

TESI DOCTORAL

Trauma infantil, esquizofrenia y disociación: bases del constructo

María José Álvarez Alonso

Directores:

Quintí Foguet Boreu

Anabel González Vázquez

Tutor:

Quintí Foguet Boreu

 UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA
Escola de Doctorat

“¿Es una daga esto que veo ante mí con el puño hacia mis manos? ¡Ven, déjame que te empuñe! No te tengo y, sin embargo, estoy viéndote. (...)

¿O eres solo un puñal del pensamiento, falsa creación de un cerebro delirante?”

Macbeth, Acto segundo, escena I.

“After a traumatic experience, the human system of self-preservation seems to go onto permanent alert, as if the danger might return at any moment.”

Judith Lewis Herman, Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror.

Agradecimientos

Primero de todo quiero agradecer a los pacientes, los que han formado parte de este estudio y los numerosísimos pacientes que, desde mi incursión en la psiquiatría en 1986, me han ido enseñando poco a poco y sin saberlo, las profundas heridas que dejan en la mente las infancias desdichadas y con abusos, y cómo existe una importante capacidad de superación que los profesionales solo debemos alentar y aportar la empatía y los conocimientos científicos para conseguir ayudarles en su recuperación

Quiero agradecer a los magníficos directores de mi tesis: Quintí y Anabel, que me han aportado conocimientos y han aguantado con paciencia mis fases de desánimo.

Quiero agradecer a los numerosos compañeros del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Vic, y a nuestro jefe Santi Escoté por crear un ambiente en el que el trabajo en equipo y el compartir conocimientos es la norma.

Agradezco a Pere Roura, su inestimable ayuda estadística, sin ella no hubiera logrado esta tesis.

Quiero agradecer a Helga Masramon, psicóloga y amiga por su mente clara y científica, con la que he contado durante todo el trayecto de este trabajo.

Agradezco a mis padres, su empeño en la formación de sus hijas y su apoyo infinito en todos los ámbitos de mi vida.

Gracias a Francisco, Miguel, Guille, Luis y Tere, por ser los mejores marido, hijos y hermana del mundo.

RESUM

L'evidència actual suggereix una elevada prevalença de traumes infantils en els pacients adults diagnosticats de trastorns de l'espectre esquizofrènic.

La primera part de la tesi consisteix en una revisió teòrica sobre el trauma infantil, la seva prevalença en pacients adults amb malalties del espectre esquizofrènic i les diferents hipòtesis d'aquesta relació. Seguidament ens dediquem a definir el concepte de dissociació i la seva relació amb el trauma infantil.

Els pacients amb antecedents de trauma infantil tenen algunes diferències clíniques, entre elles més símptomes dissociatius, més comorbiditat amb malalties psiquiàtriques dels eixos I i II del DSM IV, més temptatives suïcides i, amb menys consens a la literatura, més símptomes psicòtics positius.

Finalment tractem la relació complexa al llarg de la història de la esquizofrènia i les malalties dissociatives, especialment el trastorn dissociatiu d'identitat. En base a aquestes dificultats diagnòstiques entre el trastorn dissociatiu d'identitat i algunes esquizofrènies, diversos autors han proposat i validat en estudis empírics el concepte de "esquizofrènia dissociativa", amb finalitat d'utilitat clínica i terapèutica.

La segona part de la tesi es un estudi empíric. Presentem un estudi transversal amb 54 pacients amb trastorn de l'espectre esquizofrènic (esquizofrènia i trastorn esquizoafectiu). Vam obtenir dades sociodemogràfiques, així com dades sobre trauma infantil, dissociació, antecedents d'intents de suïcidi i intensitat dels símptomes psicòtics positius i negatius.

Més del 75% dels pacients van reportar antecedents de trauma infantil. Vam observar un vincle entre el trauma infantil i la conducta suïcida.

Els pacients van mostrar taxes elevades de dissociació. Les experiències dissociatives van estar relacionades amb el trauma infantil tant en termes d'intensitat del trauma com de nombre tipus de traumes soferts. Totes les formes de trauma, excepte la negligència emocional, van mostrar correlacions directes amb experiències dissociatives.

No hem trobat cap correlació entre la intensitat de les experiències traumàtiques infantils i la intensitat dels símptomes psicòtics positius, tot i així, hem observat una moderada correlació inversa amb símptomes psicòtics negatius.

Com a conclusió, el nostre estudi destaca la presència i severitat del trauma infantil i l'alta politraumatització en un nombre considerable de pacients de l'espectre esquizofrènic. Els símptomes dissociatius i el comportament suïcida estan estretament relacionats amb la història de trauma. Donat que ambdós fets tenen enfocaments psicoterapèutics específics, el concepte d'esquizofrènia dissociativa ajudaria al clínic a tenir en compte aquest subgrup de pacients amb característiques específiques i explorar tractaments complementaris al tractament antipsicòtic i la psicoteràpia específica per a la psicosi.

ÍNDICE

1- CONCEPTOS GENERALES	8
1.1. Trauma infantil	8
1.1.1. Concepto	8
1.1.2. Historia del concepto de trauma psíquico.....	8
1.1.3. Tipos de trauma infantil	11
1.1.4. Consecuencias en la salud física y mental del adulto	14
1.2. Disociación	16
1.3. Controversias históricas del concepto de esquizofrenia	21
2- TRAUMA INFANTIL Y ESQUIZOFRENIA	24
2.1. Epidemiología	24
2.2. Modelos explicativos trauma infantil-esquizofrenia	26
2.2.1. Modelos explicativos biológicos.....	26
2.2.2. Modelos explicativos psicológicos	30
3. ¿CÓMO AFECTA EL TRAUMA INFANTIL A LA PSICOSIS?	34
3.1. Síntomas psicóticos positivos y negativos	35
3.2. Conducta suicida	39
3.3. Síntomas disociativos	40
3.3.1. Trabajos empíricos	40
3.3.2. Teorías sobre relación esquizofrenia y disociación	43
SEGUNDA PARTE. TRABAJO EMPÍRICO	48
1. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	48
1.1. Hipótesis	48
1.2. Objetivos	48
2. MÉTODO	49
2.1. Diseño y participantes	49
2.2. Variables	49
2.3 Instrumentos	49
2.3.1. <i>Childhood Trauma Questionnaire, Short Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 1994) en su versión española (Hernández et al., 2013)</i>	49
2.3.2. <i>Dissociative Experience Scale (DES-II) (Berstein & Putnam, 1986) en su versión española (Icarán et al., 1996)</i>	50

2.3.3. <i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987) en su versión española (Peralta & Cuesta, 1994).</i>	51
2.4 Análisis de datos	52
3. RESULTADOS	54
3.1 Descripción de la muestra	54
3.2 Resultados descriptivos del trauma infantil	58
3.2.1. <i>Valoración dicotómica</i>	58
3.2.2. <i>Intensidad del trauma</i>	58
3.2.3. <i>Número de tipos de trauma</i>	59
3.3. Trauma infantil y características epidemiológicas	60
3.3.1 <i>Trauma infantil y género</i>	60
3.3.2. <i>Comparación entre la presencia de trauma en pacientes no emigrantes y emigrantes</i>	61
3.3.3. <i>Trauma infantil y antecedentes familiares de primer grado diagnosticados de trastorno mental grave</i>	62
3.4. Trauma infantil y características clínicas de la esquizofrenia	63
3.4.1. <i>Trauma infantil y edad de diagnóstico de la enfermedad mental</i>	63
3.4.2. <i>Trauma infantil y síntomas psicóticos positivos y negativos</i>	63
3.4.3. <i>Trauma infantil y disociación</i>	66
3.5. Trauma infantil y antecedentes de intentos de suicidio a lo largo de la vida	68
4. Discusión	70
4.1. Trauma infantil (TI) en trastornos del espectro esquizofrénico: frecuencia, intensidad y politraumatización.	70
4.2. Trauma infantil y características clínicas de la esquizofrenia	71
4.2.1 <i>Trauma infantil y edad de diagnóstico</i>	71
4.2.2 <i>Trauma infantil y síntomas psicóticos</i>	71
4.2.3. <i>Síntomas disociativos y su relación con el trauma infantil</i>	72
4.2.4 <i>TI y conducta suicida</i>	73
4.3. Hipótesis de la esquizofrenia disociativa	74
5. Limitaciones	75
6. Conclusiones e implicaciones para futuras investigaciones	76
7. REFERENCIAS	79
8. ANEXOS	96

8.1. Consentimiento informado	96
8.2. Cuestionario de recogida de datos	99
8.3 ARTÍCULO.....	108

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<i>Figura 1. A pathway from childhood to psychosis.....</i>	28
<i>Tabla 1. Relación de la intensidad de los síntomas positivos y negativos y trauma infantil en esquizofrenia.....</i>	36
<i>Tabla 2. Descripción de la muestra por género (N=45).....</i>	55
<i>Figura 2. Distribución de la prevalencia de los tipos de trauma infantil por intensidad (N=45).....</i>	59
<i>Figura 3. Distribución de la prevalencia por número de tipos de trauma (N=45) .</i>	59
<i>Tabla 3. Relación entre trauma infantil y género (N= 45).....</i>	60
<i>Tabla 4. Migración y trauma infantil.....</i>	61
<i>Tabla 5. Antecedentes familiares de primer grado de Trastorno mental grave y trauma infantil.</i>	62
<i>Tabla 6. CTQ-SF y sus 5 tipos de trauma, con PANSS+ y- y sus 14 ítems.....</i>	64
<i>Tabla 7. Disociación y trauma infantil (N=45).....</i>	66
<i>Tabla 8. Disociación y trauma infantil por intensidad (N=45).....</i>	67
<i>Figura 4. Efecto acumulativo del número de traumas en la disociación.....</i>	68
<i>Tabla 9. Antecedentes de intentos de suicidio y trauma infantil (N=45)</i>	71

PRIMERA PARTE. BASE TEÓRICA

1- CONCEPTOS GENERALES

1.1. Trauma infantil

1.1.1. Concepto

¿Qué es el trauma psíquico? Se define el trauma psíquico como cualquier evento estresante que sobrepasa la capacidad de adaptación del individuo, produciendo alteraciones afectivas y cognitivas que pueden persistir en el tiempo.

Retrocediendo hasta finales del siglo XIX, la definición dada por Freud en sus primeros estudios, cuando aún no había consolidado la teoría psicoanalítica, sigue aún en vigor: “Cualquier evento que provoque los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma. De la sensibilidad del sujeto depende que el suceso adquiera o no importancia traumática”. (Freud, 1895). Es importante resaltar que Freud ya incluye tanto el requisito del suceso perturbador como el de la vulnerabilidad del sujeto que lo sufre.

Hay unanimidad en la existencia de tres factores que amplifican el daño emocional de un suceso potencialmente traumático: el ser provocado por otro u otros seres humanos (las catástrofes naturales, por ejemplo, causan menor trauma psíquico), la cronicidad de dicho suceso y, por último, la edad en la que aparece. Cuando el trauma psíquico se produce en la infancia, estando los sistemas nervioso y endocrino en vertiginoso crecimiento, el impacto afecta al desarrollo de la personalidad (Van der Kolk, 1988; Herman, 1997).

1.1.2. Historia del concepto de trauma psíquico

Al referirnos al maltrato infantil, cabe comentar que es un concepto relativamente reciente en la civilización occidental. Tanto las costumbres como el derecho que nos ha regido durante siglos se remontan al Imperio romano, génesis de la cultura occidental. La infancia en el derecho romano tenía una situación jurídica meramente privada, pues el *pater familias* era quien ostentaba los derechos de

los menores de edad. De esta forma, el infante estaba sometido a la potestad del *pater familias*, quien era el único integrante de la familia con plena capacidad de goce y ejercicio o *sui iuris*. Por esto, el infante era considerado un ser vulnerable y sin uso de razón. Además, este derecho concebía a los infantes como propiedad de terceros, padres o comunidad política (Rea Granados, 2017). Aunque el *pater familias* tenía que actuar según unos preceptos de decoro y dentro de una normativa ética, estas premisas no siempre se cumplían.

En la segunda mitad del siglo XIX aparecieron los primeros estudios realizados por clínicos sobre las consecuencias del trauma infantil. En 1860, Ambroise Tardieu publica el primer artículo sobre el abuso en niños. Describe serios daños físicos observados en niños con maltrato. En su estudio *Étude médico-légale sur les sévices et mauveaux traitements exercés sur les enfants* (estudio médico-legal sobre los abusos y malos tratos ejercidos sobre los niños), recoge 32 casos de niños con lesiones en las que el padre es el perpetrador. Los padres siempre intentaban explicarlo como accidente. Posteriormente en el libro *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs* (estudio médico-legal sobre actos inmorales a menores), este autor detalla historias de abusos sexuales de niños perpetrados por sus padres.

Por esta misma época Paul Briquet fue el primer autor en dejar de relacionar la histeria con una toxina del útero que se desplazaba al cerebro, teoría dominante en la época. En su estudio de 501 casos de histeria, un 75% de las pacientes narraban experiencias traumáticas en la infancia, frecuentemente abusos sexuales.

Janet (1859-1947) creyó que la histeria tenía una etiología predominantemente constitucional. Opinaba, sin embargo, que las experiencias traumáticas, especialmente las memorias de estos hechos eran la causa de algunos de los síntomas de la enfermedad: "directa o indirectamente, las memorias traumáticas pueden causar algunos de los síntomas de la enfermedad". Decía también que "prácticas de crianza inadecuadas en su conjunto o situaciones traumáticas en la infancia pueden desencadenar la enfermedad" (recogido en Dohray et al., 2010).

Freud en sus primeros estudios "etiología de la histeria" 1896, ve en los abusos

sexuales la causa de la enfermedad de sus pacientes histéricas. “Por consiguiente, presento la tesis de que en cada caso de histeria hay una o más incidencias de abusos sexuales prematuros, experiencias que pertenecen a los primeros años de la infancia, pero que pueden ser reproducidas a través del trabajo psicoanalítico, aunque hayan pasado décadas” (Freud, 1895).

Solo un año después comenzó a repudiar esta teoría, dejando de “creer” a sus pacientes y adjudicando los síntomas a fantasías edípicas. Según la autora Judit Herman, este cambio se debió a influencias socioculturales. Era creíble que las pobres histéricas (la mayoría prostitutas, alcohólicas y mujeres al margen de la sociedad) del Hospital de la Salpetriere de París hubieran padecido abusos por sus progenitores, pero no era creíble, ni conveniente para su estatus académico y monetario, creer que las mujeres de la clase acomodada de la Viena burguesa de finales del XIX hubieran pasado por las mismas vicisitudes que las prostitutas de los bajos fondos parisinos (Herman, 1997).

A pesar de estos estudios sobre trauma infantil, en particular de finales del siglo XIX y primeros del XX, el concepto de daño traumático cayó en desuso en la psiquiatría y psicología académicas hasta las últimas décadas del siglo XX. A esto ayudaron todas las teorías en boga, que, salvo excepciones, presentaban visiones muy parcializadas del problema de la enfermedad mental, y que, cada una a su manera, negaban la relevancia de los antecedentes traumáticos. Las principales son:

- El psicoanálisis, que, con el cambio de perspectiva de su fundador, acabó achacando las memorias de abusos a fantasías edípicas infantiles.
- La terapia cognitivo conductual, centrada en los síntomas presentes y queriéndose alejar de lo relativo al trauma temprano, entendiéndolo como vestigio del psicoanálisis del que quería diferenciarse. Esto no deja de ser una paradoja ya que el psicoanálisis clásico ya no daba credibilidad al trauma.
- El modelo biologicista extremo, en que la enfermedad mental quedaba reducida a un desequilibrio de neurotransmisores derivado fundamentalmente de una base genética.

La brillante psiquiatra y activista feminista Judit Herman explica el olvido del trauma por la psiquiatría y psicología durante décadas, no como un tema puramente clínico, sino más bien con componentes ideológicos: “El estudio del trauma psíquico tiene una historia curiosa, una amnesia episódica. El estudio del trauma psicológico no languidece a causa de falta de interés, sino que el tema provoca una controversia tan intensa que con frecuencia se convierte en un anatema” (Herman, 1997).

El reconocimiento de las secuelas psicológicas de las víctimas fue llegando más tarde por dos vías bien distintas. Por un lado, las luchas sociales de los años 60 y 70 por los derechos de las mujeres y los niños. Por otra parte, la reivindicación del reconocimiento de los graves daños psíquicos provocados por la guerra del Vietnam en los combatientes, que llevaron en la década de los 80 a la *American Psychiatric Association* a reconocer por primera vez la entidad clínica del trastorno por estrés postraumático (TEPT) (American Psychiatric Association, 1980).

De modo paralelo, la dicotomía entre lo orgánico y lo mental empezaba a disolverse. Desde las últimas décadas del siglo XX los estudios sobre los efectos neuroendocrinos del trauma infantil han tenido un crecimiento vertiginoso. Los avances en neurociencias y neuroimagen han ido mostrando los efectos del trauma temprano en el desarrollo del sistema nervioso, tanto a nivel funcional como estructural.

1.1.3. Tipos de trauma infantil

La definición de la Organización mundial de Salud (OMS) de maltrato infantil es la siguiente: “El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (Butchart et al., 2006).

Se describen 2 formas de maltrato o trauma infantil: por abuso y por negligencia. Así podríamos hablar de abuso físico, psicológico y sexual, y negligencia física y psicológica.

A continuación, se exponen las definiciones adoptadas por el Reino Unido (HM Government, 2010):

- i) El abuso físico puede consistir en golpear, sacudir, arrojar, envenenar, quemar, ahogar, asfixiar o causar daño físico a un niño. El daño físico también puede ser causado cuando un padre o cuidador inventa los síntomas de una enfermedad en un niño, o deliberadamente la induce.
- ii) El abuso emocional es el maltrato emocional persistente de un niño, que causa efectos adversos graves y persistentes en su desarrollo emocional. Puede implicar transmitir a los niños que son inútiles, inadecuados o no queridos o valorados solo en la medida en que satisfagan las necesidades del progenitor. Presentar expectativas inapropiadas para la edad o desarrollo impuestas a los niños. Estas pueden incluir interacciones que están más allá de la capacidad de desarrollo del niño, así como sobreprotección y limitación de la exploración y el aprendizaje, o impedir que el niño participe en la interacción social normal. Puede implicar ver o escuchar el maltrato de otro o una intimidación grave, causando que los niños con frecuencia se sientan asustados o en peligro, o la explotación o corrupción de los niños. Algún nivel de abuso emocional está involucrado en todo tipo de maltrato de un niño, aunque puede ocurrir solo.
- iii) El abuso sexual consiste en obligar o incitar a un niño o adolescente a participar en actividades sexuales, no necesariamente con un alto nivel de violencia, independientemente de que el niño sea consciente o no de lo que está sucediendo. Las actividades pueden involucrar contacto físico, incluyendo agresión por penetración (p. ej., violación o sexo oral) o actos como masturbación, besos, frotar y tocar fuera de la ropa. También pueden incluir actividades sin contacto, como la participación de niños en la observación o producción de imágenes sexuales, la observación de actividades sexuales, alentar a los niños a comportarse de manera sexualmente inapropiada o preparar a un niño para el abuso. El abuso sexual no es sólo perpetrado por hombres adultos. Las mujeres también pueden cometer actos de abuso sexual,

al igual que otros niños (por lo general definido cuando hay una diferencia de edad significativa de tres años o más).

- iv) La negligencia de tipo físico o emocional se suelen solapar. Consiste en la falta persistente de satisfacción de las necesidades físicas y/o psicológicas básicas del niño, que puede dar lugar a un grave deterioro de su salud o desarrollo. El abandono puede ocurrir ya durante el embarazo como resultado del abuso de sustancias. Una vez que nace un niño, el descuido puede implicar que un padre o cuidador no proporcione alimentos, ropa y alojamiento adecuados (incluida la exclusión del hogar o el abandono), no proteja al niño de daños físicos y emocionales o de peligros, no garantice una supervisión adecuada (incluido el uso de cuidadores inadecuados) o el acceso a una atención o tratamiento médicos adecuados. También puede incluir negligencia o falta de respuesta a las necesidades emocionales básicas de un niño.

Maltrato por negligencia. Abarcaría cuatro subgrupos:

- Físico cuando las necesidades básicas del niño no son cubiertas, tales como proveerle una vivienda, alimentos o la supervisión adecuada.
- Médico, cuando no se le provee al niño el tratamiento médico o de salud mental.
- Educativo, cuando se le niega al niño el derecho a la educación o cuando se hace caso omiso de sus necesidades especiales para educarse.
- Emocional, cuando se ignoran o no se presta atención a las necesidades emocionales de un niño, o al no ofrecerles el cuidado psicológico que requiere. También cuando se le permite al menor consumir alcohol u otro tipo de drogas.

El maltrato infantil es por su magnitud una epidemia oculta. En una revisión sistemática (Moody, et al., 2018), encuentran unas medianas de prevalencia de

abuso sexual infantil de 20% en niñas norteamericanas y 14% en niñas europeas, continentes con mayor número de estudios realizados. Las tasas son inferiores en niños: 14% y 6% respectivamente. El abuso físico tiene una prevalencia mayor en niños que en niñas en Europa (12% en niñas y 27% en niños), siendo similar en Norteamérica (22% y 24% respectivamente). En África las cifras son similares por género y más elevadas (51% en niñas y 60% en niños), si bien la cantidad de estudios en este continente es muy escasa.

En el contexto catalán, destacamos un estudio de una muestra de 1033 estudiantes de la Universidad de Barcelona, en el que se estudió específicamente la prevalencia del abuso sexual infantil, que se situó en un 17,9% de la muestra. Los autores así confirman la elevada prevalencia del abuso sexual infantil en nuestro país (Pereda, N., & Forns, M., 2007).

Los niños y jóvenes que fueron maltratados por un padre o tutor también son más propensos a padecer otro tipo de maltrato por parte de otros autores. Algunos niños experimentan varios tipos de maltrato en el hogar, en la escuela y en las comunidades en las que viven y se han definido en la literatura reciente como politraumatizados o polivíctimas. (Finkelhor et al., 2009)

1.1.4. Consecuencias en la salud física y mental del adulto

Aunque existen innumerables trabajos sobre los graves daños del trauma infantil en la salud de la persona, describiremos dos estudios de grandes muestras sobre el peso del trauma infantil en la salud física y mental a lo largo de la vida.

El primer estudio (Felitti et al., 2019) pone al descubierto los daños de las experiencias adversas infantiles en la salud a lo largo de la vida. Los autores pasaron una evaluación médica estandarizada a una amplia muestra de personas adultas. Se invitó a participar a 13.494 adultos pertenecientes a un seguro de salud de San Diego (EU), de los cuales respondieron un 75%, 9.508. También se les administró un cuestionario con 7 categorías de experiencias adversas infantiles: abuso físico, psicológico, sexual, ser testigo de violencia contra la madre, vivir con miembros de la familia que eran toxicómanos,

enfermos mentales o suicidas, o alguna vez encarcelados. El número de categorías de estas experiencias infantiles adversas se comparó entonces con las medidas de los comportamientos de riesgo de los adultos y su estado de salud.

La primera conclusión fue la alta prevalencia de adversidades infantiles, más de la mitad de los encuestados (52%) comunicaron al menos una y una cuarta parte dos categorías de adversidades infantiles. Seguidamente estudiaron la relevancia de los sucesos adversos en la infancia en los factores de riesgo para la salud, en las enfermedades y en las causas de muerte. Encontraron una relación significativa y gradual entre el número de categorías de adversidades infantiles sufridas y cada uno de los comportamientos de riesgo para la salud de los adultos y también para el padecimiento las enfermedades que se estudiaron. Las personas que habían experimentado cuatro o más categorías de adversidad infantil, en comparación con las que no habían experimentado ninguna, tenían entre cuatro y doce veces más riesgo de alcoholismo, drogadicción e intentos de suicidio, de tener más de 50 parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual; y un aumento de 1,4 a 1,6 veces en la inactividad física y obesidad severa.

El número de categorías de exposición a adversidad infantil mostró también una relación gradual con la presencia de enfermedades en el adulto, incluyendo cardiopatías isquémicas, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, fracturas esqueléticas y enfermedad hepática. También encontraron una fuerte relación progresiva entre la amplitud de la exposición al abuso o a la disfunción del hogar durante la infancia y múltiples factores de riesgo para varias de las principales causas de muerte en adultos. Se observó una relación dosis-respuesta significativa con tener un historial de apoplejía o diabetes.

Los autores dan estas recomendaciones que afirman deberían regir las políticas sanitarias: “debido a que las experiencias infantiles adversas son comunes y tienen fuertes asociaciones a largo plazo con los comportamientos de riesgo para la salud de los adultos, el estado de salud y las enfermedades, es necesaria una mayor atención a las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Estas estrategias incluyen la prevención de la aparición de experiencias adversas en la infancia, la prevención de la adopción de comportamientos de riesgo para la salud como respuesta a experiencias adversas durante la infancia y la adolescencia, y, por último, ayudar a cambiar los comportamientos de riesgo para la salud y a aliviar la carga de morbilidad entre los adultos cuyos problemas de salud pueden representar una consecuencia a largo plazo de esas experiencias infantiles".

En cuanto a la repercusión del trauma infantil en la salud mental del adulto, se presenta a continuación un exhaustivo trabajo liderado por Kessler en 2010, en el que se entrevistaron a 51.945 individuos de 21 países: 9 de alto nivel de vida, 6 de medio-alto o medio y 6 de medio/bajo o bajo. Se valoró la exposición a experiencias traumáticas infantiles. La primera conclusión fue que las diferentes situaciones traumáticas, a menudo se acumulan. Las personas politraumatizadas están relacionadas con familias desadaptadas en las que hay más desempleo, pobreza, alcoholismo o enfermedad mental entre los progenitores (Kessler et al., 2010).

Los autores concluyen que el trauma infantil tiene un impacto universal puesto que es similar en los países de los tres niveles socioeconómicos, que los diferentes tipos situaciones traumáticas en la infancia se repiten y contribuyen al desarrollo de enfermedades mentales (eje I del DSM IV). Se estudiaron los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos conductuales y trastornos por abuso de sustancias. Fueron excluidos los trastornos psicóticos. La adversidad infantil explicaría el 28,9% de la patología psiquiátrica no psicótica

1.2. Disociación

Existen ciertas diferencias entre las clasificaciones internacionales americana (DSM) y europea (CIE).

Ambos sistemas de clasificación concuerdan en que la disociación está relacionada con el sistema de memoria autobiográfica, la conciencia y la esfera de la identidad personal. Sin embargo, la CIE-10 reconoce que también puede

involucrarse los sistemas sensorial y motor, provocando síntomas encajados en la clasificación de trastornos conversivos. (Spitzer et al., 2006).

