

La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis

Carmen VALIENTE-OTS

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid
Universidad Complutense de Madrid*

Patricia VILLAVICENCIO-CARRILLO

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

M^a Dolores CANTERO-MARTÍNEZ

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

A lo largo de este artículo queremos reflejar cómo la psicosis y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) no son entidades tan distintas ni separadas, sino que con frecuencia confluyen y se solapan. Muchas investigaciones nos indican que la prevalencia vital de TEPT en pacientes mentales graves es muy superior a la de la población general. Algunos autores concluyen que algunas personas con sintomatología psicótica desarrollan TEPT como resultado de la propia experiencia psicótica. Durante muchos años los investigadores se han centrado preferentemente en la relación del trauma con síndromes no psicóticos. No obstante, en los últimos años se ha producido un gran interés sobre cómo el trauma puede precipitar o favorecer la aparición de cuadros psicóticos. Por otro lado, parece existir evidencia empírica que señala la existencia de un subtipo TEPT con síntomas psicóticos. Por último, Morrison, Frame y Larkin (2003) plantean, que tanto la psicosis como el TEPT, representan un continuo de respuestas del individuo sometido a un evento traumático. Las similitudes entre ambos trastornos indican que podrían formar parte del mismo espectro de respuestas ante un acontecimiento traumático. No obstante, es preciso indagar el por qué el trauma da lugar a un tipo de síntomas u otros. Visto todo lo anterior, el objetivo de este artículo es examinar la naturaleza de las distintas relaciones entre la psicosis y el trauma. Así como, recomendar encarecidamente que se introduzcan protocolos específicos y preguntas rutinarias para detectar y tratar el abuso sexual y físico en pacientes con trastornos psicóticos.

Palabras clave: psicosis, trauma, trastorno de estrés postraumático.

Abstract

Throughout this article we have attempted to show how psychotic disorders and post-traumatic stress disorder (PTSD) are not such distinct or apart entities, on the contrary they frequently come together and overlap. A lot of research has indicated that the vital prevalence of PTSD in severe mental illness is quite superior to that of the general popu-

lation. Some authors has concluded that some people with psychotic symptoms develop PTSD due to their own psychotic experience. During many years researches have focused on the relation of trauma with non psychotic syndromes. Nonetheless, in recent years a great interest has been raised on how trauma might precipitate the onset of psychosis. Moreover, there is empirical evidence that points out to the existence of PTSD subtype with psychotic symptomatology. Finally, Morrison, Frame y Larkin (2003) proposed that psychosis as well as PTSD represent a continuum of responses of an individual exposed to a traumatic event. The similarities among both disorders indicate that they could form part of a spectrum of post-traumatic responses. However, it is necessary to ascertain why trauma produces a type of symptom or the other. Consequently, the aim of the article is to examine the nature of the different relations between psychosis and trauma. Additionally, it is to recommend earnestly the introduction of specific protocols and routine inquiries to detect and treat sexual and physical abuse for persons with psychotic disorders.

Key words: Psychosis, Trauma, Post-traumatic Stress Disorder.

La psiquiatría tradicional ha conceptualizado la psicosis y el trastorno por estrés post-traumático (TEPT) como entidades distintas y separadas. No obstante, como se refleja a lo largo de este artículo, confluyen y se solapan con frecuencia. Tras la alusión inicial de Jeffries (1977) de la coexistencia de la psicosis y el TEPT, han ido surgiendo algunos trabajos empíricos que indican que la prevalencia vital de este trastorno, en pacientes mentales graves, es muy superior a la de la población general (por ejemplo, Cascardi, Mueser, DeGirolomo y Murrin, 1996; Craine, Hesson, Colliver y MacLean, 1998; Mueser, Trumbetta, Rosenberg, Vivander y Goodman, 1998).

Algunos autores han sugerido que uno de estos puntos de intersección se produce cuando la propia experiencia del brote psicótico o la propia intervención psiquiátrica, con frecuencia forzosa, representan una experiencia lo suficientemente traumática como para producir reacciones postraumáticas (Lundy, 1992; Shaner y Eth, 1989; Williams-Keller, Milliken y Jones, 1994). Más recientemente, esta hipotética relación se ha visto validada por algunos estudios empíricos (McGorry, Channen, McCarthy, Van Riel, McKenzie y Singh, 1991; Shaw, McFarlen y Bookless, 1997; Meyer, Taiminen, Vuori, Aeijsaela y Helenius,

1999). Morrison, Frame y Larkin (2003) concluyen en su revisión de la literatura, que algunas personas psicóticas desarrollan TEPT como resultado de su experiencia psicótica.

No obstante, existe debate sobre cuál es la dirección de la causalidad: es la psicosis la que produce trauma o bien es el trauma que produce psicosis. En los últimos años se ha producido un esperanzador interés sobre cómo el trauma puede precipitar o favorecer la aparición de cuadros psicóticos. No obstante, para la comunidad científica que trabaja en salud mental, el estudio y el entendimiento de los efectos del trauma -tras el declive de las ideas psicoanalíticas- se reinició fundamentalmente a partir de la introducción en los manuales diagnósticos del trastorno de estrés postraumático. Los investigadores se han centrado preferentemente en la relación del trauma con síndromes no psicóticos, rechazando la posible relación con la psicosis. Las posibles razones para esta atención tan selectiva, podrían deberse a la rigidez y simplicidad de los paradigmas biologicistas, así como a sesgos y mitos asociados con las prácticas diagnósticas; como por ejemplo, diagnosticar un TEPT cuando aparece algún tipo de trauma en la evaluación diagnóstica en cuadros con sintomatología psicótica y diso-

ciativa, o ignorar la importancia de la traumatización en cuadros psicóticos floridos.

Las psicosis comórbida ha sido descrita entre un 20 y 40% de los veteranos de guerra con TEPT (David, Kutcher, Jackson y Mellman, 1999; Hamner, 1997; Hamner, Frueh, Ulmer, Huber, Twomey, Tyson y Arana, 2000). Así como existe un subtipo de depresión unipolar como la depresión mayor psicótica (con determinadas características biológicas, fenomenológicas y farmacológicas), en estos últimos años se habla de la existencia de un subtipo psicótico de TEPT. En este sentido, Sautter, Cornwell, Jonson, Wiley y Faraone (2002) sugieren que la psicosis en el TEPT puede representar un subtipo diferente a otros trastornos psicóticos (como por ejemplo la esquizofrenia) y Sareen, Cox, Goodwin y Asmundson (2005), en un estudio con una muestra representativa, encontraron que el TEPT estaba altamente relacionado con la asignación de síntomas psicóticos. Estos autores señalan que los resultados de su estudio apoyan la propuesta de Sautter y cols. (2003), que el TEPT con síntomas psicóticos debería conceptualizarse como un tipo grave de este trastorno.

Por último, Morrison, Frame y Larkin (2003) plantean, que tanto la psicosis como el TEPT, representan un continuo de respuestas del individuo sometido a un evento traumático. Las similitudes entre ambos trastornos, apoyan la hipótesis de que sean entidades similares, y que forman parte del mismo espectro de respuestas ante un acontecimiento traumático. Esto implica que existen nexos comunes, pero también hay que buscar una explicación de por qué el trauma da lugar a esa variedad de síntomas que se han descrito.

Visto todo lo anterior, el objetivo de este artículo es examinar la naturaleza de las distintas relaciones entre la psicosis y el trauma.

La psicosis como causa del Trastorno por Estrés Postraumático (TPEPT)

Naturaleza del suceso traumático

El TEPT requiere que la persona haya estado expuesta a un suceso traumático que implique muerte, amenaza de muerte o riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas (*American Psychiatric Association*, 2000). En la psicosis, la naturaleza amenazante de sus episodios, depende de la interpretación subjetiva más que de la naturaleza objetiva de dicho fenómeno. Es decir, la interpretación psicótica puede implicar (y de hecho suele ser así) muerte, amenaza de muerte o riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas significativas, aunque esta interpretación no corresponda con su realidad actual.

Tradicionalmente, la descripción del TEPT se ha centrado más en el tipo de acontecimiento traumático y no tanto en la reacción de la persona. Las investigaciones centradas en el evento traumático, han enfatizado la importancia de parámetros como: la gravedad o intensidad de dicho evento, su duración; la medida en la que es algo inesperado o no; la presencia de amenaza tras el episodio traumático; la percepción de control por parte de la víctima y aspectos culturales o simbólicos del trauma (Foy, Sippelle, Rueger y Carroll, 1984, Lyons, 1991). Estos mismos parámetros nos podrían ayudar a comprender el potencial traumatogénico de los síntomas psicóticos, la medida en la que éstos son capaces de generar respuestas intensas de miedo, indefensión y horror, como exige el DSM-IV para el diagnóstico del TEPT. De hecho, el estudio de distintos parámetros parece congruente con el actual paradigma multidimensional en el estudio de los síntomas psicóticos. Este paradigma entiende

este tipo de síntomas, como fenómenos multidimensionales complejos que se deben de estudiar, no como un fenómeno todo o nada, sino más bien en toda su extensión sobre la base de una serie de dimensiones (véase Vázquez, Valiente y Diez-Alegría, 1999). Es decir, que podríamos añadir dimensiones para calibrar el potencial traumatogénico del síntoma psicótico.

