

Episodio psicótico en un adolescente de 11 años: reporte de caso

Psychotic episode in an 11-year-old adolescent: a case report

Sebastián Maluenda Toro^{1, 2, a} , Nazarena Sepúlveda Henríquez^{1, 3, b} 

RESUMEN

La psicosis es una condición clínica que inicia en edades tempranas y que afecta integralmente a quien lo padece, generándole una grave distorsión en su funcionamiento global. La psicosis infantil se considera como una fase prodrómica caracterizada por síntomas atenuados activos que afectan el desarrollo normal del paciente. El tratamiento farmacológico sugerido para este tipo de psicopatología se basa principalmente en el uso de antipsicóticos de segunda generación (atípicos), además de tratamiento psicológico para el paciente y su entorno familiar. Se presenta el caso clínico de una paciente de 11 años de edad que muestra síntomas psicóticos con conducta suicida concomitante. La evaluación inicial conduce al establecimiento de un adecuado manejo farmacológico.

Palabras clave: psicosis infantil; trauma infantil; tratamiento.

ABSTRACT

Psychosis is a clinical condition whose onset takes usually place at an early age and affects thoroughly its victim's functioning, generating a serious distortion in the overall functioning of the patient. Childhood psychosis is considered a prodromal phase, characterized by active attenuated symptoms which affect the normal development of the patients. The pharmacological treatment suggested for this type of psychopathology is mainly based on the use of second-generation (atypical) antipsychotics, in addition to psychological treatment to the patient and the family network. The clinical case of an 11-year-old patient who presents psychotic symptoms with concomitant suicidal behavior is described and discussed. An initial evaluation is carried out to establish an adequate pharmacological management.

Keywords: childhood psychosis; childhood trauma; treatment.

Citar como:

Maluenda M, Sepúlveda N. Episodio psicótico en un adolescente de 11 años: reporte de caso. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025; 88(1): 53-59. DOI: 10.20453/rnp.v88i1.5277

Recibido: 27-02-2024

Aceptado: 12-02-2025

En línea: 28-03-2025

Correspondencia:

Sebastián Maluenda Toro
✉ sebastian.maluedat@gmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

¹ Hospital San Pablo de Coquimbo, Unidad de Psiquiatría Infanto-Adolescente. Coquimbo, Chile.

² Universidad de La Serena. La Serena, Chile.

³ Universidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

^a Psicólogo clínico.

^b Médico psiquiatra.

INTRODUCCIÓN

La psicosis es una enfermedad psiquiátrica que implica una ruptura de la persona con la realidad, afectando su funcionamiento afectivo, conductual y cognitivo. Dentro del grupo de enfermedades psiquiátricas que desarrollan síntomas psicóticos, la más grave es la esquizofrenia, ya que altera a nivel afectivo, cognitivo, social y conductual a la persona de forma grave y prolongada en el tiempo (1).

El trastorno suele iniciar en edades tempranas, frecuentemente en la adolescencia, afectando los procesos evolutivos de la persona, por lo que limita su desarrollo esperado de las capacidades afectivas, sociales e intelectuales. El transcurso de la enfermedad suele caracterizarse por la presencia de «brotes de enfermedad», que son períodos en los que algunos síntomas del trastorno, como los delirios y las alucinaciones, se manifiestan durante un período delimitado. El principal síntoma de estos brotes es la afectación social y afectiva, manifestada en abulia y apatía, por ejemplo (1).

Los síntomas nucleares de la psicosis se clasifican en dos grupos: negativos y positivos. Los primeros se caracterizan por estar relacionados con el deterioro del funcionamiento evidente del paciente; sus síntomas más frecuentes son abulia/apatía, anhedonia, asociabilidad, pobreza en el discurso, embotamiento afectivo, retraimiento emocional y contacto pobre con los demás. En cambio, los positivos se describen como espectaculares y evidentes en situaciones sociales, como las alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles, etc.) y los delirios (1).

Psicosis infantil

Se ha establecido que existe una fase prodrómica en el desarrollo de la psicosis en los niños y adolescentes, la cual es una fase de transición entre el funcionamiento premórbido y las etapas psicóticas. En este período, que suele ser de un año, aparecen síntomas psicóticos atenuados activos: disminución del rendimiento académico, ideas extrañas, intereses excéntricos, inestabilidad afectiva, experiencias perceptuales bizarras, suspicacia, irritabilidad y estado de ánimo depresivo (2).

