



FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE VALENCIA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA

TESIS DOCTORAL

**MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y EXPERIENCIAS  
PSICÓTICAS EN ADOLESCENTES**

PEDRO MARTÍNEZ MOLLA

DIRECTOR: LUIS MIGUEL ROJO MORENO

*VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2021.*

Aunque la lista de agradecimientos sería muy larga, las personas vienen y van en la vida... en este momento, estas son algunas a las que les debo todo.

Gracias especialmente al Doctor Luis Miguel Rojo Moreno porque gracias a él he podido culminar este camino iniciado hace más de una década. Igualmente a la Doctora Alicia Salvador Fernández-Montejo por la paciencia en las múltiples propuestas y temáticas planteadas para llevar a cabo el ejercicio de la investigación.

Gracias al Doctor Carlos Cañete Nicolás, por su desinteresada ayuda y sus sugerencias tan acertadas.

Gracias a Jesús por su apoyo y ayuda incondicionales.

Gracias a mi familia: a mis padres por haberme facilitado la vida e inculcado el interés por el estudio; a mi hermano por la especial forma de leer el mundo y a Carolina por la alegría que nos ha traído. Gracias a mis tíos Mari, Feli, Andrés, Ana, Toni, Amparo y Mercedes. A mis primos Jordi, Sara, Toni, Dani, Ana, Nuria, Alejandro y Ana.

Gracias a mis amigos: Pedro y Quique por su paciencia conmigo y por tantos momentos compartidos. A Vicent, Gabri, Joan, Sammy, David y Alfredo.

Gracias a la familia Rodríguez-Campayo, a la que siento como mía y gracias a la que La Mancha es mi casa también.

Gracias a mi familia política, a Maru, a Miguel, a Miguel hijo, a Miguel nieto, a Llum, a Tere, a José, a Lucía y Alejandro.

Gracias a mis compañeros de trabajo y amigos: Ramón, Nacho, Fernando, M<sup>a</sup> José, Cristina, Carlos, Alfonso y Empar.

Gracias a mi mujer Elena, la persona que desde el día que entró en mi vida no me ha dejado de apoyar en esto y en todas y cada una de las dificultades del día a día.

Sin ellos, ni este trabajo ni nada valdrían la pena.

# ÍNDICE

## 1. RESUMEN.

## 2. INTRODUCCIÓN.

### 2.1. El cerebro adolescente.

### 2.2. Psicopatología en adolescentes.

### 2.3. Clínica y epidemiología.

#### 2.3.1. Trastornos de ansiedad.

##### 2.3.1.1. Crisis de pánico y trastorno de pánico.

##### 2.3.1.2. Agorafobia.

##### 2.3.1.3. Trastorno de ansiedad por separación.

##### 2.3.1.4. Trastorno de ansiedad generalizada.

##### 2.3.1.5. Fobia social.

##### 2.3.1.6. Fobia específica.

#### 2.3.2. Trastornos relacionados con el trauma y el estrés.

##### 2.3.2.1. Trastorno por estrés postraumático.

##### 2.3.2.2. Trastorno adaptativo.

#### 2.3.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.

#### 2.3.4. Trastornos de la conducta alimentaria.

#### 2.3.5. Trastornos del estado de ánimo.

##### 2.3.5.1. Trastornos depresivos.

##### 2.3.5.2. Trastorno bipolar.

#### 2.3.6. Trastornos psicóticos.

#### 2.3.7. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

#### 2.3.8. Trastorno de conducta y oposicionista.

#### 2.3.9. Trastornos por consumo de sustancias.

## 2.4. Experiencias psicóticas.

### 2.4.1. Generalidades.

### 2.4.2. Revisión sistemática.

#### 2.4.2.1. Material y métodos.

#### 2.4.2.2. Resultados.

##### 2.4.2.2.1. Prevalencia y curso.

##### 2.4.2.2.2. Neuropsicología y autoevaluación negativa.

##### 2.4.2.2.3. Naturaleza biopsicosocial.

##### 2.4.2.2.4. Papel del estrés.

##### 2.4.2.2.5. Trauma infantil.

##### 2.4.2.2.6. Marcadores biológicos.

##### 2.4.2.2.7. Consumo de tóxicos.

##### 2.4.2.2.8. Marcadores genéticos.

##### 2.4.2.2.9. Comorbilidad.

##### 2.4.2.2.10. Actitud terapéutica.

##### 2.4.2.2.11. Prevención.

#### 2.4.2.3. Conclusiones.

## 3. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DEL PROYECTO.

## 4. OBJETIVOS.

## 5. METODOLOGÍA.

### 5.1. Diseño.

### 5.2. Instrumentos de medida.

- 5.3. Muestra.
- 5.4. Procedimiento.
- 5.5. Análisis estadístico.

## 6. RESULTADOS.

- 6.1. Características de la muestra.
- 6.2. Análisis por grupos diagnósticos.
  - 6.2.1. Trastornos de ansiedad.
  - 6.2.2. Trastornos relacionados con el trauma y el estrés.
  - 6.2.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  - 6.2.4. Trastornos de la alimentación.
  - 6.2.5. Trastornos del estado de ánimo.
  - 6.2.6. Trastornos psicóticos.
  - 6.2.7. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
  - 6.2.8. Trastorno de conducta y oposicionista.
  - 6.2.9. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
- 6.3. Comorbilidad.
- 6.4. Experiencias psicóticas.

## 7. DISCUSIÓN.

- 7.1. Prevalencia de psicopatología.
  - 7.1.1. Trastornos de ansiedad.
    - 7.1.1.1. Trastorno de pánico.
    - 7.1.1.2. Agorafobia.
    - 7.1.1.3. Trastorno de ansiedad generalizada.
    - 7.1.1.4. Trastorno por ansiedad de separación.

- 7.1.1.5. Fobia social y fobia específica.
- 7.1.1.5. Distribución por género.
- 7.1.2. Trastorno por estrés postraumático y trastorno adaptativo.
- 7.1.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 7.1.4. Trastornos del estado de ánimo.
- 7.1.5. Trastornos psicóticos.
- 7.1.6. Trastornos de la conducta alimentaria.
- 7.1.7. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
- 7.1.8. Trastorno oposicionista y de conducta.
- 7.1.9. Trastorno por consumo de sustancias.
- 7.2. Comorbilidad.
- 7.3. Experiencias psicóticas.
- 7.4. Limitaciones.

## 8. CONCLUSIONES.

## 9. BIBLIOGRAFÍA.

## ÍNDICE TABLAS.

Tabla 1. Resumen de artículos relacionados con la prevalencia y curso de las experiencias psicóticas en la revisión sistemática.

Tabla 2. Resumen de artículos relacionados con la neuropsicología y autoevaluación negativa de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 3. Resumen de artículos relacionados con el papel del estrés en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 4. Resumen de artículos relacionados con el trauma infantil en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 5. Resumen de artículos relacionados con los marcadores biológicos en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 6. Resumen de artículos relacionados con el consumo de tóxicos en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 7. Resumen de artículos relacionados con marcadores genéticos en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 8. Resumen de artículos relacionados con la comorbilidad de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 9. Resumen de artículos relacionados con la actitud terapéutica de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).



Tabla 10. Resumen de artículos relacionados con la prevención de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de la variable sexo.