En la clasificación europea (CIE-10) se define la disociación como una “pérdida parcial o total de la integración normal entre la memoria del pasado, la conciencia de identidad y las sensaciones actuales y el control de los movimientos corporales” (World Health Organization, 1991), ubicándose la disociación psicomorfa (lo que entendemos habitualmente como trastornos disociativos) y somatomorfa (los trastornos conversivos) dentro de un área común.

En la clasificación americana, este aspecto ha ido cambiando. En la DSM IV (American Psychiatric Association, 2002), se definía la disociación como una disrupción en la integración normal de la conciencia, memoria, identidad, emoción o percepción del ambiente, añadiéndose en la última edición (DSM-5) la disrupción de la “representación corporal y control motor” en la definición, aunque los trastornos de disociación somática (trastornos conversivos) siguen estando fuera del epígrafe de los trastornos disociativos, ubicándose entre los trastornos somatomorfos. (American Psychiatric Association, 2013).

Por otra parte, la *International Societat for Study of Dissociation* (2011) ha descrito la disociación como un fallo en la integración que implica a funciones psicológicas como la memoria, la conciencia y la percepción y que a menudo se experimenta como un distanciamiento del *self* y/o del entorno.

La vinculación entre la influencia del trauma, que comentábamos en el apartado anterior, y los cuadros disociativos, está presente en la descripción de la patología disociativa desde sus inicios. Desde los estudios de Janet a finales del siglo XIX hasta el presente, todos los estudios coinciden en considerar la sintomatología disociativa, y particularmente su forma extrema más severa, el trastorno de identidad disociativo, como respuesta a traumas severos y repetidos, que se originan principalmente durante la infancia (Chu & Dill, 1990; Chu & Bowman, 2000; Sar et al., 2009 Nijenhuis & Van der Hart, 2011; Briere & Runth, 2015). En general ambas áreas han seguido cursos paralelos, estando más presentes la disociación y lo conversivo en la literatura en las etapas en las que los modelos de trauma eran más predominantes.

Las teorías modernas de la disociación se han basado en algunas de estas descripciones clásicas, sobre todo en los estudios de Pierre Janet (1859-1947). Janet fue el primer autor en desarrollar una descripción minuciosa del trastorno disociativo (Van der Hart & Friedman, 1989). El término “histeria” de los estudios de Janet comprendería lo que hoy entendemos como trastorno por estrés posttraumático (TEPT), trastorno límite de la personalidad (TLP), trastornos conversivos y trastornos disociativos. Estudió a pacientes con estos perfiles, a través de la observación e intervenciones experimentales, y desde esa experiencia clínica presentó su teoría de la disociación como el mecanismo subyacente en los trastornos histéricos. Janet aportó descripciones de cómo la gente puede diferir en su percepción de la realidad, cómo esta percepción puede alterarse y cómo ciertos “automatismos parciales” hacen que partes del yo se disocien de la conciencia y sigan un desarrollo subconsciente. Definió la disociación como una falta de integración entre dos o más “sistemas de ideas o funciones que constituyen la personalidad”. Este déficit estaba causado por una disminución o limitación de la capacidad integrativa, conduciendo a una incapacidad de integrar las experiencias, de desarrollar una conciencia de la realidad como es, aceptándola y adaptándose reflexivamente a ella. Sugirió que esta falta de capacidad integrativa podría ser innata, debida a una enfermedad o fatiga graves, o bien debido a sufrir sucesos adversos, potencialmente traumáticos (Van der Hart & Friedman, 2009; Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

Aunque los autores siguen sin coincidir en el concepto de disociación, nos centraremos en una hipótesis explicativa que consideramos de las más enriquecedoras y que resumiremos brevemente. Basándose en las observaciones de Janet, Van der Hart y colegas propusieron la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart et al., 2006).

Esta teoría intenta dar una respuesta a los factores implicados en el trauma complejo y la disociación. Van der Hart sugiere que la personalidad de los seres humanos altamente traumatizados puede disociarse en partes que coexisten y alternan entre sí, basándose cada una de estas partes en distintos sistemas psicobiológicos. Estos sistemas psicobiológicos o sistemas de acción son básicamente de dos tipos: unos orientados a la vida cotidiana (vinculación,

cuidado hijos, alimentación, etc.) y otros orientados a la defensa frente a la amenaza (lucha, huida, sumisión). En el trauma se produciría una disociación estructural, en la que ambos sistemas se quedarían rígidamente fijados, sin flexibilidad ni capacidad de adaptación.

Estas partes disociativas pueden tener distintos niveles de complejidad y autonomía, desde las partes más rudimentarias del TEPT por trauma simple (una parte se queda fijada al trauma, mientras la otra trata de evitar esos contenidos y seguir adelante), hasta las partes más complejas del trastorno de identidad disociativo (TDI) (antes personalidad múltiple), que pueden tener una perspectiva del mundo y de sí mismas muy diferentes entre sí. Las partes disociadas se traducen clínicamente en síntomas disociativos, negativos y positivos. Los síntomas negativos (ausencia de algo que debería estar presente) pueden ser somatomorfos como la anestesia o psicomorfos como la amnesia. Los síntomas positivos (presencia de algo normalmente ausente) también pueden ser somatomorfos como las pseudocrisis convulsivas o psicomorfos como las alucinaciones auditivas o los *flashbacks*, e incluso síntomas schneiderianos de primer rango (vivencias de influencia pasiva, voces que dialogan y robo de pensamiento).

Los autores incluyen en el espectro postraumático desde el trastorno por estrés agudo y el TEPT simple, pasando por el TLP y los trastornos disociativos, y siendo el TDI la entidad con más severidad de traumatización, e incluyendo al mismo nivel los cuadros de disociación psicomorfa (con síntomas psicológicos) y los de disociación somatomorfa (trastornos por somatización y cuadros conversivos).

La disociación estructural no sería para estos autores un diagnóstico, sino un mecanismo común a todos los cuadros postraumáticos. Este mecanismo de disociación estructural se basaría en la alternancia y coexistencia entre la reexperimentación del trauma y la evitación del mismo.

- Por un lado, el trauma no puede ser integrado, y una parte de la personalidad se queda fijada en la reexperimentación de la experiencia traumática, y desde ahí, en sistemas de acción defensivos. A esta parte

se la denomina *parte emocional de la personalidad*, y contiene recuerdos traumáticos diferentes de la memoria autobiográfica, en cuanto a que se trata de experiencias primariamente somatosensoriales, emocionalmente intensas, alucinatorias, fragmentarias e involuntarias.

- Por otro lado, la persona ha de seguir adelante, lidiar con la vida cotidiana y sus requerimientos, y para ello ha de evitar los contenidos traumáticos. Esta parte es denominada por los autores *parte aparentemente normal de la personalidad*.

Ambas nomenclaturas fueron adoptadas de los trabajos de Myers en 1940 con excombatientes de la primera guerra mundial en los que observó que la disociación provocaba una división entre una “personalidad emocional”, fijada al trauma, y una “personalidad aparentemente normal” (Van der Hart et al., 2006).

También hay autores críticos a esta teoría mantienen que el trauma y la disociación están solamente correlacionados, y no necesariamente el trauma es siempre el factor causal en el desarrollo de la disociación, encontrando como factores moduladores las características de personalidad y la propensión a la fantasía (Van der Boom et al., 2010).

Muchos autores han propuesto que se considere la patología disociativa como un elemento transdiagnóstico, formulando el concepto de *espectro disociativo*. Un metaanálisis, que examina estudios de prevalencia de la sintomatología disociativa en diferentes patologías, concluye que la disociación es más común en la esquizofrenia que en la población general, es menos común en la esquizofrenia que en los trastornos disociativos, TEPT, TLP y trastorno conversivo. Además, es similar en cuadros como trastornos de síntomas somáticos, trastornos alimenticios, trastornos adictivos y trastornos depresivos, mientras que los pacientes con trastorno bipolar muestran menores grados de disociación (Lyssenko et al., 2018). Por lo tanto, la disociación está más presente en los cuadros más ligados al trauma, pero podemos verla en todas las patologías, y también de modo importante en la patología de la que nos ocupamos en esta tesis, que son los trastornos psicóticos.

1.3. Controversias históricas del concepto de esquizofrenia

La historia del concepto de esquizofrenia tiene su punto de partida más conocido y definido en la descripción de la llamada *Dementia praecox* por parte del psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926). Kraepelin acuñará el término demencia precoz para describir a aquellas personas que, al repetirse los brotes psicóticos, van evolucionando hacia una demencia a edad temprana. La demencia precoz de Kraepelin engloba la hebefrenia de Hecker, la catatonia de Kahlbaum y la demencia paranoide, evolucionando la enfermedad hacia una demencia en la edad temprana. Este mismo autor tiene el mérito de haber separado la demencia precoz (esquizofrenia, como luego la llamaría Bleuler) de la psicosis maníaco depresiva (trastorno bipolar en la actualidad).

Debemos a Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, el término de esquizofrenia (mente escindida), para denominar esta enfermedad, sugiriendo una agrupación sindrómica y por ello habló del “grupo de las esquizofrenias.” En su libro, editado en 1911 y traducido por primera vez al inglés en 1950, Bleuler comenta “Llamo ‘esquizofrenia’ a la *dementia praecox* porque la ‘*division*’ (*splitting*) de las diferentes funciones psíquicas es una de sus más importantes características” (Bleuler, 1911). Bleuler describió unos síntomas fundamentales (las célebres cuatro A de Bleuler) que incluían, por este orden: trastornos de las *asociaciones* (los pacientes operan con ideas y conceptos que no tienen relación y pierden su continuidad, produciendo asociaciones “ilógicas” y formalmente incoherentes), trastornos *afectivos* (con gran tendencia al retraimiento y aplanamiento emocional o a la aparición de una afectividad incongruente), *ambivalencia* (presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias) y *autismo* (una manifestación particular y característica consistente en el predominio morboso de la vida interior sobre la vida de relación). A su juicio, dichos síntomas eran los constantes y exclusivos del paciente esquizofrénico, que podría presentar además otros más llamativos, pero “accesorios” como delirios, alucinaciones, perturbaciones de la memoria o trastornos del lenguaje.

El psiquiatra alemán Kurt Schneider (1887-1967), en 1950 propuso una serie de síntomas que denominó síntomas de primer rango de la esquizofrenia (actualmente denominados síntomas schneiderianos) como altamente indicativos la enfermedad, en ausencia de trastorno orgánico-cerebral. Estos son: pensamiento audible, vivencias de influencia corporal, percepción delirante, difusión del pensamiento, voces que dialogan entre sí, voces que comentan las propias acciones y robo de pensamiento. Como explicaremos más adelante muchos de estos síntomas no solo no son patognomónicos de esquizofrenia, sino que se ha propuesto que son más frecuentes en el trastorno disociativo de identidad (TDI).

El psiquiatra Richard Kluft con una amplia experiencia en TDI, publica en 1987 el artículo *First-rank symptoms as diagnostic clue to multiple personality disorder*. Recoge datos de una amplia muestra de sus pacientes con este diagnóstico que ha seguido durante 10 años. La media de número de síntomas schneiderianos en sus pacientes con TDI fue de 3,6 (Kluft, 1987). Concretamente las vivencias de influencia y las alucinaciones eran muy comunes. Unos años más tarde Collin Ross encontró una media de 6.4 síntomas schneiderianos en una muestra de 102 pacientes con TDI, y solo una media de 1,2 síntomas en 1.739 pacientes esquizofrénicos recogidos de 10 estudios previos. La conclusión fue que había una relación mucho más estrecha de los síntomas schneiderianos con el diagnóstico de TDI que con la esquizofrenia (Ross et al., 1990).

El movimiento neo-kraepeliniano surgido en la segunda mitad del siglo XX, y que aún persiste, ha dejado relegadas las enseñanzas esenciales de Bleuler sobre la esquizofrenia. Esta tendencia, en la que se basan los sucesivos DSMs (DSM III, DSM IV y DSM IV-TR), enfatiza los síntomas psicóticos positivos, sobre todo los síntomas schneiderianos de primer rango. Así, el diagnóstico de esquizofrenia requería solo un ítem del criterio A “si los delirios son bizarros o las alucinaciones consisten en una voz que comenta la conducta o pensamientos del paciente” o “dos o más voces que comentan entre sí”. Muchos pacientes con trastornos disociativos cumplen este criterio, lo que aboca a una categoría diagnóstica de cuestionable validez. El DSM5 acota más los criterios diagnósticos, no otorgando a ningún síntoma un rango patognomónico del

diagnóstico de esquizofrenia (Moskowitz, 2011). Sin embargo, el solapamiento de síntomas entre la disociación y la esquizofrenia y la discriminación diagnóstica, dista de ser un problema resuelto o simple.

2- TRAUMA INFANTIL Y ESQUIZOFRENIA

2-1. Epidemiología

Actualmente existe un amplio consenso que confirma que la esquizofrenia es una enfermedad del neurodesarrollo causada por la interacción de factores genéticos y ambientales (Van Os et al., 2008).

Entre los factores ambientales, el trauma infantil es uno de los factores no hereditarios que ha demostrado estar más íntimamente relacionado con el desarrollo de esquizofrenia en la edad adulta. En este sentido, una revisión de 51 estudios publicados entre 1987 y 2005 (Read et al., 2005) de pacientes psicóticos reportó una historia de abuso sexual infantil en un 48% de las mujeres y un 28% de los hombres; abuso físico en el 48% y 50% y al menos un tipo de abuso en el 69% y 58%, respectivamente.

Este trabajo fue replicado de forma crítica dos años más tarde (Morgan & Fisher, 2007). De los 51 artículos originales, los autores excluyeron aquellos llevados a cabo en muestras clínicas heterogéneas y aquellos con diagnósticos clínicos poco definidos, quedando solo 20 artículos que los autores consideraban que cumplían criterios diagnósticos de trastornos psicóticos. Se detectan porcentajes de abuso físico en mujeres del 35% y en hombres del 38%. También se reduce las tasas de abuso sexual en mujeres (42%) y sólo se mantiene la prevalencia de abuso sexual en hombres (28%). Sin embargo, las relaciones observadas seguían siendo elevadas.

Posteriormente, en 2004, se publicaron los dos primeros estudios con muestras amplias de población general (Bebbington et al., 2004; Janssen et al., 2004), que mostraban una relación significativa entre la victimización infantil y el desarrollo de psicosis en la vida adulta.

En el estudio de Bebbington, de tipo retrospectivo, se hizo un seguimiento de 8.580 adultos del servicio nacional de salud, 60 de los cuales estaban diagnosticados de esquizofrenia. Al administrarles una escala de eventos traumáticos, el grupo psicótico había sufrido abusos sexuales en un 35% frente

al 4% de las personas sin trastorno psiquiátrico (OR:15,5). La relación resultó mayor que en los trastornos de ansiedad y adicciones.

El otro estudio, también del 2014, fue llevado a cabo por Janssen y cols. en los Países Bajos. Se trata del primer estudio prospectivo, que hizo un seguimiento de 4.045 jóvenes. En la visita control, se excluyeron del estudio las personas que presentaban síntomas psicóticos, aunque fueran de baja intensidad. En esta misma entrevista se les pasó una escala de abuso infantil. A los dos años se evaluaron los síntomas psicóticos y se dividieron en tres grupos según la intensidad del *Brief psychiatric rating scale* (BPRS): algún síntoma psicótico, nivel patológico de psicosis, y necesidad de tratamiento especializado. Las personas que habían sido abusadas antes de los 16 años tenían 4, 13 y 12 veces más posibilidades de formar parte, en este orden, de los tres grupos –según intensidad del BPRS– que las personas no abusadas. Es decir, la posibilidad de tener síntomas psicóticos no clínicos se multiplicaba por 4, mientras que se multiplicaba por 12 el número de personas que necesitaban atención psiquiátrica por psicosis.

En nuestro país, nuestro grupo ha encontrado una prevalencia de algún tipo de trauma infantil del 48% y de un 24,8% de abuso sexual en una muestra de pacientes afectos de esquizofrenia y trastorno bipolar (Alvarez et al., 2011).

En cuanto a la relación del trauma infantil con la psicosis dos metaanálisis confirman dicha relación. El primero, dirigido por Varesse (Varesse, Smeets et al., 2012) concluye que el trauma infantil se relaciona tanto con la presencia de síntomas psicóticos en la población general, como con el desarrollo de trastornos psicóticos. Los pacientes con psicosis han estado expuestos casi tres veces más a eventos traumáticos en la infancia que la población general. Todos los tipos de trauma infantil interpersonal fueron relacionados con la psicosis. Los factores predisponentes principales fueron la edad de exposición al trauma y la politraumatización (haber sido víctima de más de un tipo de trauma).

El segundo metaanálisis encontró que en las personas con diagnóstico de esquizofrenia habían padecido 3,6 veces más adversidad infantil (Matheson et al., 2016). Este impacto resultó inferior a de los pacientes con trastorno

disociativo y TEPT y similar al de los trastornos afectivos, y trastornos de personalidad. Este estudio pone de manifiesto la falta de especificidad del trauma infantil como factor de riesgo de esquizofrenia, pero también su presencia significativa en estos cuadros.

2.2. Modelos explicativos trauma infantil-esquizofrenia

Se han postulado diferentes modelos explicativos de la relación entre trauma infantil y esquizofrenia, entre ellos se sitúan los modelos biológicos y psicológicos, que no son excluyentes, sino complementarios.

2.2.1. Modelos explicativos biológicos

Aunque la consideración del trauma infantil como causa de esquizofrenia despierta controversias, Read en 2001 propuso el modelo traumagénico de la esquizofrenia que posteriormente revisó en 2014 (Read, 2014). El autor plantea una relación causal, afirmando que un trauma de suficiente magnitud, en las etapas críticas del neurodesarrollo (en las cuales el cerebro es extremadamente sensible a los factores ambientales) provocaría *per se* cambios neuroestructurales y neurobioquímicos, fruto de procesos de sensibilización.

El modelo traumagénico se basa en las similitudes encontradas en personas gravemente traumatizadas en la infancia y las personas afectadas de esquizofrenia, con respecto a anomalías estructurales y neurobiológicas. El hipocampo está implicado en determinar las respuestas al estrés a través del *feedback* negativo de la secreción de glucocorticoides en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Los estresores crónicos incrementan este *feedback* negativo y potencian la respuesta a posteriores estresores normales a lo largo de la vida.

Investigaciones tanto en animales como en seres humanos han mostrado que la adversidad social severa en la infancia puede inducir una cascada de alteraciones a largo plazo en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA). Inicialmente se produce un aumento de los niveles diurnos de cortisol, que posteriormente puede ir disminuyendo; hay un incremento de reactividad tanto al estrés como a la administración de glucocorticoides y hay un incremento de

liberación hipotalámica de la hormona liberadora de corticotropina (CRH). La alta actividad neuronal de CRF conduce a una disfunción de las redes neuronales corticales relacionadas en depresión y psicosis (Heim et al., 2000; Bennett, 2008).

Barker propone un modelo biopsicosocial integrado del maltrato infantil y la psicosis. Es sabido que el trauma infantil predispone a la psicosis, pero también a otros trastornos psiquiátricos, incluyendo trastornos afectivos, de ansiedad y abuso de sustancias. La autora hace una revisión de la literatura sobre cuáles son las vulnerabilidades individuales a diferentes entidades psiquiátricas, partiendo de similares factores ambientales. En cuanto al eje HPA, las personas con esquizofrenia tienen una respuesta al estrés alterada y la hiperactividad del eje HPA puede mediar la relación entre el estrés y la psicosis. El estrés aumenta la liberación de dopamina, que a su vez se asocia con una mayor respuesta al cortisol en estresores futuros. Tanto las personas sanas que refieren bajos cuidados maternos o maltrato en la infancia, como las personas que padecen esquizofrenia, muestran un incremento en la liberación de dopamina frente a los estresores sociales que está mediada por el cortisol. Así, el estrés crónico conduce a una hiperreactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo cual puede resultar en una disminución del volumen hipocampal, un incremento de la liberación de dopamina y el desarrollo de psicosis (Walker et al., 2008).

Otro factor biológico que ha sido considerado como mediador entre el trauma y el desarrollo de esquizofrenia es el factor neurotrófico derivado del cerebro, *brain derived neurotrophic factor* (BDNF). Se trata de una proteína que actúa como factor neurotrófico, importante para la supervivencia de las neuronas motoras y del hipocampo, y que tiene un papel importante en los procesos fisiológicos subyacentes a la plasticidad y al desarrollo del sistema nervioso. La activación crónica de los receptores de glucocorticoides en respuesta al estrés provoca una regulación a la baja y una supresión de la expresión del BDNF. Un alto nivel de cuidados maternos está asociado con un incremento de la expresión de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) en el hipocampo que producen una elevada expresión del BDNF. Centrándonos en población psicótica, un estudio relaciona la polivictimización con bajos niveles de BDNF en plasma y el riesgo

de desarrollar esquizofrenia (Fawzi et al., 2013). Este grupo egipcio observó que los individuos que habían padecido múltiples traumas tenían más posibilidades de desarrollar un primer brote psicótico, y que los niveles bajos de BDNF plasmático mediaban la probabilidad de desarrollar esquizofrenia.

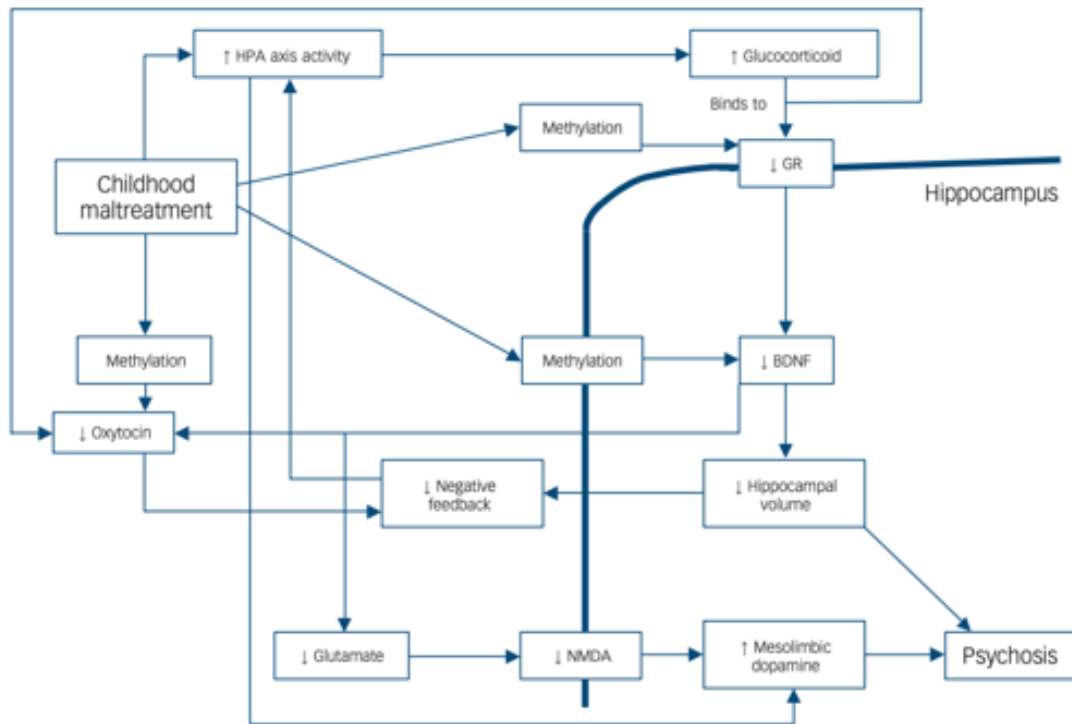


Fig. 1 A pathway from childhood maltreatment to psychosis.
HPA, hypothalamic-pituitary-adrenal axis; GR, glucocorticoid receptor; BDNF, brain-derived neurotrophic factor; NMDA, N-methyl-D-aspartate.

FIGURA 1. Walker E. (2008). A pathway from childhood to psychosis (Figura). Recuperado de doi: 10.1192/bjp.bp.113.143578. PMID: 25733568.

El papel de los factores genéticos en la asociación entre el trauma infantil y los trastornos psicóticos se han investigado en términos de correlación estadística gen-ambiente (rGE) y en términos de interacción gen-ambiente (GxE).

En cuanto a la correlación estadística, rGE, los genes podrían influir tanto en la exposición al trauma infantil como a la psicosis (determinado genoma puede predisponer tanto al maltrato parental como a la psicosis, por ejemplo, debido a un carácter más impulsivo o irritable). Al hablar de la interacción gen-ambiente

(GxE), nos referimos a que determinados genes puedan influir en la sensibilidad a los efectos del trauma (determinado genoma puede hacer más sensible a la persona a la influencia del trauma en el desarrollo de psicosis).

Un trabajo reciente con 133 parejas de gemelos, concluye que la relación entre trauma infantil y esquizofrenia es, al menos parcialmente, causal directa y no puede ser explicada exclusivamente por la correlación gen-ambiente (rGE) (la vulnerabilidad genética a la esquizofrenia podría ser a su vez un factor predisponente a sufrir maltrato infantil). (Lecei et al., 2019). Los autores concluyen que, aunque la vulnerabilidad genética puede aumentar el riesgo a sufrir trauma, el trauma infantil por sí mismo explica, al menos parte del desarrollo de la psicopatología.

La interacción gen-ambiente (GxE) se estudia mediante medidas genéticas cuantitativas (p. ej., parientes afectados) o moleculares (p. ej., polimorfismos específicos). Por ejemplo, se ha relacionado el abuso infantil y el polimorfismo del gen BDNF, Val66MET, con el desarrollo de un mayor número e intensidad de experiencias psicóticas-like en la población general. Los portadores Met mostraban más síntomas psicóticos tras la exposición a trauma infantil que homocigotos Val/Val. (Alemany et al., 2011).

En una reciente revisión sistemática (Sideli, Murray et al., 2020), los autores concluyen que tanto los estudios enfocados en la historia familiar de psicosis como en los polimorfismos específicos, como el polimorfismo catecol-o-metiltransferasa (COMPT), han dado hallazgos inconsistentes en la relación del trauma infantil y la psicosis.

Por otro lado, se está reconociendo el papel los genes involucrados en la transmisión dopaminérgica y glutaminérgica y en la función inmunológica en la patogénesis de la esquizofrenia (*Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014*), sin embargo, aún no hay estudios sólidos sobre su relación con el trauma infantil. Actualmente se están sugiriendo estudios con medidas de riesgo genético para la psicosis causada por trauma infantil derivadas de estudios GWAS (*Genome-wide association study*), o estudios de asociación con genoma completo), replicados en diferentes y amplias poblaciones. (Van Winkle et al., 2008; Sideli, McAtee et al., 2020).

