\_how\\_childhood\\_trauma\\_affects\\_health\\_across\\_a\\_lifetime?language=es](https://www.ted.com/talks/nadine_burke_harris_how_childhood_trauma_affects_health_across_a_lifetime?language=es)
- Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., Marcelis, M., Delespaul, P., Krabbendam, L., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood Trauma and Psychosis: A Case-Control and Case-Sibling Comparison Across Different Levels of Genetic Liability, Psychopathology, and Type of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1286–1294. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10101531>
- Hidalgo García, M. V., Sánchez Hidalgo, J., & Lorence Lara, B. (2008). Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia. XXI. *Revista de Educación*, 10, 85-95 <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2150/b1548001x.pdf>
- Ho, G. W. K., Hyland, P., Karatzias, T., Bressington, D., & Shevlin, M. (2021). Traumatic life events as risk factors for psychosis and ICD-11 complex PTSD: a gender-specific examination. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2009271>
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III--The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Owen, M. J., & Murray, R. M. (2017). The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 81(1), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.07.014>
- Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Evans, M., Carr, V., Morgan, V., Korten, A., & Harvey, C. (2000). Psychotic Disorders in Urban Areas: An Overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 221–236. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00728.x>
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona próxima*, (8), 108-123. <https://www.redalyc.org/pdf/853/85300809.pdf>
- Jimeno, M. (2015). Experiencias traumáticas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-social y la memoria autobiográfica en adolescentes institucionalizados. [Tesis de Doctorado, Universidad de Castilla-La Mancha]. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8674/TESIS%20Jimeno%20Jimenez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Juckel, G., & Morosini, P. L. (2008). The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(6), 630–639. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328314e144>

- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kawakami, N., . . . Koenen, K. C. (2014). CUMULATIVE TRAUMAS AND RISK THRESHOLDS: 12-MONTH PTSD IN THE WORLD MENTAL HEALTH (WMH) SURVEYS. *Depression and Anxiety, 31*(2), 130–142. <https://doi.org/10.1002/da.22169>
- Kelley, L. P., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M. E., Eakin, D. E., & Flood, A. M. (2009). A comparison of PTSD symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress, 22*(3), 227–235. <https://doi.org/10.1002/jts.20406>
- Konings, M., Henquet, C., Maharajh, H. D., Hutchinson, G., & van Os, J. (2008). Early exposure to cannabis and risk for psychosis in young adolescents in Trinidad. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(3), 209–213. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01202.x>
- Kumari, V. (2020). Emotional abuse and neglect: time to focus on prevention and mental health consequences. *The British Journal of Psychiatry, 217*(5), 597–599. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.154>
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T., & Nielssen, O. (2011). Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis. *Archives of General Psychiatry, 68*(6), 555. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.5>
- Law, H., & Morrison, A. P. (2014). Recovery in Psychosis: A Delphi Study With Experts by Experience. *Schizophrenia Bulletin, 40*(6), 1347–1355. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu047>
- Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & 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>
- Lutgens, D., Garipey, G., & Malla, A. (2017). Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 210*(5), 324–332. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197103>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Marconi, A., di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M., & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 42*(5), 1262–1269. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>

- Martín Gutiérrez, R., & Payá González, B. (2016). Las psicosis de inicio temprano: una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 33(4), 458–468. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n4a2>
- Martindale, B. V. (2007). Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(1), 34–42. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.105.001552>
- McLennan, J. D., MacMillan, H. L., & Afifi, T. O. (2020). Questioning the use of adverse childhood experiences (ACEs) questionnaires. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104331. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104331>
- Mętel, D., Arciszewska, A., Daren, A., Pionke, R., Cechnicki, A., Frydecka, D., & Gawęda, U. (2019). Mediating role of cognitive biases, resilience and depressive symptoms in the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in young adults. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(1), 87–96. <https://doi.org/10.1111/eip.12829>
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331–353. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>
- Morrison, A. P., French, P., & Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2241–2246. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.002>
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53(1–2), 123–143. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00173-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00173-6)
- Müller, H., Kommescher, M., Güttgemanns, J., Wessels, H., Walger, P., Lehmkuhl, G., Kuhr, K., Hamacher, S., Lehmacher, W., Müller, K., Herrlich, J., Wiedemann, G., Stösser, D., Klingberg, S., & Bechdorf, A. (2019). Cognitive behavioral therapy in adolescents with early-onset psychosis: a randomized controlled pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(7), 1011–1022. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01415-4>
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Okkels, N., Trabjerg, B., Arendt, M., & Pedersen, C. B. (2016). Traumatic Stress Disorders and Risk of Subsequent Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder: A Nationwide Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 180–186. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw082>
- Organización Mundial de la Salud (2006). [Archivo PDF] [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;sequence=1)
- Oruč, L., & Bell, P. (1995). Multiple rape trauma followed by delusional parasitosis: A case report from the Bosnian war. *Schizophrenia Research*, 16(2), 173–174. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00039-O](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00039-O)