Si consideramos como el elemento crucial, la experiencia subjetiva del paciente, se deberían considerar los síntomas psicóticos como sucesos de potencial traumatogénico. Pues, lo traumático no es el suceso objetivo en sí mismo, sino la percepción de amenaza por parte de la víctima. De hecho, se ha encontrado que ante eventos traumáticos que implican claramente peligro a la integridad física como la violación, ya sea con o sin armas, la percepción subjetiva de amenaza es el mejor predictor de sintomatología de TEPT (Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, 1989). Shaner y cols. (1989) han argumentado que los síntomas psicóticos en sí mismos (por ejemplo, delirios de persecución, voces imperativas o amenazantes) generan síntomas de estrés postraumático, ya que los pacientes no son capaces de diferenciar lo que les ocurre de amenazas tangibles.

La psicosis como una experiencia traumática

A pesar de lo evidente que resulta el componente traumatogénico asociado a un episodio psicótico, las investigaciones se han centrado fundamentalmente en el papel del estrés como evento que precipita la psicosis y no tanto, en el impacto traumático de los propios síntomas psicóticos o las intervenciones. En los últimos años ha habido un renovado interés por la experiencia subjetiva de la psicosis, lo que ha hecho patente la terrible

angustia y horror que sufre el individuo ante este trastorno, así como la rabia y ambivalencia que experimenta ante los profesionales de la salud mental y sus intervenciones. La psicosis es por sí misma una de las experiencias más perturbadoras en la vida de un individuo, que implica alteraciones en la comprobación de la realidad, en la percepción y en el procesamiento de información, considerándose por tanto, uno de los trastornos psiquiátricos más graves.

La psicosis se ha asociado con una ansiedad intensa (Frosch, 1983), con sensación de indefensión (James, 1993), de desintegración del *self* (Lundy, 1992), y de desconexión de los demás (Arieti, 1974). De acuerdo con las temáticas delirantes más habituales, y con la excepción de algunos delirios (grandeza, erotomaniacos o de filiación), estos síntomas normalmente implican miedo intenso a un suceso negativo; por ejemplo, a tener un funcionamiento corporal anómalo; a no existir o desaparecer; a estar arruinado o privado de posesiones; haber pecado gravemente; haber sufrido infidelidad; a ser víctima de maltrato, traición, estafa o persecución; a que todo se refiera a uno; a estar siendo intoxicado; a estar poseído; a haber perdido todo incluso algún órgano interno; a que los familiares hayan sido suplantados; o a estar controlado por fuerzas externas. Por otro lado, las alucinaciones auditivas de los pacientes psicóticos suelen ser experiencias perceptivas invasivas y de contenido desagradable, por ejemplo, son habituales alucinaciones que implican órdenes que conllevan daño a uno mismo o a otros, o a realizar conductas antisociales; predicción o aviso sobre algo terrible que amenaza su integridad física o la de los otros; comentarios sobre conductas que son fuente de vergüenza o culpa para el que las sufre; o palabras abusivas o vulgares que perciben como improprios hacia su persona. Las alu-

cinaciones de otras categorías sensoriales no son menos molestas, suelen estar asociadas a olores desagradables (algo podrido, nauseabundo o escatológico); a una experiencia sexual que se vive como una violación ante la cual el sujeto se indigna, defiende y resiste; o a sensaciones normalmente molestas de infestación, invasión o desintegración en el cuerpo (Valiente, 2001). En definitiva, sea cual sea su origen, en sí misma es traumática.

Además, los síntomas psicóticos suelen acompañarse de la sensación subjetiva de que no hay escape, generando caos interno y sensación de impotencia. Consecuentemente, pueden afectar gravemente el auto-concepto del que la sufre, así como su visión del mundo y de los otros, como también sucede para las personas que han sufrido algún evento traumático (Janoff-Bulman, 1979; Parrott y Howes, 1991). El cambio en los esquemas cognitivos tras la traumatización tiene una gran repercusión clínica, tanto en la psicosis como en el TEPT (por ejemplo, el sujeto se ve como débil o defectuoso, o ve el mundo como peligroso). De un modo similar a lo que ocurre en el TEPT, las alucinaciones y delirios rompen con la experiencia personal de sí mismo, del mundo y los otros (Bayley, 1996). Es más, Estroff (1989) considera la psicosis como una enfermedad de *Yo Soy*, porque involucra una tremenda transformación y redefinición del sentido de identidad personal, que está asociada a intentos frenéticos por evitar la estigmatización de la identidad de enfermo mental.

La gente que sufre una psicosis también vive de forma traumática todo lo que rodea la hospitalización psiquiátrica, con intervenciones forzadas y pérdida de libertad, en un entorno con otras personas muy angustiadas y con problemas muy graves. A menudo, la psicosis también implica intervenciones coerci-

tivas, como lo son los ingresos involuntarios que, en muchos de los casos, requiere el uso de servicios policiales o de emergencia, junto con la utilización de medidas de contención física o química, que con frecuencia serán recordadas por el paciente muy vívidamente tras muchos años. En el caso de la hospitalización, están implicados además la reclusión en un habitáculo cerrado, a veces de forma prolongada en el tiempo y no siempre con las condiciones de habitabilidad más idóneas. La sensación de pérdida de control se aumenta cuando el paciente no recibe (o en ocasiones no es capaz de procesar) información precisa sobre las razones de su ingreso, ni cuanto tiempo va estar ingresado. Además, la hospitalización supone la convivencia con otros pacientes, que puede que en algunos casos, presenten disfunciones más graves o más crónicas, muchas veces con un mayor deterioro y con múltiples problemas, sin que haya habitualmente servicios de agudos especializados para cada patología. Y para aumentar el potencial traumatogénico, el paciente no suele desear y no cree justificadas, las intervenciones psiquiátricas que se consideran centrales, como la toma de medicación antipsicótica o en ocasiones, otras intervenciones invasivas como la terapia electroconvulsiva, con importantes efectos secundarios muy molestos para el paciente.

Siguiendo esta línea, Shaw y cols. (1997) han encontrado que la hospitalización y el tratamiento de la psicosis son percibidos generalmente como estresantes, fundamentalmente porque involucran una pérdida de control. Además, el 67% de su muestra, experimentaron acoso por dinero o tabaco, o presenciaron abuso verbal por parte de otros pacientes, mientras que un 25% presenciaron abuso físico, o experimentaron directamente acoso sexual o abuso verbal, el 15% habían sufrido abuso físico de otros pacientes, y por

último, 4 de 42 pacientes hablaron de abuso físico o sexual por parte de los profesionales del servicio, ya fuese reciente o pasado. Morrison, Bowe, Larkin y Nothard (1999) han examinado el impacto psicológico de la hospitalización psiquiátrica, encontrando que la mayoría de los pacientes psicóticos tenían reacciones emocionales fuertes, aunque solo un 44% llegaban a cumplir criterios diagnósticos de TEPT. Priebe, Broker y Gunkel (1998) encontraron que un 51% de su muestra tenían TEPT asociado a sus experiencias de tratamiento psiquiátrico. No obstante, muchos pacientes psicóticos reconocen la necesidad de un ingreso forzoso a posteriori tras su recuperación. Aunque, no cabe duda, los procedimientos utilizados en estos ingresos aumentan su miedo y la sensación de indefensión durante la crisis psicótica (Beveridge, 1998).

Por otro lado, los primeros episodios psicóticos suelen aparecer en un momento evolutivo con grandes repercusiones para el funcionamiento social y ocupacional de los sujetos que los padecen. Además, producen una ruptura considerable de su vida social y ocupacional, cuando sus objetivos en estas áreas, cruciales para una adaptación adecuada, todavía no están consolidados o sus anclajes son aun frágiles. Como ha subrayado ampliamente la literatura sobre la *emoción expresada*, es habitual que las personas más próximas, presenten implicación emocional excesiva y/o criticismo. Estas reacciones pueden ser una fuente de estrés adicional, y mucho más importante si la vulnerabilidad del paciente es alta, si su red social es pequeña o si no dispone de estrategias que le permitan minimizar el impacto de estas manifestaciones emocionales negativas. Además, la consecución de varios episodios psicóticos aumenta el empeoramiento cognitivo y social del paciente, provocando estigmatización y el aislamiento social.

La fenomenología de la reacción postraumática a la psicosis

El impacto de la psicosis en la vida de la persona que la sufre ha sido un objeto de estudio, aunque las formas clásicas principales de conceptualización han sido la depresión post-psicótica (McGlashen y Carpenter, 1976) y el colapso psicótico (Mino y Ushijima, 1989). No obstante, es habitual que estos pacientes tengan pensamientos reiterativos e intrusivos con relación a vivencias psicóticas (por ejemplo, *los ojos de la gente eran rojos como si estuviesen llenos de sangre*) o experiencias dramáticas durante esos episodios (por ejemplo, *me metieron en un coche y me manosearon, yo creí que todo era porque era Cleopatra*), y que muestren conductas de evitación (por ejemplo, evitar a ciertas personas o lugares) asociados a su episodio por vergüenza, por miedo o para evitar revivenciar lo ocurrido. De hecho, Shaner y cols. (1989) han dado cuenta de reacciones similares al TEPT ante episodios esquizofrénicos. Es posible, que el TEPT se solape con la psicosis de una forma secuencial. Algunos autores, como por ejemplo Stampfer (1990), han sugerido que los síntomas negativos de la esquizofrenia (síndrome amotivacional y evitación social) se parecen al fenómeno de evitación del TEPT. Siguiendo esta línea, McGorry y cols. (1991), han demostrado la presencia de experiencias de re-experimentación intrusiva y evitación en pacientes en fase de remisión tras un episodio psicótico. En este estudio, la prevalencia de TEPT a los cuatro meses del episodio psicótico era de un 46%, y de un 35% a los once meses cuando los síntomas psicóticos ya habían desaparecido.