2.2.2. Modelos explicativos psicológicos

Hemos visto los modelos explicativos de tipo biológico, pero también se han propuesto otros predominantemente psicológicos, que explicaban los factores mediadores entre el trauma infantil y la esquizofrenia los dividiremos en tres modelos, la mayoría de las veces complementarios: modelo cognitivo, mediación del TEPT y mediación de la disociación.

i. Modelo cognitivo

El modelo cognitivo explica que la percepción negativa de uno mismo y la apreciación de amenaza por parte de los otros, consecuencias frecuentes de las experiencias de trauma interpersonal, pueden dar lugar a ideación delirante de perjuicio (Gracie et al., 2007; Kilcommons & Morrison, 2005).

También se ha visto que los síntomas postraumáticos de re-experimentación están fuertemente asociados con las alucinaciones cuando el paciente descontextualiza los de los eventos traumáticos. Es conocido que las experiencias psicóticas son un fenómeno frecuente en la población general. Las personas con historia de trauma tienen una apreciación catastrófica de estas vivencias y del desarrollo de la psicosis. Los modelos cognitivos explican cómo el trauma puede predisponer a la persona a apreciar las experiencias inusuales de una forma problemática (Morrison et al., 2004; Chadwick & Birchwood, 1994).

En la misma línea, en un trabajo prospectivo con una amplia muestra de población general (Bak et al., 2005) encuentra una alta prevalencia de trauma en las personas que asociaban las experiencias psicóticas a malestar emocional, mientras que aquellas con nulo o bajo malestar por dichas experiencias tenían poca prevalencia de trauma.

Bentall & Fernyhough en 2006 sugieren una hipótesis para las ideas delirantes. Proponen que la asociación de apego inseguro y experiencias crónicas de victimización en la infancia conducen a una autoestima negativa y a una falta de fe en los otros. Las nuevas experiencias de victimización refuerzan la baja

autoestima y el sesgo explicativo externalizarte. Si a esto se añade una predisposición genética a unas pobres estrategias de teoría de la mente y el paciente es incapaz de atribuir las acciones negativas de los otros a factores situacionales, el paciente anticipará amenazas sociales y desarrollará ideación paranoide.

ii. *El estrés postraumático como mediador entre trauma infantil y psicosis*

Hay autores que postulan que el estrés postraumático tendría un papel mediador en el desarrollo de un cuadro psicótico incluso superior al evento traumático en sí mismo (Spitzer et al., 2007). Años más tarde, el mismo grupo de Stralsun (Alemania) expresó su ambivalencia ante esta cuestión, hipotetizando sobre la existencia de dos “rutas diferentes” en los efectos del trauma infantil en la psicosis. Por un lado, existirían pacientes con mayor vulnerabilidad a desarrollar una esquizofrenia, y por otro, habría individuos con mayor tendencia a desarrollar un síndrome de estrés postraumático (Vogel, Schatz et al., 2009). En este estudio en el que se incluyeron 71 pacientes esquizofrénicos, no se encontró relación entre el diagnóstico de estrés postraumático y los síntomas disociativos y psicóticos de la esquizofrenia, mientras que sí se vio una relación del trauma infantil con los síntomas disociativos y con la intensidad de los síntomas psicóticos.

iii. *La disociación como mediador entre trauma infantil y psicosis*

Este modelo sitúa la disociación como factor mediador. La disociación potenciaría los síntomas positivos, debido a la pérdida de contacto con la realidad interna y externa, y también los negativos, debido a la pérdida de conexión emocional y a la disrupción de los procesos cognitivos (Hollowka et al., 2003; Vogel et al., 2009). En esta misma línea, algunos estudios sugieren que la relación entre trauma infantil y las alucinaciones, en pacientes con patología del espectro de la esquizofrenia, estaría mediada por la disociación (Varese, Barkus et al., 2012).

Las explicaciones de estos fenómenos han llevado a algunos autores (Moskowitz & Corstens, 2007) a proponer que las alucinaciones puedan ser consideradas más como síntomas disociativos que psicóticos, incluso en el contexto de una esquizofrenia. La disociación podría ser el mecanismo que lleva a pasar del diálogo interno normal a la tendencia a padecer alucinaciones auditivas, debido a un fallo en la atribución de ese diálogo interno a una fuente externa (Alderson-Day et al., 2014).

En este sentido, en nuestro país se han publicado estudios que relacionan la despersonalización y la tendencia a la autofocalización de la atención, con el trauma infantil y la psicosis. En los primeros (Perona-Garcelan et al., 2008; Perona-Garcelan et al., 2010), se halló una relación significativa entre la autofocalización de la atención con los delirios, las alucinaciones y la despersonalización. El análisis posterior mostró, que la despersonalización ejercía un rol mediador entre la autofocalización atencional y las alucinaciones.

Los mismos autores, en un estudio posterior (Perona-Garcelan et al., 2012) observaron que los individuos que habían sufrido algún tipo de abuso durante la infancia presentaban más síntomas disociativos y más síntomas psicóticos positivos. El análisis de los efectos indirectos, mostró que la despersonalización ejercía un efecto mediador entre el trauma infantil y las alucinaciones. En este sentido, los autores describen las alucinaciones como un fenómeno básicamente disociativo. Especulan que las alucinaciones son el producto de un distanciamiento de eventos privados (relacionados a experiencias traumáticas infantiles). Existiría un continuo, desde casos de experiencias de despersonalización parciales, en los cuales la persona tendría un distanciamiento de sí mismo solo en ciertos tipos o clases de pensamientos, que los viviría como voces internas. Luego estarían las experiencias de despersonalización más intensas que son experimentadas como alucinaciones externas. En el extremo estarían las situaciones en las que el distanciamiento de las vivencias propias es tan intenso y generalizado que el paciente lo experimenta como amplias partes de experiencia del yo separadas entre sí, tratándose del trastorno disociativo de identidad.

La politraumatización, definida como el haber sido víctima de más de un tipo de trauma interpersonal, se ha relacionado en forma dosis-respuesta con la aparición de síntomas psicóticos. Shelvin y cols en 2008 estudiaron en dos amplias muestras representativas de UK y USA, si la acumulación de diferentes tipos de trauma se relacionaba con el desarrollo de síntomas psicóticos. La conclusión fue que, mientras haber sufrido un tipo de trauma no aumenta de forma significativa el desarrollo de psicosis, sí lo hace el haber padecido dos o más, con un incremento dramático si se han sufrido 4 o 5 tipos de traumas. Una de las posibles explicaciones que proponen los autores es que este hecho esté mediado por la disociación. Las alucinaciones, por ejemplo, pueden ser la consecuencia de una falta de integración de las percepciones con las representaciones afectivas y cognitivas de un evento traumático. Más traumas conducirán a una mayor disociación y, por lo tanto, mayores representaciones fragmentarias de eventos traumáticos, que pueden ser experimentadas como alucinaciones.

Hardy en 2017 propone un modelo de cómo el trauma puede llevar a experiencias psicóticas basado en tres factores de vulnerabilidad:

1. La regulación emocional: Los intentos comprensibles de sobrevivir al trauma se convierten en mecanismos habituales en la regulación de las emociones, manifestándose en respuestas cognitivas, afectivas, comportamentales e interpersonales.
2. Alteraciones de la memoria episódica: Las memorias del suceso traumático, se codifican como representaciones perceptuales descontextualizadas y fragmentadas, que serán experimentadas como síntomas psicóticos.
3. Alteraciones en la memoria semántica: En especial la valoración de uno mismo y de los otros, influida por las memorias del trauma, generará sesgos en las creencias y las apreciaciones sobre uno mismo, los demás y el mundo (Hardy, 2017)

3. ¿CÓMO AFECTA EL TRAUMA INFANTIL A LA PSICOSIS?

Como hemos visto, la relación entre trauma infantil y psicosis está bien establecida, y son diversas las teorías sobre los factores que median en esta relación. Pero otro tipo de análisis tiene que ver con el tipo de trauma. Las experiencias englobadas en el concepto de trauma infantil son muy diversas, y un área de estudio se ha centrado en discriminar qué elementos del trauma infantil son los que más pueden influir en las características clínicas de la psicosis.

Como hemos comentado anteriormente, el número de traumas es uno de los aspectos a tener en cuenta. Así, la politraumatización definida como el haber sido víctima de más de un tipo de trauma interpersonal, se ha relacionado en forma dosis-respuesta con la aparición de síntomas psicóticos. Otros factores de los traumas infantiles que predisponen a la psicosis son el inicio precoz, y la intensidad y la duración del mismo (Bental et al., 2012; Shelvin et al., 2008, Shelvin et al., 2011; Lodgen et al., 2016). Sin embargo, la edad precoz del trauma infantil como factor de riesgo para los síntomas psicóticos es un hallazgo controvertido. En un estudio prospectivo con una muestra de 2.232 gemelos, se detectó que el abuso por cuidadores o *bullying* era predictor de padecer síntomas psicóticos a la edad de 12 años independientemente de la edad en que ocurrieron los abusos (Arseneault et al., 2011).

Otro tema relacionado con la influencia diferencial del trauma en la psicosis, es su posible relación con unos aspectos de la sintomatología psicótica y no con otros. De los muchos trabajos sobre la influencia del trauma en la psicosis en distintas áreas como tipo de síntomas psicóticos, síntomas cognitivos, abuso de drogas y otras comorbilidades, adherencia terapéutica, rehabilitación psicosocial, en lo que respecta a nuestro tema de estudio nos centraremos en tres áreas: síntomas psicóticos positivos y negativos, clínica disociativa y conducta suicida.

3.1. Síntomas psicóticos positivos y negativos

Un número considerable de artículos se han focalizado en explorar la especificidad de ciertos traumas como desencadenantes de algunos síntomas psicóticos específicos. Así, numerosos estudios han relacionado el abuso sexual con las alucinaciones (Read, J., & Argyle, N., 1999; Bentall et al., 2012; Shelvin et al., 2011). Un estudio en primeros episodios psicóticos (Misiak et al., 2016) asocia específicamente el abuso sexual con las alucinaciones auditivas. Las alucinaciones en pacientes víctimas de abuso sexual tenían características diferenciales significativas: voces en tercera persona, insultantes, o amenazadoras. Sin embargo, esta relación sólo resultó significativa en mujeres.

En el trabajo antes citado de Bentall y cols., en el que encuentran relación entre el abuso sexual y las alucinaciones, esta relación no se da con las ideas delirantes. El mismo trabajo halla una relación entre la institucionalización en la infancia y las ideas delirantes, y del abuso físico y el bullying tanto con las alucinaciones como con las ideas delirantes (Bentall et al., 2012). Concluyen que estos diferentes efectos pueden sugerir que hay traumas particulares o combinaciones de ellos que tienen un efecto tóxico específico en cada experiencia psicótica.

Un tema muy estudiado es, en línea con lo anterior, es la relación entre trauma infantil y síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia. Sobre ello, hay numerosos y contradictorios estudios, que mostramos resumidos en la siguiente tabla (Tabla 1).

TABLA 1 Relación de la intensidad de los síntomas positivos y negativos y trauma infantil en esquizofrenia

AUTOR AÑO	MUESTRA		TRAUMA INFANTIL / SÍNTOMAS +	TRAUMA INFANTI. / SINTOMAS -
	N	DIAGNÓSTICO		
Heins 2011	227	Psicosis no afectivas	PANSS+/ CTQ T Relación directa	PANSS - / CTQ T, abuso y negligencia No asociación
			PANSS+ / CTQ abusos Relación directa	
			PANSS+ / CTQ negligencias No asociación	
Wang 2012	128	Primeros episodios psicóticos	Alucinaciones/ CTQ T Relación directa	NO EVALUADO
			Delirios/ CTQ T No asociación	
	571	Esquizofrenia	Alucinaciones y delirios/ CTQ T No asociación	
Ruby 2015	28	Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo	PANSS+ / ETI Relación directa	PANSS- / ETI Relación inversa
Duhig 2015	100	Primeros episodios psicóticos	PANSS+/ CTQ T Relación directa	NO EVALUADO
Ramsay 2011	61	Primeros episodios psicóticos en hombres hospitalizados	SAPS / abuso emocional Relación directa	SANS / negligencia emocional Relación directa
Chae 2015	98	Esquizofrenia	PANSS+ / CTQ T y CTQ abuso sexual Relación directa	PANSS- / CTQ T No asociación

Abkey 2019	100	Esquizofrenia	SAPS /CTQ T No asociación	SANS / CTQ T No asociación
			Delirios / CTQ T Relación directa	Dificultad de relación /CTQ T Relación directa
Isvoranu 2016	1.120	Psicosis no afectivas	PANSS+ / CTQ T Asociación directa mediada por PANSS G	PANSS- / CTQ T Asociación directa mediada por PANSS G
Sar 2010	70	Esquizofrenia	SAPS /CTQ T No asociación	SANS / CTQ T No asociación
Upok 2007	57	Primeros episodios psicóticos	SAPS / CTQ T Relación directa	PANSS- / CTQ T No asociación
Gallagher 2011	134	Esquizofrenia	SAPS Y PANSS+ / Social history of childhood abuse Relación directa	SANS y PANSS- / Social history of childhood neglect Relación directa
van Dam 2015	1.119	Psicosis no afectivas	PANSS+ / CTQ T Relación directa	PANS- / CTQ T Relación directa
Schalinski 2017	180	Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno delirante	PANSS+ / MACE Específicamente negligencia Relación directa	PANSS- / CTQ T No asociación

Abreviaturas:

CTQ: *Childhood Trauma questionnaire*

CTQ: *Childhood Trauma questionnaire. Total*

PANSS+ y PANSS-: *The Positive and Negative Syndrome Scale*

SAPS: *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms*

SANS: *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms*

ETI: *Early Trauma Inventory*

MACE: *Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE) Scale*

La mayoría de los estudios usan la escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS, por sus siglas en inglés) (Kay et al., 1987). Otros estudios usan la Escala para la Valoración de los síntomas Positivos (SAPS) y la Escala para la Valoración de los síntomas Negativos (SANS) (Andreasen, 1983; Andreasen, 1984). Ambas escalas son heteroadministradas y miden la presencia e intensidad de los síntomas psicóticos positivos y negativos, y las dos se correlacionan entre sí ($r = 0,71 - 0,84$) (Van Erp et al., 2014).

En cuanto al trauma infantil, la escala más usada es el Cuestionario de Trauma en la Infancia (*Childhood Trauma questionnaire*, CTQ; Berstein et al., 1994), otros trabajos utilizan el Inventario de Trauma Temprano (*Early Trauma Inventory*; ETI; Bremner et al., 2000) y la Cronología de Exposición al Maltrato y el Abuso (*Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale*, MACE; Teicher & Parigger, 2015)

El CTQ es un cuestionario autoadministrado de 28 ítems que valora la presencia y la severidad de cinco tipos de trauma infantil: abuso y negligencia emocional, abuso y negligencia física y abuso sexual. Es el instrumento más utilizado en la literatura.

El ETI un instrumento para la evaluación del abuso físico, emocional y sexual, así como otros sucesos traumáticos, que mide la frecuencia, edad de aparición, impacto emocional y otras variables de los traumas infantiles

La escala MACE es una escala retrospectiva de la presencia e intensidad del abuso y negligencia durante el desarrollo, incluyendo el *bullying* (no incluido en la CTQ).

Como se observa en la Tabla 1, son muchos los estudios que asocian el trauma infantil con los síntomas positivos de la esquizofrenia (Ruby et al., 2017; Duhing et al., 2015; Chae et al., 2015; Uçok & Bikmaz, 2007; Van Dam et al., 2011, Schalinski et al., 2017). Hay autores que encuentran esta relación directa en los pacientes con trauma infantil por abuso, pero no por negligencia (Gallagher & Jones, 2011; Heins et al., 2011). Algunos autores encuentran solo la relación del trauma infantil con algún síntoma psicótico positivo específico, pero no con la escala positiva total, por ejemplo, con alucinaciones en primeros episodios

psicóticos (Wang et al., 2013) y con delirios (Abkey et al., 2019). Sar en 2010, no encontró relación entre los síntomas positivos con el TI, pero sí con la disociación.

Los síntomas negativos son aún más controvertidos. Muchos estudios no encuentran relación entre el trauma infantil y síntomas negativos de la esquizofrenia (Uçok & Bikmaz, 2007; Heins et al., 2011; Chae et al., 2015; Abkey et al., 2019, Sar et al., 2010), otros encuentran una relación directa general (Van Dam et al., 2011); una relación directa en particular con trauma por negligencia (Gallagher & Jones, 2011) y un tercer grupo encuentran una relación inversa (Ruby et al., 2017).

Es de destacar que la mayoría de los artículos anteriores analizan los síntomas positivos y negativos, pero no valoran la dimensión de psicopatología general de la PANSS (PANSS G). Esto podría representar un sesgo en los resultados obtenidos. Un estudio basado en análisis de redes, incluyendo las tres dimensiones de la PANSS: positiva, negativa y general, concluye que ni el trauma infantil, ni ninguno de sus tipos está asociado directamente con ningún ítem de las escalas positiva y negativa de la PANSS, sino que la correlación está mediada por la escala de psicopatología general. Así pues, sería la psicopatología general la mediadora entre el trauma infantil y la psicosis. Por ejemplo, la ansiedad activaría la paranoia, los delirios y las alucinaciones; la falta de control de impulsos activaría la grandiosidad, la hostilidad y la excitación; y el retardo en la activación motora generaría los síntomas negativos (Isvoranu et al., 2017).

3.2. Conducta suicida

El papel del trauma infantil en la conducta suicida es bien conocido en la literatura general. Un metaanálisis reciente (Angelakis et al., 2019) concluyó que en las personas que han estado expuestas a eventos traumáticos en la infancia el riesgo de suicidio se multiplica de dos a tres veces en relación a la población no traumatizada. Esta relación se mantiene para todos los tipos de maltrato: abuso sexual (OR: 2,52, IC 95%: 2,09–3,04), abuso físico (OR: 2,52, IC 95%: 2,09–

3,04), abuso emocional OR: 2,49, IC 95%: 1,64–3,77), negligencia emocional (OR: 1,40, IC 95%: 1,02–1,93), negligencia física (OR: 1,44, IC 95%: 1,06–1,95) y haber sufrido algún tipo de trauma (OR: 2,09, IC 95%: 1,67–2,60). La politraumatización incrementa por cinco el riesgo de tentativas suicidas (OR: 5,18, IC 95%: 2,52–10,63). En cuanto a la ideación suicida, los hallazgos que encuentran son similares.

Ya que los efectos mediadores o moderadores de evaluaciones cognitivas negativas (desvinculación, derrota, sentirse atrapado) serían transdiagnósticos en las tentativas de suicidio (Siddaway et al.,2015), y no exclusivos de los pacientes con antecedentes traumáticos, los autores concluyen que se necesitan más estudios destinados a identificar los mecanismos subyacentes que conducen al suicidio para quienes experimentaron maltrato infantil (Angelakis et al., 2019).

En general, los estudios sobre la relación entre trauma infantil e intentos de suicidio en pacientes con esquizofrenia concluyen que los pacientes con antecedentes de maltrato en la infancia tienen un mayor riesgo de realizar conductas suicidas (Upok et al.,2009; Álvarez et al., 2011; Conus et al., 2010; Ramsay et al., 2011). Esta relación del trauma infantil con la suicidabilidad es común a todas las patologías del espectro traumático-disociativo, así el TEPT, el TLP y los trastornos disociativos tienen altas tasas de suicidabilidad, que han mostrado estar relacionadas con el trauma infantil (Bach et al., 2018; Calati & Courtet., 2017; de Aquino Ferreira et al., 2018).

3.3. Síntomas disociativos

3.3.1. Trabajos empíricos

Para medir la intensidad de los síntomas disociativos la casi totalidad de los estudios utilizan la escala de experiencias disociativas (*Dissociative Experience Scale*, DES; Carlson & Putnam,1993). La DES es una escala cuantitativa que no tiene puntos de corte diagnósticos bien establecidos y se ha usado en múltiples poblaciones, tanto en población general como en diferentes patologías

psiquiátricas. Este instrumento consta de 28 ítems que evalúan la frecuencia con que se experimentan diversos fenómenos disociativos. El individuo cuantifica cada ítem usando una escala de 100 puntos y el resultado se divide entre 28, que es el número de ítems. Haremos referencia a resultados basados en este instrumento en las descripciones posteriores.

La primera investigación de la clínica disociativa en la esquizofrenia y su relación con el trauma infantil se remonta a 1991 (Goff et al., 1991). En una muestra de 61 pacientes afectos de psicosis, este trabajo encontró una relación significativa entre el abuso físico y/o sexual durante la infancia y un incremento de la prevalencia de síntomas disociativos. Tres años más tarde (Greenfield et al., 1994) se encontró una alta prevalencia de trauma infantil en una muestra de 38 pacientes que sufrían un primer episodio psicótico, con una relación significativa entre el abuso sexual y la severidad de los síntomas disociativos.

En casi la totalidad de los estudios sucesivos, se encontraron medias de la escala DES en pacientes del espectro esquizofrénico más elevadas que en población general. Como referencia, las puntuaciones medias en población general en el estudio que dio origen a la escala van de 3,7 a 7,8 (Carlson & Putnam, 1993). El rango reportado en la literatura en paciente psicóticos va desde 15,3 a 26,9, variando en distintos estudios: 15,3 (Vogel, Spitzer et al., 2009), 15,7 (Bob et al., 2006), 15,8 (Spitzer et al., 1997), 18,1 (Sar et al., 2010), 18,9 (Chae et al., 2015), y 26,9 (Hlastala & McClellan, 2005). Dos estudios reportan medias de DES de 19,2 a 21 en pacientes agudos ingresados, y entre 11,9 y 14,1 en pacientes estabilizados (Schäfer et al., 2006; Schäfer et al., 2012).

Sólo hemos encontrado un estudio en el que las puntuaciones de sintomatología disociativa medidas con la DES en pacientes del espectro esquizofrénico (14,0) no presentaban diferencias significativas con la población general (17,2), presentándose únicamente niveles más altos en pacientes con TLP.

Por tipos de trauma, se ha encontrado una relación entre disociación y abuso físico (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003; Ross & Keyes, 2004; Sar et al., 2010), el abuso emocional (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003; Schäfer et al., 2006; Braehler et al., 2013), el abuso sexual (Chae et al., 2015; Ross &

Keyes, 2004; Sar et al., 2010; Schäfer et al., 2012, Braehler et al., 2013), la negligencia física (Schafer et al., 2012; Ross & Keyes, 2004; Braehler et al., 2013, Voguel, Spitzer et al., 2009) y la negligencia emocional (Chae et al., 2015).

En cuanto a la estabilidad de la escala DES a lo largo del curso del trastorno esquizofrénico, el grupo de Schäfer (Schäfer et al., 2006; Schäfer et al., 2012), concluyó que había variaciones según la fase de la enfermedad. Estudiaron en un grupo de pacientes esquizofrénicos, la variación de la sintomatología disociativa (a través de la DES) desde el momento previo al ingreso hospitalario, hasta el momento de la estabilización psicopatológica. En un primer estudio, la diferencia en la puntuación DES, entre el ingreso hospitalario y el momento de estabilización fue de 10 puntos. Años más tarde, volvieron a comprobar que la disociación medida por la DES era estado-dependiente en los pacientes del espectro esquizofrénico, en este caso la puntuación diferencial fue de 5 puntos. En las conclusiones los autores postulan que podría existir una medición distorsionada de los síntomas disociativos, por un solapamiento de los síntomas psicóticos en la fase aguda de la enfermedad (algunos ítems de la DES como verse raro en el espejo o escuchar voces pueden aparecer en ambas patologías). Por otro lado, se hipotetiza sobre la posibilidad de que aparezcan alucinaciones de tipo disociativo en momentos de desestabilización aguda. También se alude a la posibilidad de que ambas patologías compartan una etiología común, presentando síntomas similares en un momento de descompensación inicial.

En relación con lo anterior, pero a medio/largo plazo, un estudio encuentra mayor disociación en pacientes con esquizofrenia crónica que en primeros episodios (medias DES de 13,0 y 6,6 respectivamente) (Braehler et al., 2013). Los autores sugieren que la mayor disociación en pacientes crónicos podría ser debida la suma de experiencias traumáticas sufridas en la edad adulta. Los pacientes psicóticos son más propensos a sufrir abusos, aparte de los ingresos involuntarios, también altamente traumáticos. También las víctimas de trauma infantil tienen más probabilidades de sufrir situaciones de violencia interpersonal en el futuro (revictimización). Así la acumulación de traumas posteriores al trauma infantil, haría esperar una mayor disociación.

A la hora de estudiar la relación entre la disociación y las características y/o intensidad de los síntomas propios de la esquizofrenia, nos encontramos con diferentes hallazgos.

Algunos trabajos observan que una mayor intensidad de los síntomas disociativos se relaciona con una mayor severidad exclusivamente de los síntomas positivos (Spitzer et al., 1997, Kilcommons & Morrison, 2005, Perona-Garcelán et al., 2010, Schalinski et al., 2017). Perona-Garcelán et al. en 2011 asocian los niveles altos de síntomas disociativos específicamente con clínica alucinatoria.

Otros autores relacionan los síntomas disociativos tanto con la sintomatología positiva como con la negativa (Ross & Keyes, 2004; Sar et al., 2010). Vogel y cols. en 2013 vieron una relación específica entre los síntomas disociativos de despersonalización/desrealización con los síntomas positivos; así como de la amnesia disociativa con los síntomas negativos de la esquizofrenia. Solo hemos encontrado un estudio (Spitzer et al., 1997), en que se ha encontrado una relación inversa entre el síntoma negativo de retracción emocional y los síntomas disociativos.

Aparte de los trabajos basados en la escala DES, pocos estudios se han hecho con otros instrumentos que incidan en esta área en concreto. Por ejemplo, el grupo de Sar (Sar et al., 2006; Sar et al., 2010) observa también una asociación con comorbilidad en forma de trastorno personalidad límite o con otros grupos de síntomas recogidos en la entrevista *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS) (Ross, 1989); concretamente con síntomas schneiderianos, percepciones extrasensoriales y síntomas somáticos, aunque estos datos son difícilmente comparables con los anteriores debido a la disparidad de los instrumentos de medida.

3.2.2. Teorías sobre relación esquizofrenia y disociación

Los bordes difuminados entre algunas esquizofrenias y el trastorno de identidad disociativo (TID) se mantiene desde el origen mismo del término “esquizofrenia”. Como decíamos, en 1911 Bleuler introdujo el nombre de esquizofrenia (que en sí significaba algo muy vinculado a la disociación: “mente dividida”) para

denominar a lo que Kraepelin había denominado “dementia praecox”. Bleuler (1911) describirá así la esquizofrenia “algunas ideas con mucha carga emocional o impulsos logran un cierto grado de autonomía, de modo que la personalidad cae en pedazos. Estos fragmentos pueden existir conjuntamente y dominar alternativamente la parte principal de la personalidad, la parte consciente del paciente”. Como vemos, esta definición hoy en día sería aplicada con más propiedad al TID.

