

Original

Prevalencia de experiencias adversas y victimización en personas adultas con trastorno mental grave en Barcelona



Marina Bartolomé-Valenzuela^a, Noemí Pereda^{a,*} y Georgina Guilera^b

^a Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GREVIA), Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GREVIA), Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de octubre de 2022

Aceptado el 9 de mayo de 2023

On-line el 20 de junio de 2023

Palabras clave:

Trastornos mentales

Experiencias adversas en la infancia

Adultos sobrevivientes de eventos adversos infantiles

Abuso sexual infantil

Hospitales psiquiátricos

R E S U M E N

Objetivo: Conocer la extensión y las características de las experiencias adversas y de victimización en una muestra de personas adultas con un trastorno mental grave residentes en la ciudad de Barcelona.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Las experiencias adversas y de victimización se evaluaron a partir de 26 ítems del *Adverse Childhood Experiences Questionnaire* (ACE-IQ), el cual se amplió para incluir experiencias acontecidas en la edad adulta. Se entrevistó a 74 personas con trastorno mental grave (edad media: 42,03 años; desviación estándar: 9,60).

Resultados: Todas las personas entrevistadas reportaron haber vivido como mínimo dos victimizaciones a lo largo de su vida. Las más frecuentes fueron los delitos comunes (87,8%) y la victimización por parte de los cuidadores principales (86,5%). Las mujeres presentaban casi 13 veces más probabilidades de sufrir victimización sexual que los hombres a lo largo de la vida (*odds ratio*: 12,75; intervalo de confianza del 95%: 4,19-38,71). Antes de los 18 años destaca la alta prevalencia de violencia física por parte de los cuidadores principales (52,7%) y el abuso sexual infantil (32,4%).

Conclusiones: La victimización sufrida por las personas con un trastorno mental grave es un problema extendido que ha recibido muy poca atención. Los resultados de este estudio son coherentes con los obtenidos en investigaciones previas y ponen de manifiesto la necesidad de trasladar estos conocimientos a la práctica médica, teniéndolos en cuenta para desarrollar tratamientos con un abordaje integral de la salud mental.

© 2023 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Prevalence of adverse and victimization experiences in adult people with severe mental illness in Barcelona

A B S T R A C T

Objective: To describe the extension of the adverse experiences, including victimization, lived in childhood and adulthood in a sample of people with severe mental illness residing in Barcelona, Spain.

Method: Descriptive, quantitative and cross-sectional study. Adverse and victimization experiences were assessed using 26 items from the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-IQ). Items were included obtain information regarding victimization during adulthood. Seventy-four people with severe mental illness were interviewed (median age: 42.03 years; standard deviation: 9.60).

Results: All participants reported at least two victimization experiences throughout their lifetime. The most frequent experiences were conventional crimes (87.8%) and victimization by caregivers (86.5%). Before age 18, half of the participants reported having experienced physical violence by their caregivers (52.7%) and almost one out of three reported to have been victim of sexual abuse (32.4%). Women were almost 13 times more likely to experience sexual victimization than men throughout their lifetime (*odds ratio*: 12.75; 95% confidence interval: 4.19–38.71).

Conclusions: Victimization experienced by people with severe mental illness is a widespread problem that has received little attention. The results of this study are consistent with those obtained in previous investigations and underscore the need to translate this knowledge into medical practice into medical practice, considering them in order to develop treatments with a comprehensive approach to mental health.

© 2023 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Mental disorders

Adverse childhood experiences

Adult survivors of child adverse events

Child abuse

Sexual

Psychiatric hospitals

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: npereda@ub.edu (N. Pereda).

Introducción

El trastorno mental grave ha sido frecuentemente estudiado como facilitador de la perpetración de conductas violentas¹. Sin embargo, las investigaciones demuestran que las personas con trastorno mental grave son más propensas a sufrir violencia que a ejercerla²⁻⁴. De hecho, el trastorno mental grave es un factor de riesgo ante las experiencias de victimización, siendo más propensas a sufrir violencia las personas con un trastorno mental grave que además se encuentran sin vivienda, consumen tóxicos o alcohol, han sufrido violencia en el pasado, han perpetrado violencia en el pasado o presentan sintomatología psicopatológica grave^{4,5}.

Los estudios de revisión muestran que las personas con trastornos mentales tienen más riesgo de sufrir violencia física y sexual que la población general^{2,5}. En España, una investigación realizada en población en régimen penitenciario concluía que las personas con un trastorno mental presentaban mayor prevalencia de violencia física y sexual que el resto de los internos⁶. Las investigaciones nacionales sobre violencia intrafamiliar y violencia de género contra mujeres con trastorno mental coinciden en concluir que existe una alta prevalencia de estas formas de victimización en el colectivo^{7,8}.

Por lo que respecta a la victimización infantil, los metaanálisis realizados concluyen que sufrir experiencias traumáticas durante la infancia incrementa el riesgo de desarrollar trastornos mentales⁹⁻¹¹. En España, un estudio realizado en personas con esquizofrenia señaló que sufrir alguna experiencia traumática durante la infancia duplicaba el riesgo de desarrollar psicosis en la edad adulta¹². Previamente, los mismos autores, en una muestra de pacientes con trastorno mental grave, habían encontrado que casi la mitad de las personas participantes habían sido víctimas de maltrato físico, sexual o psicológico, o habían sido testigos de violencia durante la infancia. Además, haber sufrido maltrato infantil se relacionó con un diagnóstico más temprano de esquizofrenia, y concretamente haber sufrido maltrato psicológico se relacionó con un mayor número de ingresos hospitalarios¹³.