La fase de transición finaliza cuando los síntomas positivos y negativos se estructuran en el niño o adolescente. Los síntomas negativos suelen ser más insidiosos al inicio, con la presencia de aplanamiento afectivo, desmotivación, anhedonia y retraimiento social. En cambio, los síntomas positivos se

caracterizan por alteraciones en la estructura del pensamiento, generando un razonamiento disgregado y confuso. Asimismo, presenta una distorsión en el contenido del pensamiento (delirios no sistematizados). Por otro lado, existe una disfunción neurocognitiva importante, la cual genera un déficit en la atención y en el procesamiento de la información, además de problemas en el tiempo de reacción y en la comprensión de instrucciones complejas (2).

A su vez, se han reportado signos mayores en la psicosis infantil, como trastornos psicomotores y del tono, es decir, alteraciones posturales, alteraciones en la mirada del niño, evitación de la mirada, no seguir objetivos, una mirada vacía y penetrante, o una mirada sin horizontes y periférica, estereotipias, alteraciones del lenguaje y fobias masivas (3).

Trauma infantil

Los eventos traumáticos en la infancia suelen ser un antecedente habitual en personas con diagnóstico de trastornos psicóticos. Diversos estudios describen que entre el 80 y 86 % de los adolescentes y jóvenes con alto riesgo de desarrollo de psicosis describen vivencias relacionadas a eventos traumáticos en la infancia (4-8). Incluso se ha reportado que la exposición a múltiples vivencias traumáticas puede generar un mayor riesgo de desarrollar psicosis u otros trastornos mentales severos, así como aumentar la probabilidad de que personas con estado mental de alto riesgo desarrollen una psicosis (1, 9).

Por otro lado, se ha encontrado que puede existir una relación específica entre un tipo de vivencia traumática y un síntoma psicótico específico (10). Se ha propuesto que las experiencias relacionadas con la presencia de la intención de daño a la persona pueden estar vinculadas con la posterior aparición de síntomas psicóticos (11). En este sentido, se ha descrito que la presencia de trauma sexual en la infancia puede generar una mayor vulnerabilidad psíquica para el desarrollo de alucinaciones auditivas en la adultez (12) y en sujetos con estado mental de alto riesgo de psicosis, quienes presentan graves alteraciones de la percepción y el deterioro del funcionamiento social (13, 14).

Este vínculo entre trauma y psicosis puede ser explicado a partir del modelo de diátesis-estresor/estrés/vulnerabilidad, el cual indica que, a partir de la experiencia de un trauma, las personas con un riesgo genético de desarrollar psicosis tienen una mayor vulnerabilidad (15, 16). A su vez, se sugiere que la acumulación de eventos y situaciones estresantes

vinculadas con trauma puede generar una alteración en los sistemas de neurotransmisores dopaminérgicos, serotoninérgicos, glutamatérgicos y GABAérgicos, así como en los sistemas inmunológico y oxidativo, provocando el desarrollo de la psicosis (17).

La presentación de este caso es de particular importancia debido a la complejidad inherente de la combinación de factores etiológicos y contextuales que rodean a la paciente. El caso clínico se centra en un cuadro de psicosis infantil con inicio temprano, caracterizado por síntomas psicóticos severos y una ideación suicida compleja, en el contexto de antecedentes de trauma infantil, producto de agresiones sexuales y familiares.

CASO CLÍNICO

Se trata de una niña de 11 años que acude a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Adolescente acompañada de su madre y del equipo tratante de una localidad rural cercana, con el objetivo de solicitar una evaluación psiquiátrica y psicológica de mayor especialidad, debido a las características clínicas del caso, la poca adherencia de la paciente al tratamiento y a su nula cooperación y de la familia en el proceso terapéutico, además de las dudas del equipo tratante en cuanto a los diagnósticos. Los tratantes refieren que la paciente presenta autolesiones, alteraciones perceptuales y comportamientos bizarros en el contexto escolar y familiar.