El solapamiento entre ambos cuadros también se ve reflejado en los síntomas definidos por Schneider como característicos de la esquizofrenia, muchos de ellos descriptivos de lo disociativo. Como decíamos, solo en el reciente DSM 5 la necesidad de cumplir dos ítems para el diagnóstico de esquizofrenia, ha posibilitado que la presencia únicamente de alucinaciones no implique esta etiqueta, lo cual era un factor más de confusión.

¿Se trata aquí de un solapamiento de síntomas entre dos cuadros quizás no tan distintos? ¿En una simple similitud entre síntomas, parecidos, pero no iguales? En esta línea, se han propuesto distintas hipótesis. Algunos autores proponen que muchos pacientes con TID estuviesen erróneamente diagnosticados de esquizofrenia, debido a la consideración de los síntomas schneiderianos (más propios muchos de ellos de la disociación) como síntomas patognomónicos de esquizofrenia en los manuales diagnósticos (Bliss, 1980; Ross et al., 1990).

Otros autores proponen que existiría un espectro de trastornos, caracterizados por síntomas psicóticos, en los que el trauma sería un componente causal de importancia variable. En un extremo estarían los trastornos disociativos claros, sin patología psicótica negativa. En el otro extremo del espectro estarían las personas con una predisposición hacia la psicosis desde el neurodesarrollo, y en los que el trauma infantil haría surgir la psicosis (Scharfetter, 2019). Podríamos añadir que, en personas con alta predisposición a la psicosis, ésta podría aparecer sin que hayan ocurrido traumas de relevancia.

Van der Hart (2015) propone el término de psicosis disociativa, el cual integra dentro del modelo de la disociación estructural de la personalidad. De acuerdo con esta teoría, los trastornos relacionados con el trauma conllevan una integración deficiente entre dos o más partes de la personalidad, entendida cada

una de estas partes como un conjunto de subsistemas psicológicos primarios. Una parte de la personalidad intenta seguir con la vida normal, como si el evento traumático no le afectase (parte aparentemente normal). Otra, u otras partes de la personalidad están fijadas a las memorias traumáticas que la “parte aparentemente normal” evita, y las reexperimentan de forma recurrente (partes emocionales). Para van der Hart la psicosis disociativa vendría definida como un síndrome que incluye a una o más “partes emocionales” que estarían caracterizadas por experiencias psicóticas. Estas “partes emocionales”, o bien toman el control ejecutivo con alucinaciones terroríficas derivadas del trauma, o se experimentan como intrusiones en la “parte aparentemente normal”, que se siente abrumada por las amenazas o voces imperativas de la “parte emocional”. Ambos fenómenos pueden coexistir en la misma persona.

En base a estas dificultades diagnósticas entre TDI y algunas esquizofrenias, y con la finalidad de utilidad clínica y terapéutica, Ross propone el concepto de “esquizofrenia disociativa” (Ross, 2019). La idea sería delimitar un grupo de pacientes esquizofrénicos, con altos niveles de disociación y trauma, que precisaría ser estudiado de modo específico. Se trata de una hipótesis plausible y validada científicamente que podría arrojar luz a la intrincada relación entre estas dos entidades. Este concepto se desarrolló primeramente en un estudio de 60 pacientes con esquizofrenia, a los que se les administró la DES. El estudio concluyó que los pacientes con alta puntuación la DES tenían más historia de abuso severo en la infancia, más síntomas positivos y negativos y más comorbilidad en patologías del eje I y II del DSM IV (Ross & Keyes, 2004). La existencia de este subtipo de esquizofrenia fue corroborada posteriormente por Sar en el 2010.

Un reciente estudio en nuestro país vuelve a mostrar la existencia de un subgrupo de pacientes esquizofrénicos con más altos niveles de trauma y disociación, mayor psicopatología, más baja autoestima y más conciencia de enfermedad, que constituye una población de mayor severidad (Justo et al., 2018). El sentido de aislar este subgrupo no es únicamente conceptual, sino que, desde un punto de vista más pragmático, permitiría planificar intervenciones específicas y tendría

sentido ofrecer a este grupo una psicoterapia centrada en el trauma y la disociación.

Otro estudio actual, plantea el problema de los síntomas comunes en la esquizofrenia y en el trastorno disociativo de identidad desde otra perspectiva, utilizando el modelo dimensional y el modelo de estructuras en red de la psicopatología (Renard et al., 2017):

- En el *modelo dimensional* la concurrencia de síntomas es menos sorprendente porque el diagnóstico no representa siempre entidades nosológicas subyacentes, sino simplemente combinaciones de experiencias psicopatológicas. La concurrencia de síntomas podría ser consecuencia de la combinación de dos o más experiencias psicopatológicas que ocurren juntas y no de dos enfermedades diferentes que ocurren juntas.
- Otra explicación de la concurrencia de síndromes del espectro esquizofrénico y síndromes disociativos podría explicarse por el *modelo de estructura en red* de la psicopatología (Borsboom et al., 2011). Este modelo defiende el que un diagnóstico no refleja una enfermedad sino más bien una red de síntomas que interactúan entre sí. Asimismo, considera que otros factores como los rasgos de personalidad y el ambiente también pueden tener influencia en estas redes. El modelo predice específicamente que los límites entre diagnósticos son difuminados. Los síntomas funcionan como una pequeña red en la que unos síntomas pueden causar otros síntomas. Los autores concluyen que estos modelos podrían explicar mejor los límites inciertos de estas dos entidades sin tener que recurrir a una a nueva categoría que podría acuñar el término de esquizofrenia disociativa, es decir, los pacientes podrían tener síntomas de los dos diagnósticos sin que ello signifique que tengan dos entidades nosológicas o tener que acuñar una tercera. Estos postulados se apoyan en la experiencia clínica en la que se observa que la disociación aumenta la vulnerabilidad para las experiencias psicóticas, y también que la ideación paranoide y las alteraciones sensorio-perceptivas aumentan la vulnerabilidad a la disociación. Sin embargo, como la

investigación que utiliza el modelo de redes es muy reciente, el significado real de tales redes de síntomas se limita principalmente a la especulación.

SEGUNDA PARTE. TRABAJO EMPÍRICO

1. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Como se ha podido observar en páginas anteriores, hay fundamentos empíricos que corroboran la influencia del trauma en la infancia (TI) en el desarrollo de los trastornos del espectro esquizofrénico en la edad adulta. La casi totalidad de los estudios previos relacionan la clínica disociativa en los pacientes con esquizofrenia con el TI. La conducta suicida también está relacionada con el TI. Los estudios también sugieren que en los pacientes con antecedentes de trauma infantil hay más síntomas psicóticos positivos, aunque el consenso en este punto es menor. Existe la hipótesis de la esquizofrenia disociativa, un constructo dimensional, que ayudaría al entendimiento y abordaje de estos pacientes. (Ross & Keyes, 2004, Sar et al., 2010).

Con idea de clarificar algunos puntos de estos estudios, se plantearon las siguientes hipótesis y objetivos:

1.1. Hipótesis

Los pacientes del espectro esquizofrénico tienen una alta prevalencia de antecedentes de TI. La clínica disociativa, la conducta suicida y los síntomas psicóticos positivos se relaciona con el TI.

1.2. Objetivos

- i) Evaluar y describir los tipos de trauma infantil que han padecido pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia (TEE): esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo
- ii) Evaluar y describir los síntomas disociativos en pacientes con TEE.
- iii) Analizar la relación entre el trauma infantil y los síntomas disociativos en pacientes con TEE.
- iv) Identificar las características clínicas de los pacientes afectados de esquizofrenia, que tienen historia de victimización infantil: conducta suicida y síntomas psicóticos positivos y negativos

2. MÉTODO

2.1. Diseño y participantes

Se realizó un estudio transversal de 45 pacientes adultos del Centro de Salud Mental de Adultos de la comarca de Osona (Catalunya), perteneciente al Hospital Universitario de Vic. La comarca de Osona tiene una población asignada de 161.701 (Censo 2020).

Todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según el criterio DSM-IV fueron invitados a participar cuando visitaron su clínica ambulatoria. Se excluyó a los pacientes que se negaron a participar o si la gravedad de su perfil clínico podía comprometer sus respuestas a los cuestionarios administrados. El estudio se realizó durante el período comprendido entre mayo de 2011 y mayo 2012.

2.2. Variables

Se registraron las siguientes variables epidemiológicas: edad, sexo, estado civil, educación, migración y situación laboral.

Las variables clínicas fueron las siguientes: diagnóstico psiquiátrico actual (DSM-IV), antecedentes familiares de esquizofrenia o trastorno bipolar, antecedentes personales de TI, antecedentes de intentos de suicidio a lo largo de la vida, síntomas psicóticos positivos y negativos y sintomatología disociativa.

2.3 Instrumentos

2.3.1. Childhood Trauma Questionnaire, Short Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 1994) en su versión española (Hernández et al., 2013).

Este instrumento fue utilizado para evaluar la TI. El cuestionario es ampliamente utilizado internacionalmente para el estudio de experiencias traumáticas en la infancia. El CTQ es un cuestionario autoadministrado y retrospectivo de 28 ítems que proporciona un análisis fiable y válido de los antecedentes de abuso y negligencia en la infancia. Se considera no invasivo, ya que sólo pide frecuencias de ejemplos de maltrato y no solicita detalles específicos. Las preguntas

recopilan información sobre cinco tipos de maltrato infantil: el abuso físico, sexual y emocional, así como el abandono físico y emocional. Se dan a elegir una de las 5 respuestas: nunca verdadero, raramente verdadero, a veces verdadero, a menudo verdadero, y muy a menudo verdadero. Cada dimensión se evalúa por la presencia o ausencia del trauma descrito y las puntuaciones alcanzadas. Establece puntuaciones de corte para cada tipo de trauma, lo que permite su clasificación de acuerdo con la intensidad: ningún trauma (5-8 puntos en abuso emocional, 5-7 puntos en abuso físico, 5 puntos en abuso sexual, 5-9 puntos en el destello emocional, y 5-7 puntos en el abandono físico); trauma leve (9-12 puntos en abuso emocional, 8-9 puntos en abuso físico, 6-7 puntos en abuso sexual, 10-14 puntos en abandono emocional y 8-9 puntos en abandono físico); trauma moderado (13-15 puntos en el abuso emocional, 10-12 puntos en el abuso físico, 8-12 puntos en el abuso sexual, 15-17 puntos en el abandono emocional y 10-12 puntos en el abandono físico); y trauma severo (más de 15 puntos en abuso emocional; más de 12 puntos en abuso físico, abuso sexual y abandono físico; y más de 17 puntos en abandono físico) (Bernstein et al., 1994). Este instrumento ha sido validado en datos de más de 2.000 encuestados, incluyendo grupos clínicos y no clínicos, constatando una alta consistencia interna con unos índices alfa de Cronbach para los factores que oscilaron entre 0,79 y 0,94. También el CTQ mostró una buena fiabilidad test-retest cuando se administró a pacientes con dependencia a sustancias durante un período de 2-6 meses. Es el cuestionario más usado internacionalmente en pacientes con trastorno mental grave para valorar antecedentes de trauma infantil

2.3.2. Dissociative Experience Scale (DES-II) (Berstein & Putnam, 1986) en su versión española (Icarán et al., 1996).

La escala consta de 28 ítems que evalúan la frecuencia con que se experimentan, en la vida cotidiana, diversos fenómenos disociativos, en los ámbitos de abstracción, amnesia y despersonalización/ desrealización, entendidos como un continuo entre experiencias normales y síntomas patológicos.

Cada persona cuantifica cada ítem usando una escala de 100 puntos, con intervalos de 10 (de 0=nunca, a 100=siempre). La escala no tiene puntos de corte

bien definidos y está orientada para una medición cuantitativa de las experiencias disociativas.

Numerosos estudios realizados con la DES han ofrecido evidencia psicométrica sobre su confiabilidad y validez (Carlson y Putnam, 1993, Bernstein et al., 1994, van IJzendoorn & Schuengel, 1996). En cuanto a su fiabilidad, distintos estudios sugieren que posee muy buena consistencia interna, con un alfa de Chronbach de 0.95 (Bernstein & Putnam, 1986) y estabilidad temporal (Frischholz et al., 1990). También existe evidencia de validez de constructo. No se han encontrado correlaciones significativas con raza, sexo, nivel profesional, educación, nivel socioeconómico, ni religión. Hay una correlación negativa con la edad, presentándose a menos edad puntuaciones más altas.

Varios estudios muestran puntuaciones más altas en grupos clínicos (por ejemplo, sujetos con diagnóstico de trastorno disociativo y trastorno de estrés postraumático) que en grupos control de población general (Bernstein y Putnam, 1986; Ross, Norton, y Anderson, 1988; Frischholz et al., 1990).

2.2.3. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987) en su versión española (Peralta & Cuesta, 1994).

Este instrumento se utilizó para evaluar la existencia de síntomas positivos y negativos específicos de psicosis y, en caso afirmativo, la intensidad de los mismos. La PANSS está compuesta por 30 ítems agrupados en tres factores: síndrome positivo (compuesto por 7 ítems: delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio, excitación, grandiosidad, suspicacia - perjuicio y hostilidad), síndrome negativo (también formado por 7 ítems: embotamiento afectivo, retraimiento emocional, contacto pobre, retraimiento social, dificultad pensamiento abstracto, ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación y pensamiento estereotipado) y psicopatología general (no usada en nuestro estudio). A su vez, cada escala se califica en grados de severidad que van del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo). La puntuación en las escalas positiva y negativa se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa. La escala PANSS permite la clasificación categorial de la sintomatología presente en la

esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Aporta no únicamente la presencia y severidad, sino también el grado de distorsión que puede ocasionar a la vida del sujeto la intensidad del trastorno mental. Es una entrevista estructurada administrada por entrevistadores experimentados.

Las propiedades psicométricas obtenidas en el estudio de Peralta son:

Fiabilidad inter-observador: Las escalas positiva y negativa en su globalidad tienen una buena fiabilidad siendo 0,71 y 0,80, respectivamente. En cuanto en la relación de la escala positiva vs negativa es excelente (Kappa =0,87).

Consistencia interna, medida mediante el índice α de Cronbach y la correlación ítem-total, en la escala de psicopatología general se obtiene un índice moderado (α total = 0,55), en la escala positiva es moderada (α total = 0,62) y en la negativa es muy elevada (α total =0,92). Todas las correlaciones ítems-total son significativas.

Validez de constructo: Las escalas positiva y negativa no se correlacionan entre sí ($r = 0,09$, ns) por tanto son independientes y representan los dos constructos.

Esta escala ha sido usada en numerosos estudios junto a la CTQ-SF y la DES-II.

2.4 Análisis de datos

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos, se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas, para las variables cuantitativas se calcularon las medias, desviaciones estándares (DE) o, en las variables que no tienen una distribución normal (CTQ y DES), las medianas y rango intercuartílico (RIC).

Se calcularon las puntuaciones de la CTQ de diferentes formas: distribución dicotómica: trauma si/no, distribución como variables discretas: trauma inexistente, leve, moderado o severo, y como variable continua. Los síntomas disociativos medidos por la DES se analizaron como variable continua. PANSS positiva y negativa total y sus ítems se analizaron como variables continuas. Un

análisis bivariado permitió establecer asociaciones entre trauma infantil, disociación y los síntomas psicóticos, cuyas significaciones fueron introducidas en el modelo de predicción.

El nivel de significación estadístico se estableció en el 5%. El análisis se realizó con el programa SPSS para Windows, versión 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

3. RESULTADOS

3.1 Descripción de la muestra

Se incluyeron un total de 45 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, La edad media fue de 41,1 años (DE10,0) y 25 de ellos (56%) eran hombres.

El 26,6% no habían completado la educación secundaria obligatoria y el 73,4% tenían una invalidez por larga enfermedad.

El 55,6% nunca habían estado casados, incluyendo formas equivalentes, como parejas de hecho.

Un total de 9 casos (20%) eran emigrantes. El resto eran de nacionalidad española.

Se valoraron las diferencias sociodemográficas y clínicas por sexo, sin encontrar diferencias significativas en ningún ítem (tabla 2).

Tabla 2. Descripción de la muestra por género (N=45)

	Total (N=45)	Hombres n=25 (55,6%)	Mujeres n=20 (44,5%)	p-valor
Edad (años) media (DE)	41,1 (10,0)	38,7 (10,0)	44,0 (8,9)	0,656
Estado civil, n (%)				
Casado o pareja estable (PE)	13 (29,5)	7 (29,2)	6 (30,0)	0,011*
Separado o viudo	6 (13,6)	0 (0,0)	6 (30,0)	
Nunca casado, ni PE	25 (56,8)	17 (70,8)	8 (40,0)	
Nivel estudios, n (%)				
Enseñanza secundaria obligatoria no completada	13 (28,9)	9 (36,0)	3 (15,0)	0,091
Enseñanza secundaria obligatoria completada	32 (71,1)	16 (64,0)	17(85,0)	
Migración, n (%)				
Migrante	9 (20,5)	6 (24,0)	3 (15,8)	0,390
No migrante	35 (79,5)	19 (76,0)	16 (84,2)	

Historia familiar de esquizofrenia o trastorno bipolar, n (%)	14 (31,1)	9 (36,0)	5 (25,0)	0,322
Edad diagnóstico ^a				
Media (DE)	41,18	44,0(8,9)	41,1(9,8)	0,572
Años desde el diagnóstico ^a				
Media (DE)	15,0(8,5)	14,0(8,5)	16,1(10,0)	0,195
CTQ-SF ^a				
Media (DE)	45,1 (17,8)	46,4(17,3)	43,4 (18,8)	0,360
Mediana (Rango)	40,0 (24-91)	41,0 (26-91)	36,5 (24-86)	
Abuso Emocional ^a				
Media (DE)	9,9 (5,3)	10,0(5,4)	9,7 (5,3)	0,566
Mediana (Rango)	8,0 (5-24)	8,5 (5-24)	8,0 (5-24)	
Abuso físico ^a	.			
Media (DE)	7,6 (4,2)	8,4 (4,4)	6,6 (3,7)	0,064
Mediana (Rango)	5,0 (5-20)	7,0 (5-20)	5,0 (5-19)	
Abuso sexual ^a				
Media (DE)	7,8 (5,1)	7,6 (4,1)	8,5 (6,2)	0,379
Mediana (Rango)	5,0 (5-25)	5,0 (5-16)	5,0 (5-25)	
Negligencia emocional ^a				
Media (DE)	11,7 (5,4)	11,8 (5,5)	11,5 (5,2)	0,592
Mediana (Rango)	10,0 (4-24)	10,0 (4-24)	10,5 (4-24)	

Negligencia física ^a				
Media (DE)	7,9 (2,9)	8,6 (3,2)	7,1 (2,3)	0.309
Mediana (Rango)	7,0 (5-17)	8,0 (5-17)	6 (5-12)	
DES-II ^a				
Media (DE)	18,6 (16,3)	21,1 (18,9)	15,4 (12,0)	0,398
Mediana (Rango)	13,2(0,4-76,8)	14,3(21,1-76,8)	13,0(0,4-45,7)	
PANSS**				
Positiva				
Media (DE)	18.6 (6.4)	19.5 (6.8)	17.5 (5.9)	0.415
Negativa				
Media (DE)	21,4 (6,2)	2,9 (6,9)	19,6 (4,7)	0,131
Historia de intentos de suicidio n (%)	20,0 (44,4)	10 (40,0)	10 (50,0)	0,356

^a Distribución sigue una curva no normal

^b Distribución sigue una curva normal

*Nivel de significación $p < 0,005$.

3.2 Resultados descriptivos del trauma infantil

3.2.1. Valoración dicotómica

Se valoró la presencia de cada tipo de trauma infantil (si/no) según la escala CTQ, así como la presencia de algún tipo de trauma.

De la totalidad de la muestra, 35 pacientes, el 77,8 %, habían padecido algún tipo trauma infantil.

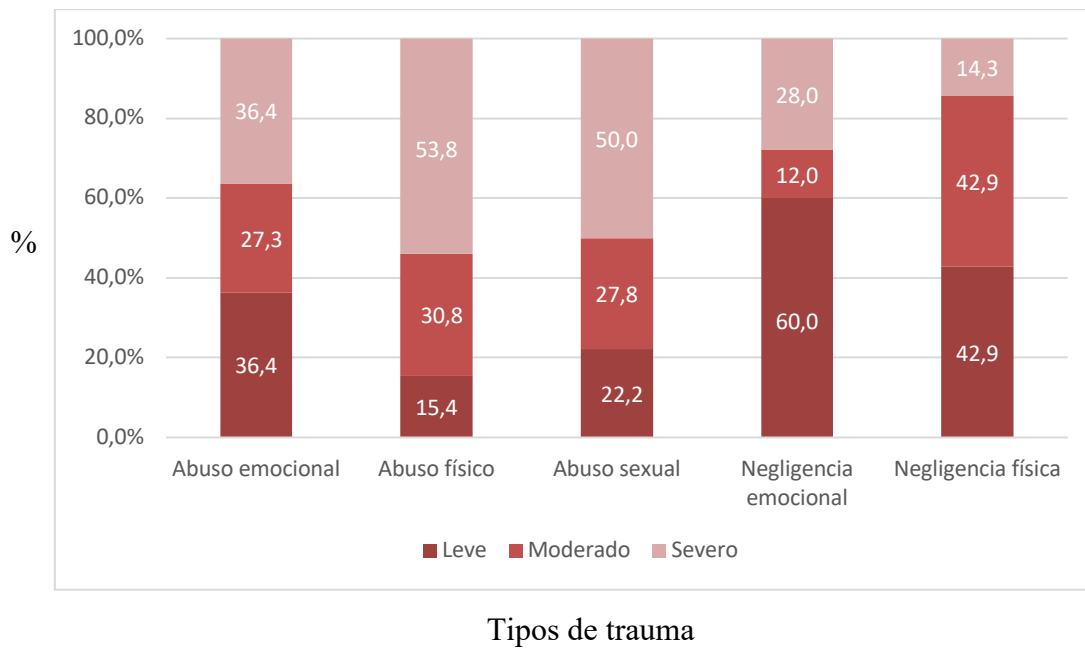
Por tipo de traumas:

- 22 pacientes, el 48,9% de la muestra, habían padecido abuso emocional.
- 13 pacientes, el 28,9% de la muestra, habían padecido abuso físico,
- 18 pacientes, el 40,0% de la muestra, habían padecido abuso sexual.
- 25 pacientes, el 55,6% de la muestra, habían padecido negligencia emocional.
- 21 pacientes, el 46,7% de la muestra, habían padecido negligencia física.

3.2.2. Intensidad del trauma

En los pacientes que habían sufrido cualquier tipo de trauma infantil, valoramos la intensidad del mismo. Categorizamos la intensidad de cada tipo de abuso y negligencia en leve, moderada o severa, según los puntos de corte especificados en la escala CTQ. De los pacientes con antecedentes de TI, la intensidad del trauma fue moderada o grave en 14 (63,7%) de los que sufrieron abuso emocional, en 11 (84,6%) de los que sufrieron abuso físico, en 14 (77,8%) de los que tenían antecedentes de abuso sexual, en 10 (40,0%) de las víctimas negligencia emocional, y en 12 (57,1%) de las víctimas de negligencia física. Estos resultados se presentan en la figura 1.

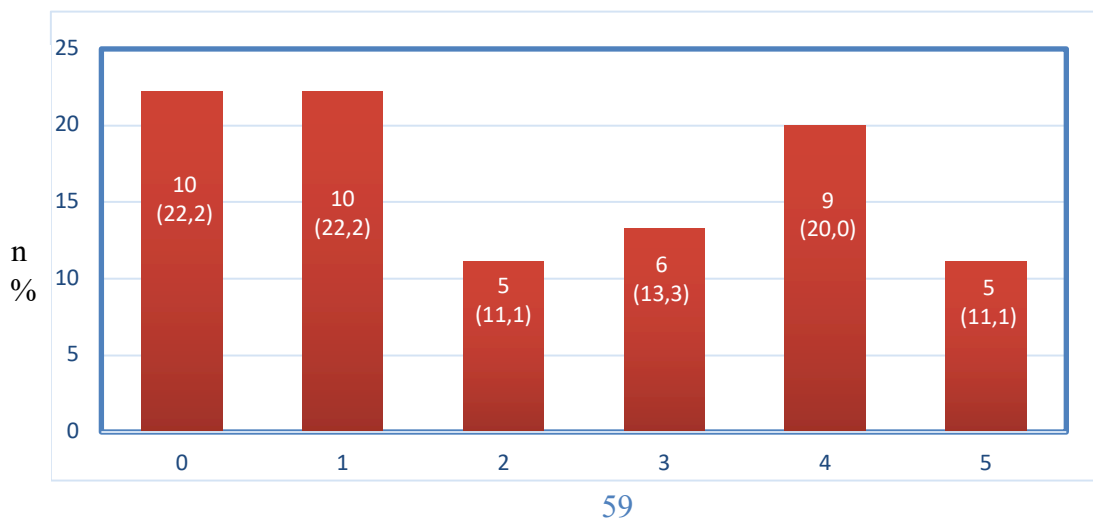
Figura 2. Distribución de la prevalencia de los tipos de trauma infantil por intensidad (N=45)



3.2.3. Número de tipos de trauma

De los 35 pacientes con antecedentes de TI, 10, el 28,6%, habían sufrido un tipo de trauma; 5, el 14,3%, dos tipos; 6, el 17,1%, tres tipos; 9, el 25,7%, cuatro tipos; y 5 pacientes, el 14,3% habían sido víctimas de los cinco tipos de trauma. Así, el 31,1% de los pacientes con TI declararon haber sufrido de 4 o 5 tipos de trauma (Figura 2).

Figura 3. Distribución de la prevalencia por número de tipos de trauma (N=45)



3.3. Trauma infantil y características epidemiológicas

3.3.1 Trauma infantil y género

No se encontraron diferencias significativas por género (tabla 3).

Tabla 3 Relación entre trauma infantil y género (N= 45)

Tipo de trauma n (%)	Total (N=45)	Hombres n=25 (55,6%)	Mujeres n=20 (44,5%)	p-valor
Abuso emocional	22 (48,9)	12 (48,0)	10 (50,0)	0,566
Abuso físico	13 (28,9)	10 (40,0)	3 (15,0)	0,064
Abuso sexual	18 (40,0)	9 (36,0)	9 (45,0)	0,379
Negligencia emocional	25 (55,6)	14 (56,0)	11 (55,0)	0,592
Negligencia física	21(46,7)	13 (52,0)	8 (40,0)	0,309
Algún tipo de trauma	35 (77,8)	21 (84,0)	14 (70,0)	0,223

*Test Chi cuadrado. Nivel de significación, $p < 0,05$.