En España, las investigaciones sobre las experiencias de victimización vividas por personas con un trastorno mental grave son escasas y a menudo se centran en una sola forma de victimización¹⁴, se focalizan en mujeres^{7,8}, cuentan con muestras de colectivos muy específicos⁶ o utilizan instrumentos que evalúan un número limitado de formas de victimización¹³. La ausencia de información respecto a este fenómeno imposibilita el diseño de políticas de protección que respondan a las necesidades del colectivo de personas con trastorno mental grave, a la vez que obstaculiza la comprensión del efecto que tienen estas experiencias en la manifestación del trastorno, impidiendo así el desarrollo de un modelo terapéutico que integre estos conocimientos en la intervención psiquiátrica de las personas con un trastorno mental grave.

La presente investigación tiene por objetivo contribuir a la literatura existente aportando nuevos datos que ayuden a la comprensión del trastorno mental grave a partir del estudio de una amplia diversidad de experiencias adversas y de victimización en una muestra de personas con trastorno mental grave residentes en la ciudad de Barcelona.

Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio exploratorio, observacional y transversal. Se aplicó el cuestionario en formato de entrevista en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de referencia de cada participante, favoreciendo un entorno cómodo y familiar. Cuando no hubo vinculación con un CSMA, la entrevista se realizó en las

infraestructuras de la organización a la que la persona participante estaba vinculada. Los instrumentos fueron aplicados por las investigadoras y por personas voluntarias, formadas en la recogida de datos con los cuestionarios seleccionados. Antes de iniciar la entrevista se aseguró que todas las personas participantes entendían los objetivos de la investigación y daban su consentimiento por escrito.

La investigación se diseñó considerando los principios éticos básicos de la Declaración de Helsinki¹⁵ y el Código Ético del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña¹⁶, y fue aprobada por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099).

Muestra

Como criterio de inclusión principal se seleccionaron personas mayores de 18 años residentes en la ciudad de Barcelona que, debido a la afectación del trastorno en su día a día, estuvieran vinculadas a un CSMA. Este criterio sigue la línea de investigaciones recientes en las que se concluye que la falta de autonomía del individuo es un factor determinante para evaluar la gravedad del trastorno, así como también es coherente con la perspectiva que están tomando las instituciones de salud mental catalanas^{17,18}. Se excluyó a aquellas personas que presentaban una sintomatología clínica que interfería significativamente en la evaluación.

Debido a la dificultad de acceso a estas personas, se reclutó una muestra de conveniencia, a través de dos metodologías diferentes. Por una parte, el Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona contactó con los CSMA de la ciudad, y estos contactaron con sus usuarios. Por otra parte, el equipo investigador contactó con diversas asociaciones vinculadas al colectivo de personas con trastorno mental de Barcelona (ActivaMent Cataluña Asociación, Asociación de Ocio Inclusivo SARÀU, Asociación AREP y Fundación DAU), y estas compartieron la información sobre el estudio con sus afiliados.

Mediciones

Se desarrolló un cuestionario *ad hoc* para recoger información sobre las características sociodemográficas de las personas participantes.

Las características clínicas de la muestra, las experiencias adversas y las experiencias de victimización fueron recabadas mediante el *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire* (ACE-IQ) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este cuestionario, diseñado originalmente por Felitti et al. en 1998²⁰ y usado en un gran número de estudios de ámbito internacional²¹, fue traducido por el equipo investigador con el permiso de la Oficina Regional Europea de la OMS y modificado para adaptarlo a las necesidades de la investigación y al contexto de su aplicación²². Para calcular el consumo de alcohol de riesgo se incluyeron tres ítems del cuestionario AUDIT-C diseñado por la OMS para su uso internacional²³.

Las experiencias adversas y de victimización fueron agrupadas en las siguientes categorías: entorno familiar disfuncional (3 ítems), delitos comunes (5 ítems), victimización por iguales (1 ítem; sí/no, con opción de especificar el tipo de violencia), violencia en la pareja (1 ítem; sí/no, con opción de especificar el tipo de violencia), victimización por cuidadores (5 ítems), victimización sexual (2 ítems; sí/no, con opción de especificar el tipo de violencia), victimización indirecta (8 ítems) y victimización electrónica (1 ítem; sí/no, con opción de especificar el tipo de violencia).

Por otra parte, se añadieron preguntas de seguimiento en todos los ítems, las cuales proporcionaban información detallada sobre las características de la victimización, como por ejemplo cuántas veces sucedió. Por lo que respecta a la diferencia entre infancia y edad adulta, se preguntó únicamente por la primera vez que sufrieron la victimización.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

	Total		Varones		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
<i>Edad</i>						
20-39 años	32	43,2	17	53,1	15	35,7
40-59 años	36	48,6	13	40,6	23	54,8
>60 años	6	8,1	2	6,2	4	9,5
<i>País de origen</i>						
España	72	97,3	30	93,8	42	100
Otro	2	2,7	2	6,2	0	0,0
<i>Estado civil</i>						
Con pareja estable	25	33,8	6	18,8	19	45,2
Sin pareja estable	47	63,5	26	81,2	21	50,0
Viudo/a	2	2,7	0	0,0	2	4,8
<i>Titulación académica</i>						
Sin estudios	1	1,4	1	3,1	0	0,0
Estudios obligatorios	21	28,4	10	31,2	11	26,2
Bachillerato o formación profesional	36	48,6	15	46,9	21	50,0
Estudios universitarios	16	21,6	6	18,8	10	23,8
<i>Certificado de discapacidad</i>						
Sí	55	74,3	24	75,0	31	73,8
No	18	24,3	8	25,0	10	23,8
No contesta	1	1,4	0	0,0	1	2,4
<i>Tipo de soporte^{a,b}</i>						
Generalizado	4	5,4	1	3,4	3	8,6
Extenso	7	9,5	2	6,9	5	14,3
Limitado	21	28,4	10	34,5	11	31,4
Intermitente	28	37,8	16	55,2	12	34,3
Ningún soporte	4	5,4	0	0,0	4	11,4