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de la variable raza.

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de trastornos de ansiedad.

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje del trastorno obsesivo-compulsivo.

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje del trastorno de conducta.

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje del trastorno oposicionista.

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de comorbilidad.

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de comorbilidad entre trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tabla 22. Relación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de la conducta alimentaria en función del género.

Tabla 23. Relación de los trastornos de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria en función del género.

Tabla 24. Relación de los trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en función del género.

Tabla 25. Experiencias psicóticas en diagnósticos.

Tabla 26. Edad y prevalencia de algún trastorno mental.

Tabla 27. Trastornos de ansiedad. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos internacionales.

Tabla 28. Trastornos de ansiedad. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales.

Tabla 29. Trastorno por estrés postraumático. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.

Tabla 30. Trastorno obsesivo-compulsivo. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.

Tabla 31. Trastornos depresivos. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.

Tabla 32. Trastornos de la conducta alimentaria. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.

Tabla 33. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.

Tabla 34. Trastorno oposicionista y de conducta. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.

Tabla 35. Trastorno por consumo de alcohol. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.

Tabla 36. Comparativa de la prevalencia de experiencias psicóticas.

Tabla 37. Comparativa O.R. experiencias psicóticas.

## ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS.

Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión sistemática según declaración PRISMA.

Figura 2. Diagrama de sectores: tipos de estudios analizados en la revisión sistemática.

Figura 3. Arquitectura en el fenotipo del continuum de la psicosis según severidad clínica. Adaptado de Fonseca-Pedrero y Debbané (2017).

Figura 4. Fenomenología de las alucinaciones e ideas delirantes en niños y adolescentes. Adaptado de Jardri y colaboradores (2014).

Figura 5. Naturaleza biopsicosocial de las alucinaciones auditivas. Adaptado de de Leede-Smith y Barkus (2013).

Figura 6. Ficha de introducción de un paciente en el programa de la entrevista clínica.

Figura 7. Cuestionario de psicopatología general.

Figura 8. Cuestionario de psicopatología general.

Figura 9. Cuestionario del trastorno de ansiedad generalizada.

Figura 10. Cuestionario de evaluación del estado de ánimo.

Figura 11. Cuestionario de evaluación de síntomas psicóticos.

Figura 12. Cuestionario de trastornos de la conducta alimentaria.

Figura 13. Cuestionario del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Figura 14. Cuestionario del trastorno oposicionista.

Figura 15. Cuestionario del trastorno por consumo de sustancias

Figura 16. Diagrama de sectores: frecuencia y porcentaje de trastornos de ansiedad.

Figura 17. Diagrama de barras de comorbilidad de trastornos psiquiátricos.

Figura 18. Comorbilidad de trastornos de ansiedad.

Figura 19. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

# 1.RESUMEN.

## **1. RESUMEN.**

En esta tesis doctoral realizamos un estudio descriptivo en una muestra poblacional representativa de la provincia de Valencia. El objetivo fue doble. En primer lugar pretendimos conocer la prevalencia y comorbilidad de gran parte de los trastornos mentales recogidos en las guías actuales (CIE-10, DSM-IV-TR y DSM 5); en segundo lugar tratamos de estudiar la presencia de ciertas manifestaciones sintomáticas (experiencias psicóticas) de especial interés por su implicación psicopatológica y relevancia en la salud mental de hoy día.

Para la ejecución del trabajo empleamos la escala K-SADS en casi un millar de adolescentes.

Recurrimos a Pubmed-Medline, Web of Science y Cochrane para la búsqueda de información y revisión sistemática del constructo "experiencias psicóticas".

Los resultados y posterior análisis de los mismos arrojaron tasas inferiores a las descritas en la literatura para la mayor parte de trastornos recogidos en el DSM 5.

En cuanto a las experiencias psicóticas, contrariamente a lo expuesto en la mayoría de la psicopatología, sí mostraron una prevalencia mayor con respecto a lo descrito en la bibliografía consultada. La comorbilidad de dicha fenomenología resultó de interés, principalmente con algunas entidades.

## 2. INTRODUCCIÓN.



## **2. INTRODUCCIÓN.**

En primer lugar, debemos señalar algunas características propias y únicas de la edad en la que se centra la población de estudio de nuestra tesis: la adolescencia.

Nos hallamos ante una etapa de la vida singular que marca la transición entre la infancia y la edad adulta. Sin una clara conceptualización ni temporalidad del inicio y/o fin, sí es patente y constatable una reorganización del sujeto a nivel biológico, cognitivo, emocional y social. El fin último de dicha reestructuración es el de amoldarse a las expectativas y exigencias propias que plantea la edad adulta. Así pues, nos centramos en un periodo en el que la interacción entre acontecimientos vitales ambientales y la plasticidad cerebral no volverá a repetirse en la trayectoria biográfica del individuo (Lee et al., 2014).

### **2.1. El cerebro adolescente.**

El desarrollo del sistema nervioso central ocupa un lugar esencial en la infancia; durante esta etapa queda conformada gran parte de la arquitectura cerebral definitiva con varios fenómenos coetáneos: la sinaptogénesis, la poda de ciertas conexiones neuronales inusitadas (reducción 30-40 % de la sustancia gris) y la mielinización de aquellas otras de mayor uso. Sin embargo, en la corteza prefrontal, dicha sustancia gris aumentará hasta los 11 y 12 años en chicas y chicos respectivamente, para disminuir después en la pubertad (Giedd et al., 1999 & Giedd, 2008).

La reorganización cerebral tiene como fin eliminar las estructuras innecesarias para aumentar la superficie de receptores para los neurotransmisores (Johnson, Blum y Giedd, 2009) mejorando la

interacción entre las zonas cerebrales corticales y subcorticales, potenciando el funcionamiento de los sistemas motivacional, motor, emocional y cognitivo (Toro, 2010).

## 2.2. Psicopatología en adolescentes.

Algunos hitos que marcan la psicología del adolescente son la hipersensibilidad a la influencia del grupo de iguales (Berndt, 2002), la reactividad del estado de ánimo (Gross y Thompson, 2007) y la impulsividad y la búsqueda de emociones (Arnett, 1999 & Larson y Richards, 1994).

Hay que añadir y remarcar la limitada capacidad de autocontrol para el manejo de estos aspectos, contrariamente a lo que suele suceder en etapas más tardías de la vida (Sánchez Mascaraque, 2015).

Existen ciertos mitos o creencias negativas preestablecidas en la sociedad occidental con respecto a la adolescencia, como son la supuesta conflictividad implícita o el encontrarnos en un periodo de elevada frecuencia e intensidad psicopatológica (Casco y Oliva, 2005). Sin embargo, a pesar de que se ha demostrado que estas ideas son erróneas, sí es cierto que nos encontramos en un momento clave en el inicio, la remisión o la evolución a la cronicidad de ciertas entidades psiquiátricas (Toro, 2010).

Las circunstancias ambientales son de lo más variadas e influyentes también en esta etapa. En primer lugar, es frecuente la aparición de situaciones conflictivas con el entorno familiar por diferencias con los progenitores o figuras vinculares: nos referimos a la lucha entre la dependencia paterna y la necesidad de autonomía (Lewis 1995, 1997 & Miranda y Pérez, 2005).