Desde que McGorry y cols. (1991) propusieron el TEPT como paradigma característico de las reacciones post-psicóticas de muchos pacientes, algunos estudios han

demostrado la alta prevalencia de las reacciones de malestar agudo en pacientes en fase de recuperación de enfermedades psicóticas. Por ejemplo, Shaw y cols. (1997) encontraron que un 52% de una muestra de pacientes psicóticos, cumplían criterios diagnósticos de TEPT, y que incluso, para los pacientes de su muestra que no cumplían criterios de TEPT, eran habituales los recuerdos intrusivos y estresantes de la experiencia psicótica, así como la activación y un amplio rango de fenómenos evitativos asociados. Según sus resultados, los síntomas que resultaban más estresantes para los pacientes eran los delirios de persecución, los fenómenos de pasividad y alucinaciones visuales. Estos autores hablan de la importancia de explorar la respuesta psicológica ante la psicosis, ya sean síntomas del tipo del TEPT (por ejemplo, intrusión, activación y evitación) o de estrés agudo no asociado al TEPT (por ejemplo, disociación).

McGorry y cols. (1991) encontraron que para los pacientes de su muestra que mostraban síntomas consistentes con estrés postraumático, en la mayoría de los casos, la hospitalización era la causa fundamental de estas reacciones postraumáticas. No obstante, Meyer y cols. (1999) en una muestra de pacientes de más edad, encontraron por un lado, un índice de TEPT mucho más bajo (11%) y, por otro, que los síntomas de la esquizofrenia y trastorno delirante eran más traumáticos que las medidas coercitivas usadas para controlarlos durante los ingresos. Por el contrario, Priebe y cols. (1998) observaron un índice de TEPT de un 51% en su muestra, aunque solo valoraron experiencias traumáticas asociadas al tratamiento psiquiátrico. Frame y Morrison (2001) hallaron que alrededor de la mitad de los 60 pacientes psicóticos de su estudio, presentaban simultáneamente síntomas clínicos de TEPT en el momento del ingreso y a

los 4 y 6 meses después del alta hospitalaria. En dicho estudio, se identificó como evento traumático la experiencia psicótica, así como otros tipos de traumas y la propia situación de hospitalización. Aunque, reconocen que el solapamiento entre el diagnóstico de psicosis y la sintomatología postraumática se puede producir en parte por la toma de contacto con los servicios de salud mental y por la propia hospitalización (por ejemplo, la pérdida de libertad que conlleva, la naturaleza coercitiva de algunas intervenciones, el estigma asociado a la enfermedad mental, etc.). No obstante, las experiencias psicóticas aportaban el 52% de la varianza de las puntuaciones de los síntomas postraumáticos. En otro estudio, Shaw, McFarlane, Bookless y Air (2002) encontraron que el 52% de su muestra tenían suficientes síntomas post-psicóticos para cumplir los criterios diagnósticos de TEPT, aunque los recuerdos intrusivos eran frecuentes incluso en los casos en los que no lo cumplían. El grado de malestar asociado al episodio psicótico y algunos síntomas, tales como fenómenos de pasividad o delirios de persecución, parecían tener un papel determinante en el desarrollo de síntomas post-psicóticos de TEPT.

A diferencia de otros trastornos emocionales, el criterio diagnóstico que caracteriza al TEPT es la especificación de un evento traumático externo que precipita una serie de reacciones postraumáticas. Sin embargo, se ha demostrado la existencia de síntomas de estrés postraumático en personas que no han sufrido un suceso traumático específico, pero sí, varias experiencias estresantes que han ido acumulándose a través del tiempo, o incluso que han sufrido una traumatización vicaria. Es decir, que el TEPT no siempre se desarrolla por un evento concreto, agudo y circunscrito en el tiempo. Estos hallazgos podrían servir para apoyar la validez de que el

TEPT pueda producirse como consecuencia de la irrupción de la psicosis y las circunstancias asociadas (por ejemplo, hospitalización, intervenciones coercitivas, incomprensión, estigmatización, etc.). Es importante resaltar que los estudios existentes avalan la importancia del paradigma del TEPT para entender el ajuste post-psicótico (por ejemplo, McGorry y cols., 1991 y Meyer, y cols., 1999).

Trauma y conciencia de enfermedad

El clínico ante este tipo de pacientes, se topa habitualmente con la naturaleza terrorífica de los síntomas psicóticos. En la fase de remisión, se pueden evidenciar en ocasiones la tendencia a evitar recuerdos, experiencias afectivas y situaciones relacionadas con la experiencia psicótica. Estas tendencias evitativas suelen ser interpretadas como resistencias (por ejemplo, el paciente no quiere ir al hospital, o no quiere hablar de lo que pasó). Asimismo, al ceder la psicosis, será más fácil valorar si el paciente ha sufrido o sufre reexperimentación asociada al episodio psicótico, en forma de *flashbacks*, pensamientos intrusivos y recuerdos.

Tras un brote psicótico, la actitud del paciente ante estos residuos cognitivos es muy importante. Se ha argumentado que si la psicosis se torna el motivo de vida, siendo el evento externo de mayor significación, el sujeto tiende a aferrarse a una búsqueda indefinida para darle sentido y a procesar información que favorece la aparición de más experiencias psicóticas (Birchwood, Fowler y Jackson, 2000). Según Birchwood, Fowler y Jackson (2000), el paciente que vive la experiencia psicótica como un evento externo significativo (por ejemplo, *esto significa que todos están en mi contra* o *esto significa que tengo un don*) mantiene su preocupación, hipervigilancia y suspicacia, focalizándose

en significados delirantes, con atención y recuerdo selectivo y con interpretaciones delirantes de actividades cotidianas. De manera similar, la valoración de la experiencia alucinatoria, como una experiencia significativa en el ámbito personal (por ejemplo, *es Dios que me habla*) y la expectativa de oír voces de un cierto contenido, puede fomentar su mantenimiento. Este tipo de actitudes ante la experiencia psicótica, suele favorecer una aparente indiferencia o falta de conciencia con relación a la enfermedad.

Mayer-Gross (1920) clasifica las estrategias defensivas de los pacientes esquizofrénicos, y plantea la existencia de distintos tipos de defensas psicológicas:

1. *La negación de futuro*, es decir, la negación de eventos futuros aun cuando son muy probables, y
2. *La negación de la experiencia psicótica*, esto es, la ausencia de conciencia de signos y síntomas propios de la enfermedad.

Es muy probable que a corto plazo estas estrategias defensivas disminuyan la probabilidad de aparición de reacciones traumáticas postpsicóticas, pero hace muchas veces que sean poco útiles (aunque bien intencionadas) las intervenciones de sus familias y profesionales. De hecho, es frecuente que el paciente viva subjetivamente los tratamientos como coercitivos y consecuentemente, la propia intervención puede llegar a ser traumogénica. El paciente se siente con frecuencia coaccionado y por ello se resiste a aceptar intervenciones para una enfermedad que no cree tener, siendo este proceso una fuente adicional de confusión e indefensión.

Por el contrario, una conciencia de enfermedad adecuada y la valoración de la experiencia anómala como algo generado

internamente, como un aspecto propio de los procesos cognitivos y resultado de una vulnerabilidad personal, a largo plazo tiene un valor de protección en la psicosis. Algunos estudios empíricos han encontrado una relación entre la conciencia de enfermedad mental y la adherencia al tratamiento, la reducción de síntomas y una mejor calidad de vida (Cuesta, Alford, y Zarzuela, 1998; Weiler, Fleisher, MacArthur-Campbell, 2000). No obstante en estos casos, sobretodo inicialmente cuando el paciente esta comenzando a aceptar su enfermedad, son habituales las reacciones postraumáticas asociadas a su sintomatología previa. McGlashan y cols. (1976) consideran la depresión post-psicótica como una fase en el proceso de recuperación de la psicosis, que representa una disminución de la negación psicótica previa (estado defensivo más primitivo). Sin las estrategias defensivas de negación, el paciente tiene que hacer frente a recuerdos de si mismo perdiendo la razón.

McGlashan, Levy y Carpenter (1975) sugieren que existe un continuo de estilos de recuperación que van desde *la integración* (por ejemplo, dispuesto a hablar del tema y aprender de lo que paso) al *sealing over* (cerrado en banda, por ejemplo: *cuanto menos diga sobre lo que pasó, mejor*). *La integración* es característica de pacientes que son conscientes de la continuidad de su personalidad antes, durante y después del episodio psicótico, y que asumen la responsabilidad de sus síntomas psicóticos, mostrando flexibilidad en sus ideas sobre estos síntomas. Mientras que en el *sealing over*, el paciente no es consciente de su experiencia psicótica, o la percibe y vive como ajena, causada por algo externo a su persona. También puede producirse que la persona puede llegar progresivamente a organizar su conducta e identidad sobre la base del papel de enfermo, lo que se ha denominado *role-engulfement* (engullido por su papel) (Schur,

1971). Lally (1988, 1989) enfatiza como el proceso de *role-engulfement* implica aspectos subjetivos e intra-psíquicos (implicados en el *insight*) que conducen al individuo a definirse como enfermo mental, y que pueden ser perjudiciales y auto-estigmatizantes. El papel de enfermo excluye actividades consideradas fuera de este ámbito, mientras que la enfermedad se convierte en el principal contexto de autoevaluación. Es de esperar que en estos casos, el paciente viva con menos dramatismo su sintomatología, ya que ésta representa su fuente de identidad, aceptando, e incluso viviendo, con complacencia su condición de persona afectada o enferma.