^a Servicio público de acompañamiento ofrecido a las personas con algún tipo de discapacidad. Los soportes «generalizado» y «extenso» hacen referencia a la ayuda de terceros de forma continuada, mientras que los soportes «limitado» e «intermitente» son ayudas esporádicas o episódicas, en función de las necesidades del momento de la persona.

^b Esta pregunta presenta 10 valores perdidos debido a que se añadió cuando ya se habían realizado 10 entrevistas.

El ACE-IQ no ha sido validado en su versión al español, aunque su traducción contó con la aprobación de la OMS y en su creación fue concebido para ser aplicado en diferentes países del mundo.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.26. Se calcularon las tasas de prevalencia de cada experiencia de victimización específica. Para compararlas entre grupos según el sexo, se calculó la *odds ratio* (OR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%), trabajando con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Los valores de OR < 1 indicaron una mayor prevalencia en los hombres, mientras que los valores > 1 indicaron una mayor prevalencia en las mujeres. Para estudiar la relación entre las características clínicas de la muestra y el sexo de las personas participantes se aplicó la prueba de ji al cuadrado; cuando no se cumplían las condiciones necesarias para ello, se aplicó el test exacto de Fisher.

Se calculó también la acumulación de experiencias adversas y de victimización vividas sumando todas las experiencias adversas experimentadas por una misma persona, y se obtuvieron los descriptivos correspondientes.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra del estudio estuvo compuesta por 74 personas (42 mujeres [56,8%] y 32 varones [43,2%]), de entre 21 y 68 años (media: 42,03; desviación estándar: 9,60). El 94,6% de las personas participantes contaban con algún tipo de soporte o acompañamiento por parte de un profesional y el 74,3% tenían un certificado de discapacidad, lo que indicó que presentaban una disminución de la capacidad para llevar a cabo una vida autónoma y laboral, así como también

sintomatología psicopatológica o rasgos inflexibles, desadaptativos y persistentes compatibles con un diagnóstico de trastorno mental definido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*¹⁹ (Tabla 1).

Un 17,6% de los participantes presentaban un consumo de alcohol de riesgo y el 52,7% habían consumido alguna vez en su vida cannabis, cocaína o heroína. Un 14,9% consumían alguna de estas tres drogas en el momento de la entrevista.

Por lo que respecta a la ideación suicida, prácticamente el 80% habían tenido alguna vez en su vida pensamientos de este tipo, en la mayoría de los casos (62,6%) en más de cuatro ocasiones. Se encontró una relación estadísticamente significativa, aunque débil, entre el sexo y la ideación suicida, habiendo tenido alguna vez estos pensamientos el 88% de las mujeres participantes ($X^2 = 4,206$; $gI = 1$; $p = 0,040$; V de Cramer: 0,238) (Tabla 2). En total, casi la mitad de las personas participantes (49,2%) había intentado cometer suicidio alguna vez en su vida.

Experiencias adversas y de victimización a lo largo de la vida

Todas las personas entrevistadas reportaron haber sufrido como mínimo dos formas de victimización a lo largo de su vida. El número medio de estas experiencias fue de 9,67 (rango: 2 a 21). Un 40,5% de las personas participantes sufrieron más de diez formas distintas de victimización a lo largo de su vida (Tabla 3).

Las formas de victimización más reportadas fueron los delitos comunes (87,8%) y la victimización por parte de los cuidadores principales (86,5%) (Tabla 4). Dentro de los delitos comunes, las mujeres tenían casi cinco veces más probabilidades de reportar haber sido acechadas (es decir, haber sido seguidas por alguien desconocido) que los hombres (OR: 4,77; IC95%: 1,62-13,96).

El 78,4% habían sufrido violencia por parte de sus iguales, siendo la más común la violencia verbal en forma de insultos, amenazas, mofas o comentarios humillantes. En cuanto a la victimización en

Tabla 2
Características clínicas de la muestra

	Total		Varones		Mujeres		Significación (nunca vs. otros)			
	n	%	n	%	n	%	X ²	gl	p	V de Cramer
Consumo de alcohol de riesgo actual o pasado ^a	13	17,6	7	21,9	6	14,3	0,722	1	0,395	0,099
Consumo de cocaína							0,348	1	0,555	0,069
Nunca	49	66,2	20	62,5	29	69,0				
Pasado	19	25,7	11	34,4	8	19,0				
Actualmente	6	8,1	1	3,1	5	11,9				
Consumo de heroína ^b							0,683	1	0,409	0,097
Nunca	66	89,2	27	87,1	39	92,9				
Pasado	6	8,1	4	12,9	2	4,8				
Actualmente	1	1,4	0	0,0	1	2,4				
Consumo de cannabis							2,597	1	0,107	0,187
Nunca	38	51,4	13	40,6	25	59,5				
Pasado	26	35,1	15	46,9	11	26,2				
Actualmente	10	13,5	4	12,5	6	14,3				
Ideación suicida ^c							4,206	1	0,040 ^d	0,238
Nunca	15	20,3	10	31,2	5	11,9				
Una vez	5	6,8	2	6,2	3	7,1				
Dos o tres veces	8	10,8	0	0,0	8	19,0				
Más de cuatro veces	46	62,2	20	62,5	26	61,9				
Intento suicida ^e							0,010	1	0,920	0,013
Nunca	30	50,8	11	50,0	19	51,4				
Una vez	9	15,3	5	22,7	4	10,8				
Dos o tres veces	12	20,3	4	18,2	8	21,6				
Más de cuatro veces	8	13,6	2	9,1	6	16,2				

^a Para definir el consumo de alcohol como «de riesgo» se han usado tres ítems del cuestionario AUDIT-C diseñado por la OMS para su uso internacional.