Antecedentes familiares

La paciente vive con su padre de 62 años, su madre de 38 años, su hermana mayor de 13 años y su hermano menor de 7 años. Además, tiene familia extensa en la localidad rural donde reside.

Antecedentes educativos

Asiste a clases en un establecimiento educacional regular, cursando el quinto grado básico, sin repitencias escolares. Se reporta amistades reducidas en este contexto, y destaca la relación con una compañera de clase, con quien comparte gustos y tiempo de calidad. Es relevante destacar que la paciente es derivada al programa de salud mental por el establecimiento educacional, ya que tuvo conductas de autoflagelación en el contexto escolar. Además, los profesionales del establecimiento pesquisan que la paciente mantiene actividad en un grupo de redes sociales con personas desconocidas, con quienes realiza «desafíos» relacionados a las autolesiones.

Antecedentes de salud mental

En relación con los antecedentes de salud del grupo familiar, se reporta que la madre presenta hipotiroidismo y que el padre padece psoriasis. Con respecto a los hermanos con quienes vive, el menor presenta dermatitis atópica y está en evaluación por diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) y su hermana mayor es usuaria del programa de salud mental. Tiene hermanastras mayores, hijas de otro padre, donde la mayor de 23 años tiene diagnóstico de TDAH, y tiene una sobrina de 3 años con diagnóstico de TEA y dislexia. Además, los tíos paternos se suicidaron a temprana edad, uno a los 14 años (tomó veneno) y otro a los 15 años (manipulando explosivos).

Respecto a los tratamientos previos indicados en atención primaria de salud (APS), se reporta que la paciente se encontraba con tratamiento farmacológico con fluoxetina y quetiapina en dosis bajas, esto debido a la presencia de autolesiones en el último mes, posibles alucinaciones y problemas de sueño, además de intervenciones de psicoeducación sobre hábitos saludables. No obstante, el equipo tratante informa que la paciente no participa en las sesiones y presenta baja adherencia al tratamiento.

Antecedentes del desarrollo

Su madre la tuvo en un embarazo sin complicaciones. La paciente fue una recién nacida a término, sin complicaciones. Tuvo un desarrollo psicomotor dentro de lo normal, exceptuando el lenguaje, que lo adquirió a los 4 años. La describen con temperamento de difícil adaptación. Desde temprana edad presentó dificultad para relacionarse con otros, evitando contacto físico, siendo selectiva a la hora de comer y con dificultades para tolerar algunas texturas.

El inicio de los síntomas se remonta aproximadamente a los 8 años, cuando la paciente comienza a presentar dificultades para establecer relaciones interpersonales, selectividad alimentaria y comportamientos extraños, no esperados para su etapa evolutiva, como autolesiones (golpes, rasguños y mordeduras). A los 9 años, tras un evento traumático, se identificaron los primeros signos de afectación emocional y conductual, incluyendo un retraimiento social y episodios de irritabilidad y agresividad. Durante el último año, se agudizan los síntomas descritos y comienza a desarrollar síntomas psicóticos manifiestos, como alucinaciones visuales y auditivas y alteración en el pensamiento, presentando ideas delirantes estructuradas, acompañadas de autolesiones e ideación suicida.

Antecedentes psicosociales

La red familiar reporta que la paciente se encuentra en intervención de un programa psicosocial de la región tras ser víctima de agresión sexual por parte de un adulto mayor vecino de su vivienda, cuando ella tenía entre 8 y 9 años. Por último, el padre se encuentra en un proceso judicial de ámbito familiar asociado a violencia intrafamiliar y a un proceso de ámbito penal por maltrato animal, ya que causó la muerte del perro de la paciente.

Evaluación mental

La evaluación se realiza con un equipo profesional compuesto por un médico psiquiatra infanto-juvenil, un psicólogo clínico infanto-juvenil y un trabajador social.

Descripción inicial

Paciente con apariencia femenina, vestimenta acorde a la edad y el clima. Contextura delgada, medianamente aseada. Coopera parcialmente con la entrevista. Accede a comunicarse a través de la pizarra. Tiene un comportamiento excéntrico, a ratos inadecuado y no acorde a su etapa evolutiva.