Otra circunstancia reseñable aparece circunscrita al ámbito académico y la mayor dificultad y exigencia del mismo. Especial mención merece el bullying, tanto en la educación primaria como secundaria, al ser considerado factor de riesgo para el padecimiento de problemas de salud mental (Lereya, Copeland, Zammit y Wolke, 2015).

En cuanto a lo social, existe riesgo de adhesión a grupos de iguales “poco recomendables” (Berndt, 2002), el consumo de tóxicos y el inicio de las relaciones sexuales (Arnett, 1999).

Dichos factores ambientales sumados a la psicopatología previa, a la herencia genética y a los cambios hormonales podrán propiciar la aparición de trastornos psiquiátricos (Toro, 2010).

### 2.3. Clínica y epidemiología.

En segundo lugar, y tras recordar de forma escueta algunos aspectos psicosociales y neurobiológicos del adolescente, pasaremos a describir brevemente la clínica y la epidemiología de los principales trastornos de la adolescencia, uno de los objetivos principales de nuestra investigación.

#### 2.3.1. Trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad suponen uno de los grupos más frecuentes entre la patología psiquiátrica en personas jóvenes. La clínica es variable en función de la etapa, pasando en la edad infantil del temor al fracaso escolar y el miedo, a la competencia social y a los problemas de salud en la adolescencia.

Se estiman tasas de prevalencia en torno al 5-15 %. La edad de inicio, aunque difiere en cada tipo, varía de los 7 a los 12 años (American Psychiatric Association, 2013).

En una revisión de 29 artículos (Beesdo, Susanne y Pine, 2009) las cifras de prevalencia son mayores, con un rango del 15-20 %.

En un metaanálisis que incluía 41 estudios en 21 países, los datos son del 6,5 % (Polancyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015).

En un estudio de prevalencia de enfermedades mentales en adolescentes realizado por Merikangas (Merikangas et al., 2010) con más de 10000 adolescentes en EEUU, según criterios DSM-IV, se obtuvieron cifras de prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad del 31,9 %, con predominio femenino. Emplearon la versión modificada de la Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI) de la World Health Organization (WHO).

En nuestra zona, en un estudio que pretendía validar la escala "Spence Children's Anxiety Scale" realizado en población adolescente de la provincia de Alicante, y con más de 2500 escolares, arrojó puntuaciones elevadas en alguno de los trastornos de ansiedad en el 26,3 % de la muestra (Orgilés, Méndez, Espada y Piqueras, 2012).

#### *2.3.1.1. Crisis de pánico y trastorno de pánico.*

Los ataques o crisis de pánico se caracterizan por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso en ausencia de peligro real, y se acompañan de varios síntomas somáticos o cognoscitivos. En el trastorno de pánico se considera que debe existir al menos una crisis con preocupación por las consecuencias de la misma, temor a la repetición de dicha crisis, o un cambio comportamental notorio tras su padecimiento (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalencia es del 2-3 % tanto en adultos como en adolescentes. Suele aparecer en la infancia y en la adolescencia tardía, con una incidencia máxima entre los 15 y los 19 años. Más frecuente en mujeres en proporción 2:1 (American Psychiatric Association, 2013).

El estudio de prevalencia de Merikangas y colaboradores (2010) obtuvo cifras globales del trastorno de pánico del 2,3 % con predominio femenino también.

Los valores de la revisión de Beesdo y colegas (2009) son muy similares, del 2-3 %, e idénticos en la distribución por género, con predominio de mujeres.

### *2.3.1.2. Agorafobia.*

La agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde, en el caso de padecer una crisis, puede no disponerse de ayuda (American Psychiatric Association, 2013).

Las cifras de prevalencia rondan el 1,7% en niños y adolescentes. Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de padecerla; su incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y adultez temprana (American Psychiatric Association, 2013). El estudio de Merikangas y colaboradores (2010) mostró idéntica distribución por género y cifras globales del 2,4 %

La revisión de Beesdo y colegas (2009) arroja valores mayores en este caso, del 3-4 % con predominio del sexo femenino también.

En nuestro país, el estudio realizado por Orgilés y colaboradores (2012) presenta la misma proporción por sexos y una prevalencia algo similar, del 4,6 % incluyendo conjuntamente el trastorno de pánico.

### *2.3.1.3. Trastorno de ansiedad por separación.*

Se caracteriza por la expresión de una ansiedad excesiva e inadecuada (según la etapa del desarrollo) al separarse de las personas a las que el niño está vinculado (generalmente los progenitores) (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalencia anual estimada en adolescentes es del 1,6 %. De inicio en la infancia, es el trastorno más frecuente en menores de 12 años y en estos, es más frecuente en el sexo femenino; en el resto de franjas etarias, no existe diferencia entre géneros (American Psychiatric Association, 2013). En el estudio de prevalencia realizado por Merikangas (2010) el dato fue del 7,6 %,

pero con mayor proporción de mujeres. Con un intervalo del 2,8 al 8 % se presentan las cifras de la revisión realizada por Beesdo (2009), con predominio femenino igualmente.

La prevalencia en Valencia es similar a la descrita por la APA con 1,2 % y la distribución por sexos también (Gómez-Beneyto, Bonet, Catalá, Puche y Vila, 1994). Este trabajo contó con cerca de 1200 sujetos divididos en tres grupos de 400 individuos de 8, 11 y 15 años. Inicialmente emplearon una escala de cribaje, la Child Behavior Checklist (Achenbach y Edelbrock, 1983 & Puche, 1991) y en segundo lugar la K-SADS (Bonet Pla, 1991) junto a la Global Assessment Functioning Scale del DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987).

En la zona de Alicante (Orgilés, et al., 2012) los datos son del 5,5 % con la misma dominancia del género femenino.

#### *2.3.1.4. Trastorno de ansiedad generalizada.*

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en la preocupación excesiva y descontrolada ante acontecimientos o actividades. De difícil control, la intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad son desproporcionadas al impacto real del suceso anticipado (American Psychiatric Association, 2013).

Se da en todos los grupos de edad y la prevalencia ronda el 0,9% en adolescentes. Las mujeres tienen el doble de probabilidad de padecerla que los varones. Más frecuente en países desarrollados (American Psychiatric Association, 2013 & Velting y Albano, 2001). En el estudio de prevalencia de Merikangas y colaboradores (2010) las cifras fueron del 2,2 % con idéntica distribución por género, con predominio femenino.

En nuestra zona, el estudio de Gómez-Beneyto y colegas (1994) en Valencia, sí presenta resultados mayores en varones pero similar a la prevalencia global: del 4,1 % a los 11 años y del 6,7% a los 15 años. Rojo y colaboradores (2014) nos aportan cifras del 3 % (2,4 % en varones y 3,7% en mujeres). En Alicante los datos son similares a este último, del 4,9 % también con predominio femenino (Orgilés et al., 2012).

#### *2.3.1.5. Fobia social.*

La característica esencial del trastorno de ansiedad social o fobia social es un marcado o intenso miedo a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás; en el caso de los niños dicha ansiedad debe producirse en las reuniones con sujetos del mismo grupo de edad y no con los adultos (American Psychiatric Association, 2013).