^b Este ítem presenta un valor perdido.

^c La persona había tenido ideas suicidas, imaginando o deseando su propia muerte.

^d p <0,05.

^e Se incluyen solo aquellas personas que habían tenido ideación suicida. Si no habían tenido ideación suicida no se preguntaba por los intentos de suicidio.

Tabla 3
Experiencias adversas acumuladas a lo largo de la vida y antes de los 18 años

	A lo largo de la vida			Antes de los 18 años		
	Total (n = 74)	Varones (n = 32)	Mujeres (n = 42)	Total (n = 74)	Varones (n = 32)	Mujeres (n = 42)
Número de víctimas ^a	74 (100%)	32 (100%)	42 (100%)	70 (94,6%)	31 (96,9%)	39 (92,9%)
Experiencias adversas, media (DE) ^b	9,67 (3,66)	8,81 (3,10)	10,33 (3,95)	5,83 (3,28)	5,84 (3,14)	5,83 (3,43)
Víctimas por encima de la media	30 (40,5%)	15 (46,9%)	21 (50,0%)	35 (47,3%)	16 (50,0%)	20 (47,6%)

DE: desviación estándar.

^a Con al menos una experiencia adversa o victimización durante la infancia.

la pareja, las mujeres tenían casi seis veces más probabilidades de reportar haber sufrido violencia verbal (insultos) que los hombres (OR: 5,78; IC95%: 1,72-19,41).

Por otra parte, un 56,8% habían sufrido un abuso o una agresión sexual a lo largo de su vida. Las mujeres presentaban entre 10 y 12 veces más probabilidades de sufrir victimización sexual en comparación con los hombres, ya fuese con contacto físico (OR: 12,21; IC95%: 3,97-37,54) o sin contacto físico (OR: 10,20; IC95%: 2,14-48,45).

Experiencias adversas y de victimización sufridas por primera vez durante la infancia o la adolescencia

Un 47,3% reportaron haber sufrido más de seis formas distintas de victimización antes de los 18 años (Tabla 5). La victimización más frecuente fue la perpetrada por parte de los cuidadores principales. El 52,7% sufrieron violencia física, en la mayoría de los casos por parte del padre o la madre (82,1%), y de forma continuada (66,7%).

Una de cada dos personas participantes fue víctima de algún delito común (54,1%) y un 47,3% sufrieron acoso escolar (*bullying*), es decir, fueron acosados por una o más personas de su misma escuela en más de cinco ocasiones.

Por lo que respecta a la victimización sexual, una de cada tres personas participantes reportó haber sido víctima de abuso sexual

con contacto físico durante su infancia o adolescencia (32,4%). En su mayoría, quien cometió el abuso fue un hombre (87,5%), familiar (41,7%) o conocido (33,3%) de la víctima. Las mujeres presentaban seis veces más probabilidades de haber sufrido abuso sexual infantil con contacto físico que los hombres (OR: 6,36; IC95%: 1,89-21,34).

En cuanto a la victimización indirecta, el 73% fueron testigos de violencia durante su infancia, mayoritariamente dentro del ámbito familiar (67,6%).

Experiencias adversas y de victimización sufridas por primera vez en la edad adulta

Las experiencias de victimización más reportadas durante la edad adulta fueron los delitos comunes (67,6%) y la violencia en la pareja (66,2%) (Tabla 6). Las formas específicas de victimización que ocurrieron con más frecuencia fueron el robo (31,1%), las amenazas (29,7%), la violencia verbal por parte de los cuidadores principales (25,7%) y la exposición a violencia comunitaria (25,7%). Un 21,6% reportaron haber sufrido discriminación, y en un 80% de los casos el motivo percibido fue tener un diagnóstico de trastorno mental. El 66,2% habían sufrido victimización en el ámbito de la pareja, en un 53,1% de los casos de manera continuada.

Por lo que respecta a las diferencias de sexo, las mujeres tenían más probabilidades de reportar haber sufrido discriminación (OR:

Tabla 4
Prevalencia de experiencias adversas y de victimización a lo largo de la vida