No obstante, el único estudio que ha profundizado en la relación entre el TEPT post-psicótico y la conciencia de enfermedad, no encontró que los pacientes con más conciencia de enfermedad tuviesen mayor grado de TEPT post-psicótico (Shaw y cols., 2002). Aunque, los pacientes con más conciencia de cambios personales por causa de la enfermedad, sí que experimentaron más malestar y más síntomas intrusivos y evitativos (Shaw y cols., 2002). Estos resultados negativos resaltan la naturaleza compleja del *insight* y la necesidad de más estudios controlados, ya que solo se estudió el autoconocimiento sobre la enfermedad y no el grado de aceptación.

El trauma como causa de la psicosis

Se han dedicado numerosas investigaciones al estudio de la etiología de la psicosis, generando siempre debates abiertos y controversias. Los ya tradicionales modelos de estrés y vulnerabilidad (por ejemplo, Nuechterlein y Dawson, 1984) sugieren que la crisis psicótica refleja el fracaso de un individuo vulnerable en el manejo de una situación estresante (traumática). Aunque

estos argumentos han sido fuente de inspiración, son muy inespecíficos. No obstante, los estudios actuales van añadiendo datos, y parecen poder demostrar, que en los pacientes psicóticos se da una alta incidencia de trauma en general, y de abuso físico y sexual, en particular.

Trauma en infancia y psicosis

Se ha sugerido que la psicosis puede surgir como reacción ante un trauma (Read, 1997). De hecho los datos avalan que existe para la psicosis una incidencia muy superior de abuso sexual en la infancia y otros traumas (Mueser y cols. 1998). En este sentido, hay evidencias acerca de la relación entre el abuso sexual y físico en la infancia con un gran número de problemas de salud mental en estos períodos de la vida. Asimismo, también hay estudios específicos que han demostrado una alta incidencia de abuso físico y sexual en la infancia en pacientes psicóticos (Read y Argyle, 1999). El abuso sexual en la adolescencia también se ha asociado a muchos trastornos en la etapa adulta. Son habituales la depresión, ansiedad, los trastornos de la alimentación, el abuso de sustancias, los trastornos de la personalidad y disociativos, así como el suicidio (Villavicencio y Sebastián, 1999). Read, Agar, Barker-Collo, Davies y Moskowitz (2001) encontraron que el abuso en la infancia era mejor predictor de suicidio en adultos que un diagnóstico de depresión. La mayoría de los síntomas de estos trastornos son muy habituales en pacientes con episodios psicóticos.

Ross, Anderson y Clark (1994) encontraron una alta incidencia de abuso sexual y físico en la infancia de los pacientes psicóticos, y una relación significativa entre este abuso y los síntomas positivos. Es más, Greenfield, Stratowski, Tohen, Batson y Kolbrener (1994) encontraron que un 56% de los

pacientes con un primer episodio de psicosis tenían un historial de abuso en la infancia.

Neria, Bromet, Sievers y Fochtmann (2002) estudiaron en una muestra clínica de 426 pacientes ingresados por un *primer brote psicótico*, la prevalencia de TEPT, los factores demográficos y diagnósticos, así como correlatos relacionados con el trauma. La prevalencia de TEPT fue en este estudio de un 14.3% respecto al total de la muestra, y de un 26.5% en aquellos que habían sufrido un trauma. El TEPT era menos prevalente en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar y esquizofrenia, y era dos veces más probable en mujeres. Otros factores que aparecían como significativos eran el ser muy joven, una exposición traumática repetida y duradera, o haber estado implicado en un evento de victimización infantil. El predictor de TEPT más significativo fue el patrón repetitivo del evento traumático. Estos autores señalan que en sus datos se observa que la exposición acumulativa de trauma puede incrementar la psicopatología en general, y dañar la estructura de la personalidad y las capacidades básicas para sentir, confiar y relacionarse con los demás. En este estudio se encontró otro dato significativo, la exposición al trauma era rara vez el resultado de los síntomas psicóticos.

En definitiva, estudios recientes sugieren que el abuso en la infancia y el abuso sexual en particular, aumenta el riesgo de síntomas psicóticos positivos en la edad adulta (Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh, Graaf y Van Os, 2004). Además, la existencia del abuso grave en la infancia se relaciona con la gravedad del problema; pacientes que han sufrido abusos sexuales o físicos en ese período de la vida, tienen ingresos hospitalarios más tempranos, de mayor duración y más frecuentes y reciben dosis de medicación más elevadas, y en general, un nivel de sintomatología más severa (Read y cols., 2005).

Read, Perry, Moskowitz y Connolly (2001), han propuesto un modelo traumatógeno y neuroevolutivo para explicar la esquizofrenia, fundamentándose en las similitudes encontradas entre los efectos que los traumas tempranos tienen en cerebros en desarrollo y en las anomalías estructurales y químicas encontradas en pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia. Estos hallazgos son congruentes con los modelos que sugieren que las adversidades en edad temprana, pueden producir cambios psicológicos y biológicos que aumentan la probabilidad de sufrir psicosis (véase Read y cols., 2005). Las investigaciones hechas en este campo sugieren la importancia del papel que juegan las experiencias vitales traumáticas en el desarrollo de la psicosis. En especial, el abuso sexual en etapas tempranas, parece estar relacionado con el desarrollo de la psicosis en una importante proporción de pacientes. No obstante, se necesitan más estudios para saber de qué forma estos acontecimientos traumáticos vitales actúan en el desarrollo de la enfermedad.

El trauma en la etapa adulta y la psicosis

Se ha encontrado que condiciones ambientales aversivas pueden precipitar síntomas psicóticos (Kingdom y Turkington, 1994; Romme y Escher, 1989). Por ejemplo, Romme y Escher (1989) encontraron que en el 70% de los sujetos que oían voces, el *debut* de este síntoma se produjo tras un episodio traumático, y sugieren que el oír voces es parte del proceso de afrontamiento del hecho traumático. Además, los síntomas psicóticos han sido observados como consecuencia de los acontecimientos traumáticos vitales; por ejemplo, algunos estudios muestran la aparición de este tipo de síntomas en el periodo de duelo tras una

pérdida, considerándose como una reacción normal (Grimby, 1993). Estudios como éste, hace que nos cuestionemos la sintomatología psicótica como fuera del espectro normal de las experiencias.

El trauma en la etapa adulta es un factor importante en sí mismo, pero al mismo tiempo es un factor mediador potencial en la relación entre el trauma en la infancia y la irrupción de un episodio psicótico (Read y cols., 2005). En el caso de los veteranos de guerra, aquellos diagnosticados de TEPT presentan más síntomas de esquizofrenia, en particular alucinaciones y paranoia, que aquellos sin este diagnóstico (Sautter, Brailey, Uddo, Hamilton, Beard y Borges, 1999). Asimismo, se ha encontrado que prisioneros de guerra que han experimentado los traumas más terribles, tienen puntuaciones altas en síntomas de esquizofrenia (Beebe, 1975). Sin embargo, se ha visto una cierta tendencia a asumir, por parte de los clínicos, que ante un paciente traumatizado, la aparición de síntomas psicóticos no implica esquizofrenia, inclinándose a diagnosticar TEPT en vez de psicosis (Ross, 2005).

En relación con las agresiones sexuales y físicas en edad adulta, se ha observado que muchos de los pacientes psiquiátricos han sufrido agresiones físicas de múltiples tipos en dicho período vital. Cascardi y cols. (1996) encontraron que en el año anterior al ingreso hospitalario, el 63% de los pacientes habían sufrido maltrato físico por parte de sus parejas y, un 46% de aquellos que vivían en familia, habían sido agredidos por algún familiar. La mayoría de las pacientes habían sufrido algún tipo de agresión sexual, siendo un tercio de éstas violadas, y una cuarta parte de los pacientes hombres habían sufrido una agresión sexual como adultos. Además, Cloutre, Tardiff, Marzuk, Leon, y Portera (1996) encontraron en su estudio de 409 mujeres in-

gresadas, que el abuso sexual estaba asociado con el diagnóstico de esquizofrenia y no con la manía, depresión, abuso de sustancias o trastorno de personalidad límite.

Mueser y cols. (1998) estudiaron una muestra de 275 pacientes con enfermedad mental grave, y encontraron que el 98 % habían experimentado al menos un acontecimiento traumático. En un estudio más reciente de Neria y cols. (2002), con una muestra de 426 pacientes con trastornos psicóticos, encontraron que la prevalencia de estar expuesto a algún acontecimiento traumático a lo largo de la vida era del 68.5%, y que el 26% cumplían criterios diagnósticos de TEPT.

También existen estudios que dan cuenta de la incidencia de acontecimientos traumáticos experimentados por pacientes psicóticos. En un estudio reciente de Shaw y cols. (2002), encontraron que todos los pacientes psicóticos de la muestra, habían sufrido al menos un acontecimiento traumático que cumplía los criterios para ser considerado como un estresor en el DSM-III-R. Además, el 36.8% había experimentado dos acontecimientos traumáticos y el 43.3% tres o más.

Congruencia en el contenido de los síntomas psicóticos y el evento traumático

Algunos autores sugieren una conexión entre el contenido de la experiencia abusiva y de los síntomas psicóticos. Read y Argyle (1999) examinaron en una muestra de pacientes ingresados, las posibles relaciones existentes entre tres de los síntomas de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios y los trastornos del pensamiento) y el abuso sexual y físico sufrido. Los resultados del estudio muestran que 17 de los 22 pacientes con historia de abuso presentaban uno o más de estos síntomas, y que el contenido en

la mitad de ellos estaba relacionado con el abuso. Recientemente, Read, Agar, Argyle, y Aderhold (2003) en una muestra de 200 pacientes encontraron que el síntoma más frecuente en relación con el abuso sexual y físico en la infancia eran las alucinaciones. Sobre todo destacaban la presencia de dos tipos de alucinaciones auditivas características, voces que comentan el comportamiento del paciente e imperativas.