Presenta una prevalencia entre adolescentes del 2,3 %. Es más frecuente en niñas, acentuándose dichas diferencias en la adolescencia y en adultos jóvenes (American Psychiatric Association, 2013). En el estudio de Merikangas y colaboradores (2010) las cifras fueron del 9,1 % y del 7 % en Beesdo y colegas (2009); igualmente más frecuente en mujeres.

Respecto a los datos de nuestro país, el trabajo de Orgilés y colaboradores (2012) son del 4,6 %, con predominio femenino.

#### *2.3.1.6. Fobia específica.*

La fobia específica es la presencia de un miedo acusado, persistente, excesivo e irracional a objetos o situaciones concretas ante cuya exposición se produce una respuesta inmediata de ansiedad. Otros elementos clave en el diagnóstico son la evitación



de la situación temida, la anticipación ansiosa y el malestar que se deriva de la interferencia provocada por la situación temida en la rutina (American Psychiatric Association, 2013).

Las tasas de prevalencia son de aproximadamente el 5% en los niños y del 16% entre los 13 y los 17 años de edad; las mujeres se ven afectadas el doble que los hombres, salvo en la fobia específica a la sangre-inyección-herida que es equivalente en ambos sexos (American Psychiatric Association, 2013). En el estudio de prevalencia realizado en EEUU las cifras fueron de 19,3 % con predominio femenino (Merikangas et al., 2010). En la revisión de Beesdo y colaboradores (2009) se obtienen datos del 10 % con idéntica distribución por género.

En Valencia hallamos en la literatura cifras de prevalencia del 2,5 % a los 11 años y del 1,9 % a los 15 (Gómez-Beneyto et al., 1994).

### 2.3.2. Trastornos relacionados con el trauma y el estrés.

#### 2.3.2.1. *Trastorno por estrés postraumático.*

Este trastorno está caracterizado por la aparición de respuestas de rememoración, miedo, angustia y sensación de indefensión producidos por la vivencia de un acontecimiento traumático extremo. Si bien la mayoría no desarrolla el trastorno, se le supone una vulnerabilidad preexistente al grupo que sí lo padece (Yule, 2001).

En un estudio longitudinal retrospectivo realizado con una muestra de 384 sujetos de la población general, aproximadamente el 6,3 % habría desarrollado un TEPT según criterios DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987). Además, se constató que 2 de cada

5 individuos habría sufrido un evento traumático en años anteriores, si bien de ellos, únicamente el 14,5 % habrían desarrollado síntomas compatibles con el trastorno (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen, 1995).

En el DSM-5 se estiman cifras en torno al 0,5-1 % en adultos y algo menores, sin puntualizar, en niños y adolescentes (American Psychiatric Association, 2013). El estudio de prevalencia realizado por Merikangas (2010) arrojó un 5 %, con mayor predominio femenino.

En nuestro medio, en un trabajo realizado por Martín y de Paúl (2004) con más de 1500 universitarios del País Vasco, observaron que 278 habían sido víctimas de una situación traumática compatible con el criterio A del TEPT; de estos, el 28,8 %, con mayor frecuencia en mujeres, acabaron desarrollando el cuadro de forma completa. En la Comunidad de Madrid en un estudio de prevalencia realizado con sujetos que consultan en una unidad de salud mental infanto-juvenil durante un año, se obtuvo una prevalencia del 1,2% con predominio femenino (Espín y Belloso, 2009).

#### *2.3.2.2. Trastorno Adaptativo.*

El trastorno adaptativo comprende una serie de reacciones inusuales por la duración, la intensidad o la alteración comportamental que producen (American Psychiatric Association, 2013).

En cuanto a su prevalencia, son relativamente frecuentes en el ámbito hospitalario suponiendo un 50 % de las consultas. Sin embargo, pueden llegar a representar entre el 5 y el 20 % de las

consultas a nivel ambulatorio (American Psychiatric Association, 2013).

En el trabajo realizado por Espín y Belloso (2009) el 27 % de sujetos que consultan en una unidad de salud mental infanto-juvenil lo hacen por este motivo. Respecto al género, con predominio masculino.

### 2.3.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes que provocan malestar o interferencias en el desarrollo de la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2013).

La edad media de presentación ronda los 10 años y tiene una prevalencia en adolescentes del 1,1-1,8 %. Si bien en la infancia es más frecuente en varones, en la adolescencia la frecuencia es mayor para las mujeres (American Psychiatric Association, 2013). En una reciente revisión con el fin de actualizar aspectos varios referentes a la etiopatogenia, valoración y tratamiento del TOC, realizada por Krebs y Heyman (2015), las cifras fueron del 0,25 al 4 %.

A nivel nacional, un trabajo efectuado por Canals y colaboradores (2013) en centros educativos de Reus incluyendo más de 1500 escolares entre 8 y 12 años, obtuvo cifras de prevalencia del 1,8 % para TOC clínico. En nuestra zona, las cifras de Gómez-Beneyto y colegas (1994) son del 0,3 %. El estudio realizado por Orgilés y colaboradores (2012) en Alicante muestra cifras de prevalencia globales mayores, del 4,9 %. Los tres trabajos comentados muestran una distribución equitativa entre ambos sexos.

Existe literatura que señala el inicio del trastorno a los 5 años pero, a título informativo, las obsesiones y compulsiones leves y subclínicas son relativamente frecuentes en la población no clínica rondando el 4-19 % (AACAP, 1998); en el estudio de Canals (2013) el síndrome subclínico supone el 5,5 % de la muestra con ligero predominio masculino en este caso.

#### 2.3.4. Trastornos de la conducta alimentaria.

El hito principal en los trastornos de la conducta alimentaria es el temor a engordar y el deseo de delgadez. Las pacientes con conductas restrictivas son capaces de controlar su ingesta con un aporte calórico insuficiente pero regular. En cambio, aquellas con conductas purgativas suelen alternar episodios de ayuno con otros de sobreingesta, compensando esta pérdida de control con el consumo de laxantes, diuréticos o el vómito autoinducido (American Psychiatric Association, 2013).

Por lo que respecta a la psicopatología, lo característico es la alteración de la percepción de la imagen corporal o la sobrevaloración de la importancia de la delgadez como clave de aceptación y éxito. En ocasiones pueden admitir la delgadez pero no muestran preocupación por ésta ni pretenden mejorar el estado físico mediante la modificación del patrón alimentario (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalencia en mujeres adolescentes y jóvenes de la anorexia nerviosa se sitúa alrededor del 0,4%; por lo que respecta a la bulimia nerviosa, las cifras oscilan entre el 1-1,5%. Se desconocen los datos de ambos trastornos en varones, pero la proporción suele ser de 10:1 (American Psychiatric Association, 2013).

En el estudio realizado por Merikangas y colaboradores (2010) la prevalencia global de ambos trastornos fue del 2,7 %, también con predominio femenino.

Basándose en una cohorte de más de 2500 adolescentes gemelos en Finlandia, se extraen cifras de prevalencia del 2,2 % y de incidencia de 270/10000 habitantes para la anorexia nerviosa (Keski-Rahkonen et al., 2007). La bulimia en cambio, muestra una prevalencia del 2,3 % y una incidencia de 280/100000 habitantes (Keski-Rahkonen et al., 2009).