	Total		Varones		Mujeres		OR (IC95%)
	n	%	n	%	n	%	
<i>Entorno familiar disfuncional</i>	57	77,0	23	71,9	34	81,0	1,66 (0,56-4,94)
Convivir con alguien con depresión, trastorno mental o conducta suicida	48	64,9	22	68,8	26	61,9	0,74 (0,28-1,95)
Convivir con alguien con problemas de alcoholismo o drogas	30	40,5	8	25,0	22	52,4	3,30 (1,21-9,00)
Convivir con alguien con una condena judicial	10	13,5	3	9,4	7	16,7	1,93 (0,46-8,15)
<i>Delitos comunes</i>	65	87,8	28	87,5	37	88,1	1,05 (0,26-4,30)
Robo	45	60,8	22	68,8	23	54,8	0,55 (0,21-1,44)
Agresión física	28	37,8	16	50,0	12	28,6	0,40 (0,15-1,04)
Amenazas	39	52,7	15	46,9	24	57,1	1,51 (0,56-3,81)
Discriminación	25	33,8	8	25,0	17	40,5	2,04 (0,74-5,60)
Acoso/acecho	28	37,8	6	18,8	22	52,4	4,77 (1,63-13,96)
<i>Victimización por iguales^a</i>	58	78,4	24	75,0	34	81,0	1,41 (0,46-4,30)
Violencia verbal	30	40,5	10	31,3	20	47,6	2,00 (0,76-5,23)
Violencia física	14	18,9	9	28,1	5	11,9	0,34 (0,10-1,16)
Aislamiento/intimidación	14	18,9	5	15,6	9	21,4	1,47 (0,44-4,91)
<i>Victimización en la pareja^b</i>	54	73,0	23	71,9	31	73,8	1,10 (0,39-3,09)
Comportamientos de control ^c	48	64,9	19	59,4	29	69,0	1,52 (0,58-3,99)
Violencia verbal	23	31,1	4	12,5	19	45,2	5,78 (1,72-19,41)
Violencia física ^c	24	32,4	9	28,1	15	35,7	1,42 (0,52-3,84)
<i>Victimización por cuidadores</i>	64	86,5	26	81,3	38	90,5	2,19 (0,56-8,54)
Negligencia emocional	52	70,3	21	65,6	31	73,8	1,47 (0,54-4,02)
Negligencia física ^c	27	36,5	8	25,0	19	45,2	2,47 (0,90-6,77)
Violencia verbal	51	68,9	21	65,6	30	71,4	1,31 (0,49-3,52)
Violencia física ^c	43	58,1	20	62,5	23	54,8	0,72 (0,28-1,86)
<i>Victimización sexual</i>	42	56,8	8	25,0	34	81,0	12,75 (4,19-38,71)
Con contacto físico	37	50,0	6	18,8	31	73,8	12,21 (3,97-37,54)
Sin contacto físico	19	25,7	2	6,3	17	40,5	10,20 (2,15-48,46)
<i>Victimización indirecta</i>	62	83,8	28	87,5	34	81,0	0,61 (0,17-2,23)
Exposición a violencia en el entorno familiar	56	75,7	26	81,3	30	71,4	0,57 (0,19-1,75)
Exposición a violencia comunitaria ^c	42	56,8	22	68,8	20	47,6	0,43 (0,16-1,08)
<i>Victimización electrónica^{b,d}</i>	32	43,2	13	40,6	19	45,2	1,20 (0,48-3,06)
Sexual ^c	18	24,3	6	18,8	12	28,6	1,73 (0,57-5,27)
No sexual ^c	26	35,1	11	34,4	15	35,7	1,06 (0,40-2,78)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.

^a En el caso de la victimización por iguales, los participantes solo podían escoger la forma de violencia más predominante (verbal, física o aislamiento/intimidación). Así pues, aunque en la tabla se muestran como ítems separados, recogen las respuestas de una sola pregunta.

^b Se preguntó únicamente por la edad de la persona entrevistada cuando sufrió por primera vez alguna de las formas específicas de victimización en la pareja o electrónica, por lo que no es posible saber qué edad tenía en cada una de las formas de victimización.

^c Engloban más de una pregunta que recaba información sobre diferentes aspectos de una misma forma de victimización. En los casos en que los/las participantes contestaron haber vivido estas victimizaciones tanto en la infancia como en la edad adulta se computó solo la primera vez y, por lo tanto, como «infancia».

^d Una persona participante no recordaba si sufrió esta victimización antes o después de los 18 años, por lo que hay un valor perdido en las siguientes tablas.

7,50; IC95%: 1,56-35,99) y acoso que los hombres (OR: 8,33; IC95%: 1,74-39,83), así como también cualquier forma de victimización sexual (OR: 11,25; IC95%: 2,37-53,34).

Discusión

El presente trabajo muestra la prevalencia de experiencias adversas y de victimización en personas con trastorno mental grave, y concluye, en línea con lo encontrado en los estudios nacionales¹³ e internacionales^{3,9}, que tales personas han sufrido un amplio número de este tipo de experiencias a lo largo de sus vidas.

Por lo que respecta a las diferencias según el sexo, estas fueron más frecuentes en la edad adulta que en aquellas victimizaciones vividas por primera vez durante la infancia. Esto puede deberse a que la situación de dependencia de los/las niños/as y los/las adolescentes les sitúa en una posición de inferioridad respecto a las personas adultas que les hace igualmente vulnerables a sufrir victimización con independencia de su sexo. La victimología del desarrollo explica que son estas vulnerabilidad y dependencia del adulto lo que hacen al niño o la niña atractivo/a como víctima²⁴, más allá de su sexo. Esto mismo también explicaría las diferencias entre las formas de victimización sufridas antes y después de los 18 años, siendo mucho más usual la violencia por parte de personas adultas durante la infancia y más frecuentes las victimizaciones

cometidas por personas de edad similar a la de la víctima después de los 18 años.

Coincidiendo con algunos metaanálisis, hay una alta prevalencia de victimizaciones que ocurren por primera vez en la edad adulta, en concreto los delitos comunes, concluyendo que es un colectivo especialmente vulnerable en estas edades, algo muy relevante al diseñar programas de prevención de la violencia que busquen enfocarse en aquellos colectivos con más riesgo⁵.