- Orygen. (2016). Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis (Second edition).[Archivo PDF]. <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Peach, N., Alvarez-Jimenez, M., Cropper, S. J., Sun, P., Halpin, E., O'Connell, J., & Bendall, S. (2020). Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-episode psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(S2), 223–241. <https://doi.org/10.1111/papt.12273>
- Pekarsky, A. R. (2022, 4 abril). *Introducción al maltrato y negligencia infantil*. Manual MSD versión para público general. [https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/maltrato-y-negligencia-infantil/introducci%C3%B3n-al-maltrato-y-negligencia-infantil#v824337\\_es](https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/maltrato-y-negligencia-infantil/introducci%C3%B3n-al-maltrato-y-negligencia-infantil#v824337_es)
- Penadés, R., Catalán, R., Puig, O., Masana, G., Pujol, N., Navarro, V., Guarch, J., & Gastó, C. (2010). Executive function needs to be targeted to improve social functioning with Cognitive Remediation Therapy (CRT) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 177(1–2), 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.01.032>
- Perry, B. D. (2002). Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain and Mind*, 3(1), 79–100. <https://doi.org/10.1023/a:1016557824657>
- Petersen, L., Thorup, A., Øqhlenschlæger, J., Christensen, T. Q., Jeppesen, P., Krarup, G., Jørgensen, P., Mortensen, E. L., & Nordentoft, M. (2008). Predictors of Remission and Recovery in a First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorder Sample: 2-Year Follow-up of the OPUS Trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 660–670. <https://doi.org/10.1177/070674370805301005>
- Pos, K., Franke, N., Smit, F., Wijnen, B. F. M., Staring, A. B. P., van der Gaag, M., Meijer, C., de Haan, L., Velthorst, E., & Schirmbeck, F. (2019). Cognitive behavioral therapy for social activation in recent-onset psychosis: Randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 151–160. <https://doi.org/10.1037/ccp0000362>
- Rauschenberg, C., van Os, J., Cremers, D., Goedhart, M., Schievel, J. N. M., & Reininghaus, U. (2017). Stress sensitivity as a putative mechanism linking childhood trauma and psychopathology in youth's daily life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(4), 373–388. <https://doi.org/10.1111/acps.12775>
- Rentero Martín, D., Arias, F., Sánchez-Romero, S., Rubio, G., & Rodríguez-Jiménez, R. (2020). Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado. *Adicciones*, 33(2), 95. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1251>
- Rey, M. G. D., Martín, L. M., García, F. A., López, F. J. C., & López, F. R. (2022). Trauma infantil y psicosis: una revisión narrativa. *Clínica Contemporánea*, 13(1). <https://doi.org/10.5093/cc2022a2>