En nuestro medio encontramos cifras de prevalencia del 5,6 % considerando ambos trastornos de alimentación (Rojo et al., 2003) y en un trabajo con más de 1300 adolescentes se obtuvieron cifras globales del 3,3-3,7 %, con mayor predominio de mujeres (Sancho, Arijá, Asorey y Canals, 2007).

### 2.3.5. Trastornos del estado de ánimo.

#### 2.3.5.1. *Trastornos depresivos.*

El trastorno depresivo mayor se diagnostica con los mismos criterios que en la edad adulta. Así, cabe señalar algunas características clínicas peculiares: en la infancia la irritabilidad suele sustituir a la tristeza y suele acompañarse de manifestaciones somáticas y conductuales como peleas, oposicionismo, protestas y rebeldía desmesuradas; en la adolescencia se añaden alteraciones de corte emocional (American Psychiatric Association, 2013).

Según criterios del DSM-5, la prevalencia estimada del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes se sitúa en el 7 %

(American Psychiatric Association, 2013). En una revisión sistemática realizada en 2016 incluyendo 29 trabajos, se obtuvieron cifras del 0,5 % (Wesselhoeft, 2016) y en el estudio de prevalencia de Merikangas y colaboradores (2010) del 11,7 %. En el metaanálisis de Polanczyk y colegas (2015) el dato fue del 2,6 %. En otro artículo de revisión se obtienen cifras del 0,3-0,9 % (Franco y Arango, 2004).

El trabajo de Espín y Belloso (2009) expone que los trastornos depresivos suponen un 1,2 % de los pacientes atendidos en una unidad de salud mental infantojuvenil. En nuestra zona el precedente es del 0,9 % a los 11 años y del 2,5 % a los 15 años (Gómez-Beneyto, et al., 1994). En un trabajo con más de 1200 escolares que pretendía valorar la presencia de sintomatología depresiva, el 4 % presentó criterios compatibles con depresión mayor (Polaino-Lorente, Mediano y Martínez, 1997).

En todos los estudios nacionales e internacionales, la distribución por sexos arroja un predominio femenino.

Respecto al trastorno depresivo persistente, antiguo trastorno distímico, la diferencia clínica con respecto a la edad adulta es la duración de los síntomas, en este caso, superior a un año, frente a los dos años de la primera. La prevalencia es más difícil de determinar, pero se estima entre el 0,5 % (American Psychiatric Association, 2013) y el 0,8-1,4 % (Franco y Arango, 2004). En nuestro país contamos con cifras del 6,1 % procedentes del anterior trabajo de Polaino-Lorente y colaboradores (1997). Igualmente con predominio femenino.

#### 2.3.5.2. *Trastorno bipolar.*

El trastorno bipolar también se diagnostica con los mismos criterios que en la edad adulta, si bien hay con mayor frecuencia irritabilidad, inquietud psicomotriz y síntomas psicóticos; también menor euforia y grandiosidad (Ribeiro, 2019).

Las cifras de prevalencia del trastorno bipolar no resultan claras, encontrando porcentajes a nivel internacional del 2,9 % con predominio masculino (Merikangas et al., 2010). Otros datos aportan cifras similares, del 2,7 %; al realizar la escisión por los tipos I y II, representan el 0,6 % y el 0,3 % respectivamente (American Psychiatric Association, 2013).

En un metanálisis realizado el año 2011 que incluye datos de prevalencia de nuestro país, se encuentran cifras globales del 1,8 % (van Meter, Moreira y Youngstrom, 2011).

Respecto a la distribución por sexos, el tipo I parece no mostrar diferencias entre ambos y el tipo II sí mostraría predilección por el sexo femenino (Youngstrom, Birmaher y Findling 2008)

#### 2.3.6. Trastornos psicóticos.

Entendemos por trastornos psicóticos aquellos en los que el paciente pierde el contacto con la realidad. En este caso nos centramos en la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme, entidades ambas que afectan a funciones cerebrales varias como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta; la diferencia entre las dos entidades es básicamente temporal, como se expone en los criterios (mayor de seis meses en la primera y menor en la segunda) (American Psychiatric Association, 2013).

Respecto a la esquizofrenia, encontramos en la literatura cifras del 0,3 % - 0,7 % y cinco veces inferior para el trastorno esquizofreniforme (American Psychiatric Association, 2013). En un artículo de revisión realizado por Driver y colaboradores (2013) se acepta que la prevalencia de la esquizofrenia de inicio precoz sería inferior al 0,04 % y mucho menor para el trastorno esquizofreniforme.

El 1,1 % de los pacientes que fueron tratados en una unidad de salud mental infanto-juvenil presentaron un diagnóstico compatible con una psicosis (Espín y Beloso, 2009).

En referencia a la distribución por sexos, el predominio es masculino (Tournier, 2013).

### 2.3.7. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El DSM 5 exige 6 o más síntomas de desatención, al menos 6 meses, de forma desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo. También 6 o más síntomas de hiperactividad/impulsividad. La duración debe ser al menos de 6 meses, de forma desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo. El inicio se sitúa con anterioridad a los 7 años y para el diagnóstico aparece en 2 o más ambientes con deterioro social, académico o laboral y exclusión de otros trastornos TGD, esquizofrenia... (American Psychiatric Association, 2013).

Las cifras presentes en la literatura respecto al trastorno por déficit de atención e hiperactividad son de lo más variadas dada la diversidad metodológica empleada. Así, los valores oscilan del 2,2 al 17,8% (Skounti, Philalithis y Galanakis, 2007) al 5 % del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). El estudio de prevalencia



realizado por Merikangas y colaboradores (2010) publica cifras del 8,7 % y en una revisión realizada por Sayal y colegas (2018) los valores oscilan del 2 al 7 %, con una media del 5%. El 3,4 % es el dato del metaanálisis de Polanczyk y colaboradores (2015).

El 13,7 % de los sujetos entre 7 y 12 años y el 4,8% entre los de 13 y 17 años que consultaron en una unidad de salud mental infantojuvenil en la zona de Aranjuez, fueron diagnosticados de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad según criterios CIE-9 (Espín y Belloso, 2009).

En nuestra zona, el trabajo de Gómez Beneyto y colegas (1994) arroja cifras muy similares a las del manual americano, con un 5,3 % a los 11 años y del 3 % a los 15. Una revisión y metaanálisis con más de 13000 sujetos en edad escolar, obtuvo cifras globales del 6,8% (Catalá-López et al., 2012).

Todos los trabajos nacionales e internacionales indican una mayor proporción del sexo masculino.

#### 2.3.8. Trastorno de conducta y oposicionista.

El trastorno de conducta comprende conductas agresivas, destrucción de bienes ajenos, el engaño, robo y violación de las normas sociales. Se trata de uno de los trastornos más característicos de la infancia y uno de los que más atención psiquiátrica genera por las consecuencias escolares y familiares. La prevalencia ronda el 4 %. En cuanto al oposicionista, las cifras son similares, en torno al 3,3 %. Ambos más frecuentes en varones (American Psychiatric Association, 2013).

En el estudio realizado por Merikangas y colaboradores (2010) las cifras son del 12,6% para el trastorno oposicionista y del 6,8 %

para el trastorno de conducta. El metaanálisis de Polanczyk y colegas (2015) arroja datos del 3,6 % para el primero y del 2,1 % para el segundo.