En la infancia y la adolescencia destaca una alta prevalencia de maltrato físico y verbal por parte de los cuidadores principales, algo que se ha visto de forma recurrente en otras investigaciones¹². La victimización sexual infantil, que en España se estima en torno al 10-20% de la población general²⁵, en esta investigación fue reportada por más del 30% de la muestra. En el caso de las mujeres, la prevalencia fue del 50%; dato que concuerda con los encontrados en otras investigaciones realizadas con mujeres con trastorno mental grave, según las cuales estas mujeres experimentan más violencia sexual que el resto de la población²⁶.

La victimización en la infancia, y especialmente la victimización sexual, tiene graves consecuencias en la salud física y mental de las víctimas^{5,27}. Diversos estudios han demostrado que los efectos de la acumulación de experiencias adversas a lo largo de la infancia son más graves y duraderos que aquellos fruto de un solo tipo de victimización^{9,28}, y las investigaciones señalan que la violencia acontecida en la infancia podría influir en las probabilidades de desarrollar un trastorno mental en la edad adulta^{9,12,29,30}. Por ello,

Tabla 5
Prevalencia de experiencias adversas y de victimización por primera vez antes de los 18 años

	Total		Varones		Mujeres		OR (IC95%)
	n	%	n	%	n	%	
<i>Entorno familiar disfuncional</i>	41	55,4	16	50,0	25	59,5	1,47 (0,58-3,71)
Convivir con alguien con depresión, trastorno mental o conducta suicida	34	45,9	15	46,9	19	45,2	0,93 (0,37-2,36)
Convivir con alguien con problemas de alcoholismo o drogas	17	23,0	5	15,6	12	28,6	2,16 (0,67-6,92)
Convivir con alguien con una condena judicial	1	1,4	0	0,0	1	2,4	2,34 (0,90-58,37)
<i>Delitos comunes</i>	40	54,1	20	62,5	20	47,6	0,54 (0,21-1,39)
Robo	22	29,7	13	40,6	9	21,4	0,39 (0,144-1,11)
Agresión física	17	23,0	9	28,1	8	19,0	0,60 (0,20-1,79)
Amenazas	17	23,0	7	21,9	10	23,8	1,11 (0,37-3,35)
Discriminación	9	12,2	6	18,8	3	7,1	0,33 (0,07-1,45)
Acoso	11	14,9	4	12,5	7	16,7	1,40 (0,37-5,27)
<i>Victimización por iguales</i>	45	60,8	19	59,4	26	61,9	1,11 (0,43-2,85)
Violencia verbal	25	33,8	10	31,3	15	35,7	1,22 (0,46-3,25)
Violencia física	10	13,5	7	21,9	3	7,1	0,27 (0,06-1,16)
Aislamiento/intimidación	10	13,5	2	6,3	8	19,0	3,52 (0,69-17,93)
<i>Victimización en la pareja^a</i>	5	6,8	3	9,4	2	4,8	0,48 (0,08-3,08)
<i>Victimización por cuidadores</i>	56	75,7	23	71,9	33	78,6	1,43 (0,49-4,17)
Negligencia emocional	44	59,5	18	56,3	26	61,9	1,26 (0,49-3,22)
Negligencia física ^b	21	28,4	7	21,9	14	33,3	1,78 (0,52-5,13)
Violencia verbal	39	52,7	18	56,3	21	50,0	0,77 (0,31-1,96)
Violencia física ^b	39	52,7	17	53,1	22	52,4	0,97 (0,39-2,44)
<i>Victimización sexual</i>	27	36,5	6	18,8	21	50,0	4,33 (1,48-12,69)
Con contacto físico	24	32,4	4	12,5	20	47,6	6,36 (1,89-21,34)
Sin contacto físico	9	12,2	2	6,3	7	16,7	3,00 (0,58-15,55)
<i>Victimización indirecta</i>	54	73,0	25	78,1	29	69,0	0,62 (0,22-1,81)
Exposición a violencia en el entorno familiar	50	67,6	25	78,1	25	59,5	0,41 (0,15-1,17)
Exposición a violencia comunitaria ^b	23	31,1	12	37,5	11	26,2	0,59 (0,22-1,60)
<i>Victimización electrónica^a</i>	5	6,8	3	9,4	2	4,8	0,48 (0,08-3,08)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.^a Se preguntó únicamente por la edad de la persona entrevistada cuando sufrió por primera vez alguna de las formas específicas de victimización en la pareja o electrónica, por lo que no es posible saber qué edad tenía en cada una de las formas de victimización.^b Engloban más de una pregunta que recaba información sobre diferentes aspectos de una misma forma de victimización. En los casos en que los/las participantes contestaron haber vivido estas victimizaciones tanto en la infancia como en la edad adulta se computó solo la primera vez y, por lo tanto, como «infancia».**Tabla 6**
Prevalencia de experiencias adversas y de victimización por primera vez después de los 18 años