Conciencia y orientación

La paciente se presenta consciente y con orientación alopsíquica y autopsíquica conservada.

Pensamiento

- Alteraciones a nivel de estructura

Durante la entrevista, la paciente presenta un pensamiento tangencial, desarrollando respuestas e ideas al margen del tema central planteado. En ciertos momentos, expresa un pensamiento escamoteador, manifestado en una actitud oposicionista y haciendo como si no existiera el tema que se le pregunta, con un fin ganancial. Por último, presenta una actitud pueril ante la situación, contrario a los bloqueos que presenta en algunos momentos.

- Alteraciones a nivel del contenido

En relación con los delirios, la paciente describe que junto a una amiga han desarrollado la creencia de ser personajes de «creepypastas», que son historias urbanas que se divulgan por internet. En este sentido, la evaluada refiere ser «Jeff the Killer», personaje de un adolescente con un corte en la boca

que asesina a su familia. Por otro lado, refiere que su amiga se identifica como «Laughing Jack», un hombre con vestimenta de payaso descolorido que ataca y atrapa a niños solitarios y tristes para asesinarlos. Durante el relato, menciona en varias ocasiones una relación de pareja entre ambos personajes, quienes disfrutaban realizando estas conductas. Lo anterior lo vive con certeza apodíctica, no permeable al juicio de otros.

A su vez, presenta creencias persecutorias caracterizadas por vivencias autorreferenciales relacionadas con una hipersensibilidad interpersonal y desconfianza general hacia los demás. Este delirio se compone principalmente de dos creencias: que va a sufrir algún tipo de daño y que el daño será provocado de forma intencional.

Por otro lado, manifiesta ideación suicida fluctuante. Sus ideas transitan en el espectro de ideas ambiguas de desear estar muerta hasta pensamientos estructurados y planificados de cómo llevar a cabo la muerte. También ha presentado pensamientos de morir junto a su amiga en relación con los personajes nombrados anteriormente.

Afectividad

Se evidencia aplanamiento afectivo y apatía durante la entrevista, así como afecto poco concordante con el relato. Comenta que no tiene ningún tipo de motivación adecuada a su edad. Por último, manifiesta irritabilidad y reticencia a cooperar durante la entrevista, ignorando y evadiendo las preguntas.

Psicomotricidad

Presenta psicomotricidad global disminuida. Se observa hipomimia, manteniendo una misma expresión o cambiando levemente durante la entrevista, e hipocinesia, es decir, una disminución notoria de los movimientos corporales. Esto está acompañado de una evitación del contacto con los profesionales presentes. A su vez, la paciente tiende a musitar, dificultando la comunicación.

Sensopercepción

La paciente reporta alteraciones a nivel perceptual, presentando alucinaciones visuales y auditivas. Describe ver sombras detrás del closet de su habitación, las cuales portan un cuchillo con intención de atacar a su hermana. A su vez, menciona escuchar voces y ruidos extraños durante parte del día. Las alucinaciones solo aparecían en su hogar, no durante

la entrevista. Por último, describe las alucinaciones con completa certeza, lo cual implica una pérdida del juicio de la realidad.

Lenguaje

Lenguaje poco espontáneo, con mutismo selectivo durante la entrevista. Solo habla en ciertas ocasiones y sobre temas específicos que le agradan. Según el equipo tratante y la madre, esto suele ser reiterado en diferentes contextos y ambientes donde interactúa la evaluada.

Memoria

La paciente presenta una memoria conservada.

Conciencia de enfermedad

No se aprecia conciencia de enfermedad, ya que no presenta juicio de la realidad; es decir, no tiene la capacidad de diferenciar entre los aspectos reales y no reales.

Tratamiento

Con respecto al tratamiento farmacológico y psiquiátrico para la psicosis, se basa principalmente en el uso de psicofármacos, con énfasis en la utilización de antipsicóticos. Se sugiere que cualquier administración de medicamento debe contar con el consentimiento de la familia y de la paciente, además de las exploraciones básicas: físicas (presión arterial, temperatura, respiración, pulso, peso y altura), analíticas (hemograma, renal, tiroidea, electrolitos séricos y función hepática) y exámenes necesarios, según los criterios clínicos de los profesionales (EEG, ECG, entre otros) (10, 18, 19).