En la Comunidad Valenciana disponemos de cifras del 4,1% a los 11 años y del 6,9 % a los 15 años (Gómez-Beneyto et al., 1994).

El trabajo de revisión realizado por Franco y Arango (2004) aporta cifras que varían entre el 16-22 % en población no clínica.

### 2.3.9. Trastorno por consumo de sustancias.

El trastorno por consumo de sustancias comprende los diagnósticos de trastorno por dependencia de sustancias y trastorno por abuso de sustancias de anteriores ediciones del DSM. Entendemos un modelo problemático de consumo que provoca un deterioro clínico con malestar significativo y con una duración mínima de 12 meses; en adolescentes la prevalencia del trastorno por consumo de alcohol es del 4,6 % (American Psychiatric Association, 2013).

En Merikangas y colaboradores (2010) las cifras para el trastorno por abuso/dependencia de alcohol suponen el 6,4 %, el trastorno por abuso/dependencia de drogas el 8,9 % y el trastorno por consumo de cualquier sustancia el 11,4 %. En todos, es mayoritario el sexo masculino.

En nuestro país, el trabajo de revisión realizado por Franco y Arango (2004) en población de 12 a 16 años señala un patrón habitual de consumo de alcohol, principalmente en fines de semana, del 37%; el 44,5% de la muestra no considera el alcohol como una droga y al menos el 66,9 % lo habrían probado en alguna ocasión. Respecto a otros tóxicos, la prevalencia fue del

7% encabezada por el consumo de cannabis, seguida por el de ansiolíticos con un 6,8 %, el de cocaína con un 6% y de anfetaminas con el 3 %.

El estudio de Espín y Beloso (2009) que realiza un análisis descriptivo de los primeros casos atendidos en una unidad de salud mental infantojuvenil, muestra que únicamente el 1,1 % de los sujetos consultaron por un trastorno relacionado con el alcohol, la totalidad fue del sexo masculino. Respecto a otro tipo de sustancias, en este caso con representación femenina, únicamente el 2,2 % tuvieron problemas derivados del uso de otro tipo de sustancias.

El Observatorio Español sobre Drogas publicó en 2016 una encuesta (se suele realizar de forma bianual) sobre drogas en la población escolar, donde se entrevistaba a 37481 estudiantes de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. En esta encuesta, el tabaco y el alcohol fueron las sustancias más consumidas, con una prevalencia de consumo en el último mes del 25,9 % y el 68,2 % respectivamente, si bien en ambas se observó una disminución respecto a encuestas anteriores. Por lo que respecta a las drogas ilegales, la de mayor consumo en el último mes fue el cannabis (25,4 %), que aumentó con relación a los datos previos, seguido de los tranquilizantes (5,3 %), de la cocaína (2,8 %) y del éxtasis (0,7 %). Los opiáceos se mantuvieron estables (0,5 %) a pesar del aumento previo en 2012 (0,7 %). Respecto a la distribución por géneros, el tabaco y los tranquilizantes fueron más frecuentes en las chicas, y el resto de sustancias en los chicos (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España, EDADES 2015-2016).

Con la misma tendencia, Leal-López y colaboradores (2019) en un trabajo de prevalencia con más de 35000 adolescentes concluyeron que entre los años 2010 y 2018 se produce un descenso del consumo de todo tipo de bebidas excepto la cerveza en chicas de 17-18 años. Los episodios de embriaguez también muestran un descenso que rompe con la tendencia ascendente de los años 2002-2010. En cuanto al sexo, predomina el sexo masculino.

## 2.4. Experiencias psicóticas.

### 2.4.1. Generalidades.

Entendemos por experiencias psicóticas las alucinaciones y las ideas delirantes. En el DSM 5 dichos fenómenos pueden ser encontrados en los criterios diagnósticos o especificaciones de varios trastornos: el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, la esquizofrenia, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno psicótico inducido por medicamentos, el trastorno psicótico secundario a enfermedad médica, el trastorno psicótico no especificado, el trastorno delirante, el trastorno esquizoafectivo, en el trastorno depresivo mayor y en los episodios maníacos y depresivos del trastorno bipolar (American Psychiatry Association, 2013).

Resulta interesante nombrar en este punto una revisión sistemática realizada por Seiler (2020) en la que se analizan algunos términos que comprenden el espectro clínico en la psicosis y que pueden dar lugar a confusión en su estudio. No obstante, remarcar que para nuestro trabajo y como señalaremos más adelante, los conceptos serán los iniciales: ideas delirantes y alucinaciones. Según la citada revisión los 7 términos a tener en cuenta serían:

-Experiencias psicóticas y experiencias cuasi psicóticas que son aquellas encontradas en la población general y en sujetos de alto riesgo.

-Síntomas cuasi psicóticos serían aquellos de carácter subsindrómico que encontraríamos en población de alto riesgo de psicosis y en trastornos no propiamente psicóticos.

-Síntomas psicóticos atenuados que comprenderían los que, sin pertenecer a una entidad florida, sí serían capaces de generar malestar con búsqueda de atención médica.

-Síntomas psicóticos prodrómicos que incluyen aquellos que precederían a la aparición del cuadro clínico.

-Sintomatología psicótica que incluiría las ideas delirantes y las alucinaciones dentro de los trastornos psicóticos.

-Síntomas psicóticos que englobarían además de la sintomatología psicótica, las alteraciones del pensamiento y la desorganización conductual.

En un metaanálisis realizado por Linscott y van Os (2012) se concluyó que la prevalencia de dichas vivencias en la población general era del 7,2 % con una incidencia anual del 2,5 %. En general las experiencias psicóticas tienen un carácter transitorio en un 80 %; así pues, los casos en que se convierten en persistentes suponen una minoría. El 7,8 % de aquellos sujetos en los que se mantienen acabarán desarrollando un trastorno psicótico. La tasa de transición anual rondaría el 1% (van Os, 2014) y los estresores psicosociales promoverían la persistencia de las experiencias psicóticas e incrementarían el riesgo y la probabilidad de progresar a una psicosis florida (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, y Krabbendam, 2009).

Además se ha relacionado la aparición de las experiencias psicóticas con (Linscott y van Os, 2012):

- Adolescencia.
- Estado civil soltero.
- Desempleo.
- Bajos ingresos.
- Zonas urbanas.

- Inmigración.
- Minorías étnicas.
- Exposición a alcohol, cannabis y otros tóxicos.
- Menor nivel educacional.
- Historia familiar de enfermedades mentales.

En un artículo de revisión realizado por Tyson y colaboradores (2019) se afirma en efecto, que las experiencias psicóticas forman parte del desarrollo normalizado del adolescente. Estas pueden tener un carácter efímero o como también afirman Linscott y van Os (2012) adquirir un carácter subclínico o ser indicadores de un gran abanico de trastornos psiquiátricos. Podemos afirmar pues, que la intensidad clínica del fenómeno es variable (Linscott y van Os, 2012).

A tenor de lo comentado, un estudio de cohortes realizado por Sullivan y colegas (2020) con más de 3800 sujetos, concluye que es en la adolescencia tardía cuando se produce el pico en la incidencia de las experiencias psicóticas.