3.3.2. Comparación entre la presencia de trauma en pacientes no emigrantes y emigrantes

De toda la muestra, 9 pacientes no habían nacido en España, siendo Marruecos de origen más frecuente de los pacientes migrantes. No se encontraron diferencias significativas entre trauma infantil y migración, si bien el 55,5% de los migrantes habían sufrido abuso físico, frente al 20,0% de los no migrantes ($p=0,087$). (Tabla 4)

Tabla 4. Migración y trauma infantil

Tipo de trauma n (%)	Total (N=45)	Migración		
		No 36 (80%)	Sí 9 (20%)	p-valor*
Abuso emocional	22 (48,9)	16 (45,7)	5 (55,5)	0,716
Abuso físico	13 (28,9)	7 (20,0)	5 (55,5)	0,087
Abuso sexual	18 (40,0)	14 (40,0)	3 (33,3)	1,000
Negligencia emocional	25 (55,6)	18 (51,4)	6 (66,6)	0,477
Negligencia física	21 (46,7)	15 (42,8)	6 (66,6)	0,332
Algún tipo de trauma	35 (77,8)	28 (77,8)	8 (88,9)	0,272

*Test Chi cuadrado. Nivel de significación, $p < 0.05$.

3.3.3. Trauma infantil y antecedentes familiares de primer grado diagnosticados de trastorno mental grave

De toda la muestra, 14 pacientes (32,2%), tenían antecedentes familiares de primer grado de TMG. No se encontraron diferencias significativas con el trauma infantil, si bien el 50.0% de los pacientes que tenían antecedentes familiares habían sufrido abuso físico, frente al 19.3% de los que no. No llegó a significación estadística ($p=0,072$). (Tabla 5).

Tabla 5. Antecedentes familiares de primer grado de Trastorno mental grave y trauma infantil.

Tipo de trauma n (%)	Antecedentes familiares Esquizofrenia / T. bipolar			p-valor*
	Total (N=45)	Si n=14 (31,1%)	No n=31 (68,9%)	
Abuso emocional	22 (48,9)	9 (64,3)	13 (41,9)	0,208
Abuso físico	13 (28,9)	7 (50,0)	6 (19,3)	0,072
Abuso sexual	18 (40,0)	6 (42,8)	13 (41,9)	1,000
Negligencia emocional	25 (55,6)	9 (64,3)	16 (51,6)	0,525
Negligencia física	21(46,7)	8 (57,1)	13 (41,9)	0,520
Algún trauma	35 (77,8)	13 (92,8)	22 (77,1)	0,102

*Test Chi cuadrado. Nivel de significación, $p < 0.05$

3.4. Trauma infantil y características clínicas de la esquizofrenia

3.4.1. Trauma infantil y edad de diagnóstico de la enfermedad mental

En los pacientes con trauma infantil la edad media del diagnóstico de la enfermedad mental es de 26,5 años, mientras que la de los que no han padecido trauma es 31,7. Esta diferencia de la edad de diagnóstico 5 años antes no llega a ser significativa ($p=0,061$)

3.4.2. Trauma infantil y síntomas psicóticos positivos y negativos

Examinamos la correlación lineal entre las puntuaciones CTQ-SF y PANSS+/- en la tabla 6. Dado que la puntuación CTQ-SF mostró una distribución no normal (Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,05$), se presentan los resultados del coeficiente de correlación del rango de Spearman (ρ).

Ni la puntuación de la PANSS+ total, ni ninguno de sus ítems se correlacionaron con las puntuaciones de la CTQ-SF global. Solo hemos encontrado una correlación positiva significativa entre el síntoma positivo excitación y el abuso físico (Rho 0.361, $p = 0.015$)

Existe una asociación lineal inversa significativa de intensidad moderada entre la puntuación PANSS total y la CTQ-SF (rho -0.300, $p=0.045$). Los ítems particulares de PANSS que mostraron tal asociación son contacto pobre y pensamiento estereotipado. Por tipos de trauma, el abuso y la negligencia emocional presentaron correlación inversa significativa con la PANSS- total (rho -0.315, $p=0.035$ y rho 0.034, $p=0.025$, respectivamente).

Los ítems de la PANSS – con más correlación inversa con más de un tipo de trauma tipo de trauma fueron el contacto pobre, la espontaneidad y el pensamiento estereotipado. El único trauma en el que no se encontró ninguna relación con la PANSS- ni ninguno de sus 7 ítems fue el abuso sexual.

Tabla 6. CTQ-SF y sus 5 tipos de trauma, con PANSS+ y- y sus 14 ítems

Rho Spearman	CTQ T		ABUSO EMOCIONAL		ABUSO FÍSICO		ABUSO SEXUAL		NEGLIGENCIA EMOCIONAL		NEGLIGENCIA FÍSICA	
	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p
PANSS + TOTAL	0,008	0,961	0,051	0,741	0,169	0,267	0,111	0,469	0,009	0,955	-0,040	0,793
P1 Delirios	-0,054	0,726	0,036	0,816	0,087	0,571	-0,048	0,756	-0,025	0,872	-0,115	0,450
P2 Desorganización conceptual	0,033	0,828	0,079	0,608	-0,029	0,851	0,247	0,102	-0,054	0,724	0,072	0,640
P3 Componente alucinatorio	-0,060	0,694	-0,046	0,763	0,097	0,525	0,046	0,762	0,028	0,857	-0,178	0,241
P4 Excitación	0,152	0,319	0,074	0,630	<u>0,361</u>	<u>0,015</u>	0,150	0,325	0,038	0,806	0,209	0,167
P5 Grandiosidad	-0,179	0,239	-0,174	0,253	0,128	0,403	-0,009	0,954	-0,143	0,350	-0,117	0,444
P6 Susplicacia	0,082	0,593	0,196	0,196	0,197	0,194	0,082	0,592	0,057	0,710	-0,018	0,906
P7 Hostilidad	0,026	0,867	0,011	0,943	-0,062	0,685	0,137	0,369	0,142	0,352	0,036	0,817
PANNS - N TOTAL	<u>-0,300</u>	<u>0,045</u>	<u>-0,315</u>	<u>0,035</u>	-0,281	0,062	0,022	0,885	<u>-0,334</u>	<u>0,025</u>	-0,234	0,122

N1 Embotamiento afectivo	-0,194	0,202	-0,195	0,200	-0,261	0,083	-0,002	0,988	-0,202	0,183	-0,143	0,349
N2 Retraimiento emocional	-0,133	0,384	-0,194	0,202	-0,263	0,081	-0,004	0,979	-0,116	0,448	-0,084	0,384
N3 Contacto pobre	<u>-0,304</u>	<u>0,042</u>	<u>-0,324</u>	<u>0,030</u>	<u>-0,306</u>	<u>0,041</u>	-0,040	0,794	-0,274	0,068	<u>-0,304</u>	<u>0,049</u>
N4 Retraimiento social	-0,061	0,690	-0,062	0,684	-0,126	0,411	0,155	0,309	-0,097	0,528	-0,150	0,325
N5 Dificultad pensamiento abstracto	-0,128	0,404	-0,136	0,374	-0,014	0,928	0,124	0,417	-0,279	0,064	-0,036	0,817
N6 Espontaneidad	-0,202	0,182	-0,192	0,206	<u>-0,328</u>	<u>0,028</u>	0,129	0,400	-0,223	0,141	-0,152	0,318
N7 Pensamiento estereotipado	<u>-0,302</u>	<u>0,045</u>	<u>-0,314</u>	<u>0,036</u>	-0,147	0,336	0,041	0,791	<u>-0,364</u>	<u>0,014</u>	-0,151	0,323

Coeficiente de correlación de Spearman. Nivel significación: $p < 0.05$

3.4.3. Trauma infantil y disociación

i. La relación entre la presencia de trauma infantil, y cada uno de sus tipos, y la DES-II se muestra en la Tabla 8. La DES-II mostró una distribución no normal. Todos los tipos de trauma infantil se asociaron con puntuaciones DES-II más altas. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas en los casos de abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia física y haber padecido algún tipo de trauma infantil ($p < 0.05$). (Tabla 7).

Tabla 7. Disociación y trauma infantil (N=45)

Tipo de trauma N=45	Trauma	DES			
	No Sí	n	Mediana	Rango intercuartílico	p- valor*
Abuso emocional	No	23	7,9	5,4 - 11,8	<0,001*
	Sí	22	22,7	13,2 - 41,2	
Abuso físico	No	32	11,3	6,4 - 20,4	0,018
	Sí	13	19,6	13,0 -35,0	
Abuso sexual	No	27	8,6	6,4 - 16,8	0,001*
	Sí	18	20,4	12,6 - 41,3	
Negligencia emocional	No	20	10,2	6,4 - 20,4	0,118
	Sí	25	14,3	10,5 - 29,5	
Negligencia física	No	24	10,7	6,4 -15,6	0,004*
	Sí	21	19,6	12,0 - 41,6	
Algún tipo de trauma	No	10	6,8	4,6 -12,9	0,008*
	Sí	35	14,3	10,0 - 27,5	

* Test Mann-Whitney U. Nivel de significación *p<0.005

ii. Valorando la CTQ-SF por intensidad de los traumas, la intensidad del trauma se relacionó de manera significativa ($p < 0,05$) con la DES-II en el abuso emocional y sexual y la negligencia física (tabla 8).

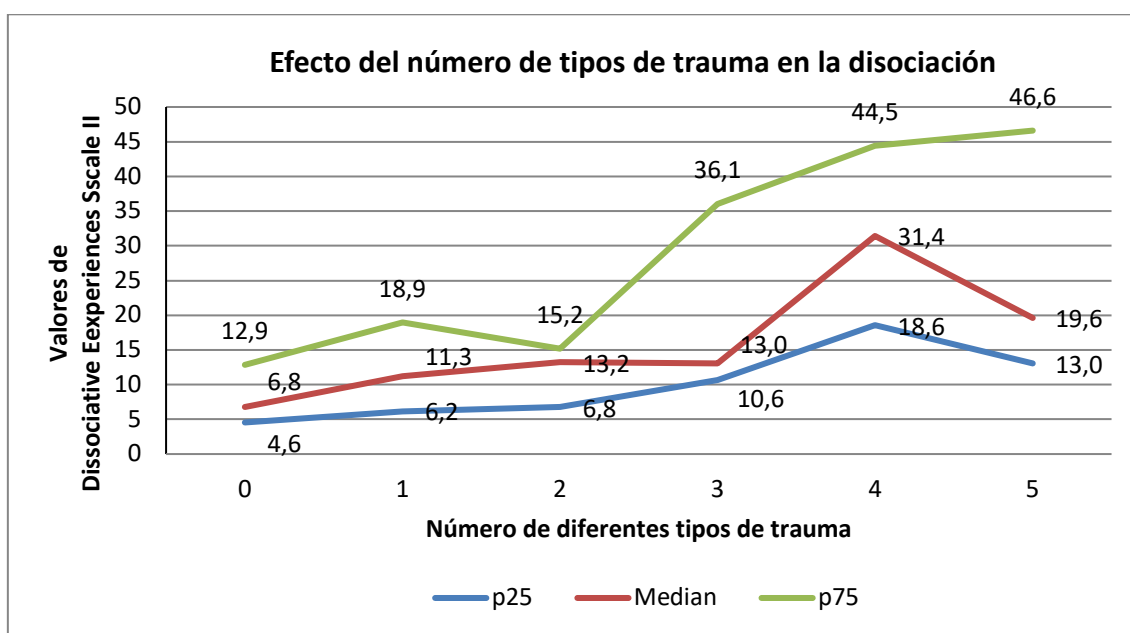
Tabla 8. Disociación y trauma infantil por intensidad (N=45)

Tipo de trauma N=45	DES				p-valor*
	Intensidad	n	Mediana	Rango intercuartílico	
Abuso emocional	No	23	7,9	5.4 - 11.8	<u>0,001*</u>
	Leve	8	24,8	12.4 - 40.4	
	Moderado	6	16,4	13.1 - 27.5	
	Severo	8	32,9	17.7 - 60.7	
Abuso físico	No	32	11,3	6.4 - 20.4	0,121
	Leve	2	25,5	7.9 -	
	Moderado	4	20,0	13.5 - 25.7	
	Severo	7	16,8	13.2 - 42.5	
Abuso sexual	No	27	8,6	6.4 - 16.8	<u>0,003*</u>
	Leve	4	13,0	11.8 - 18.0	
	Moderado	5	14,3	11.6 - 29.5	
	Severo	9	40,7	17.1 - 55.7	
Negligencia emocional	No	20	10,2	6.4 - 20.4	0,112
	Leve	15	11,4	8.2 - 16.1	
	Moderado	3	19,6	11.8 -	
	Severo	7	27,5	16.8 - 65.7	
Negligencia física	No	24	10,7	6.4 - 15.6	<u>0,027*</u>
	Leve	9	14,3	9.6 - 31.1	
	Moderado	9	31,4	14.8 - 42.0	
	Severo	3	27,5	7.5 -	

* Test Kruskal-Wallis test. Nivel significación: *p<0.05

iii. Analizamos las puntuaciones de DES-II por número de tipos de trauma. Se observó una creciente relación significativa entre el número de tipos de traumas reportados y las puntuaciones DES-II ($p < 0,05$) (Fig. 2).

FIGURA 4. Efecto acumulativo del número de traumas en la disociación



Test Kruskal-Walis, $p=0,002$

3.5. Trauma infantil y antecedentes de intentos de suicidio a lo largo de la vida

La tabla 6 muestra las relaciones entre el trauma infantil y el haber realizado algún intento de suicidio. De la muestra total, 20 (44,4%) pacientes habían intentado suicidarse al menos una vez en su vida. Todos estos pacientes habían sufrido algún tipo de trauma infantil. Es decir, 20 (57,1%) de 35 pacientes con historia de trauma infantil y ninguno de los pacientes no traumatizados han intentado suicidarse al menos una vez en su vida ($p = 0,001$). Un 63,6% de los pacientes con abuso emocional y un 61,9% de los que habían sufrido negligencia

física realizaron algún intento suicida a lo largo de la vida frente al 20,0% y 29,1% sin estos traumas ($p = 0,017$ y $0,038$, respectivamente). En cuanto al abuso sexual, el 61,1% de los pacientes victimizados habían intentado suicidarse frente al 38,9% de los pacientes no victimizados ($p = 0,125$). Tabla 9.

Tabla 9. Antecedentes de intentos de suicidio y trauma infantil (N=45)

Tipo de trauma N=45	Antecedentes de conducta suicida	
	n (%)	P-valor*
Abuso emocional		
Sí n= 22	14 (63,6)	<u>0,017*</u>
No n=23	6 (26,0)	
Abuso físico		
Sí n =13	7 (53,8)	0,515
No n= 32	13 (40,6)	
Abuso sexual		
Sí n=18	11 (61,1)	0,125
No n=27	9 (33,3)	
Negligencia emocional		
Sí n=25	14 (56,0)	0,131
No n=20	6 (30,0)	
Negligencia física		
Sí n=22	13 (61,9)	<u>0,038*</u>
No n=23	7(29,1)	
Algún tipo de trauma		
Sí n=22	20 (57,1)	<u>0,001*</u>
No n= 23	0 (0,0)	

*Test Chi cuadrado. Nivel de significación, $p < 0.05$

4. Discusión

4.1. Trauma infantil (TI) en trastornos del espectro esquizofrénico: frecuencia, intensidad y politraumatización.

Más de tres cuartas partes (78,3%) de los pacientes de nuestra muestra tenían historia de TI, muy superior a la reportada en la población general. Como ejemplo, en una amplia revisión, el abuso sexual infantil fue reportado por un 14% en niñas y 6% en niños y el abuso físico en un 12% en niñas y un 27% en niños europeos (Moody, et al., 2018).

La intensidad del TI fue moderada o severa en más de tres cuartas partes de los pacientes que sufrieron abuso físico y sexual y en más de la mitad de los pacientes que sufrieron abuso emocional y negligencia física. Nuestros resultados convergen con la literatura actual sobre la alta prevalencia de TI en pacientes diagnosticados con trastornos del espectro esquizofrénico y, posiblemente, entre pacientes psicóticos en general. El metaanálisis de Varesse sugiere que si las adversidades infantiles que ellos valoraron fueran suprimidas de la población (permaneciendo los otros factores de riesgo) el número de pacientes con psicosis se reduciría en un 33% (Varesse, Smeets et al., 2012).

Una revisión de 26 estudios retrospectivos que evaluaron la prevalencia de TI, específicamente el abuso físico y sexual en pacientes psicóticos encontraron una prevalencia similar en cuanto a abuso físico y sexual (Bendall et al., 2008) Los autores reportan tasas de abuso sexual que van del 13% al 61%, que están en línea con nuestra prevalencia observada (40%) para este tipo de victimización. Del mismo modo, la prevalencia de abuso físico en tales estudios se ha estimado entre el 10% y el 61%, lo que también está en línea con nuestro resultado para este tipo de trauma (28%).

En cuanto al abuso emocional (49%), la negligencia física (56%) y la negligencia emocional (47%) también se encuentran en los rangos reportados por la literatura previa (Read et al., 2008), trabajo en el que encontraron estos traumas en aproximadamente la mitad de su muestra.

No hemos observado diferencias significativas de antecedentes de TI por sexo, independientemente del tipo de trauma estudiado. Esto nos resulta un resultado inesperado, especialmente en el caso del abuso sexual, dado que generalmente hay un amplio consenso sobre la mayor prevalencia de victimización sexual entre las niñas. Por ejemplo, un metaanálisis (Stoltenborgh et al., 2011) concluye que las mujeres tienen tres veces más probabilidades que los hombres de tener historia de abuso sexual infantil.

4.2. Trauma infantil y características clínicas de la esquizofrenia

4.2.1 Trauma infantil y edad de diagnóstico

Aunque la edad media del diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes con antecedentes de TI fue 5 años menos que los pacientes sin trauma, esta relación no llega a ser significativa ($p=0,061$), posiblemente debido al reducido tamaño de la muestra. En un anterior estudio nuestro grupo sí encontró una edad de diagnóstico significativamente más precoz en los pacientes con TI (Álvarez et al., 2011).

4.2.2 Trauma infantil y síntomas psicóticos

La relación entre los síntomas psicóticos positivos y negativos y el trauma infantil en los pacientes con esquizofrenia es controvertida y los hallazgos muy diversos. Bastantes autores han reportado tasas más altas de síntomas positivos de psicosis en pacientes traumatizados (Chae et al., 2015; Duhig et al., 2015; Ramsay et al., 2011; Read et al., 2003; Ruby et al., 2017; Uçok y Bıkmaz, 2007). En un estudio se encontró una relación entre estas dos variables en los primeros episodios psicóticos, pero no en pacientes esquizofrénicos crónicos (Wang et al., 2013). En nuestro estudio, no encontramos una correlación entre síntomas psicóticos positivos y trauma infantil. Basándonos en los resultados de este último autor, la causa podría deberse a que nuestra muestra estaba compuesta principalmente de pacientes crónicos (con una media de 13,5 años desde el diagnóstico), y con un largo período de tratamiento antipsicótico.

El caso del efecto del trauma infantil específicamente en los síntomas negativos es aún más controvertido. Muchos estudios no encuentran ningún vínculo (Upok et al. 2007; Heins et al., 2011; Chae et al., 2015; Abkey, et al. 2019), mientras que otros autores encuentran una relación directa (Van Dam et al., 2011, Gallagher et al., 2011). Nuestro estudio, en línea con un estudio anterior (Ruby et al., 2017), encuentra una correlación moderada e inversa entre el TI y la sintomatología psicótica negativa. Sugerimos, siguiendo la hipótesis de Ruby et al., que la relación inversa podría deberse a que los síntomas psicóticos negativos surgen de una diátesis distinta del estrés sugerida para los síntomas positivos. En los síntomas negativos son los déficits de neurodesarrollo los comúnmente supuestos para esta diátesis. Sin embargo, dado que es trata de un hallazgo poco replicado, es difícil establecer conclusiones claras. Se necesitan considerablemente más estudios para dilucidar el impacto del trauma infantil en los síntomas psicóticos. Los factores de confusión serían: los años de evolución y tratamiento de la enfermedad, así como la influencia de los síntomas de PANSS general (Isvoranu, et al. 2017), y los síntomas disociativos (Perona-Garcelan et al., 2010).

4.2.3. Síntomas disociativos y su relación con el trauma infantil

Nuestro estudio confirma la existencia de altos niveles de disociación en pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico. La puntuación media de la DES-II de nuestra muestra fue de 18.6 (DE, 16.3). Dado que la DES II es una escala cuantitativa que evalúa los niveles de disociación, también se ha aplicado en gran medida a poblaciones sin patología psiquiátrica en las cuales las puntuaciones medias suelen oscilar entre 3,7 y 7,8 (Carlson & Putnam, 1993). Por lo tanto, las puntuaciones de nuestra muestra son considerablemente más altas que las observadas en la población general.

En comparación con investigaciones previas realizadas con pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia, nuestro estudio obtiene cifras similares. Las puntuaciones medias de la DES II en trastornos del espectro de la esquizofrenia según lo informado en la literatura van de 15,3 a 26,9: 15,3 (Vogel et al., 2009), 15,7 (Bob et al., 2006), 15,8 (Spitzer et al., 2007), 18,1 (Sar et al., 2009), 18,9 (Chae et al., 2015) y 26,9 (Hlastala y McClellan, 2005). En dos

estudios que comparan la DES de pacientes agudos ingresados con su puntuación una vez estabilizados, encuentran unas puntuaciones medias de la DES de 19,2 y 21 en pacientes hospitalizados y de 11,9 y 14,1 una vez estables. (Schäfer et al., 2006, 2012).

En cuanto a tipos de trauma, en el presente estudio se han observado niveles más altos de disociación en todos los tipos de trauma infantil, excepto en la negligencia emocional. Por lo tanto, confirmamos los resultados de los estudios anteriores que han apuntado a esta relación existente entre trauma y disociación en trastornos del espectro esquizofrénico. Específicamente, este vínculo ha sido documentado con el abuso físico (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003; Ross y Keyes, 2004; Sar et al., 2010), el abuso emocional (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003; Schäfer et al., 2006), el abuso sexual (Chae et al., 2015; Ross y Keyes, 2004; Sar et al., 2010; Schäfer et al., 2012), la negligencia física, (Chae et al., 2015; Vogel et al., 2009). Encontramos un estudio en el que se halló una asociación entre el TI y la negligencia emocional (Chae et al., 2015)., no encontrada en nuestro trabajo.

La asociación persiste al valorar el trauma infantil por intensidad: inexistente, leve, moderado o severo, para todo tipo de trauma infantil excepto, en este caso, para el abuso físico y la negligencia emocional. También hemos observado un efecto acumulativo del trauma en los niveles de disociación, que avala una asociación dosis-respuesta.

4.2.4 TI y conducta suicida

Todos los tipos de maltrato infantil se asociaron con un aumento de dos a tres veces en el riesgo de intentar suicidarse al menos una vez en la vida. Los estudios sobre la relación entre TI e intentos de suicidio en pacientes con esquizofrenia han concluido, de manera similar, que los pacientes con antecedentes de TI tienen un mayor riesgo de intentar suicidarse (Álvarez et al., 2011; Conus et al., 2010; Ramsay et al., 2011). En nuestro estudio, el TI se correlaciona significativamente con el antecedente de intentos de suicidio a lo largo de la vida. Más de la mitad de los pacientes con antecedentes de TI había intentado suicidarse, mientras que ninguno de los pacientes sin estos antecedentes lo había hecho.

Al analizar por tipo de trauma, la correlación sigue siendo significativa para el abuso emocional y negligencia física. Además, los pacientes que han sufrido abuso sexual y negligencia emocional tenían el doble de probabilidades de haber intentado suicidarse que los pacientes sin antecedentes de estos tipos de trauma, aunque esta asociación no alcanzó significación estadística. El abuso físico fue el único tipo de TI en el que no se observó mayor suicidalidad.

Los trastornos del espectro traumático, como el estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad o los trastornos disociativos, tienen una alta prevalencia de intentos de suicidio (Bach et al., 2018; Calati et al., 2017; de Aquino Ferreira et al., 2018). El hecho de que en nuestro estudio no realizamos una entrevista diagnóstica nos impidió saber si los pacientes estudiados presentaban patologías comórbidas, que pudieran influir en la conducta suicida.

5. Limitaciones

La primera limitación de nuestro diseño transversal es su naturaleza retrospectiva. Los estudios retrospectivos son frecuentemente criticados por la potencial falta de confiabilidad de los recuerdos traumáticos en pacientes con trastornos psicóticos. Sin embargo, un estudio relativamente reciente (Fisher et al., 2011) aplicó métodos rigurosos y corroboró una fiabilidad razonablemente buena de los recuerdos traumáticos en esta población de pacientes. Específicamente, sus descripciones del trauma permanecieron estables con el tiempo (confiabilidad test-retest), y el estado de salud mental del paciente en el momento de la entrevista no estaba relacionado con ningún cambio en los recuerdos traumáticos. Además, los abusos descritos en las narrativas de los pacientes coincidieron con los reportados en las encuestas (validez convergente).

Una segunda limitación es que nuestra cohorte de pacientes era en su mayoría pacientes crónicos, con largas historias de tratamiento psiquiátrico. Nuestros resultados podrían ser diferentes en un grupo de primeros episodios psicóticos.

Una tercera limitación es no haber hecho un diagnóstico de trastornos disociativos a través de una entrevista estructurada, que habría permitido una mejor discriminación de los síntomas y la posibilidad de ver la relación entre la presencia/ausencia de un trastorno disociativo y los síntomas del espectro de la esquizofrenia. Lo mismo podría decirse de la falta de una entrevista diagnóstica de otros trastornos del espectro traumático, como el trastorno de estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad.

Otras limitaciones a tener en cuenta son la falta de un grupo de control, el tamaño relativamente pequeño de la muestra y la posibilidad de un sesgo de selección debido al hecho de que la participación fue voluntaria.

6. Conclusiones e implicaciones para futuras investigaciones

En este estudio, hemos encontrado una relación significativa entre la presencia de TI, su intensidad, y el número de traumas experimentados con el grado de experiencias disociativas y tentativas de suicidio en pacientes del espectro esquizofrénico. El TI también se correlaciona con una menor intensidad de síntomas psicóticos negativos, mientras que no se encontró asociación con los síntomas positivos. Estos datos pueden sugerir la validez un tipo de esquizofrenia, la esquizofrenia disociativa, cuyos criterios diagnósticos, aparte de los criterios de la esquizofrenia, son: los antecedentes de TI, la extensa comorbilidad y los síntomas disociativos (Ross, 2009). Continuar estudiando este subgrupo puede tener interés tanto clínico, en cuanto a la definición más precisas de los síntomas disociativos vs psicóticos, en lo que respecta a sus características psicopatológicas, y sobre todo a nivel de planificación de recursos. Este subgrupo de pacientes del espectro esquizofrénico, con mayores niveles de trauma y disociación, y vinculado a mayores niveles de severidad, podría beneficiarse de abordajes orientados al trauma. Esto podría aportar una vía terapéutica interesante, en cuadros de alta gravedad y refractariedad. Es probable, además, que muchos de estos síntomas postraumáticos, no se beneficien igualmente de abordajes psicoterapéuticos más generalistas o de tratamientos farmacológicos.