Anteriormente, en el estudio de Beck y Van der Kolk (1987), con una muestra de mujeres hospitalizadas con esquizofrenia, encontraron que era frecuente que las pacientes con historia de incesto en etapas tempranas del desarrollo, presentaran delirios de contenido sexual. La congruencia que parece existir entre la naturaleza del acontecimiento traumático y la forma y el contenido de la sintomatología psicótica, sugieren que podría haber una relación causal. Aunque, como explica Morrison y cols. (2003), podría ser que los síntomas psicóticos estén siempre en relación con la historia evolutiva del que los sufre, y que cuando hay abusos, se utilice para construir explicaciones en relación a sus experiencias anómalas.

En un ensayo de terapia cognitivo-conductual, Fowler (2000) encontró que 14 de los 26 pacientes de la muestra tenían un historial de abuso, sin embargo los síntomas psicóticos silenciaban la traumatización. Este autor sugiere que una evaluación minuciosa, haría visibles las conexiones entre la naturaleza del trauma y el contenido de las alucinaciones y los delirios. Asimismo, en los casos en los que la psicosis y el trauma coexisten, es frecuente que la enfermedad se cronifique y que la sintomatología sea resistente a la medicación (Fowler, 2000). Aunque sin apoyo empírico sólido, algunos autores sugieren que existen distintos tipos de esquizofrenia, una más endógena en la que destacan los síntomas

negativos, y otra inducida por un trauma en la que son característicos los síntomas positivos (Ross, 2005), o las alucinaciones recurrentes y desagradables (Kingdom y Turkington, 1999).

Explicaciones sobre la relación entre el TEPT y la psicosis

Mueser, Rosenberg, Goodman y Trumbetta (2002) han propuesto que el TEPT media los efectos negativos del trauma en el curso de las enfermedades mentales graves. Sugieren que este tipo de trastorno influye en la psicosis directamente a través de los efectos específicos de sus síntomas (evitación, hiperactivación y reexperimentación), y también indirectamente a través de los problemas secundarios asociados al TEPT (retraumatización, abuso de sustancias, dificultades interpersonales).

Recientemente, Kilcommons y Morrison (2005) han encontrado que los procesos disociativos y las creencias centrales negativas producidos por el trauma, están asociados con las experiencias psicóticas y especialmente con las alucinaciones. Con relación a las creencias negativas, Morrison (2001) sugiere que las experiencias traumáticas contribuyen a una construcción defectuosa de auto-conocimiento de sí mismo y los demás, que condiciona las interpretaciones posteriores. Allen, Coyne y Console (1997) también sugieren que los estados disociativos interfieren con la comprobación de la realidad y dejan al individuo más vulnerable ante la psicosis ya que los anclajes internos (sentido de sí mismo o del Yo) no están operativos.

Existe la posibilidad señalada por autores como Bentall (1990, 2003) y Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington (2001) de que los pensamientos intrusivos y/o la interpretación que realizan los sujetos de los mismos,

sean con frecuencia (pero no siempre) los factores que median a la hora de recibir un diagnóstico de TEPT o de psicosis.

Existen varios modelos que intentan llevar a cabo una integración de ambos trastornos, entre ellos, uno de los más completos es el modelo de psicosis de Morrison (2001). Dicho modelo trata de explicar las relaciones entre el evento traumático (o las memorias del trauma), los pensamientos intrusivos que provocan, las creencias metacognitivas que median y los síntomas psicóticos (en este caso una aproximación a las alucinaciones) de aquellos pacientes en los que el trauma parece ser el indicador del origen de su psicosis. Morrison sugiere que las creencias metacognitivas están implicadas en el desarrollo de la experiencia alucinatoria y proponen que existe un cierto paralelismo, de forma y contenido, entre pensamientos intrusivos y alucinaciones auditivas. Plantea que las creencias metacognitivas inconsistentes con los pensamientos intrusivos, favorecen que estos últimos sean atribuidos erróneamente a una fuente externa, expresándose en forma de alucinaciones auditivas. Esta atribución errónea se mantiene a lo largo del tiempo debido a que reduce la disonancia cognitiva entre las creencias metacognitivas y dichos pensamientos intrusivos. Esta aproximación integrada puede ser suficiente para explicar la relación entre el trauma y las experiencias psicóticas de algunas personas, y sugiere que la distinción entre el TEPT y la psicosis es un artefacto diagnóstico cuando en realidad serían parte de un continuo, que va de las experiencias normales a lo que no es normal. De acuerdo con Morrison y cols. (2003), si fueran entidades distintas, los factores mediadores serían también diferentes, pero la investigación sugiere lo contrario, es decir, que existen factores similares que subyacen a estos dos trastornos.

TEPT y psicosis

Sólo recientemente, se ha empezado a investigar la relación entre la experiencia traumática, el TEPT y la psicosis, a pesar de que desde el inicio del psicoanálisis se ha reconocido que la exposición al trauma es una parte de la etiología de los trastornos mentales (Breuer y Freud, 1895/1955; Janet, 1889). La existencia de una relación entre la psicosis y el trauma ha sido durante muchos años minimizada, negada o ignorada. Según Read y cols. (2005), esto se puede deber a la adherencia a un paradigma biológico simplista, al miedo inapropiado a ser acusado de culpar a la familia, a la evitación de una traumatización vicaria por parte de los clínicos e investigadores y a rediagnosticar la psicosis en TEPT, trastorno disociativo u otro tipo de diagnóstico no psicótico, una vez que se descubren los abusos.

Antes de la introducción del trastorno por estrés postraumático en el DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1980), a muchos individuos que sufrían el TEPT se les diagnosticaban esquizofrenia u otro tipo de trastorno psicótico. Esto se debía al hecho que muchos de estos pacientes manifestaban alucinaciones, ideación paranoide o conducta desorganizada. Es importante resaltar que en estos últimos años, las investigaciones se han centrado en el tipo de relación que existe entre el trauma y los trastornos no psicóticos. En el TEPT, las alucinaciones se incluyen en el criterio de re-experimentación (*flashbacks*) (*American Psychiatric Association*, 2000). Por otro lado, los síntomas positivos de la psicosis en pacientes con TEPT, especialmente las alucinaciones auditivas y visuales (que no ocurren solo en el contexto de un episodio de *flashback* disociativo) se han mencionado en diversos estudios clínicos (Hamner y cols., 2000).

Los síntomas psicóticos pueden pasar desapercibidos en el TEPT crónico, debido a que los pacientes son reacios a hablar sobre ellos, o porque suelen no presentar alteraciones tan disruptivas como en la esquizofrenia. No obstante, desde aquí queremos enfatizar la importancia de investigar la presencia de síntomas psicóticos en personas diagnosticadas de TEPT:

1. En primer lugar, porque las alucinaciones y delirios no son específicos de la esquizofrenia, y pueden que estar presentes en otros cuadros.
2. En segundo lugar, porque la presencia de síntomas psicóticos positivos en el DSM-IV-R tiene implicaciones importantes para el diagnóstico diferencial.
3. En tercer lugar, porque como se ha documentado en una gran variedad de investigaciones con veteranos de guerra, los pacientes con TEPT pueden cumplir los criterios de un trastorno psicótico comorbido (Butler, Mueser, Sprock y Braff, 1996; David y cols., 1999; Hamner, 1997; Sareen y cols., 2005; Sautter, y col. 1999). Es más, estudios realizados con población clínica indican que entre el 25 y 35% de pacientes con TEPT, que solicitan tratamiento, manifiestan síntomas psicóticos (Hryvnick y Rosse, 1989; Wilcox, Briones y Suess, 1991).
4. En cuarto lugar, porque la presencia de síntomas psicóticos en el TEPT puede reflejar una mayor gravedad del cuadro, y un subtipo de este trastorno distinto (Sautter y cols., 1999).
5. En quinto lugar, porque existe un solapamiento considerable, y una relación entre los síntomas negativos y los síntomas de evitación del evento traumático y el distanciamiento emocional del TEPT. Si bien será importante que se investigue si

los síntomas negativos en el TEPT están asociados a los síntomas de evitación de actividades, lugares o personas asociados con el trauma, a los síntomas positivos de la psicosis o a otros factores (Sautter y cols., 1999).

6. En sexto lugar, porque nos permite discernir diferencias en los procesos subyacentes implicados entre síntomas similares en el TEPT y la psicosis (Read, Van Os, Morrison, y Ross, 2005).
7. Por último, porque nos ayudaría a validar propuestas como la de Morrison y cols. (2003), quienes sugieren que las similitudes entre ambos trastornos apoyan que son entidades similares que forman parte del mismo espectro de respuestas ante acontecimientos traumáticos.

Algunos estudios significativos

Es importante resaltar que una de las primeras menciones sobre los síntomas psicóticos en individuos con TEPT fue hecha por Van Putten y Emory (1973). Ellos observaron en cuatro veteranos de guerra, que padecían de neurosis traumática, la presencia de estados psicóticos secundarios transitorios. Siguiendo esta misma línea, Pinto y Gregory (1995) fueron los primeros que propusieron una variante distinta de TEPT, después de observar en un hombre de 25 años la presencia de síntomas de este trastorno y de una psicosis reactiva breve (DSM-III-R), manifestando una marcada hipervigilancia, delirios de persecución paranoide y delirios de referencia.

En otro estudio, Butler, y cols. (1996), encontraron que los veteranos con TEPT manifestaban más síntomas positivos, alucinaciones, delirios y conductas extrañas que los que no tenían dicho diagnóstico. En este trabajo, los sujetos con TEPT manifestaron

unos mayores índices de depresión, ansiedad, agitación, anhedonia y síntomas positivos que el otro grupo. Se observó que algunos de estos síntomas positivos no se debían a la re-experimentación del trauma.