El interés por el estudio de este fenómeno estriba en la continuidad fenomenológica, “teoría del continuum”, con el desarrollo de otros trastornos psicóticos, afirmación refrendada por otros trabajos (Kaymaz et al., 2012).

En la génesis de las experiencias psicóticas se adopta la hipótesis que contempla la interacción gen-ambiente (van Os y Reininghaus, 2016).

Algunos estudios de neuroimagen apuntan a una mayor delgadez del córtex cerebral como hallazgo radiológico asociado (Córdova-Palomera et al., 2014) y a un volumen de la pituitaria aumentado en contraste con una masa cerebral reducida

(Saunders et al., 2019). La pérdida de eficiencia en ciertas conexiones neuronales es el principal hito fisiopatológico (Drakesmith et al., 2015). No obstante, los hallazgos hasta la fecha son poco consistentes y precisan ampliar la realización de más estudios, tanto a nivel funcional como estructural; así lo relata Taylor en una reciente publicación (2020).

A nivel genético existen varios factores predisponentes (Janssens et al., 2016) sugiriendo la mediación del factor neurotrófico cerebral (BDNF) mediante el polimorfismo Val66Met rs6265 (de Castro-Catalá et al., 2016).

Entre las causas etiológicas ambientales algunos autores han propuesto el estrés durante el embarazo (Betts, Williams, Najman, Scott y Alati, 2014), ciertas infecciones ginecológicas prenatales en la madre (Betts et al., 2014) o la exposición al virus de Epstein-Barr en edades tempranas de la vida (Khandaker, Zammit, Lewis y Jones, 2014). En momentos más tardíos se ha sugerido la posible influencia de enfermedades atópicas (Khandaker, Stochl, Zammit, Lewis y Jones, 2014).

En un estudio de cohortes con más de 1500 participantes se concluyó que los fenómenos psicóticos se asociarían a trauma infantil (Rössler, Ajdacic-Gross, Rodgers, Haker y Müller, 2016). Al respecto, sería la vivencia de soledad el elemento que conectaría el evento traumático con las experiencias psicóticas (Murphy, Murphy y Shevlin, 2016), afirmación reforzada por un trabajo con más de 1000 adolescentes en el que sería la falta de pertenencia a un determinado grupo social el elemento causal (El Bouhaddani, van Domburgh, Schaefer, Doreleijers y Veling, 2017). Igualmente el



resultado de un metaanálisis realizado por Chau y colaboradores (2019) incluyendo 45 estudios, concluye una robusta asociación entre la soledad y la sintomatología positiva de las psicosis.

También en dos revisiones: una realizada por Morgan y Gayer-Anderson (2016) y otra por Ackner, Skeate, Patterson y Neal (2013) se concluyó la vinculación del abuso emocional en la infancia con las experiencias psicóticas y los trastornos psicóticos en la edad adulta. En otro estudio con más de 13000 sujetos también se observó un nexo entre la exposición prolongada a un ambiente social desfavorable en la infancia con un riesgo incrementado de padecer experiencias psicóticas y síntomas depresivos (Solmi, Colman, Weeks, Lewis y Kirkbride, 2017). Por último mencionar un trabajo realizado por McGrath y colegas (2017) con casi 24000 sujetos, en el que se identificó el abuso sexual como el evento traumático más implicado con el inicio de las experiencias psicóticas en la edad infantojuvenil.

En cuanto al bullying, hemos mencionado en la introducción que es un factor de riesgo para padecer psicopatología (Lereya et al., 2015). Siguiendo esta línea argumental, un estudio de cohortes con más de 4500 pares de gemelos realizado por Shakoor y colaboradores (2015) relacionaba la susceptibilidad de los individuos afectos a la situación de acoso con el padecer síntomas paranoides (Shakoor, McGuire, Cardno, Freeman y Ronald, 2015).

Un interesante estudio de casos y controles realizado en Reino Unido permite extraer una serie de factores protectores en sujetos afectos de experiencias psicóticas y que precisan atención médica frente a otros que no la necesitan. Así, un coeficiente intelectual en los límites de la normalidad, la religiosidad y el buen

funcionamiento psicosocial premórbido, marcarían una baja probabilidad de evolución desfavorable (Peters et al., 2016). Sin embargo, las creencias religiosas supondrían a su vez, un factor de riesgo para padecer experiencias psicóticas según un trabajo realizado con más de 25000 sujetos por Kovess-Masfety y colegas (2018).

Otra circunstancia ambiental adversa ha sido estudiada recientemente: la discriminación en el grupo de iguales. Así, en una revisión realizada por Pearce y colaboradores (2019) que analiza más de 24 estudios indica el riesgo incrementado de padecer experiencias psicóticas y trastornos psicóticos en grupos minoritarios discriminados.

Por lo que concierne a la urbanicidad, una revisión realizada por Lecic-Tosevski (2019) señala que en las zonas urbanas, más incluso en países desarrollados, se produciría un estrés biológico, social o de ambos tipos, que facilitaría el padecimiento de experiencias psicóticas. Existen dos condiciones particularmente vulnerables muchas veces coetáneas: la migración y el sinhogarismo.

El consumo de sustancias es una complicación a tener presente en los individuos que padecen experiencias psicóticas; así queda demostrado en un trabajo realizado en Suecia con una cohorte de más de 9200 gemelos (Cederlof et al., 2017). En un estudio elaborado por Rognli y colaboradores (2016) con más de 1500 presos, se demostró la presencia aumentada de esta fenomenología en pacientes afectados de trastorno por consumo de anfetaminas, heroína, cannabis y alcohol. En un estudio de

cohortes anteriormente citado, se confirmó específicamente la relación del fenómeno con el uso de cannabis (Shakoor, Zavos, McGuire, Freeman y Ronald, 2015), hallazgo reforzado en una revisión sistemática realizada por Ragazzi y colegas (2018) que incluye un centenar de artículos. Recientemente, en un estudio de prevalencia con cerca de 1600 estudiantes, se relacionó nuevamente el consumo de cannabis con experiencias psicóticas, en este caso atenuadas (Fonseca-Pedrero, Lucas-Molina y Pérez-Albéniz, 2020).

La relación de las experiencias psicóticas con la psicopatología es amplia. En un estudio de cohortes con más de 1600 estudiantes en Copenhague, valorados a los 11 y 16 años, Køster Rimvall y colaboradores (2020) encuentran una vínculo estrecho entre la fenomenología citada y la vulnerabilidad para el padecimiento de trastornos psiquiátricos. Entre los hallazgos sintomáticos estudiados, con relativa frecuencia se encuentran dificultades en la regulación afectiva (van Os, 2014) y también problemas de sueño; estos últimos demostrados también en otro estudio realizado por Jeppesen y colegas (2015) con la cohorte danesa anteriormente citada. Al respecto, en otro trabajo realizado en EEUU con más de 2300 sujetos se concluyó que las dificultades para el descanso representan un hito predictivo para padecer experiencias psicóticas (Oh, Singh, Koyanagi, Jameson, Schiffman y DeVlyder, 2016). Los resultados de un ensayo clínico realizado por Reeve y colaboradores (2018) relacionaban la disminución del descanso nocturno con las alucinaciones e ideas delirantes en sujetos con riesgo de psicosis; en este participaron 160 individuos que fueron valorados cada 3 meses y seguidos durante 2 años.