	Total		Varones		Mujeres		OR (IC95%)
	n	%	n	%	n	%	
<i>Entorno familiar disfuncional</i>	27	36,5	12	37,5	15	37,5	0,92 (0,36-2,40)
Convivir con alguien con depresión, trastorno mental o conducta suicida	14	18,9	7	21,9	7	16,7	0,71 (0,22-2,29)
Convivir con alguien con problemas de alcoholismo o drogas	13	17,6	3	9,4	10	23,8	3,02 (0,76-12,06)
Convivir con alguien con una condena judicial	9	12,2	3	9,4	6	14,3	1,61 (0,37-7,01)
<i>Delitos comunes</i>	50	67,6	21	65,6	29	69,0	1,17 (0,44-3,11)
Robo	23	31,1	9	28,1	14	33,3	1,27 (0,47-3,48)
Agresión física	11	14,9	7	21,9	4	9,5	0,37 (0,10-1,42)
Amenazas	22	29,7	8	25,0	14	33,3	1,50 (0,54-4,18)
Discriminación	16	21,6	2	6,3	14	33,3	7,50 (1,56-35,99)
Acoso	17	23,0	2	6,3	15	35,7	8,33 (1,74-38,82)
<i>Victimización por iguales</i>	13	17,6	5	15,6	8	19,0	1,27 (0,37-4,33)
Violencia verbal	5	6,7	0	0,0	5	11,9	9,53 (0,50-179,06)
Violencia física	4	5,4	2	6,3	2	4,8	0,75 (0,10-5,63)
Aislamiento/intimidación	4	5,4	3	9,4	1	2,4	0,24 (0,02-2,38)
<i>Victimización en la pareja^a</i>	49	66,2	20	62,5	29	69,0	1,33 (0,51-3,52)
<i>Victimización por cuidadores</i>	8	10,8	3	9,4	5	11,9	1,30 (0,29-5,92)
Negligencia emocional	8	10,8	3	9,4	5	11,9	1,30 (0,29-5,92)
Negligencia física ^b	6	8,1	1	3,1	5	11,9	4,18 (0,46-37,79)
Violencia verbal	7	25,7	2	6,3	5	11,9	2,02 (0,37-11,19)
Violencia física ^b	4	5,4	3	9,4	1	2,4	0,23 (0,02-2,38)
<i>Victimización sexual</i>	20	27,0	2	6,3	18	42,9	11,25 (2,37-53,34)
Con contacto físico	13	17,6	2	6,3	11	26,2	5,32 (1,09-26,06)
Sin contacto físico	10	13,5	0	0,0	10	23,8	21,00 (1,18-373,52)
<i>Victimización indirecta</i>	21	28,3	10	31,2	11	26,2	0,78 (0,28-2,16)
Exposición a violencia en el entorno familiar	5	6,8	1	3,1	4	9,5	3,26 (0,35-30,72)
Exposición a violencia comunitaria ^b	19	25,7	10	31,3	9	21,4	0,60 (0,21-1,71)
<i>Victimización electrónica^a</i>	26	35,1	9	28,1	17	40,5	1,74 (0,65-4,67)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: *odds ratio*.^a Se preguntó únicamente por la edad de la persona entrevistada cuando sufrió por primera vez alguna de las formas específicas de victimización en la pareja o electrónica, por lo que no es posible saber qué edad tenía en cada una de las formas de victimización.^b Engloban más de una pregunta que recaba información sobre diferentes aspectos de una misma forma de victimización. En los casos en que los/las participantes contestaron haber vivido estas victimizaciones tanto en la infancia como en la edad adulta se computó solo la primera vez y, por lo tanto, como «infancia».

la detección precoz de este tipo de experiencias tempranas es un paso fundamental en la prevención y la intervención efectiva de los problemas de salud mental²⁹.

Preguntar de manera sistematizada por esta clase de vivencias en los centros de salud mental españoles, tanto de jóvenes como de adultos, tal como recientemente se ha empezado a implantar en países como el Reino Unido y los Estados Unidos³¹, es una forma de que estas vivencias se tengan en cuenta al diseñar una intervención integral capaz de abordar estos problemas de fondo³², evitando focalizar el tratamiento médico del paciente únicamente en el aspecto fisiopatológico del trastorno. Además, también es importante de cara al acompañamiento de las víctimas, ya que la victimización reciente en personas con trastorno mental grave ha demostrado tener un efecto agravante en la sintomatología del trastorno y se ha asociado con una mayor resistencia al tratamiento⁵.

Finalmente, el estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta en futuras investigaciones. En primer lugar, no se preguntó por la edad a la que las personas sufrieron los tipos específicos de violencia en la pareja, por victimización electrónica ni por victimización por iguales, con lo cual no se ha podido saber el tipo de victimización en concreto más frecuente en los diferentes momentos de la vida de las personas participantes. En segundo lugar, aun cuando los resultados son muy parecidos a los encontrados en otras investigaciones, el tamaño de la muestra impide extrapolar los resultados a toda la población de personas con trastorno mental grave de España. En tercer lugar, este estudio no explora si el hecho de sufrir violencia en la infancia fue un desencadenante del trastorno o bien una consecuencia de la externalización de este, por lo que no se pueden extraer conclusiones determinantes al respecto. Por último, el cuestionario utilizado no ha sido validado para nuestro contexto cultural, lo que supone una limitación que hay que considerar.

Por todo lo anterior, se recomienda continuar esta línea de investigación asegurando el acceso a una muestra de mayor tamaño e incluyendo también ítems relativos a la sintomatología y al inicio de esta, que permitan no solo conocer la prevalencia de la victimización sino también entender cómo estas vivencias se interrelacionan y qué efecto han tenido en el desarrollo del trastorno.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Datos disponibles a petición. Para solicitar acceso pueden contactar con: Noemí Pereda (npereda@ub.edu).

¿Qué se sabe sobre el tema?