Posteriormente, Sautter y cols. (1999) realizaron un estudio con veteranos de guerra y formaron tres grupos:

1. Sujetos que padecían un TEPT de posguerra y un trastorno psicótico (grupo TEPT psicótico).
2. Sujetos que padecían un TEPT postguerra sin evidencia de psicosis (grupo TEPT).
3. Sujetos con un trastorno psicótico sin evidencia de TEPT (grupo psicótico).

Estos autores encontraron que el grupo TEPT psicótico mostraba un mayor índice de síntomas psicóticos positivos, psicopatología general, paranoia y tendencias violentas que los otros dos grupos. También observaron que un 36% de los veteranos con TEPT manifestaban síntomas psicóticos que se diferenciaban de los trastornos perceptuales específicos del TEPT. Los pacientes del grupo TEPT y los del grupo TEPT psicótico no mostraron diferencias significativas en las escalas que miden los síntomas TEPT. Esto les sugiere que la intensidad de los síntomas psicóticos y la psicopatología en el grupo de TEPT psicótico, no se debía a la presencia de una mayor gravedad en los síntomas de TEPT, sino a las diferencias significativas en las escalas que evalúan los síntomas positivos y psicopatología en general. En síntesis, estos autores sugieren que los síntomas psicóticos al interactuar con los síntomas de TEPT, aumentan los delirios paranoides y pensamientos, sentimientos y conductas violentas. Los pacientes no ingresados con síntomas de TEPT y psicóticos, mostraban

mayores niveles de paranoia y tendencias violentas que los pacientes ingresados diagnosticados solo con TEPT o solo un trastorno psicótico. Esto subrayaría la importancia de diseñar intervenciones clínicas que tengan en cuenta los altos niveles de agitación y paranoia manifestados por estos pacientes. Estos autores consideran que el TEPT con síntomas psicóticos debería conceptualizarse como un subtipo grave del TEPT.

Siguiendo esta misma línea, Hamner y cols. (2000) analizaron la relación entre los síntomas psicóticos y el TEPT en veteranos que cumplían los criterios del DSM-IV para el TEPT con síntomas psicóticos o de esquizofrenia crónica. En este estudio se observó que los pacientes con esquizofrenia se diferenciaban de los TEPT, en dos síntomas positivos: delirios y desorganización conceptual más grave. Por el contrario, la gravedad de las alucinaciones apareció virtualmente idéntica en ambos grupos como también la sospecha-persecución. Además, los pacientes con TEPT y síntomas psicóticos, manifestaban un mayor trastorno que aquellos que no los tenían. Existen diferencias cualitativas en cuanto al contenido o manifestación de síntomas psicóticos positivos en el TEPT y la esquizofrenia. Estos autores señalan que el contenido de las alucinaciones en el TEPT, puede que se refieran a la experiencia traumática o que no tengan un contenido identificable. Algunos pacientes de este estudio manifestaron haber escuchado susurros o visto *sombras por el raballo del ojo* que no tenían relación con el contenido del evento traumático. En cuanto a los delirios estos autores refieren que si aparecen en el TEPT, son de naturaleza paranoide o persecutoria. Hamner y cols. (2000) afirman que los delirios complejos, bizarros o absurdos, comunes en la esquizofrenia, aparecen rara vez en el trastorno del TEPT. Además, es poco probable que los pacientes con TEPT presenten un trastorno

de pensamiento. En este estudio la similitud entre los síntomas negativos es significativa entre ambos grupos

Recientemente, Sareen y cols. (2005) han sido los primeros en investigar, en una muestra de población representativa, la relación entre el TEPT y síntomas psicóticos a lo largo de la vida. En este estudio se encontró que el TEPT estaba altamente relacionado con la asignación de síntomas psicóticos. Los resultados de esta investigación son similares a los estudios con población clínica que sugieren una elevada prevalencia de síntomas psicóticos en individuos con TEPT (Hamner, 1997; Sautter y cols., 1999). Tras controlar todas las covariables relacionadas con los síntomas psicóticos, la relación entre el TEPT y los síntomas psicóticos permaneció significativa. Estos resultados sugieren que la experimentación de síntomas psicóticos en sujetos con TEPT, no se debía simplemente a la comorbilidad de trastornos mentales, problemas médicos o a factores socioeconómicos.

Otro dato interesante a resaltar en el estudio de Sareen y cols. (2005) es que no se encontró un alto número de experiencias de guerra en aquellos que presentaban síntomas psicóticos y TEPT. Por el contrario, las experiencias traumáticas que estaban asociadas a los síntomas psicóticos en aquellos que presentaban un TEPT eran: desastres, el ser testigo de una lesión grave o muerte y manifestar un gran *shock* debido a que alguien muy cercano había sufrido un evento traumático. Además, se observaron resultados consistentes a los encontrados en el estudio de Mueser y Butler (1987), donde el número total de eventos traumáticos estaba relacionado con los síntomas psicóticos entre los sujetos con TEPT.

En esta investigación (Sareen y cols., 2005), los sujetos con TEPT y síntomas psi-

cóticos presentaban indicadores elevados de malestar comparados con sujetos con TEPT sin síntomas psicóticos. Los resultados de este estudio son consistentes con la mayoría de los estudios con muestras clínicas, que señalan la existencia de más altos niveles de psicopatología entre los sujetos con TEPT con síntomas psicóticos comórbidos que los sujetos con solo TEPT. Estos autores también señalan que sus datos apoyan la propuesta de Sautter y cols. (1999), los cuales consideran que el TEPT con síntomas psicóticos debería conceptualizarse como un tipo de TEPT grave.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo, se ha visto que existen diferentes relaciones posibles entre las experiencias de trauma y la de psicosis. Se ha sugerido que la experiencia psicótica puede precipitar el desarrollo del TEPT (y de los síntomas del estrés postraumático), pero también que la experiencia traumática puede, en algunas personas, llevar al desarrollo de la psicosis.

Tanto los síntomas como las intervenciones pueden ser traumatogénicas, pero lo que afecte más a unos y a otros, variará según las características e idiosincrasias del caso particular. Mientras que algunos se encontrarán abrumados por síntomas aparentemente maliciosos, poderosos y omnipotentes (por ejemplo, *la voz de mi abuela muerta que me da órdenes y me critica*, o la inserción de pensamientos de contenido autodestructivo) que pueden resultar amenazantes tanto psíquica como físicamente, otros se verán más afectados ante la privación de libertad o la presencia de otros enfermos. En resumen, aunque tradicionalmente se ha ignorado la posibilidad de que la psicosis sea un evento

potencialmente traumatogénico que produce sintomatología postraumática secundaria, se argumenta aquí, que esta conexión es de crucial relevancia como reflejan las investigaciones de Garety y Hemsley (1987). En estas investigaciones se afirma que existe una asociación positiva entre las puntuaciones de malestar y la gravedad de los delirios. La experiencia psicótica, así como algunas de las intervenciones y consecuencias psicosociales asociadas, pueden representar una amenaza a la integridad física o psicológica del individuo que las sufre.

El abuso en la infancia está considerado como un factor causal de psicosis y esquizofrenia y, más específicamente, de alucinaciones, particularmente voces que comentan (Read y cols., 2005).

Para llegar a entender los mecanismos por los cuales el abuso puede ser causa de la psicosis, se requiere una verdadera integración de los paradigmas biológicos y psicosociales, y tener en cuenta como los eventos traumáticos pueden producir alteraciones funcionales en el cerebro. Los investigadores y los clínicos, deberían preguntar en las evaluaciones que hacen a sus pacientes, acerca de los traumas en la infancia de manera rutinaria, sobretodo cuando trabajen con aquellos diagnosticados de psicosis o esquizofrenia. Todavía existen un pequeño número de estudios estadísticamente bien diseñados, en lo que se refiere a la relación entre el trauma y la psicosis. El estudio de los mecanismos que unen el abuso sexual y la psicosis requieren de mayor investigación para evaluar e integrar las teorías que se han propuesto recientemente.

También se ha considerado la hipótesis de que la psicosis y el TEPT son entidades similares, y parte del espectro de reacciones ante el trauma. La explicación más probable acerca de esta relación entre el trauma y la

psicosis es que todas esas hipótesis son posibles:

1. Algunos pacientes psicóticos desarrollarían el TEPT como respuesta a su psicosis.
2. Podría haber personas que desarrollarían la psicosis en primer lugar como resultado de experiencias traumáticas.
3. Otros podrían desarrollar ambos trastornos.
4. Y para algunos, un círculo vicioso que va de sus experiencias psicóticas a sus síntomas de TEPT.

También es posible que algunos de los mecanismos implicados (disociación, estilo atribucional o las interpretaciones de los pensamientos intrusivos), puedan actuar como mediadores del desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. La posibilidad de que la psicosis y el trauma formen parte del espectro de reacciones ante el trauma es, de hecho, similar a las teorías que sugieren que existe un subtipo de trastornos psicóticos que son inducidos por el trauma. El trauma funcionaría como un estresor en un modelo de vulnerabilidad-estrés, que precipitaría el inicio de la esquizofrenia. Además, esto podría deberse a una compleja interacción entre variables mediadoras de tipo biológico, social, cognitivo y ambiental que ya han sido tratadas. Otra alternativa considera el trauma implicado en el desarrollo de la psicosis, en el sentido de que supone el origen de valoraciones culturalmente inaceptables de los pensamientos intrusivos y las respuestas a esas interpretaciones. Con esta organización, las intrusiones podrían estar relacionadas con el relato del trauma, o con las creencias acerca de uno mismo y del mundo, que afectan a esas interpretaciones y que podrían estar influenciadas por las experiencias traumáticas vividas.