La alta tasa de intentos de suicidio es, por su gravedad, de particular interés. De cara a futuros estudios, sería interesante dilucidar si la comorbilidad con otros trastornos del espectro traumático está detrás de esta asociación, por ejemplo, el TEPT o el TLP en los que está ampliamente documentada la conducta suicida (Bach et al., 2018; Calati et al., 2017; de Aquino Ferreira et al., 2018), y de los cuales no hemos realizado entrevistas diagnósticas en nuestro estudio. Por otra parte, si estas conductas suicidas están tan vinculadas al trauma, y no tanto a la esquizofrenia en sí, los modelos de trauma tienen mucho que decir a la hora de disminuir el riesgo suicida. Todo esto, por supuesto, son hipótesis, pero de gran importancia para diseñar futuros estudios, optimizar los tratamientos y planificar de un modo más eficiente los recursos.

Analizar la relación entre disociación y esquizofrenia está más allá del alcance de este trabajo, pero la revisión de la literatura y algunos de nuestros resultados, abren preguntas para futuras investigaciones. Algunas hipótesis serían las siguientes:

i- Que los síntomas disociativos sean sólo una comorbilidad, similar a la encontrada en otras patologías, debido a la presencia de antecedentes traumáticos en ambos trastornos.

ii- Que algunos síntomas disociativos sean un artefacto del instrumento de medición de la disociación (DES), que se ha demostrado demasiado incluyente respecto a las experiencias psicóticas y muy mediado por la presencia de sintomatología psicótica aguda (Laddis & Dell, 2012; Laferrière-Simard et al., 2014).

iii- Que algunos síntomas presentes en la esquizofrenia podrían ser de naturaleza disociativa, como las alucinaciones auditivas (Moskowitz & Corstens, 2008).

iv- Que algunos síntomas sean muy similares, reflejando elementos similares en su patogénesis (ej.: problemas en las funciones mentales integradoras), aunque operando a distintos niveles.

A nivel de la práctica clínica, es muy relevante explorar sistemáticamente los antecedentes de trauma infantil y la sintomatología disociativa. Por desgracia, la historia del TI no se documenta a menudo en los servicios de salud mental. Una revisión sistemática reveló recientemente que menos de un tercio (28%) de los abusos y negligencias identificados por los investigadores se habían documentado en las historias clínicas de los pacientes. Además, las personas diagnosticadas con trastornos psicóticos tenían significativamente menos probabilidades que las personas con otras patologías de que se registrara los antecedentes de TI en sus evaluaciones clínicas iniciales (Read et al., 2018).

Como conclusión, nuestro estudio destaca la presencia y severidad del TI y la alta politraumatización en un número considerable de pacientes del espectro esquizofrénico. Los síntomas disociativos y el comportamiento suicida están estrechamente relacionados con la historia del trauma y tienen enfoques psicoterapéuticos específicos. El concepto de esquizofrenia disociativa ayudaría al clínico a tener en cuenta este subgrupo de pacientes con características específicas y explorar tratamientos complementarios al tratamiento antipsicótico y la psicoterapia específica para la psicosis.

7. REFERENCIAS

Akbey, Z. Y., Yildiz, M., & Gündüz, N. (2019). Is There Any Association Between Childhood Traumatic Experiences, Dissociation and Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients? *Psychiatry investigation*, 16(5), 346–354.

Alderson-Day, B., McCarthy-Jones, S., Bedford, S., Collins, H., Dunne, H., Rooke, C., & Fernyhough, C. (2014). Shot through with voices: Dissociation mediates the relationship between varieties of inner speech and auditory hallucination proneness. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 27, 288–296.

Aleman, S., Arias, B., Aguilera, M., Villa, H., Moya, J., Ibáñez, M. I., Vossen, H., Gastó, C., Ortet, G., & Fañanás, L. (2011). Childhood abuse, the BDNF-Val66Met polymorphism and adult psychotic-like experiences. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(1), 38–42.

Álvarez, M. J., Roura, P., Foguet, Q., Osés, A., Solà, J., & Arrufat, F. X. (2012). Posttraumatic stress disorder comorbidity and clinical implications in patients with severe mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(6), 549–552.

Álvarez, M. J., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J., & Arrufat, F. X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(3), 156–161.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-III) (3ª ed.)*. Washington: APA

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. DSM IV-TR*. Edit. Masson. Barcelona.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.

Andreasen, N. C (1983). *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa.

Andreasen, N. C (1984). The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City, Iowa: The University of Iowa.

Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological medicine*, *49*(7), 1057–1078.

Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *The American journal of psychiatry*, *168*(1), 65–72.

Bach, S. L., Molina, M., Jansen, K., da Silva, R. A., & Souza, L. (2018). Suicide risk and childhood trauma in individuals diagnosed with posttraumatic stress disorder. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *40*(3), 253–257.

Bak, M., Krabbendam, L., Janssen, I., de Graaf, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2005). Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *112*(5), 360–366.

Barker, V., Gumley, A., Schwannauer, M., & Lawrie, S. M. (2015). An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *206*(3), 177–180.

Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *185*, 220–226.

Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia bulletin*, *34*(3), 568–579.

Bennett A O M. R. (2008). Stress and anxiety in schizophrenia and depression: glucocorticoids, corticotropin-releasing hormone and synapse regression. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *42*(12), 995–1002.

Bentall, R. P., & Fernyhough, C. (2008). Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1012–1020.

Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 734–740.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132–1136.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727–735.

Bleuler E. (1945). *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (1st Ed.). (J. Zinkin, Trad.). New York, NY: International University Press. (Obra original publicada en 1911).

Bliss E. L. (1980). Multiple personalities. A report of 14 cases with implications for Schizophrenia and hysteria. *Archives of general psychiatry*, 37(12), 1388–1397.

Bob, P., Glaslova, K., Susta, M., Jasova, D., & Raboch, J. (2006). Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena, and schizophrenia. *Neuro endocrinology letters*, 27(3), 321–326

Borsboom, D., Cramer, A. O., Schmittmann, V. D., Epskamp, S., & Waldorp, L. J. (2011). The small world of psychopathology. *PloS one*, 6(11), e27407.

Braehler, C., Valiquette, L., Holowka, D., Malla, A. K., Joober, R., Ciampi, A., Pawliuk, N., & King, S. (2013). Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry research*, 210(1), 36–42.

Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of

childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety*, 12(1), 1–12.

Briere, J., & Runtz, M. (2015). Dissociation in individuals denying trauma exposure: findings from two samples. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(6), 439–442.

Brunner, R., Parzer, P., Schmitt, R., & Resch, F. (2004). Dissociative symptoms in schizophrenia: a comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychopathology*, 37(6), 281–284.

Butchart A., Kahane T., Phinney Harvey A., Mian M., Furniss T. (2006) Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.

Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry research*, 251, 103–114.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16–27.

Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 164(2), 190–201.

Chae, S., Sim, M., Lim, M., Na, J., & Kim, D. (2015). Multivariate Analysis of Relationship between Childhood Trauma and Psychotic Symptoms in Patients with Schizophrenia. *Psychiatry investigation*, 12(3), 397–401.

Chu J.A., & Bowman E.S. (2000) Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way. *Journal of Trauma Dissociation*. 1:5–20.

Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American journal of psychiatry*, 147(7), 887–892.

Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2010). Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophrenia bulletin*, 36(6), 1105–1114.

de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry research*, 262, 70–77.

Dohray, M.J., Van der Hart, O., Middelton, W (2010). Childhood trauma: epidemiology and historical themes. En Lanius R., Vermeetten E., Pain C. (Ed). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic.* Cambridge University Press.

Duhig, M., Patterson, S., Connell, M., Foley, S., Capra, C., Dark, F., Gordon, A., Singh, S., Hides, L., McGrath, J. J., & Scott, J. (2015). The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(7), 651–659.

Fawzi, M. H., Kira, I. A., Fawzi, M. M., Jr, Mohamed, H. E., & Fawzi, M. M. (2013). Trauma profile in Egyptian adolescents with first-episode schizophrenia: relation to psychopathology and plasma brain-derived neurotrophic factor. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(1), 23–29.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774–786.

Fisher, H. L., Craig, T. K., Fearon, P., Morgan, K., Dazzan, P., Lappin, J., Hutchinson, G., Doody, G. A., Jones, P. B., McGuffin, P., Murray, R. M., Leff, J., & Morgan, C. (2011). Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 546–553.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Holt, M. (2009). Pathways to polyvictimization. *Child maltreatment*, 14(4), 316–329.

Freud S. (1948). Etiología de la histeria. Obras completas (tomo I). (López Ballesteros, Trad.) Biblioteca Nueva, Madrid. (Obra original publicada en 1895).

Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., et al. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(3), 151–153.

Gallagher, B. J., 3rd, & Jones, B. J. (2013). Childhood stressors and symptoms of schizophrenia. *Clinical schizophrenia & related psychoses*, 7(3), 124–130.

Goff, D. C., Brotman, A. W., Kindlon, D., Waites, M., & Amico, E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry research*, 37(1), 73–80.

Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., Ray, K., Dunn, G., Bebbington, P., & Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 280–289.

Greenfield, S. F., Strakowski, S. M., Tohen, M., Batson, S. C., & Kolbrener, M. L. (1994). Childhood abuse in first-episode psychosis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 164(6), 831–834

Hardy A. (2017). Pathways from Trauma to Psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis. *Frontiers in psychology*, 8, 697.

Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284(5), 592–597.

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. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1286–1294.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery*. New York: BasicBooks.

Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of interpersonal violence, 28*(7), 1498–1518.

Hlastala, S. A., & McClellan, J. (2005). Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 15*(3), 497–509.

HM Government (2010). Government guidance for professionals, Working Together to Safeguard Children.

Holowka, D. W., King, S., Saheb, D., Pukall, M., & Brunet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia research, 60*(1), 87–90.

Icaran, E., Colom, R., & Orengo-Garcia, F. (1996). Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española [Validation study of the dissociative experiences scale in Spanish population sample]. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines, 24*(1), 7–10.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 12*(2), 188–212.

Isvoranu, A. M., van Borkulo, C. D., Boyette, L. L., Wigman, J. T., Vinkers, C. H., Borsboom, D., & Group Investigators (2017). A Network Approach to Psychosis: Pathways Between Childhood Trauma and Psychotic Symptoms. *Schizophrenia bulletin, 43*(1), 187–196

Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., & van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta psychiatrica Scandinavica, 109*(1), 38–45.

Justo, A., Risso, A., Moskowitz, A., & Gonzalez, A. (2018). Schizophrenia and dissociation: Its relation with severity, self-esteem and awareness of illness. *Schizophrenia research*, *197*, 170–175.

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *13*(2), 261–276.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *197*(5), 378–385.

Khosravi, M., Bakhshani, N. M., & Kamangar, N. (2021). Dissociation as a causal pathway from sexual abuse to positive symptoms in the spectrum of psychotic disorders. *BMC psychiatry*, *21*(1), 266.

Kilcommons, A. M., & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *112*(5), 351–359.

Kluft R. P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *144*(3), 293–298.

Laddis A, Dell PF (2012). All that dissociation instruments measure is not dissociation: “All that glistens is not gold”. *J Trauma Dissociation*. *13*:418–420.

Laferrière-Simard MC, Lecomte T, Ahoundova L (2014) Empirical testing of criteria for dissociative schizophrenia. *J Trauma Dissociation*. *15*:91–107.

Lecei, A., Decoster, J., De Hert, M., Derom, C., Jacobs, N., Menne-Lothmann, C., van Os, J., Thiery, E., Rutten, B., Wichers, M., & van Winkel, R. (2019). Evidence that the association of childhood trauma with psychosis and related psychopathology is not explained by gene-environment correlation: A monozygotic twin differences approach. *Schizophrenia research*, *205*, 58–62.

Longden, E., Sampson, M., & Read, J. (2016). Childhood adversity and psychosis: generalised or specific effects?. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(4), 349–359.

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *The American journal of psychiatry*, 175(1), 37–46.

Matheson, S. L., Kariuki, M., Green, M. J., Dean, K., Harris, F., Tzoumakis, S., Laurens, K. R. (2016). Effects of maltreatment and parental schizophrenia spectrum disorders on early childhood social-emotional functioning: a population record linkage study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(6), 612–623.

Misiak, B., Moustafa, A. A., Kiejna, A., & Frydecka, D. (2016). Childhood traumatic events and types of auditory verbal hallucinations in first-episode schizophrenia patients. *Comprehensive psychiatry*, 66, 17–22.

Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC public health*, 18(1), 1164.

Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 3–10.

Morrison, A. P., Nothard, S., Bowe, S. E., & Wells, A. (2004). Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1315–1323.

Moskowitz, A., & Corstens, D. (2007). Auditory Hallucinations: Psychotic symptoms in dissociative experience. *Journal of Psychological Trauma*, 6, 35–63.

Moskowitz, A., & Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia bulletin*, 37(3), 471–479.

Nijenhuis, E. R., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 12(4), 416–445

Peralta, V., & Cuesta M.J. (1994) Validación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Psiquiátrica. Españolas de Neurología* 4:44–50.

Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect* 31: 417–426.

Perona-Garcelán, S., Carrascoso-López, F., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., Jiménez, A., Vallina-Fernández, O., et al. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 323–329.

Perona-Garcelan, S., Carrascoso-Lopez, F., Garcia-Montes, J. M., Vallina-Fernandez, O., Perez-Alvarez, M., Ductor-Recuerda, M. J., et al. (2011). Depersonalization as a mediator in the relationship between self-focused attention and auditory hallucinations. *Journal of Trauma & Dissociation : The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 12(5), 535-548.

Perona-Garcelan, S., Cuevas-Yust, C., Garcia-Montes, J. M., Perez-Alvarez, M., Ductor-Recuerda, M. J., Salas-Azcona, R., et al. (2008). Relationship between self-focused attention and dissociation in patients with and without auditory hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 190-197.

Perona-Garcelan, S., Garcia-Montes, J. M., Cuevas-Yust, C., Perez-Alvarez, M., Ductor-Recuerda, M. J., Salas-Azcona, R., et al. (2010). A preliminary exploration of trauma, dissociation, and positive psychotic symptoms in a spanish sample.

Journal of Trauma & Dissociation : The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 11(3), 284-292.

Ramsay, C. E., Flanagan, P., Gantt, S., Broussard, B., & Compton, M. T. (2011). Clinical correlates of maltreatment and traumatic experiences in childhood and adolescence among predominantly African American, socially disadvantaged, hospitalized, first-episode psychosis patients. *Psychiatry research*, 188(3), 343–349.

Rea Granados, S. A. (2017). Evolución del derecho internacional sobre la infancia. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 14(29), 147.

Read, J., & Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 50(11), 1467-1472.

Read, J., Fink, P., Rudegear, T., Felitti, V., & Whitfield, C. (2008). Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2, 235-254.

Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A., & Perry, B. (2014, February). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4 (1), 65-79.

Read J, Harper D, Tucker I, Kennedy A (2018) Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 27:7–19.

Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64(4), 319–345.

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350.

Renard, S. B., Huntjens, R. J., Lysaker, P. H., Moskowitz, A., Aleman, A., &

Pijnenborg, G. H. (2017). Unique and Overlapping Symptoms in Schizophrenia Spectrum and Dissociative Disorders in Relation to Models of Psychopathology: A Systematic Review. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 108–121.

Ross CA (2009) Dissociative schizophrenia. In Moskowitz A., Schäfer I., Doraky M. J. (Eds), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (1st ed, pp 281–294). New York: John Wiley & Sons Ltd.

Ross, C. A. (2019). Dissociative Schizophrenia: A proposed subtype of schizophrenia. In Moskowitz A., Dorhay M. J., Schäfer I. (Ed). *Psychosis, trauma and dissociation. Envolving perspectives on severe psychopatology*. Second Edition. Willey Blacket.

Ross, C. A., & Keyes, B. (2004). Dissociation and Schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 69–83.

Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 31(2), 111–118.

Ross, C. A., Norton, G. R., & Anderson, G. (1988). The Dissociative Experiences Scale: A replication study. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(3), 21–22.

Ruby, E., Rothman, K., Corcoran, C., Goetz, R. R., & Malaspina, D. (2017). Influence of early trauma on features of schizophrenia. *Early intervention in psychiatry*, 11(4), 322–333.

Sar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(10), 1583–1590.

Sar, V., Taycan, O., Bolat, N., Ozmen, M., Duran, A., Oztürk, E., & Ertem-Vehid, H. (2010). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(1), 33–40.

Schäfer, I., Fisher, H. L., Aderhold, V., Huber, B., Hoffmann-Langer, L., Golks, D., Karow, A., Ross, C., Read, J., & Harfst, T. (2012). Dissociative symptoms in

patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 53(4), 364–371.

Schäfer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., Read, J., & Naber, D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 135–138

Schalinski, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M. H., Odenwald, M., & Rockstroh, B. (2019). Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophrenia research*, 205, 4–9.

Scharfetter C. (2019). Ego-fragmentation in schizophrenia: a severe dissociation of self-experience. En Moskowitz. A., Dorhay M. J., Schäfer I. (Ed). *Psychosis, trauma and dissociation. Evolving perspectives on severe psychopathology*. Second Edition. Willey Blacket.

Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*. 2014 Jul 24; 511(7510):421-7.

Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia bulletin*, 34(1), 193–199.

Shevlin, M., Murphy, J., Read, J., Mallett, J., Adamson, G., & Houston, J. E. (2011). Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(12), 1203–1210.

Siddaway, A. P., Taylor, P. J., Wood, A. M., & Schulz, J. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of affective disorders*, 184, 149–159.

Sideli, G. M., McAtee, P., Marrano, A., Allen, B. J., Brown, P. J., Butterfield, T. S., Dandekar, A. M., Leslie, C. A., & Neale, D. B. (2020). Genetic Analysis of Walnut

(*Juglans regia* L.) Pellicle Pigment Variation through a Novel, High-Throughput Phenotyping Platform. *G3 (Bethesda, Md.)*, 10(12), 4411–4424.

Sideli, L., Murray, R. M., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A., & Fisher, H. L. (2020). Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological medicine*, 50(11), 1761–1782.

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(2), 82–86.

Spitzer, C., Haug, H. J., & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30(2), 67–75.

Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2007). Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: The impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(4), 191-196.

Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79–101.

Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PloS one*, 10(2), e0117423.

Uçok, A., & Bikmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 371–377.

van Dam, D. S., van Nierop, M., Viechtbauer, W., Velthorst, E., van Winkel, R., Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators, Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R. S., Meijer, C. J., Myin-Germeys, I., van Os, J., & Wiersma, D. (2015). Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. *Psychological medicine*, 45(7), 1363–1377.

van der Boom, K. J., van den Hout, M. A., & Huntjens, R. J. C. (2010). Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences, and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personality and Individual Differences, 48*(4), 447-451.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W.W. Norton.

Van der Hart, O., Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet: A neglected intellectual heritage, *Dissociation, 2*(1), 3-16.

Van der Hart, O. & Witztum E. (2019). Dissociative Psychosis: Clinical and theoretical aspects. En Moskowitz. A., Dorhay M. J., Schäfer I. (Ed). *Psychosis, trauma and dissociation. Evolving perspectives on severe psychopathology*. Second Edition. Willey Blacket.

Van der Kolk, B. A. (1988). The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress, 1*(3), 273–290

van Erp, T. G., Preda, A., Nguyen, D., Faziola, L., Turner, J., Bustillo, J., Belger, A., Lim, K. O., McEwen, S., Voyvodic, J., Mathalon, D. H., Ford, J., Potkin, S. G., & Fbirm (2014). Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. *Schizophrenia research, 152*(1), 289–294.

Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review, 16*(5), 365–382

van Os, J., Rutten, B. P., & Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia bulletin, 34*(6), 1066–1082.

van Winkel, R., van Nierop, M., Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2013). Childhood trauma as a cause of psychosis: linking genes, psychology, and

biology. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(1), 44–51.

Varese, F., Barkus, E., Bentall, R. P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination proneness. *Psychological Medicine*, 42, 1025–1036. *Psychological Medicine*, 42, 1025–1036.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, 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.

Vogel, M., Braungardt, T., Grabe, H. J., Schneider, W., & Klauer, T. (2013). Detachment, compartmentalization, and schizophrenia: linking dissociation and psychosis by subtype. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 14(3), 273–287.

Vogel, M., Schatz, D., Spitzer, C., Kuwert, P., Moller, B., Freyberger, H. J., et al. (2009). A more proximal impact of dissociation than of trauma and posttraumatic stress disorder on schneiderian symptoms in patients diagnosed with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 128-134.

Vogel, M., Spitzer, C., Kuwert, P., Möller, B., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology*, 42(2), 124–130.

Walker, E., Mittal, V., & Tessner, K. (2008). Stress and the hypothalamic pituitary adrenal axis in the developmental course of schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 4, 189–216.

Wang, Z., Xue, Z., Pu, W., Yang, B., Li, L., Yi, W., Wang, P., Liu, C., Wu, G., Liu, Z., & Rosenheck, R. A. (2013). Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: symptoms and childhood trauma. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 23–30

World Health Organization (1991). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

7. ANEXOS

7.1. Consentimiento informado

Prevalença dels esdeveniments traumàtics i del trastorn per estrés post-traumàtic en pacients amb trastorn mental greu. Diferències clíniques i factors pronòstics

Hospital General de Vic, Servei de Psiquiatria i Salut mental

Investigadora principal: Dra. MJ Álvarez

FULL D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT PER ESCRIT

En la vida adulta, alguns esdeveniments traumàtics de la infantesa, poden interferir negativament l'evolució de les malalties mentals o condicionar l'aparició de malaltia psiquiàtrica en persones vulnerables. En persones que reben tractament, per esquizofrènia o malalties similars, s'ha apreciat una major proporció d'abusos infantils i de trastorn per estrés post-traumàtic que sovint no es diagnostica ni es tracta de manera adient.

Un equip d'investigadors de l'Hospital General de Vic (Osona) Prevalença dels esdeveniments traumàtics i símptomes disociatius en pacients amb trastorn esquizofrènic. Amb aquest estudi es vol descriure l'impacte del trauma infantil en la vida en les persones que són visitades al servei de Psiquiatria i Salut mental i com els afecta en l'evolució de la seva malaltia mental.

L'invitem, doncs, a participar en l'estudi esmentat: la seva participació en aquest estudi, però, és totalment voluntària i vostè pot retirar-se'n en qualsevol moment, sense haver de donar cap explicació. Si no vol participar-hi, això no li condicionarà, sota cap concepte, cap variació en el tractament o en el tracte amb el personal sanitari que els seus metges i infermeres li venen prestant. Si decideix de participar-hi, ens haurà de dedicar uns 45 minuts del seu temps durant els quals un dels investigadors de l'estudi li farà un seguit de preguntes en relació a experiències vitals rellevants. De totes maneres, pel fet de participar-hi, no rebrà cap benefici personal o directe ja que els objectius i els resultats busquen un interès científic.

D'altra banda, totes les seves dades personals i les respostes a l'enquesta seran tractades de manera estrictament confidencial i s'incorporaran a una base de dades informatitzada i anonimitzada mitjançant un codi.

En el cas que tingui algun dubte o vulgui algun aclariment pot consultar el Dr./Dra. al telèfon de l'hospital.

Si accepta, doncs, de participar en l'estudi, li preguem que signi el formulari de consentiment que li lliurem seguidament.

Gràcies per la seva col·laboració.

Prevalença dels esdeveniments traumàtics i del trastorn per estrés post-traumàtic en pacients amb trastorn mental greu. Diferències clíniques i factors pronòstics

Hospital General de Vic, Servei de Psiquiatria i Salut mental

Universitat de Barcelona, Departament de personalitat, avaluació i tractaments psicològics

Investigadora principal: Dra. MJ Álvarez

CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, (Nom i cognoms)

He llegit o bé m'han llegit el full d'informació que se m'ha lliurat
He pogut fer preguntes sobre l'estudi
He rebut suficient informació sobre el tema
He parlat amb (nom de l'enquestador)

Entenc que la meva participació és voluntària.

Entenc que participo en l'estudi i que en qualsevol moment puc retirar-me'n:

1. quan vulgui
2. sense haver de donar explicacions
3. sense que això repercuteixi en la meva atenció mèdica.

I, per tant, dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi

Signatura del participant
del pacient

Signatura del psiquiatre

Signatura del representant

(si cal)

Data:

7.2. Cuestionario de recogida de datos



5268

Enquesta núm.

PREVALENÇA DE TRAUMA INFANTIL I DE SÍMPTOMES DISSOCIATIUS EN PACIENTS ESQUIZOFRÈNICS

Núm. d'Història clínica

Data de l'enquesta

 / /
Dia Mes Any

Enquestador

Data de naixement

 / /
Dia Mes Any

Sexe

Home Dona

Estat civil

Mai casat
 Separat, divorciat o vidu
 Casat

Situació laboral

- Treball
 Aturat
 Baixa laboral temporal (IT)
 Pensionista (per malaltia)
 Estudiant

Una sola resposta. Marqui l'activitat que li ocupi la major part del dia.

Nivell d'educació

- No llegeix ni escriu
 Sense estudis
 Ensenyament obligatori (primària i secundària) incomplet
 Ensenyament obligatori (primària i secundària) complet
 Batxillerat o cicles formatius
 Estudis universitaris acabats (diplomats o titulats)

Edat del primer diagnòstic anys

Anys d'escolarització:

Nombre d'anys que has estat escolaritzat o que has estat estudiant, fins avui..