En relación con el tipo de antipsicótico, se recomienda el uso de los de segunda generación (atípicos), ya que estos tienen una acción clínica positiva en el control de los síntomas psicóticos, además de que disminuye el riesgo de síntomas extrapiramidales (10). Por ello, se recomienda el uso de quetiapina, risperidona y olazapina (12). De no haber respuesta positiva, se sugiere el cambio de antipsicótico, como los de segunda línea o la combinación de dos antipsicóticos (5). En el caso de la paciente, se optó por iniciar con risperidona en dosis crecientes, por su potencial antipsicótico más incisivo y también por estar disponible en atención primaria.

Por último, se sugiere que el tratamiento psicológico sea el complemento para el tratamiento

farmacológico, y cuyo objetivo terapéutico sea psicoeducar a la familia y a la paciente sobre la enfermedad, haciendo énfasis en el manejo de los síntomas negativos de la psicosis. Por otro lado, se promueve la adaptación del diagnóstico y un adecuado funcionamiento psicosocial, con el fin de reducir recaídas y abandono del tratamiento farmacológico (20). Finalmente, en el contexto familiar, la psicoterapia se orienta a dar herramientas a los familiares para anticipar y solucionar conflictos que puedan llegar a desencadenar crisis, además de tratar de establecer expectativas realistas sobre el funcionamiento de la paciente (21).

DISCUSIÓN

Diversos estudios han reportado que las vivencias traumáticas en la infancia, como el maltrato físico, emocional y las agresiones sexuales, están relacionadas con una mayor vulnerabilidad para desarrollar psicosis en la adolescencia y adultez. Estas experiencias adversas no solo están relacionadas con el inicio de síntomas psicóticos, como alucinaciones, delirios y paranoia, sino que también impactan al desarrollo evolutivo, emocional y cognitivo del individuo (21).

En particular, el trauma infantil se considera uno de los predictores ambientales que más influencia tiene en el desarrollo de trastornos mentales, y su impacto trasciende los límites de los trastornos afectivos y psicóticos. La exposición a violencia tanto física como sexual en la infancia ha sido vinculada a una mayor susceptibilidad biológica a los cuadros psicóticos, lo que refuerza la importancia de intervención y la prevención psicosocial. Esta relación puede explicarse desde el modelo de vulnerabilidad-estrés, que postula que las vivencias traumáticas actúan como un factor desencadenante en individuos con predisposición neurobiológica (20).

El maltrato infantil en sus diversas formas puede generar creencias desadaptativas y distorsiones cognitivas sobre la propia persona y de los demás, promoviendo sesgos negativos que desarrollan síntomas negativos y positivos relacionados con la psicosis. En este contexto, las agresiones sexuales en la infancia se han asociado específicamente con alucinaciones y delirios, cuyo contenido refleja las experiencias traumáticas vividas. A su vez, este tipo de trauma exacerba la inestabilidad emocional, lo que genera un deterioro del funcionamiento social y una menor adherencia al tratamiento (22).

CONCLUSIONES

En el presente caso, se observa una multicausalidad de factores, que incluyen antecedentes de psicopatología familiar, exposición a maltrato infantil, disfunción familiar y dificultades sociales. Además de una experiencia traumática de índole sexual, este conjunto de variables subraya la necesidad de un enfoque terapéutico integral y multidisciplinario, que aborde no solo síntomas psicóticos, sino también factores psicosociales y emocionales subyacentes. Este abordaje integral implica realizar un proceso de recuperación sostenible y reducir la probabilidad de recaídas.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría: Ambos autores contribuyeron de la misma manera en la elaboración del presente manuscrito.