Implicaciones clínicas

La comorbilidad entre TEPT y los trastornos psicóticos es frecuentemente ignorada. Por ejemplo, en el estudio de Mueser y cols. (1998), del 43% de pacientes con enfermedad mental grave que cumplían los criterios para el diagnóstico del TEPT, sólo el 2% habían recibido un diagnóstico del mismo. El ser capaz de detectar los posibles síntomas de TEPT es esencial en el tratamiento de la psicosis, porque estos síntomas pueden propiciar recaídas (Shaw y cols., 1997). Si los síntomas de TEPT pasan desapercibidos, evidentemente no se van a abordar, y pueden hacer que los pacientes no se impliquen en la psicoterapia o que busquen estar sobremedicados para evitar pensamientos dolorosos. Sería necesario el diseño de intervenciones dirigidas al tratamiento del TEPT en este tipo de población clínica. Además el TEPT puede aumentar la posibilidad de un abuso de sustancias y aislamiento social, incrementando por lo tanto la probabilidad de recaídas psicóticas (Mueser y cols., 1998).

Dado el número de supervivientes de abuso sexual con diagnóstico de trastornos psicóticos, deberían introducirse preguntas rutinarias y estructuradas acerca del abuso sexual y físico en los servicios asistenciales (Read, 1997). El detectar el historial de abuso es crucial para poder dar diagnósticos veraces y llevar a cabo intervenciones eficaces. Por otro lado, la evidencia empírica subraya la importancia de evaluar los síntomas psicóticos entre las personas diagnosticadas del TEPT. Se necesita que en el futuro se investigue los mecanismos subyacentes que expliquen este patrón de comorbilidad, principalmente porque esta co-ocurrencia parece indicar un curso más grave de la enfermedad (Sareen y cols. 2005). Por lo tanto, proponemos una evaluación exhaustiva del trauma, sintomatología psicótica y postraumática en

pacientes con trastornos mentales graves y con diagnóstico del TEPT. Deberíamos añadir a la evaluación, la valoración de actos de negligencia y abuso psicológico. Read, y cols. (2005) subrayan la obligación de todos los profesionales de la salud mental de descartar la existencia de abusos sexuales, dado que las personas sobrevivientes no suelen hablar espontáneamente de este tipo de experiencias, pasando por lo tanto desapercibidas.

Con relación al potencial traumatogénico de la hospitalización psiquiátrica, es importante que los servicios se organicen de tal forma que se minimice la posibilidad de generar trauma secundario, dando opciones viables a la hospitalización y psicoeducación, que permita entender y normalizar la sintomatología manifestada (Morrison y cols., 2003). Meyer y cols. (1999) sugieren que la psicosis no tratada es más traumática que la propia hospitalización, y que cuando no se pueden mitigar los síntomas psicóticos en atención ambulatoria o hospitalización voluntaria, una rápida admisión involuntaria es preferible a que de forma gradual se le persuade para que acepte las intervenciones pertinentes.

En cuanto a las intervenciones psicológicas para los síntomas psicóticos, podrían introducirse aproximaciones cognitivo-conductuales y psicoeducativas, como se ha hecho con los pacientes con TEPT, para ayudar al paciente a distinguir las reacciones postraumáticas, validar y normalizar su existencia. McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan y Jackson (1996) recomiendan psicoterapias que permitan al paciente adaptarse a la irrupción de la psicosis, y trabajar los efectos de ésta en su autoconcepto y autoestima, para evitar así reacciones traumáticas secundarias a la psicosis. Además, pueden tener un efecto profiláctico, fomentar psicoterapias que ayuden al paciente a descubrir que sus experiencias anómalas son generadas

internamente debido a su vulnerabilidad personal (que incluye los eventos traumáticos sufridos). La reatribución de la experiencia psicótica a una fuente interna, y no externa, puede reducir el estrés y permitir una mejora de su funcionamiento psicosocial. Para muchos pacientes, es alentador descubrir simplemente que lo que antes parecía un síntoma incomprensible, posteriormente y con ayuda de la intervención psicoterapéutica, tiene alguna conexión con su historia vital. También sería aconsejable evaluar y realizar una intervención sobre los factores potenciales de mantenimiento del trastorno (interpretación de las intrusiones, estrategias de control del pensamiento y conductas de seguridad) (Morrison y cols., 2003). Además, las técnicas que han demostrado ser útiles en el TEPT (escucha empática del trauma o EMDR), pueden ser también muy útiles (con las adaptaciones adecuadas) para pacientes TEPT post-psicóticos o TEPT con síntomas psicóticos.

Es necesario que en investigaciones futuras se estudie la respuesta ante el tratamiento farmacológico y/o psicológico, como también el curso de la enfermedad en pacientes diagnosticados con TEPT y síntomas psicóticos. Es posible, como han encontrado Nemeroff, Heim, Thase y cols. (2003) en una muestra de pacientes depresivos crónicos, que las intervenciones psicológicas sean más eficaces que la propia medicación para personas psicóticas que han sufrido abusos infantiles. De cualquier forma, se necesita urgentemente protocolos de intervención para sobrevivientes de abusos sexuales con diagnóstico de esquizofrenia. Read y cols. (2001) proponen una integración de los modelos de trauma para supervivientes de abusos con intervenciones psicológicas que se han demostrado eficaces en la esquizofrenia, incluyendo terapia cognitiva, intervenciones

psicodinámicas, terapia familiar y tratamiento psicosocial-residencial.

Por último, los resultados de las investigaciones en este ámbito, tendrían implicaciones en el DSM IV-TR, pues sugiere la revisión de los criterios del TEPT y de la esquizofrenia. Es fundamental que se estudie la inclusión del subtipo de TEPT con síntomas psicóticos, propuesta por diferentes autores.

Limitaciones metodológicas

Para finalizar este trabajo, vamos a describir a continuación las limitaciones metodológicas encontradas en los estudios realizados con individuos con TEPT y síntomas psicóticos:

1. Los síntomas psicóticos en pacientes con TEPT se han estudiado principalmente en veteranos de guerra. Por el contrario, en el estudio de Sareen y cols. (2005), con una muestra representativa, las experiencias traumáticas asociadas a los síntomas psicóticos en personas diagnosticadas con TEPT eran: desastres, ser testigo de una lesión grave o muerte y un gran *shock* debido a que alguien muy cercano ha sufrido un evento traumático.
2. Se han mencionado factores culturales relacionados con los síntomas psicóticos (por ejemplo, veteranos de origen hispano y africano tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas psicóticos, que aquellos que no tienen esos orígenes) (Frueh, Hamner, Bernat, Turner, Keane y Arana, 2002). Sin embargo, este sesgo se puede deber a la selección de la muestra (pacientes calificados allí como minorías tienden a utilizar los servicios de salud mental muy tardíamente y acuden solo cuando están gravemente enfermos), por la inclusión de trastornos comorbidos asociados a la psicosis y por sesgo cultural y lingüístico. Existe la evidencia de falsos positivos de síntomas psicóticos positivos debido a la mala comprensión de los sujetos.
3. En la mayoría de los estudios no se evalúa la presencia de síntomas disociativos. Se ha observado que los pacientes con trastorno disociativo presentan síntomas psicóticos (Ellason y Ross, 1995). La diferenciación entre los síntomas disociativos y psicóticos es bastante difícil. Estudios futuros deberían incluir instrumentos de evaluación estandarizados de síntomas disociativos.
4. No evalúan detalladamente distintos tipos de trauma, su duración, frecuencia, grado de exposición, etc. (Neria y cols., 2002).
5. Es probable que los sujetos con un alto grado de hiperactivación tiendan a informar más síntomas positivos psicóticos que los individuos psicóticos sin TEPT.
6. En la mayoría de los estudios no se valora la presencia del trastorno de personalidad límite (TPL). Esto es importante dado que los TPL están asociados al TEPT y a síntomas psicóticos, pudiendo provocar un sesgo en los resultados. Sería, por tanto, recomendable evaluar la presencia de trastornos del Eje II. Butler Mueser, Sprock y Braff (1996) señalan que una de las limitaciones adicionales en este tipo de estudios es que no se valoren tampoco otros trastornos del Eje I que pueden ser responsables del incremento en los índices de síntomas positivos.
7. Este tipo de estudios tienen que interpretarse con cautela debido al bajo número de participantes en las muestras. Esto limita la generalización de los resultados. Investigaciones futuras deberían trabajar con muestras mayores para así aclarar la

relación entre la psicosis y el TEPT, y otro tipo de diagnósticos psiquiátricos comorbidos.

8. La mayoría de los estudios no han utilizado métodos de evaluación estandarizados para diagnosticar los trastornos psicóticos (Sautter y cols., 1999).
9. Sareen y cols. (2005) señalan como una limitación en su estudio, la falta de información sobre la edad en que se manifestaron los síntomas psicóticos, lo cual no hace posible examinar la relación entre el inicio de estos síntomas y el inicio del TEPT y los eventos traumáticos.
10. Existen importantes dificultades para diferenciar los síntomas de TEPT de los síntomas psicóticos, así como un considerable solapamiento entre la disociación en el TEPT y los trastornos disociativos de la esquizofrenia.