Núm. d'ingresos a l'Hospital per causa psiquiàtrica al llarg de la vida

Núm. de temptatives de suïcidi

Antecedents familiars de 1r. grau (Pares, germans, fills)

- Sense antecedents coneguts d'aquestes malalties
 Trastorn bipolar
 Esquizofrènia
 Trastorn esquizoafectiu

Abús o dependència de tòxics

- Alcohol
 Cannabis
 Cocaïna
 Opiacis
 Altres drogues il·legals
- Basat en els criteris del DSM-IV

Consorci Hospitalari de Vic
Servei de Psiquiatria i Salut mental - Servei d'Epidemiologia clínica i Recerca

Universitat Autònoma de Barcelona - Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia clínica i de la Salut



5268

Lloc de naixement del pacient:

- Catalunya
- Resta d'Espanya
- Estranger

Especificar:

- Àfrica del Nord
- Àfrica Subsahariana
- Amèrica Llatina i Carib
- Est Asiàtic i Pacífic
- Àsia Meridional
- Orient Mig
- Europa Central i de l'Est
- Europa Comunitària
- Altres països de renda alta
Estats Units, Canadà, Japó

Any d'arribada a Espanya:

Lloc de naixement de la mare del pacient:

- Catalunya
- Resta d'Espanya
- Estranger

Especificar:

- Àfrica del Nord
- Àfrica Subsahariana
- Amèrica Llatina i Carib
- Est Asiàtic i Pacífic
- Àsia Meridional
- Orient Mig
- Europa Central i de l'Est
- Europa Comunitària
- Altres països de renda alta
Estats Units, Canadà, Japó

Grup ètnic:

- Caucàsic europeu
- Caucàsic no europeu (nord d'Àfrica)
- Africà / Afroamericà
- Asiàtic
- Amerindi
- Mestís llatino-americanà
- Altres
- Desconegut / No consta

"Childhood trauma questionnaire"

Durant la meua infantesa i/o adolescència,	Mai	Rarament	A vegades	Sovint	Molt sovint
1. Em faltava menjar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sabia que algú em cuidava i em protegia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Persones de la meua família em deien "estúpid", "gandul" o "lleig"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Els meus pares estaven massa beguts o "col·locats" com per cuidar la família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En la meua família hi havia algú que em va ajudar a sentir-me important o especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vaig dur roba bruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Em vaig sentir estimat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vaig pensar que els meus pares no volien que hagués nascut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Algú de la meua família em va pegar tan fort que em varen dur al metge o a l'hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No canviaria res de la meua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Persones de la meua família em varen pegar tan fort que vaig tenir morats o marques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Em castigaven amb un cinturó, amb una fusta, amb una corda o amb altres objectes durs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les persones de la meua família ens preocupaven els uns dels altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Persones de la meua família m'insultaven o em feien lesions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Crec que em varen maltractar físicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vaig tenir una infantesa perfecta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Em varen pegar i picar tan fort que algú se'n va adonar (un mestre, un veí, un metge, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Em semblava que algú de la família m'odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Durant la meua infantesa
i/o adolescència,**

	Mai	Rarament	A vegades	Sovint	Molt sovint
19. Les persones de la meua família se sentien unides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Algú va intentar tocar-me de manera sexual o va intentar que jo el toqués.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Algú em va amenaçar de fer-me mal o de dir mentides de mí si no feia alguna activitat sexual amb ell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Vaig tenir la millor família del món.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Algú va intentar que fés actes sexuals o que en presenciés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Algú va abusar de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Crec que vaig ser maltractat emocionalment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hi havia qui em portés al metge quan ho necessitava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Crec que varen abusar sexualment de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. La meua família va ser una font de força i d'ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Crec que el meu pare em va tractar malament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Crec que la meua mare em va tractar malament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala d'experiències dissociatives

"Dissociative experiences scale"

Marqui amb una sola creu el percentatge de vegades que li passa cadascuna de les següents afirmacions

1.- Algunes persones, quan condueixen, de sobte s'adonen que no recorden què ha passat durant tot o una part del viatge.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2.- Algunes persones, quan escolten un altre que parla, de sobte s'adonen que no estaven escoltant una part o tot el que s'estava dient.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3.- Algunes persones s'adonen que estan en un determinat lloc i no saben com hi han arribat.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

4.- Algunes persones s'adonen que s'han vestit amb peces de roba que no recorden haver-se posat.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

5.- Algunes persones troben coses noves entre les seves pertinences (bossa, maleta, ...) que no recorden haver comprat mai.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6.- Algunes persones, a vegades, són escameses per persones que no coneixen, que les confonen pel nom o que insisteixen en haver-se conegut abans.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



5268

Marqui amb una sola creu el percentatge de vegades que li passa cadascuna de les següents afirmacions

- 7.- Algunes persones senten que són a prop d'elles o es veuen a sí mateixes i, en realitat, es veuen a sí mateixes com si veiessin una altra persona.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-
- 8.- A algunes persones se'ls diu que, a vegades, no reconeixen els seus amics o els membres de la seva pròpia família.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-
- 9.- Algunes persones no recorden esdeveniments importants de la seva vida com pot ser l'acabament de la carrera, un casament.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-
- 10.-Algunes persones han estat acusades de mentir quan elles no creuen haver mentit.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-
- 11.- Algunes persones quan es miren al mirall no es reconeixen a sí mateixes.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-
- 12.- Algunes persones senten que altres persones, objectes i el món al voltant d'elles no és real.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-
- 13.- Algunes persones senten que els seus cossos no els pertanyen.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-
- 14.- Algunes persones, a vegades, tenen records del passat tan vius que els sembla que els estan tornant a viure.
- 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
-



5268

Marqui amb una sola creu el percentatge de vegades que li passa cadascuna de les següents afirmacions

15.- Algunes persones no estan segures de si les coses que recorden han passat realment o si solament ho han somniat.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

16.- Algunes persones els sembla estar en un lloc familiar però el troben com a estrany o desconegut.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

17.- Algunes persones troben que al mirar la televisió o una pel·lícula estan tan abstrets en la història que no s'adonen d'altres fets que ocorren al seu voltant.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

18.- Algunes persones troben que s'involucren tan en una fantasia que senten com si realment els estigués passant a ells.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19.- Algunes persones troben que, a vegades, son capaces d'ignorar el dolor.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

20.- Algunes persones troben que, a vegades, estan mirant fixament l'espai (o l'horitzó) sense pensar en res i no s'adonen del temps que passa.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

21.- Algunes persones, a vegades, quan estan sols parlen en veu alta amb sí mateixos.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22.- Algunes persones troben que en una situació poden actuar tan diferent a una altra que els sembla com si es tractés de dues persones diferents.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



5268

Marqui amb una sola creu el percentatge de vegades que li passa cadascuna de les següents afirmacions

23.- Algunes persones, a vegades, troben que en certes situacions són capaces de fer coses amb facilitat i espontaneïtat quan normalment els són difícils (per exemple, esports, treball, relacions socials, ...).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24.- Algunes persones, a vegades, no poden recordar si han fet alguna cosa o si solament varen pensar que la farien (per exemple, no saben si han enviat una carta o si solament varen pensar en enviar-la).

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

25.- Algunes persones troben com a fetes, coses que no recorden haver fet ells.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

26.- Algunes persones troben escrits, dibuixos o notes entre les seves pertinences que han estat fets per ells però que no recorden haver-los fet.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

27.- Algunes persones, a vegades, senten veus dins del seu cap que els diuen que facin coses o comentaris sobre coses que ells estan fent.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

28.- Algunes persones, a vegades, senten com si miressin el món amb una boira de manera que les persones i els objectes els semblen allunyats o borrosos.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



5268

Escala PANNS

Positive and negative syndrome scale for schizophrenia

Núm. d'Història clínica: Número de registre:

Data de l'avaluació

 / /

dia

mes

any

Avaluador:

Subescala positiva

Deliris

Desorganització conceptual

Comportament al·lucinatori

Excitació

Grandiositat

Suspicàcia / perjudici

Hostilitat

Absent	Mínim	Lleu	Moderat	Moderat / Greu	Greu	Extrem
--------	-------	------	---------	----------------	------	--------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subescala negativa

Embotament afectiu

Retraïment emocional

Contacte pobre

Retraïment social

Dificultat en el pensament abstracte

Espontaneïtat i fluïdesa de la conversa

Pensament estereotipat

Absent	Mínim	Lleu	Moderat	Moderat / Greu	Greu	Extrem
--------	-------	------	---------	----------------	------	--------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Childhood Trauma in Schizophrenia Spectrum Disorders Dissociative, Psychotic Symptoms, and Suicide Behavior

María-José Álvarez, MD,*† Helga Masramom, MPsych,‡ Quintí Foguet-Boreu, MD, PhD,*†
Elisabet Tasa-Vinyals, MD, MPsych,* Jairo Santiago García-Eslava, MD,* Pere Roura-Poch, MD,§||
Santiago Escoté-Llobet, MD,* and Anabel Gonzalez, MD, PhD¶

Abstract: Current evidence suggests a high prevalence of childhood trauma (CT) among adult patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorders. Exposure to CT might lead to clinical differences eventually observed in these patients. We present a cross-sectional study with 54 patients with schizophrenia spectrum disorder (schizophrenia and schizoaffective disorder). We obtained sociodemographic data, as well as data on CT, dissociation, suicide history, and intensity of positive and negative psychotic symptoms. More than 75% of the patients reported a history of CT. We observed a link between CT and suicidal behavior. Patients showed high rates of dissociation. Dissociative experiences were related to CT, both in terms of intensity of trauma and number of traumas experienced. All CT forms except emotional neglect showed direct correlations with dissociative experiences. We found no correlation between intensity of CT and intensity of positive psychotic symptoms, yet we observed a moderate inverse correlation with negative psychotic symptoms.

Key Words: Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, severe mental disorders, childhood trauma, dissociation, suicide attempts

(*J Nerv Ment Dis* 2020;00: 00–00)

Childhood Trauma and Schizophrenia Spectrum Disorders

Childhood trauma (CT) is defined by the World Health Organization as “all forms of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power” (Butchart et al., 2006).

Nearly one in four adults reports having been physically abused as a child; 36% report they were emotionally abused as a child, and 20% of women and 5% to 10% of men report having been sexually abused as children (Butchart et al., 2015).

A number of studies published in recent decades have pointed toward a relationship between CT and the onset of schizophrenia spectrum disorders in adults. To begin with, a review including 51 studies of patients with psychotic disorders published between 1987 and 2005 concluded that 48% of females and 28% of males had been victims of sexual abuse, and 48% of females and 50% of males had been physically abused during childhood (Read et al., 2005).

At the same time, the first two studies with large general population samples were published (Bebbington et al., 2004; Janssen et al., 2004). Results indicated the existence of a significant relationship between CT and psychosis onset in adult life; in a way, exposure to CT may be one of the factors that predict a first psychotic episode in the future. In Spain, our research group has published a prevalence of CT of 48% in a clinical sample of patients with severe mental disorder (schizophrenia and bipolar disorder) (Álvarez et al., 2011).

A meta-analysis led by Varese et al. (2012) concludes that CT increases the risk of psychosis with an odds ratio (OR) of 2.8 and that if the adversities examined as risk factors were entirely removed from the population, the number of people with psychosis would be reduced by 33%. This meta-analysis found no evidence that any specific type of trauma was a stronger predictor of psychosis. The age of exposure and polytraumatization might be more strongly related to psychosis risk than trauma type. A posterior meta-analysis observed that CT was more frequently reported in people with a diagnosis of schizophrenia than in controls, with an OR of 3.6 (Matheson et al., 2016).

Some studies have focused on unraveling the role of specific traumas in the onset of specific psychotic symptoms. A considerable number of articles have been published relating child sexual abuse to hallucinations (Bentall et al., 2012; Misiak et al., 2017; Sheffield et al., 2013). A recent publication by Misiak et al. (2017) associates, specifically, child sexual abuse with auditory hallucinations in first-episode psychosis. Physical abuse seems to be related to both hallucinations and delusional ideas (Bentall et al., 2012). Nonetheless, beyond single exposure to the different types of traumatic events, there is evidence pointing to a dose-response relationship between the number of types of trauma (polytraumatization) and onset of psychotic symptoms. Other characteristics of CT that might predispose to psychosis are early onset, intensity, and duration of trauma (Bentall et al., 2012; Shevlin et al., 2008).

Dissociation, CT, and Schizophrenia Spectrum Disorders

Even though interest in the study of dissociation as a phenomenon rose in the 19th century, the very definition of dissociation remains controversial. Thus, the American Psychiatric Association has categorized dissociative disorders but has failed to give a description of the nature of dissociation itself. In effect, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)* states that “dissociative disorders are characterized by a disruption of and/or discontinuity in the normal integration of consciousness, memory, identity, emotion, perception, body representation, motor control, and behavior” (American Psychiatric Association, 2013).

From Janet’s studies in the late 19th century to the present, all studies converge in considering dissociative symptomatology, and particularly its most severe extreme form—the dissociative identity disorder—as a response to severe and repeated traumas, which originate mainly during childhood (Briere and Marsha, 2015; Chu and Bowman, 2000; Chu and Dill, 1990; Nijenhuis and Van der Hart, 2011; Sar et al., 2009).

*Department of Psychiatry and Mental Health, Osona Salut Mental, Consorci Hospitalari de Vic; †Faculty of Health Sciences and Welfare, University of Vic–Central University of Catalonia (UVic-UCC); ‡Department of Psychiatry, Clínica Sant Josep; §Epidemiology Department, Consorci Hospitalari de Vic; ||Faculty of Medicine, University of Vic–Central University of Catalonia (UVic-UCC), Vic (Barcelona), Catalonia; and ¶Mental Health Department, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, Spain.

Send reprint requests to María-José Álvarez, MD, Department of Psychiatry and Mental Health, Osona Salut Mental, Consorci Hospitalari de Vic, C/ Francesc Pla El Vigatà, s/n, 08500 Vic (Barcelona), Catalonia, Spain.
E-mail: mjalvarez@chv.cat

Copyright © 2020 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

ISSN: 0022-3018/20/0000–0000

DOI: 10.1097/NMD.0000000000001253

The first empirical research on the relationship between dissociation and schizophrenia dates back to the 1990s. The researchers found high degrees of dissociation in patients undergoing first psychotic episodes (Goff et al., 1991) and in patients with chronic or residual forms of schizophrenia (Greenfield et al., 1994). During the last decade, studies on the topic have proliferated, and a link between CT and dissociative symptomatology, specifically for physical abuse (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003), emotional abuse (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003; Schäfer et al., 2006), and sexual abuse (Chae et al., 2015; Schäfer et al., 2012), has been established. In contrast to most of these studies, only Brunner et al. (2004) found no differences regarding frequency and intensity of dissociative psychopathology in schizophrenic patients compared with the general population.

A meta-analysis examining studies that measure the prevalence of dissociative symptomatology in different pathologies concludes that it is more common in schizophrenia than in the general population, but it is less common in schizophrenia than in dissociative disorders, post-traumatic stress disorder, borderline personality disorder, and conversion disorder. Moreover, it is similar in somatic symptoms disorder, eating disorders, addictive disorders, and depressive disorders, whereas patients with bipolar disorder showed lower degrees of dissociation (Lysenko et al., 2018).

Nevertheless, the impact of CT expands way beyond its association with the onset of dissociative symptoms. In psychotic patients, CT itself is linked to greater degrees of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder (Álvarez et al., 2012; Conus et al., 2010; Duhig et al., 2015; Justo et al., 2018; Lysaker and Salyers, 2007; Ruby et al., 2017) and to greater substance abuse (Conus et al., 2010), earlier disease onset (Álvarez et al., 2012; Ramsay et al., 2011), and a greater number of suicide attempts (Álvarez et al., 2012; Conus et al., 2010; Taylor et al., 2010).

A history of CT therefore seems associated with increases in psychosis severity markers, despite the difficulty finding a consensus over predominant symptoms. Most of the studies report more positive psychotic symptoms in patients with schizophrenia who have a history of CT (Chae et al., 2015; Duhig et al., 2015; Ramsay et al., 2011; Read et al., 2003; Ruby et al., 2017; Wang et al., 2013). The impact of CT on negative psychotic symptoms is controversial because most authors do not find differences depending on the exposure to CT (Chae et al., 2015) or actually find less negative psychotic symptoms (Ruby et al., 2017; Wang et al., 2013). Interestingly, a recent study has reported a direct correlation between CT and negative psychotic symptoms, but not with positive psychotic symptoms (Pinckaers et al., 2019).

The purposes of this study were to evaluate and describe the types of CT experienced by patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorder; analyze the relationship between CT and dissociative experiences, understood as a continuum between normal experiences and pathological symptoms; and identify the clinical characteristics, including the intensity of positive and negative symptoms and suicide attempts of those patients who have a history of child victimization.

METHODS

Design and Participants

We conducted a cross-sectional study of 45 adult patients from a public mental health care center that provides care to a population of over 150,000 located in the city of Vic in Catalonia, Spain. Patients were consecutively recruited from the outpatient population of the Osona Mental Health Centre (Consorci Hospitalari de Vic). All patients 18 years or older with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder according to the *DSM-IV* criteria were invited to participate when they visited their outpatient clinic. Patients were excluded if they declined to participate or if the severity of their clinical profile was likely to compromise their responses to questionnaires administered

by interviewers. The threshold for exclusion was defined as severe presence of disorganized speech, delusional ideation, and/or hallucinations.

Variables

We registered the following epidemiological variables: age, sex, marital status, education, migration, and employment status.

Clinical variables were as follows: current psychiatric diagnosis (*DSM-IV*), family history of schizophrenia or bipolar disorder, personal history of CT, lifetime history of suicide attempts, positive and negative psychotic symptoms, and dissociative symptomatology.

Instruments

Childhood Trauma Questionnaire, Short Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 1994) in its Spanish version (Hernández et al., 2013). This instrument was used to assess CT. The questionnaire is widely used internationally for the study of traumatic experiences in childhood. Its 28 items are grouped into two types of trauma and five specific factors: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, and emotional neglect. The CTQ-SF has high temporal stability ($r = 0.80$) and good internal consistency (Cronbach's $\alpha = .62-.92$). In general terms, this questionnaire has acceptable validity, particularly convergent and discriminant validity. The response format is based on a 5-point Likert scale (1 = never to 5 = very often). Five items evaluate each area, and there are three control items to determine possible minimization of responses. Each dimension was assessed for the presence or absence of the trauma described and the scores achieved. Cutoff scores have been established for each type of trauma, allowing its classification according to intensity: no trauma (5–8 points in emotional abuse, 5–7 points in physical abuse, 5 points in sexual abuse, 5–9 points in emotional neglect, and 5–7 points in physical neglect); low trauma (9–12 points in emotional abuse, 8–9 points in physical abuse, 6–7 points in sexual abuse, 10–14 points in emotional neglect, and 8–9 points in physical neglect); moderate trauma (13–15 points in emotional abuse, 10–12 points in physical abuse, 8–12 points in sexual abuse, 15–17 points in emotional neglect, and 10–12 points in physical neglect); and severe trauma (above 15 points in emotional abuse; above 12 points in physical abuse, sexual abuse, and physical neglect; and above 17 points in physical neglect) (Bernstein et al., 1994).

Dissociative Experience Scale (DES-II) (Carlson and Putnam, 1993) in its Spanish version, which has reported psychometric properties similar to the original (Icarán et al., 1996). This instrument was used to assess dissociative symptomatology. The scale consists of 28 items, which measure the frequency of three dimensions of dissociation (abstraction, amnesia, and depersonalization/derealization), understood as a continuum between normal experiences and pathological symptoms. Each item is quantified for each person using a 100-point scale with 10-point intervals (0 = never to 100 = always). There is no cutoff point indicating pathology because the scale is oriented toward the quantitative measurement of dissociative symptoms. With respect to psychometric properties, the original scale has a high test-retest reliability ($r = 0.96$ after 4 weeks) and high internal consistency (Cronbach's $\alpha = .95$). It also has good construct validity and high sensitivity and specificity to appropriately identify individuals with dissociative symptomatology and exclude those with no dissociative symptoms (74% and 80%, respectively).

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987) in its Spanish version (Peralta and Cuesta, 1994). This instrument was used to assess whether specific positive and negative symptoms of psychosis were present, and if they were, to what extent. It consists of a structured interview administered to the respondent by experienced interviewers. Thirty symptoms are rated along a 7-point Likert scale. The assessment provides separate scores along related scales such as positive syndrome (PANSS+), negative syndrome (PANSS-), and general psychopathology, although the latter was not necessary for the purpose of this study.

All three scales are internally consistent and highly reliable as measured by the Cronbach's α , the split-half method, and test-retest reliability measures. Interrater reliability for the PANSS lies within the range of 0.83 to 0.87. It is, therefore, a well-established instrument, which has been used in many other studies related to the present research, often in combination with the CTQ-SF and the DES-II.

Procedures

Evaluators not involved with the patient's clinical follow-up completed data between collection and interviews. The researchers obtained informed consent from each patient. The diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder, according to *DSM-IV* criteria, was confirmed for all the participants before their inclusion in the study. Data collection and interviews were completed between May 2011 and May 2012 by experienced evaluators not involved with the patients' clinical follow-up. The DES-II, CTQ-SF, and PANSS were administered by the interviewers. With the CTQ-SF and DES-II, despite being self-reported in nature, a large proportion of participants requested that the researcher go through the instructions and each of the questions, and occasionally, they asked the researcher to make the appropriate markings on the sheets. During the structured interview (PANSS), administration guidelines were carefully followed. The researcher could request an appropriate member of the staff to complete the "informant" aspect of the PANSS.

Ethical Aspects

The study protocol was approved by the Clinical Research Ethics Committee of the hospital. Written and oral information was provided, and the patient was requested to sign the informed consent form.

Statistical Analysis

We carried out a descriptive data analysis by calculating frequencies for qualitative factors and mean scores with standard deviations for quantitative factors. For quantitative factors registering extreme maximum and minimum scores, we calculated median scores and percentiles.

We computed scores for the trauma, dissociation, and psychotic symptom scales previously mentioned and established their percentile distribution. Data from CTQ-SF were computed both in qualitative (presence or absence of all five types of trauma) and quantitative terms (intensity of trauma for each of the five types). Data from the DES-II and PANSS were treated as quantitative. Bivariate analysis allowed exploring associations between CT, dissociative symptomatology, and positive and negative symptoms of psychosis. Analysis of variance testing was used to check for differences in study variables according to epidemiological and clinical factors. Statistical significance was set at $p < 0.05$. IBM SPSS Statistics software version 26.0 was used for analysis.

RESULTS

Sample Description and CT Prevalence

Forty-five patients were included in the study. The average age was 41.1 years (SD, 10), and 56.0% were men.

There were 26.6% who had not completed compulsory secondary education, and 73.4% were legally disabled because of their psychiatric disease. There were 55.6% who had never been married, including equivalent forms of stable couple cohabitation.

Table 1 displays the characteristics of the sample by sex.

Total CT prevalence was present in 35 (77.8%) patients who reported having experienced CT of any kind. For type of trauma: 22 (48.9%) patients reported emotional abuse; 13 (28.9%) patients, physical abuse; 18 (40.0%) patients, sexual abuse; 25 (55.6%) patients, emotional neglect; and 21 (46.7%) patients, physical neglect. No sex differences were observed (chi-square, $p > 0.05$) (Table 2).

We evaluated the level of intensity of each type of trauma. We categorized trauma intensity into low, moderate, or severe, consistent with the CTQ. Of the patients reporting a history of CT, trauma intensity was moderate or severe in 14 (63.7%) of those having endured emotional abuse, 11 (84.6%) of those having experienced physical abuse, 14 (77.8%) of those with a history of sexual abuse, 10 (40.0%) of those victimized by emotional neglect, and 12 (57.1%) of those having undergone physical neglect. These results are presented in Figure 1.

Of the 35 patients reporting a history of CT, 10 (28.6%) had experienced one kind of CT; 5 (14.3%), two types; 6 (17.1%), three types; 9 (25.7%), four types; and 5 (14.3%) patients had been victims of all five types of trauma.

CT and Psychotic Symptoms

We examined the lineal correlation between the CTQ-SF and PANSS+/- scores in Table 3. Because the CTQ-SF score showed a nonnormal distribution (Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.05$), we present results of the Spearman's rank correlation coefficient (ρ).

Neither total PANSS+ nor any particular PANSS+ items have correlation with CTQ scores. A significant inverse lineal association of moderate intensity exists between total PANSS- score and CT intensity ($\rho = -0.300$, $p = 0.045$). Particular PANSS- items that showed such a significant association are poor rapport and stereotyped thinking.

CT and Dissociation

The relationship between the CTQ-SF and DES-II scores is displayed in Table 4. DES-II showed a nonnormal distribution (Kolmogorov-Smirnov, $p < 0.05$). All types of CT were associated with higher DES-II scores. These associations were statistically significant in the cases of sexual abuse, emotional abuse, physical abuse, emotional negligence, and any kind of abuse (Mann-Whitney U -test, $p < 0.05$).

We also evaluated DES-II scores according to intensity of CT. According to the Kruskal-Wallis test, the intensity of trauma was significantly related ($p < 0.05$) to DES-II in emotional and sexual abuse and physical neglect (Table 5).

We analyzed the DES-II scores by number of trauma types. We observed a crescent, significant relationship between the number of reported CT types and DES-II scores, analyzed by a Kruskal-Wallis test ($p < 0.005$) (Fig. 2).

Relationship Between CT and Lifetime History of Suicide Attempts

Table 6 shows the relationships between CT and suicide history attempts. Of the total sample, 20 (44.4%) patients had attempted suicide at least once in their life. All these patients have experienced CT. That is to say, 20 (57.1%) of 35 patients with CT and none of the nontraumatized patients have attempted suicide at least once in their lives ($p = 0.001$). There were 63.6% of patients with emotional abuse and 61.9% of those with physical neglect who had attempted suicide versus the 20.0% and 29.1% without these traumas ($p = 0.017$ and 0.038, respectively). Regarding sexual abuse, 61.1% of victimized patients had attempted suicide versus 38.9% of those nonvictimized patients ($p = 0.125$).