Las investigaciones previas muestran una prevalencia de experiencias de victimización en personas con trastorno mental grave muy superior a la de la población general, tanto en la edad adulta como en la infancia, encontrando una relación entre sufrir victimización en la infancia y desarrollar un trastorno mental grave en la edad adulta.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se muestra la alta prevalencia de experiencias de victimización en personas con trastorno mental, incluyendo formas de violencia que normalmente no son tenidas en cuenta en las investigaciones realizadas con el colectivo.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

La investigación realizada busca guiar a la comunidad psiquiátrica hacia una intervención más integral y adecuada, a la vez que aporta datos para la comprensión del origen y el desarrollo de las enfermedades mentales.

Editor responsable del artículo

Javier García Amez.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

M. Bartolomé-Valenzuela concibió el estudio, contribuyó a su diseño, se encargó de la recogida de los datos, analizó e interpretó los datos, y escribió la primera versión del artículo. N. Pereda diseñó el trabajo, participó en su análisis e interpretación, y aprobó el texto final para su publicación. G. Guilera supervisó el análisis y la interpretación de los datos. N. Pereda y G. Guilera revisaron el trabajo final y contribuyeron intelectualmente.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de la ciudad de Barcelona, así como a las asociaciones y personas que de forma voluntaria participaron en la investigación.

Financiación

Este estudio fue financiado por el Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de la ciudad de Barcelona. Los números de proyecto de la Universidad de Barcelona son el 309903 y el 310049.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Dvoskin J, Knoll JL, Silva M. A brief history of the criminalization of mental illness. *CNS Spectrums*. 2020;25:638–50.
2. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:180–91.
3. Baumann ML, Teasdale B. Severe mental illness and firearm access: is violence really the danger? *Int J Law Psychiatry*. 2018;56:44–9.
4. de Vries B, van Busschbach JT, van der Stouwe EC, et al. Prevalence rate and risk factors of victimization in adult patients with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2019;45:114–26.

5. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, et al. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:433–51.
6. Caravaca Sánchez F, Wolff N. Self-report rates of physical and sexual violence among Spanish inmates by mental illness and gender. *J Forensic Psychiatry Psychol*. 2016;27:443–58.
7. González Cases J, Polo Usaola C, González Aguado F, et al. Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: a prevalence study in Spain. *Community Ment Health J*. 2014;50:841–7.
8. Aguado FG, Cases JC, López-Gironés ML, et al. Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte Salud Mental*. 2013;11:23–32.
9. McKay MT, Cannon M, Chambers D, et al. Childhood trauma and adult mental disorder: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2021;143:189–205.
10. Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012;38:661–71.
11. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, et al. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med*. 2013;43:225–38.
12. Álvarez MJ, Masramon H, Peña C, et al. Cumulative effects of childhood traumas: polytraumatization, dissociation, and schizophrenia. *Community Ment Health J*. 2015;51:54–62.
13. Álvarez MJ, Roura P, Osés A, et al. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199:156–61.
14. Tasa-Vinyals E, Álvarez MJ, Puigoriol-Juvanteny E, et al. Intimate partner violence among patients diagnosed with severe mental disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208:749–54.
15. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *J Indian Med Assoc*. 2009;107:403–5.
16. Departament de Justícia. Codi Deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. 2015. (Consultado el 6/9/2022.) Disponible en: <https://arxiu.copc.cat/adjuntos/adjunto.188.1524062657.pdf>.
17. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:457–63.
18. Generalitat de Catalunya, Departament de Drets Socials. Malaltia mental, discapacitat i dependència. 2020. (Consultado el 2/12/2022.) Disponible en: <https://drets-socials.gencat.cat/ca/ambits-tematics/persones-amb-malaltia-mental/malaltia-mental-discapacitat-i-dependencia/>.
19. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, número 22, de 26 de enero de 2000.
20. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998;14:245–58.
21. Gette JA, Gissandaner TD, Littlefield AK, et al. Modeling the Adverse Childhood Experiences Questionnaire–International Version. *Child Maltreat*. 2021;0:1–12.
22. Quinn M, Caldara G, Collins K, et al. Methods for understanding childhood trauma: modifying the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire for cultural competency. *Int J Public Health*. 2018;63:149–51.
23. Frank D, DeBenedetti AF, Volk RJ, et al. Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *J Gen Intern Med*. 2008;23:781–7.
24. Finkelhor D. Developmental victimology. The comprehensive study of childhood victimizations. En: Davis RC, Lurigio AJ, Herman S, editores. *Victims of crime*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007. p. 9–34.
25. Pereda N, Guilera G, Forns M, et al. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:328–38.
26. Van Deirse TB, Macy RJ, Cuddeback GS, et al. Intimate partner violence and sexual assault among women with serious mental illness: a review of prevalence and risk factors. *J Soc Work (Lond)*. 2019;19:789–828.
27. Vila-Badia R, Butjosa A, Del Cacho N, et al. Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophr*. 2021;228:159–79.
28. Turney K. Cumulative adverse childhood experiences and children's health. *Child Youth Serv Rev*. 2020;119:1–14.
29. Hakamata Y, Suzuki Y, Kobashikawa H, et al. Neurobiology of early life adversity: a systematic review of meta-analyses towards an integrative account of its neurobiological trajectories to mental disorders. *Front Neuroendocrinol*. 2022;65:1–19.
30. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2:e356–66.
31. Quigg, Zara, Selina Wallis & Nadia Butler. Routine enquiry about adverse childhood experiences implementation pack pilot evaluation (Final Report). 2018. (Consultado el 8/6/2023.) Disponible en: <https://www.basw.co.uk/system/files/resources/reach-implementation-pack-pilot-evaluation-final-report.pdf>.
32. Dube SR. Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: a public health perspective. *Child Abuse Negl*. 2018;85:180–4.