Referencias

- Allen, J.G., Coyne, L. y Console, P. (1997). Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 327-334.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed. Text Revision)*. Washington, DC: APA.
- Arieti, A. (1974). *Interpretation of Schizophrenia*. Nueva York: Basic Books.
- Bayley, R. (1996). First person account: Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 727-729.
- Beck, J.C. y Van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behaviour in chronically hospitalised psychotic women. *American Journal of Psychiatry*, 144, 474-476.
- Beebe, G. (1975). Follow up studies of World War II and Korean war prisoners. *American Journal of Epidemiology*, 101, 400-402.
- Bentall, R. (1990). Syndromes and symptoms of psychosis: or why you can't play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win. En R.P. Bentall (Ed.), *Reconstructing Schizophrenia*. Londres: Routledge.
- Bentall, R. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. Londres: Penguin Press.
- Beveridge, A. (1998). Psychology of compulsory detention. *Psychiatry Bulletin*, 22, 115-117.
- Breuer, J. y Freud, S. (1955). *Studies in hysteria. The Standard edition (Vol. 2)*. Londres: The Hogarth Press (Inicialmente publicado en 1895).
- Butler, R.W., Mueser, K.T., Sprock, J. y Braff, D.L. (1996). Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 39, 839-844.
- Birchwood, M., Fowler, D. y Jackson, C. (2000). Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions. Chichester: Wiley.
- Cascardi, M., Mueser, K.T., DeGirolamo, J. y Murrin, M. (1996). Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners: A descriptive study. *Psychiatric Services*, 47, 531-533.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. Leon, A. y Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 473-482.

- Craine, L.S., Hesson, C.E., Colliver, J.A. y MacLean, D.J. (1998). Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 300-304.
- Cuesta, M., Alford, J. y Zarzuela, A. (1998). Psychopathological dimensions and lack of insight in Schizophrenia. *Psychological Reports*, 83, 895-898.
- David, D., Kutcher, G.S., Jackson, E.I. y Mcllman, T.A. (1999). Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 29-32.
- Ellason, J. y Ross, C. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 236-241.
- Estroff, S.E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189-196.
- Foy, D.W., Sippelle, R.C., Rueger, D.R. y Carroll, E.M. (1984). Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans; Analysis of premilitary, military and combat exposure influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 79-87.
- Fowler, D. (2000). Understanding the outcome findings of CBT for psychosis: A cognitive model and its clinical implications. *Cognitive Therapy for Psychosis Conference*, Ayr.
- Frame, L. y Morrison, A.P. (2001). Causes of PTSD in psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58, 305-306.
- Frosch, J. (1983). *The Psychotic Process*. Nueva York: International Universities Press.
- Frueh, B.C., Hamner, M.B., Bernat, J.A., Turner, S.M., Keane, T.M. y Arana, G.W. (2002). Racial differences in psychotic symptoms among combat veterans with PTSD. *Depression Anxiety*, 16 (4), 157-61.
- Garety, P.A. y Hemsley, D.R. (1987). Characteristics of Delusional Experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236, 294-298.
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Greenfield, S.F., Stratowski, S.M., Tohen, M. Batson, S. y Kolbrener, M.L. (1994). Childhood abuse in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 164, 831-834.
- Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: Grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 87, 72-80.
- Hamner, M.B. (1997). Psychotic features and combat associated PTSD. *Depression Anxiety*, 5, 34-38.
- Hamner, M.B., Frueh, B.C., Ulmer, H.R.N., Huber, M.G., Twomey, T.J., Tyson, C.B.S. y Arana, G.W. (2000). Psychotic Features in Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Schizophrenia: Comparative Severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (4), 217-221.
- Hryvnick, M.R. y Ross, R.B. (1989). Concurrent psychiatric illness in inpatients with post-traumatic stress disorder. *Military Medicine*, 154, 399-401.
- James, N.M. (1993). On the perception of madness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 192-199.
- Janet, P. (1889). *L'Automisme Psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioural self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., Graaf, R. y Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-45.
- Jeffries, J.J. (1977). The trauma of being psychotic. A neglected element in the management of chronic schizophrenia? *Canadian Psychiatric Association Journal*, 22, 199-206.
- Kilcommons, A.M. y Morrison, A.P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351-359.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. y Amick-McMullan, A. (1989). Victim and crime factors associated with the development of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*, 20, 199-214.
- Kingdom, D.G. y Turkington, D. (1994). *The cognitive behavioural therapy of schizophrenia*. Hove: Erlbaum.
- Kingdom, D.G. y Turkington, D. (1999). Cognitive behavioural therapy of schizophrenia. En T. Wykes, N. Tarrier y S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in the psychological treatment of schizophrenia*. Londres: Wiley.
- Lally, S.J. (1988). *How psychiatric patients become engulfed in a mentally ill self concept: Does being here mean there is something wrong with me?* Chapel Hill, NC: University of North Carolina at Chapel Hill.
- Lally, S.J. (1989). Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 253-265.
- Lundy, M.S. (1992). Psychosis-induced post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 485-491.
- Lyons, J.A. (1991). Strategies of assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93-111.
- Mayer-Gross, W. (1920). Euber die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. *Keitschripte fur die Gesmate Neurologie und Psychiatrie*, 60, 160-212.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Aejjaelae, A., y Helenius, H. (1999). PTSD symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 343-352.
- McGlashan, T.H., Levy, S.T. y Carpenter, W.T. (1975). Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272.
- McGlashan, T.H. y Carpenter, W.H. (1976). Post-psychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 231-239.
- McGorry, P.D., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D. y Singh, B.S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognised postpsychotic syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 152, 220-223.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M. y Jackson, H.J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 305-326.
- Morrison, A.P., Bowe, S., Larkin, W. y Nothard, S. (1999). The psychological impact of psychiatric admission: Some preliminary findings. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 250-253.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusion in psychosis; an integrative

- cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A.P., Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationship between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.
- Mino, Y. y Ushijima, S. (1989). Post-psychotic collapse in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 386-374.
- Mueser, K.T., y Butler, R.W. (1987). Auditory hallucinations in combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144 (3), 299-302.
- Mueser, K.T., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D. Vivander, R. y Goodman, L.B. (1998). Trauma and PTSD in several mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D. Goodman, L.A. y Trumbetta, S.L. (2002). Trauma, PTSD and the course of several mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123-143.
- Nemeroff, C., Heim, C., Thase, M. y cols. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacology in chronic forms of mayor depression and childhood trauma. *Proceeding National Academy Sciences, USA*, 100, 14293-14296.
- Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S. y Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and PTSD in psychosis: Findings from a first admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 246-251.
- Nuechterlein, K. y Dawson, M.E. (1984). A Heuristic Vulnerability-Stress model of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Parrott, C. y Howes, J.L. (1991). The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder. En T.M. Vallis, J.L. Howes, y P.C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy: Applications to non traditional populations* (págs.85-109). Nueva York: Plenum.
- Pinto, P.A. y Gregory, R.J. (1995). Post-traumatic stress disorder with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 152, 471-472.
- Priebe, S., Broker, M. y Gunkel, S. (1998). Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive psychiatry*, 39, 220-224.
- Read, J. (1997). Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychological Research Process*, 28, 448-456.
- Read, J. y Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a story of child abuse. *Psychiatric Services*, 50, 1467-1472.
- Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E. y Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults, integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychological Research Process*, 32, 367-372.
- Read, J., Perry, B., Moskowitz, A., y Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64, 319-345.
- Read, J., Agar, K., Argyle, N. y Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychological Psychotherapy*, 76, 1-22.

- Read, J., Van Os, J., Morrison, A.P. y Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Romme, J. y Escher, A.D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Ross, C. Anderson, G. y Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 489-491.
- Ross, C. (2005). *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Haworth Press.
- Sareen, J., Cox, B.J., Goodwin, R.D. y Asmundson, G.J.G. (2005). Co-occurrence of Post-traumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a Nationally representative sample. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (4), 313-322.
- Sautter, F., Brailey, K., Udde, M., Hamilton, M.F., Beard, M.G. y Borges, A.H. (1999). PTSD and comorbid psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 73-88.
- Sautter, F.J., Cornwell, J., Jonson, J.J., Wiley, J. y Faraone, S.V. (2002). Family history of posttraumatic stress disorder with secondary psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1775-1777.
- Shaner, A. y Eth, S. (1989). Can schizophrenia cause posttraumatic stress disorder? *American Journal of Psychotherapy*, 4, 588-597.
- Shaw, K., McFarlane, A. y Bookless, C. (1997). The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *The Journal of Nervous Mental Diseases*, 183, 434-441.
- Shaw, K., McFarlane, A., Bookless, C. y Air, T. (2002). The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (1), 39-47.
- Schur, E. (1971). *Labelling deviant behaviour; Its sociological implications*. Nueva York: Harper y Row.
- Stampfer, H.G. (1990). Negative Symptoms: A cumulative stress disorder? *Australian - New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 516-528.
- Valiente, C. (2001). *Guía de Tratamiento: Delirios y Alucinaciones*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Van Putten, T. y Emory, W.H. (1973). Traumatic neuroses in Vietnam returnees: A forgotten diagnosis? *Archives of General Psychiatry*, 29, 695-698.
- Vázquez, C., Valiente, C. y Diez-Alegría, C. (1999). La evaluación del delirio: desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional. En F. Silva (Ed.), *Avances en evaluación psicológica*. Madrid: Promolibro.
- Villavicencio Carrillo, P. y Sebastián Herranz, J. (1999). *Violencia doméstica y su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Weiler, M.A., Fleisher, M.H. y MacArthur-Campbell, D. (2000). Insight and symptoms change in schizophrenia and other disorders. *Schizophrenia Research*, 45, 29-35.
- Wilcox, J. Briones, D. y Suess, L. (1991). Auditory hallucinations, post-traumatic stress disorder and ethnicity. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 320-323.
- Williams-Keller, L., Milliken, H. y Jones, B. (1994). Psychosis as a precipitating trauma for PTSD: A treatment strategy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 493-498.