- Richter, L., Black, M., Britto, P., Daelmans, B., Desmond, C., Devercelli, A., Dua, T., Fink, G., Heymann, J., Lombardi, J., Lu, C., Naicker, S., & Vargas-Barón, E. (2019). Early childhood development: an imperative for action and measurement at scale. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 4), e001302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302>
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The Co-Occurrence of Major Depressive Disorder Among Individuals With Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>
- Savill, M., Banks, C., Khanom, H., & Priebe, S. (2014). Do negative symptoms of schizophrenia change over time? A meta-analysis of longitudinal data. *Psychological Medicine*, 45(8), 1613–1627. <https://doi.org/10.1017/s0033291714002712>
- Scott, M., Rossell, S. L., Meyer, D., Toh, W. L., & Thomas, N. (2020). Childhood trauma, attachment and negative schemas in relation to negative auditory verbal hallucination (AVH) content. *Psychiatry Research*, 290, 112997. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112997>
- Shevlin, M., McElroy, E., Christoffersen, M. N., Elklit, A., Hyland, P., & Murphy, J. (2016). Social, familial and psychological risk factors for psychosis: A birth cohort study using the Danish Registry System. *Psychosis*, 8(2), 95–105. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1113306>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Sitko, K., Bentall, R. P., Shevlin, M., O'Sullivan, N., & Sellwood, W. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*, 217(3), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.019>
- Slifstein, M., van de Giessen, E., van Snellenberg, J., Thompson, J. L., Narendran, R., Gil, R., Hackett, E., Girgis, R., Ojeil, N., Moore, H., D'Souza, D., Malison, R. T., Huang, Y., Lim, K., Nabulsi, N., Carson, R. E., Lieberman, J. A., & Abi-Dargham, A. (2015). Deficits in Prefrontal Cortical and Extrastriatal Dopamine Release in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 316. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2414>
- Smith, H. L., Summers, B. J., Dillon, K. H., & Cogle, J. R. (2016). Is worst-event trauma type related to PTSD symptom presentation and associated features? *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.007>
- Sonnenschein, S. F., Gomes, F. V., & Grace, A. A. (2020). Dysregulation of Midbrain Dopamine System and the Pathophysiology of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00613>

- Stroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Steel, C., Fowler, D., & Holmes, E. A. (2004). Trauma-Related Intrusions and Psychosis: An Information Processing Account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 139–152. <https://doi.org/10.1017/s1352465804001924>
- Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Flori, J. N., Risi, M. M., & Bailey, G. L. (2017). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 325–329. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.007>
- Strelchuk, D., Hammerton, G., Wiles, N., Croft, J., Turner, K., Heron, J., & Zammit, S. (2020a). PTSD as a mediator of the relationship between trauma and psychotic experiences. *Psychological Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/s0033291720004821>
- Thompson, A. D., Nelson, B., Yuen, H. P., Lin, A., Amminger, G. P., McGorry, P. D., Wood, S. J., & Yung, A. R. (2013). Sexual Trauma Increases the Risk of Developing Psychosis in an Ultra High-Risk “Prodromal” Population. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 697–706. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt032>
- Thompson, A., Papas, A., Bartholomeusz, C., Nelson, B., & Yung, A. (2013). Externalized attributional bias in the Ultra High Risk (UHR) for psychosis population. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.017>
- Uher, R., & Zwickler, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry*, 16(2), 121–129. <https://doi.org/10.1002/wps.20436>
- van Dam, D. S., van Nierop, M., Viechtbauer, W., Velthorst, E., van Winkel, R., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R. S., Meijer, C. J., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Wiersma, D. (2014). Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. *Psychological Medicine*, 45(7), 1363–1377. <https://doi.org/10.1017/s0033291714001561>
- Varese, F., Barkus, E., & Bentall, R. P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine*, 42(5), 1025–1036. <https://doi.org/10.1017/s0033291711001826>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, 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(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

- Waller, H., Garety, P., Jolley, S., Fornells-Ambrojo, M., Kuipers, E., Onwumere, J., Woodall, A., & Craig, T. (2013). Training Frontline Mental Health Staff to Deliver “Low Intensity” Psychological Therapy for Psychosis: A Qualitative Analysis of Therapist and Service User Views on the Therapy and its Future Implementation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(3), 298–313. <https://doi.org/10.1017/s1352465813000908>
- Wood, L., & Alsawy, S. (2017). Recovery in Psychosis from a Service User Perspective: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Current Qualitative Evidence. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 793–804. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0185-9>
- Zwicker, A., Denovan-Wright, E. M., & Uher, R. (2018). Gene–environment interplay in the etiology of psychosis. *Psychological Medicine*, 48(12), 1925–1936. <https://doi.org/10.1017/s003329171700383x>