REFERENCIAS

1. Álvarez-Mon MA, Vidal C, Ortuño F. Actualización clínica de la psicosis. *Medicine* [Internet]. 2019; 12(86): 5023-5036. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.010>
2. Hollis C. Schizophrenia and allied disorders [Internet]. En: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A, editores. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th edition. Nueva Jersey: Wiley Blackwell; 2008. pp. 737-758. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781444300895.ch45>
3. Pedreira-Massa JL. Formas clínicas de la psicosis en la infancia. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2009; 7(2): 114-120. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(09\)71102-3](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(09)71102-3)
4. Kraan T, Velthorst E, Smit F, De Haan L, Van der Gaag M. Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis. *Schizophrenia Res* [Internet]. 2015; 161(2-3): 143-149. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.026>
5. Lau S, Kirchebner J, Kling S, Euler S, Günther MP. Childhood maltreatment, psychopathology, and offending behavior in patients with schizophrenia: a latent class analysis evidencing disparities in inpatient treatment outcome. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021; 12: 612322. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.612322>
6. Loewy RL, Corey S, Amirfathi F, Dabit S, Fulford D, Pearson R, et al. Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. 2019; 205: 10-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.003>
7. Longden E, Sampson M, Read J. Childhood adversity and psychosis: generalised or specific effects? *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2015; 25(4): 349-359. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s204579601500044x>
8. Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, et al. The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: a review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017; 8: 55. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00055>
9. Ader L, Schick A, Vaessen T, Alizadeh BZ, Therese van Amelsvoort, Cahn W, et al. The role of childhood trauma in affective stress recovery in early psychosis: an experience sampling study. *Schizophr Bull* [Internet]. 2024; 50(4): 891-902. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae004>
10. Cheng X, Zhang H, Zhang J, Xu P, Jin P, Fang H, et al. Comparison of clinical characteristics and treatment efficacy in childhood-onset schizophrenia and adolescent-onset schizophrenia in mainland China: a retrospective study. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2021; 15(6): 1721-1729. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eip.13121>
11. Freeman D, Garety PA. Comments on the content of persecutory delusions: does the definition need clarification? *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2000; 39(4): 407-414. Disponible en: <https://doi.org/10.1348/014466500163400>
12. Galitzer H, Anagnostopoulou N, Alba A, Gaete J, Dima D, Kyriakopoulos M. Functional outcomes and patient satisfaction following inpatient treatment for childhood-onset schizophrenia spectrum disorders vs non-psychotic disorders in children in the United Kingdom. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2021; 15(2): 412-419. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eip.12973>
13. Giannopoulou I, Georgiades S, Stefanou MI, Spandidos DA, Rizos E. Links between trauma and psychosis (review). *Exp Ther Med* [Internet]. 2023; 26(2): 386. Disponible en: <https://doi.org/10.3892/etm.2023.12085>
14. García M, Moreno L, Aboza F, Carrascoso FJ, Ramírez F. Trauma infantil y psicosis: una revisión narrativa. *Clín Contemp* [Internet]. 2022; 13(1): e2. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/cc2022a2>

15. Van Nierop M, Lataster T, Smeets F, Gunther N, Van Zelst C, De Graaf R, et al. Psychopathological mechanisms linking childhood traumatic experiences to risk of psychotic symptoms: analysis of a large, representative population-based sample. *Schizophr Bull* [Internet]. 2014; 40(Suppl 2): S123-S130. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt150>
16. Velthorst E, Nelson B, O'Connor K, Mossaheb N, De Haan L, Bruxner A, et al. History of trauma and the association with baseline symptoms in an ultra-high risk for psychosis cohort. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013; 210(1): 75-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.007>
17. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* [Internet]. 2010; 36(4): 655-659. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq051>
18. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* [Internet]. 2001; 64(4): 319-345. Disponible en: <https://doi.org/10.1521/psyc.64.4.319.18602>
19. Jerath AU, Mavrides NA, Coffey BJ. Complexity in evaluation and pharmacological treatment of early onset psychosis with mood symptoms: childhood onset schizophrenia or affective disorder? *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2019; 29(3): 241-244. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/cap.2019.29164.bjc>
20. Aas M, Alameda L, Di Forti M, Quattrone D, Dazzan P, Trotta A, et al. Synergistic effects of childhood adversity and polygenic risk in first-episode psychosis: the EU-GEI study. *Psychol Med* [Internet]. 2021; 53(5): 1970-1978. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s0033291721003664>
21. Trauelsen AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen HG, Pedersen MB, Trier CH, et al. Childhood adversity specificity and dose-response effect in non-affective first-episode psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. 2015; 165(1): 52-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.014>
22. Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2011; 13(3): 360-365. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/dcns.2011.13.2/ischaefer>