DISCUSSION

CT in Schizophrenia Spectrum Disorders: Frequency, Intensity, and Polytraumatization

More than three quarters (78.3%) of our sample had a history of CT, higher than that reported in the general population (Butchart et al., 2006, 2015). The intensity of CT and the number of types of CT were high. Forty percent of those patients who reported CT had experienced four or five different types—that is, severe polytraumatization. The

TABLE 1. Sample Description by Gender (N = 45)

	Total (N = 45)	Men n = 25 (55.6%)	Women n = 20 (44.4%)	p
Age, mean (SD), yrs	41.1 (10)	38.7 (10)	44.0 (8.9)	0.656
Status marital, n (%)				
Married or stable couple (SC)	13 (29.5)	7 (29.2)	6 (30.0)	0.011 ^a
Separate or widow	6 (13.6)	0 (0.0)	6 (30.0)	
Never married nor SC	25 (56.8)	17 (70.8)	8 (40.0)	
Study level, n (%)				
Compulsory secondary education not completed	13 (28.9)	9 (36.0)	3 (15.0)	0.091
Compulsory secondary education completed	32 (71.1)	16 (64.0)	17 (85.0)	
Working status, n (%)				
Employed, student, or actively searching employment	11 (33.3)	5 (20.0)	5 (25.0)	0.473
Disabled	34 (66.7)	20 (80.0)	15 (75.0)	
Migration status, n (%)				
Migrant	9 (20.5)	6 (24.0)	3 (15.8)	0.390
Nonmigrant	35 (79.5)	19 (76.0)	16 (84.2)	
Family history of schizophrenia or bipolar disorder, n (%)	14 (31.1)	9 (36.0)	5 (25.0)	0.322
CTQ-SF ^a				
Mean (SD)	45.1 (17.8)	46.4 (17.3)	43.4 (18.8)	0.360
Median (range)	40.0 (24–91)	41.0 (26–91)	36.5 (24–86)	
Type of trauma				
Emotional abuse ^a				
Mean (SD)	9.9 (5.3)	10.0 (5.4)	9.7 (5.3)	0.566
Median (range)	8.0 (5–24)	8.5 (5–24)	8.0 (5–24)	
Physical abuse ^a				
Mean (SD)	7.6 (4.2)	8.4 (4.4)	6.6 (3.7)	0.064
Median (range)	5.0 (5–20)	7.0 (5–20)	5.0 (5–19)	
Sexual abuse ^a				
Mean (SD)	7.8 (5.1)	7.6 (4.1)	8.5 (6.2)	0.379
Median (range)	5.0 (5–25)	5.0 (5–16)	5.0 (5–25)	
Emotional neglect ^a				
Mean (SD)	11.7 (5.4)	11.8 (5.5)	11.5 (5.2)	0.592
Median (range)	10.0 (4–24)	10.0 (4–24)	10.5 (4–24)	
Physical neglect ^a				
Mean (SD)	7.9 (2.9)	8.6 (3.2)	7.1 (2.3)	0.309
Median (range)	7.0 (5–17)	8.0 (5–17)	6 (5–12)	
DES-II ^b				
Mean (SD)	18.6 (16.3)	21.1 (18.9)	15.4 (12.0)	0.398
Median (Range)	13.2 (0.4–76.8)	14.3 (2.1–76.8)	13.0 (0.4–45.7)	
PANSS ^b				
Positive				
Mean (SD)	18.6 (6.4)	19.5 (6.8)	17.5 (5.9)	0.415
Negative				
Mean (SD)	21.4 (6.2)	22.9 (6.9)	19.6 (4.7)	0.131
History of suicide attempts, n (%)	20 (44.4)	10 (40.X)	10 (50.X)	0.356

^aDistribution is under not normal curve.

^bDistribution is under normal curve.

intensity of CT was moderate or severe in more than three quarters of patients who experienced physical abuse and sexual abuse and in more than half of those patients who experienced emotional abuse and physical neglect.

Our results converge with current literature regarding the high prevalence of CT in patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorders and, arguably, among psychotic patients in general. A review

of 26 retrospective studies evaluating CT prevalence in terms of physical abuse and sexual abuse specifically in psychotic patients found that between 28% and 73% had been victimized (Bendall et al., 2008). Against this backdrop, the prevalence of 77.8% found in our study—which is even higher than that reported in the most pessimist estimations previously published—might be interpreted as secondary to the fact that, unlike previous work, we included emotional abuse and

TABLE 2. Relationship Between CT and Sex (N = 45)

Type of trauma, n (%)		Sex		p
		Male	Female	
		n = 25 (55.6%)	n = 20 (44.4%)	
Emotional abuse	12 (48.0)	10 (50.0)	0.556	
22 (48.9)				
Physical abuse	10 (40.0)	3 (15.0)	0.064	
13 (28.9)				
Sexual abuse	9 (36.0)	9 (45.0)	0.379	
18 (40.0)				
Emotional neglect	14 (56.0)	11(55.5)	0.592	
25 (55.6)				
Physical neglect	13 (52.0)	8 (40.0)	0.309	
21 (46.7)				
Any type of trauma	21 (84.0)	14 (70.0)	0.223	
35 (77.6)				

Significance level, *p* < 0.005.

neglect, as well as physical neglect, as forms of CT. In our opinion, this makes our study more robust because it arguably provides a more exhaustive and comprehensive view of CT.

Regarding types of abuse, it is worth mentioning that previous studies included in the review we just mentioned (Bendall et al., 2008) report sexual abuse rates ranging from 13% to 61%, which are in line with our observed prevalence (40%) for this type of victimization. Similarly, the prevalence of physical abuse in such studies has been estimated between 10% and 61%, which is also in line with our result for this kind of trauma (28%). As for emotional abuse (49%), physical neglect (56%), and emotional neglect (47%) rates found in our study are also in the ranges reported by previous literature (Read et al., 2008). Remarkably, these three types of CT were reported by approximately half of our sample.

We have not observed sex differences in CT in this study, regardless of the type of abuse studied. This presents to us as an unexpected result, especially in the case of sexual abuse, given that there is generally a wide consensus on the higher prevalence of sexual victimization among girls. For example, a metaanalysis (Stoltenborgh et al., 2011) reports that women were three times as likely as men to report a history of sexual child abuse.

Psychotic Symptoms and CT

The link between positive and negative psychotic symptoms and CT is controversial. Most authors report higher rates of positive

symptoms of psychosis in traumatized patients (Chae et al., 2015; Duhig et al., 2015; Ramsay et al., 2011; Read et al., 2003; Ruby et al., 2017; Uçok and Bıkmaz, 2007; Wang et al., 2013). In two of these studies, no relationship was found between positive symptoms and either the total CTQ score or abuse. However, they did find a link between positive symptoms and neglect (Duhig et al., 2015; Ramsay et al., 2011). In our study, we have failed to find a correlation between positive symptoms scores and CT scoring.

The case of negative symptoms of psychosis is even more controversial because there is less consensus. Our study, in line with previous research (Ruby et al., 2017; Wang et al., 2013), has found a moderate and inverse correlation with negative symptoms of psychosis. Other authors fail to find any link, either direct or inverse (Uçok and Bıkmaz, 2007). Interestingly enough, we have observed that CT is

TABLE 3. Correlations Between PANSS+/- and CTQ-SF Scores

PANSS	Rho	p*
Total PANSS+	0.008	0.961
P1 delusions	-0.054	0.726
P2 conceptual disorganization	-0.033	0.828
P3 hallucinatory behavior	-0.060	0.694
P4 excitement	-0.152	0.319
P5 grandiosity	-0.179	0.239
P6 suspiciousness/persecution	0.082	0.593
P7 hostility	0.026	0.867
Total PANSS-	-0.300	0.045*
N1 blunted affect	-0.194	0.202
N2 emotional withdrawal	-0.133	0.384
N3 poor rapport	-0.304	0.042*
N4 passive/apathetic social withdrawal	-0.061	0.690
N5 difficulty in abstract thinking	-0.128	0.404
N6 lack of spontaneity and flow of conversation	-0.202	0.182
N7 stereotyped thinking	-0.302	0.045*

Spearman correlation coefficient.

**p* < 0.05, significance level.

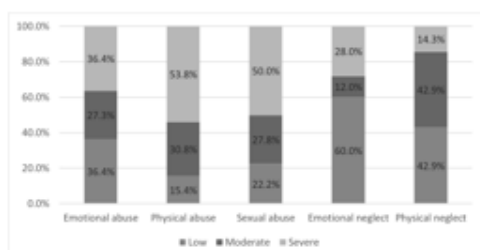


FIGURE 1. Distribution of the prevalence of childhood types of trauma by intensity.

TABLE 4. Dissociation and Presence/Absence of CT (N = 45)

Type of Trauma	Presence/Absence of Trauma	n	Median DES	Interquartile Range	p*
				DES	
Emotional abuse	No	23	7.9	5.4–11.8	<0.001
	Yes	22	22.7	13.2–41.2	
Physical abuse	No	32	11.3	6.4–20.4	0.018
	Yes	13	19.6	13.0–35.0	
Sexual abuse	No	27	8.6	6.4–16.8	0.001
	Yes	18	20.4	12.6–41.3	
Emotional neglect	No	20	10.2	6.4–20.4	0.118
	Yes	25	14.3	10.5–29.5	
Physical neglect	No	24	10.7	6.4–15.6	0.004
	Yes	21	19.6	12.0–41.6	
Any type of trauma	No	10	6.8	4.6–12.9	0.008
	Yes	35	14.3	10.0–27.5	

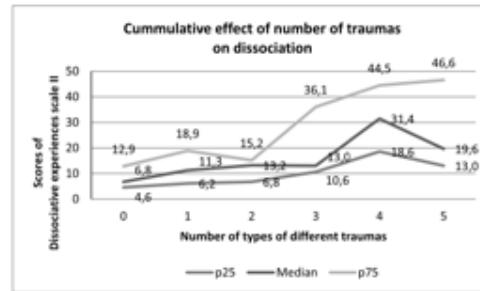
*Mann-Whitney U-test. Significance level, $p < 0.005$.

related to negative symptoms of psychosis and not to positive symptoms of psychosis, in contrast to the findings of previous studies (Pinckaers et al., 2019). Many of the mentioned studies were conducted in first psychotic episodes or with young patients, unlike ours—because our sample was mostly composed of chronic patients, with a long history of disease and of treatment. This might explain the differences between our results and the previous literature.

TABLE 5. Dissociation and CT Intensity (N = 45)

Type of Trauma	Intensity	n	Median DES	Interquartile Range	p*
				DES	
Emotional abuse	None	23	7.9	5.4–11.8	<0.001*
	Low	8	24.8	12.4–40.4	
	Moderate	6	16.4	13.1–27.5	
	Severe	8	32.9	17.7–60.7	
Physical abuse	None	32	11.3	6.4–20.4	0.121
	Low	2	25.5	7.9–	
	Moderate	4	20.0	13.5–25.7	
	Severe	7	16.8	13.2–42.5	
Sexual abuse	None	27	8.6	6.4–16.8	0.003*
	Low	4	13.0	11.8–18.0	
	Moderate	5	14.3	11.6–29.5	
	Severe	9	40.7	17.1–55.7	
Emotional neglect	None	20	10.2	6.4–20.4	0.112
	Low	15	11.4	8.2–16.1	
	Moderate	3	19.6	11.8–	
	Severe	7	27.5	16.8–65.7	
Physical neglect	None	24	10.7	6.4–15.6	0.027*
	Low	9	14.3	9.6–31.1	
	Moderate	9	31.4	14.8–42.0	
	Severe	3	27.5	7.5–	

*Kruskal-Wallis test. Significance level, $p < 0.05$.



Kruskal-Wallis test, $p=0.002$

FIGURE 2. Cumulative effect of CT on dissociation.

Dissociative Symptoms in Schizophrenia Spectrum Disorders and Its Link to CT

Our study confirms the existence of high levels of dissociation in patients with schizophrenia spectrum disorders. Mean DES-II score of our sample was 18.57 (SD, 16.3). Given that DES is a quantitative scale evaluating levels of dissociation, it has also been largely applied to populations without psychiatric pathology, where mean scores usually range from 3.7 to 7.8 (Carlson and Putnam, 1993). Therefore, our sample's scores are considerably higher than scores typically observed in the general population. When compared with previous research conducted with patients with schizophrenia spectrum disorders, our study obtains similar figures. Mean DES scores in schizophrenia spectrum disorders as reported in the literature range from 15.3 to 26.9, to the best of our knowledge: 15.3 (Vogel et al., 2009), 15.7 (Bob et al., 2006), 15.8 (Spitzer et al., 2007), 18.1 (Sar et al., 2009), 18.9 (Chae et al., 2015), and 26.9 (Hlatala and McClellan, 2005). In addition, two studies report ranges

TABLE 6. History of Suicide Attempts by CT

	Positive Suicide History Attempts	
	n (%)	p*
Emotional abuse	Yes, n = 22	0.017*
	No, n = 23	
Physical abuse	Yes, n = 13	0.515
	No, n = 32	
Sexual abuse	Yes, n = 18	0.125
	No, n = 27	
Emotional negligence	Yes, n = 25	0.131
	No, n = 20	
Physical negligence	Yes, 22	0.038*
	No, 23	
Any type of trauma	Yes, 22	0.001*
	No, 23	

*Chi squared test. Significance level, $p < 0.05$.

between 19.2 and 21 for acute psychiatry inpatients, and between 11.9 and 14.1 for stabilized psychiatric patients (Schäfer et al., 2006, 2012).

In the present study, higher levels of dissociation have been observed in all types of CT except for physical neglect. The association persists if CT is taken as a quantitative variable, that is, speaking of trauma intensity, for all kinds of CT except—in this case—for physical abuse. We have also observed a cumulative effect of trauma on dissociation levels, similar to a dose-response association. Therefore, we confirm the results of the previous studies that have pointed to this existing relationship between trauma and dissociation in schizophrenia spectrum disorders. Specifically, this link has been documented for physical abuse (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003; Ross and Keyes, 2004; Sar et al., 2010), emotional abuse (Chae et al., 2015; Holowka et al., 2003; Schäfer et al., 2006), sexual abuse (Chae et al., 2015; Ross and Keyes, 2004; Sar et al., 2010; Schäfer et al., 2012), and emotional neglect (Chae et al., 2015). In addition, some authors have also reported an association with physical neglect, in contrast to what we have observed in our study (Chae et al., 2015; Vogel et al., 2009).

Suicidality and CT

The role of CT in suicidality is well known in the general population. A recent meta-analysis (Angelakis et al., 2019) concluded that, compared with the general population, people who have been exposed to traumatic events in childhood are at increased risk of suicide. All types of childhood maltreatment were associated with two- to threefold increases in the risk of attempting suicide at least once in a lifetime. Studies on the relationship between CT and suicide attempts in patients with schizophrenia have concluded, similarly, that patients with a history of CT are at a greater risk of attempting suicide (Álvarez et al., 2011; Conus et al., 2010; Ramsay et al., 2011). In our study, CT significantly correlated with a lifetime history of suicide attempt. More than half of the patients with a history of CT had attempted suicide, whereas none of the patients without a history of CT had done so. When analyzing by trauma types, the correlation remains significant for emotional abuse and physical neglect. Moreover, patients who have endured sexual abuse and emotional neglect were found in this study to be twice as likely to have attempted suicide than patients with no history of such kinds of abuse, although this association failed to reach statistical significance. Physical abuse was the only kind of CT for which no relationship with suicidality was observed.

In nonpsychotic patients, the presence of CT has been related to suicide attempts (Angelakis et al., 2019). Trauma spectrum disorders, like posttraumatic stress disorder, borderline personality disorder, or dissociative disorders, have a high prevalence of suicide attempts (Bach et al., 2018; Calati et al., 2017; de Aquino Ferreira et al., 2018).

The fact that in our study we did not perform a diagnostic interview prevented us from knowing if the patients studied presented comorbid pathologies.

On the basis of this overlapping of psychotic and dissociative symptoms, Ross and Keyes (2004) suggest the concept of dissociative schizophrenia to facilitate the study of this clinical subgroup and its particular characteristics. This concept was originally coined in the context of a study with 60 patients diagnosed with schizophrenia. Among these patients, those who scored higher in the DES were more likely to have a history of severe childhood abuse. Moreover, they were also more symptomatic in terms of both positive and negative symptoms and registered higher levels of comorbidity with axes I and II *DSM-IV* pathologies. Even though dissociative schizophrenia as an entity still needs further validation, Sar et al. (2010) supported it later in a group of patients with a history of CT, who displayed relatively high levels of dissociation and comorbidity—in particular, with borderline personality disorder—although no differences were noted regarding positive and negative symptoms. A recent study conducted in our country concludes similarly that there seems to be a subgroup of schizophrenic patients

with higher levels of CT exposure and dissociative symptomatology, along with a greater degree of general psychopathology, lower self-esteem, and better insight. The authors argue that such patients constitute a particularly severe subgroup within the schizophrenia spectrum disorders, but also a population where trauma-centered psychotherapy could be particularly useful (Justo et al., 2018). A recent review concludes that the overlapping symptoms between schizophrenia spectrum disorders and dissociative disorders would be more consistently explained by a combination of a dimensional model and a network structure model of psychopathology than with categorical models of psychopathology (Renard et al., 2017).

Limitations

The retrospective nature of our cross-sectional design must be highlighted here. Retrospective studies are frequently criticized for the potential unreliability of traumatic memories in patients with psychotic disorders. However, a relatively recent study (Fisher et al., 2011) applied rigorous methods and corroborated reasonably good reliability of traumatic memories in this patient population. Specifically, their descriptions of trauma remained stable over time (test-retest reliability), and the patient's mental health status at the time of the interview was unrelated to any change in traumatic memories. Furthermore, the abuses described in patient narratives coincided with those reported in the surveys (convergent validity).

A second limitation is that our cohort of patients was mostly chronic patients, with long histories of psychiatric treatment. Our results could be different in a group of first psychotic episodes.

A third limitation is not having done a diagnosis of dissociative disorders via a structured interview, which would have allowed a better discrimination of the symptoms and the possibility of seeing the relationship between the presence of a dissociative disorder and the schizophrenia spectrum. The same could be said about the lack of a diagnostic interview of other disorders of the trauma spectrum, like posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder.

Other limitations to bear in mind include the lack of a control group, the relatively small sample size, and the possibility of selection bias due to the fact that participation was voluntary.

CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS FOR FURTHER RESEARCH

In this study, we have encountered a significant relationship between the presence of CT, its intensity, and the number of traumas experienced with the degree of dissociative experiences and suicidality. CT also correlated with a lower intensity of negative symptoms of psychosis, whereas no association was found regarding positive symptoms of psychosis. The high rate of suicide attempts led us to think about comorbidity with disorders in the trauma spectrum that has not been valued. This could support the idea of dissociative schizophrenia, whose diagnostic criteria, apart from the criteria of schizophrenia, are CT, extensive comorbidity, and dissociative symptoms (Ross, 2009).

Analyzing the relationship between dissociation and schizophrenia is beyond the scope of this article, but it would be interesting for further research. Some different hypotheses that are not exclusive are that dissociative symptoms are just a comorbidity due to the presence of traumatic antecedents in both disorders; they could be an artifact of the dissociation measurement instrument (DES) being too inclusive in defining similar-appearing experiences as dissociation (Laddis and Dell, 2012; Laferrière-Simard et al., 2014); and some symptoms present in schizophrenia could be dissociative in nature, such as auditory hallucinations (Moskowitz and Corstens, 2008).

At the clinical practice level, it is very relevant systematically to explore CT and dissociative symptomatology. Unfortunately, the history of CT is not often documented in the mental health services around the world. One systematic review recently revealed that less than one

third (28%) of abuse and neglect identified by researchers had been documented in clients' files. Moreover, people diagnosed with psychotic disorders were significantly less likely than those with other pathologies to have abuse/neglect recorded in their initial clinical assessments (Read et al., 2018).

Our study highlights the presence of high severity of CT and high polytraumatization in a considerable number of patients in the sample. Dissociative symptoms and suicidal behavior are closely related to trauma history and have specific psychotherapeutic approaches. The concept of dissociative schizophrenia would help the clinician to take into account this subgroup with specific characteristics and explore particular therapeutic approaches for them.

DISCLOSURE

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

- Álvarez MJ, Roura P, Foguet Q, Osés A, Solà J, Arrufat FX (2012) Posttraumatic stress disorder comorbidity and clinical implications in patients with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 200:549–552.
- Álvarez MJ, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat FX (2011) Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 199:156–161.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: Author.
- Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M (2019) Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*. 49:1057–1078.
- Bach SL, Molina MAL, Jansen K, Da Silva RA, Souza LDM (2018) Suicide risk and childhood trauma in individuals diagnosed with posttraumatic stress disorder. *Trends Psychiatry Psychother*. 40:253–257.
- Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H (2004) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: Evidence from the Second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*. 185:220–226.
- Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD (2008) Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophr Bull*. 34: 568–579.
- Bentall RP, Wickham S, Shevlin M, Varese F (2012) Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull*. 38:734–740.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 151:1132–1136.
- Bob P, Glaslova K, Susta M, Jasova D, Raboch J (2006) Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena, and schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett*. 27:321–326.
- Briere J, Runtz M (2015) Dissociation in individuals denying trauma exposure: Findings from two samples. *J Nerv Ment Dis*. 203:439–442.
- Brunner R, Parzer P, Schmitt R, Resch F (2004) Dissociative symptoms in schizophrenia: A comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychopathology*. 37:281–284.
- Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T (2006) *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Butchart A, Mikton C, Dahlberg LL, Krug EG (2015) Global status report on violence prevention 2014. *Inj Prev*. 21:213–215.
- Calati R, Bensassi I, Courtet P (2017) The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Res*. 251:103–114.
- Carlson EB, Putnam FW (1993) An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*. 6:16–27.
- Chae S, Sim M, Lim M, Na J, Kim D (2015) Multivariate analysis of relationship between childhood trauma and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *Psychiatry Investig*. 12:397–401.
- Chu JA, Bowman ES (2000) Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way. *J Trauma Dissociation*. 1:5–20.
- Chu JA, Dill DL (1990) Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*. 147:887–892.
- Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M (2010) Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr Bull*. 36:1105–1114.
- De Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC (2018) Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res*. 262:70–77.
- Duhig M, Patterson S, Connell M, Foley S, Capea C, Dark F, Gordon A, Singh S, Hides L, McGrath JJ, Scott J (2015) The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 49:651–659.
- Fisher HL, Craig TK, Fearon P, Morgan K, Dazzan P, Lappin J, Hutchinson G, Doody GA, Jones PB, McGuffin P, Murray RM, Lefl J, Morgan C (2011) Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophr Bull*. 37:546–553.
- Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E (1991) Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res*. 37:73–80.
- Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML (1994) Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 164:831–834.
- Hernandez A, Gallardo-Pajol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM, Labad A, Valero J, Gutiérrez-Zotes JA (2013) Initial validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire–Short Form: Factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence*. 28:1498–1518.
- Hlastala SA, McClellan J (2005) Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 15:497–509.
- Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A (2003) Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr Res*. 60:87–90.
- Icaran E, Colom R, Orengo-Garcia F (1996) Validation study of the Dissociative Experiences Scale in Spanish population sample. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 24:7–10.
- Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollenbergh W, De Graaf R, Van Os J (2004) Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*. 109:38–45.
- Justo A, Riso A, Moskowitz A, Gonzalez A (2018) Schizophrenia and dissociation: Its relation with severity, self-esteem and awareness of illness. *Schizophr Res*. 197: 170–175.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 13:261–276.
- Laddis A, Dell PF (2012) All that dissociation instruments measure is not dissociation: "All that glitters is not gold". *J Trauma Dissociation*. 13:418–420.
- Laferrière-Simard MC, Lecomte T, Aboundova L (2014) Empirical testing of criteria for dissociative schizophrenia. *J Trauma Dissociation*. 15:91–107.
- Lysaker PH, Salyers MP (2007) Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: Associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand*. 116:290–298.
- Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N (2018) Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the Dissociative Experiences Scale. *Am J Psychiatry*. 175:37–46.
- Matheson SL, Kariuki M, Green MJ, Dean K, Harris F, Tzoumakis S, Tarren-Sweeney M, Brinkman S, Chilvers M, Sprague T, Carr VJ, Laurens KR (2017) Effects of maltreatment and parental schizophrenia spectrum disorders on early childhood social-emotional functioning: A population record linkage study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 26:612–623.
- Misiak B, Krefft M, Bielawski T, Moustafa AA, Sasiadek MM, Frydecka D (2017) Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive

- review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neurosci Biobehav Rev*. 75:393–406.
- Moskowitz A, Corstens D (2008) Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experiences? *J Psychol Trauma*. 6:35–63.
- Nijenhuis ER, Van der Hart O (2011) Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *J Trauma Dissociation*. 12:416–445.
- Peralta V, Cuesta MJ (1994) Validación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*. 4:44–50.
- Pinckaers FME, Rotte ILM, Nwosu CV, Krolinski P, Smeets APW, Gölökszl S, De Jong L, Vaessen TSI, Damen T, Uitenboogaard A, Schäfer AT, Menne-Lothmann C, Decoster J, Van Winkel R, Collip D, Delespaul P, De Hert M, Derom C, Thiery E, Jacobs N, Wichers M, Rutten BPF, Van Os J, Drukker M (2019) Evidence for interaction between genetic liability and childhood trauma in the development of psychotic symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 54:1045–1054.
- Ramsay CE, Flanagan P, Gannt S, Broussard B, Compton MT (2011) Clinical correlates of maltreatment and traumatic experiences in childhood and adolescence among predominantly African American, socially disadvantaged, hospitalized, first-episode psychosis patients. *Psychiatry Res*. 188:343–349.
- Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V (2003) Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother*. 76:1–22.
- Read J, Fink P, Tudegeir T, Felitti V, Whitfield C (2008) Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2:235–254.
- Read J, Harper D, Tucker I, Kennedy A (2018) Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs*. 27:7–19.
- Read J, Van Os J, Morrison AP, Ross CA (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 112:330–350.
- Renard SB, Huntjens RJ, Lysaker PH, Moskowitz A, Aleman A, Pijnenborg G (2017) Unique and overlapping symptoms in schizophrenia spectrum and dissociative disorders in relation to models of psychopathology: A systematic review. *Schizophr Bull*. 43:108–121.
- Ross CA (2009) Dissociative schizophrenia. In Moskowitz A, Schäfer I, Doraký MJ (Eds), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (1st ed, pp 281–294). New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Ross CA, Keyes B (2004) Dissociation and schizophrenia. *J Trauma Dissociation*. 5: 69–83.
- Ruby E, Rothman K, Corcoran C, Goetz RR, Malaspina D (2017) Influence of early trauma on features of schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 11:322–333.
- Sar V, Islam S, Öztürk E (2009) Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci*. 63:670–677.
- Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Öztürk E, Erem-Vehid H (2010) Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*. 43:33–40.
- Schäfer I, Fisher HL, Aderhold V, Huber B, Hoffmann-Langer L, Golks D, Karow A, Ross C, Read J, Harfst T (2012) Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: Relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Compr Psychiatry*. 53:364–371.
- Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, Read J, Naber D (2006) Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: An exploratory study. *J Nerv Ment Dis*. 194:135–138.
- Sheffield JM, Williams LE, Blackford JU, Heckers S (2013) Childhood sexual abuse increases risk of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 54:1098–1104.
- Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G (2008) Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull*. 34:193–199.
- Spitzer C, Vogel M, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2007) Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: The impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 257:191–196.
- Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 16:79–101.
- Taylor PJ, Gooding PA, Wood AM, Johnson J, Pratt D, Tarrier N (2010) Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Res*. 178:244–248.
- Uçok A, Bıkmaz S (2007) The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 116:371–377.
- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, Van Os J, Bental RP (2012) Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 38:661–671.
- Vogel M, Spitzer C, Kuwert P, Moller B, Freyberger HJ, Grabe HJ (2009) Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology*. 42:124–130.
- Wang Z, Xue Z, Pu W, Yang B, Li L, Yi W, Wang P, Liu C, Wu G, Liu Z, Rosenheck RA (2013) Comparison of first-episode and chronic patients diagnosed with schizophrenia: Symptoms and childhood trauma. *Early Interv Psychiatry*. 7:23–30.