Con independencia de la influencia en la predisposición o en el curso de diversos trastornos psiquiátricos, la presencia de experiencias psicóticas también supone una peor calidad de vida en el transcurso de otras enfermedades médicas (Stubbs et al., 2016). También, en un estudio realizado por Navarro-Mateu, Alonso y Lim (2017) evaluando la influencia de las experiencias psicóticas en la calidad de vida (Lista de Evaluación de la Discapacidad de la OMS) se demostró que las mismas se asociaban a un mayor nivel de discapacidad. En el estudio anteriormente citado de van Os y Linscott (2009), se constató la asociación entre experiencias psicóticas y malestar clínico significativo; los afectos pues, podrían recurrir a la búsqueda de atención médica. Podemos ampliar esta última afirmación, añadiendo además, que aquellos sujetos que las padecieran, serían candidatos firmes a la toma de un tratamiento psicofarmacológico (Køster Rinvall et al., 2020).

Entre los subtipos de experiencias psicóticas, especialmente la ideación persecutoria es la que mayor malestar clínico produciría (Armando et al., 2012).

Entre los resultados expuestos con anterioridad por el estudio de Cohortes realizado por Cederlof y colaboradores (2017), resulta de especial interés nombrar el incremento en la frecuencia de conductas autolesivas en los pacientes afectos de experiencias psicóticas. En otro trabajo realizado en Japón con más de 7000 adolescentes de 12 a 15 años se llega a la misma conclusión (Nishida et al., 2010). Con un número de participantes mayor (8000 adultos sanos), Saha y colegas (2011) establecen también una

relación entre los fenómenos psicóticos y los comportamientos autoagresivos.

En la actualidad disponemos de herramientas varias para su detección:

- Peters et al. Delusion Inventory-21 (PDI-21) (Peters, Joseph, Day, y Garety, 2004).
- Community Assessment of Psychic Experiences-42 (CAPE-42) (Stefanis et al., 2002).
- Perceptual Aberration Scale (PAS) (Chapman, Chapman y Rawlin, 1978).
- Launay-Slade Hallucination Scale-Revised (LSHS-R) (Bentall y Slade, 1985).
- ESQUIZO-Q: Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Sierra-Baigrie, Villazón-García y Muñiz, 2009).

Otros instrumentos se encuentran en proceso de investigación, es el ejemplo de la sección para experiencias psicóticas del The Development and Well-Being Assesment (DAWBA) (Gundersen, et al., 2018).

## 2.4.2. Revisión sistemática.

### 2.4.2.1. Material y métodos.

Para el encuadre teórico y actualización de la temática de estudio se realiza una revisión bibliográfica siguiendo las etapas propuestas por “la Declaración Prisma” (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Empleamos tres bases de datos en este caso: Cochrane, Pubmed y Web of science.

Las palabras clave o de búsqueda son “psychotic experiences adolescence”.

Entre los criterios de inclusión:

- Términos de búsqueda: “psychotic experiences adolescence”.
- Estudios en humanos.
- Estudios publicados entre 2008 y 2018.
- Tipo de estudios: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y metaanálisis.
- Abstract disponible.

Los criterios de exclusión:

- Artículos duplicados.
- Estudios en animales.
- Estudios de prevalencia y series de casos clínicos.
- Indisponibilidad de acceso al abstract.

### 2.4.2.2. Resultados.

Ante la cantidad de bibliografía mostrada (figura 1), pasamos a filtrar los resultados inicialmente acotando un periodo temporal (2008-2018) y con posterioridad a tipos de estudio de mayor evidencia científica: ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones.

Señalar el acotamiento en la base pubmed del ítem que permite descartar estudios no realizados en la especie humana, en concreto 71. En Cochrane no nos es posible filtrar los artículos en función de la metodología de estudio, por lo que obtenemos unos pocos trabajos cuya metodología es observacional: de casos y controles y de cohortes.

Así disponemos de un total de 141 trabajos: procedentes de Cochrane son 52 los artículos a analizar, 43 por parte de Web of science y 46 de Pubmed.

Finalmente los artículos que procedemos a evaluar tras eliminar 28 duplicados son 113.

Descartamos 71 por considerar que el contenido del estudio no es útil o redunda resultados previos.

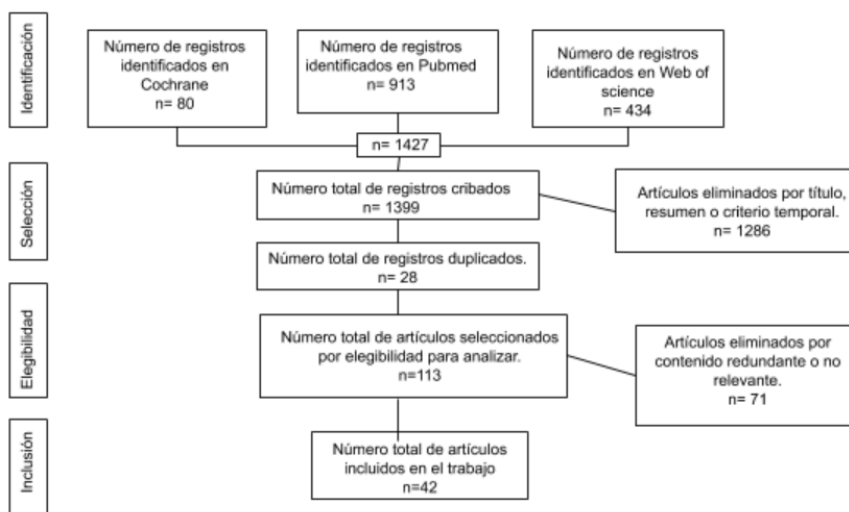


Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión sistemática según declaración PRISMA.

Así pues, el análisis de los resultados lo centraremos en 42 artículos:

## TIPOS DE ESTUDIO

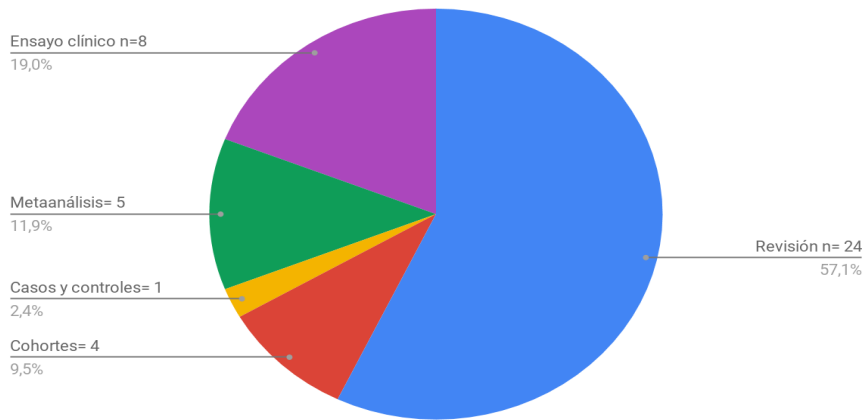


Figura 2. Diagrama de sectores: tipos de estudios analizados en la revisión sistemática.

### 2.4.2.2.1. Prevalencia y curso. (Tabla 1).

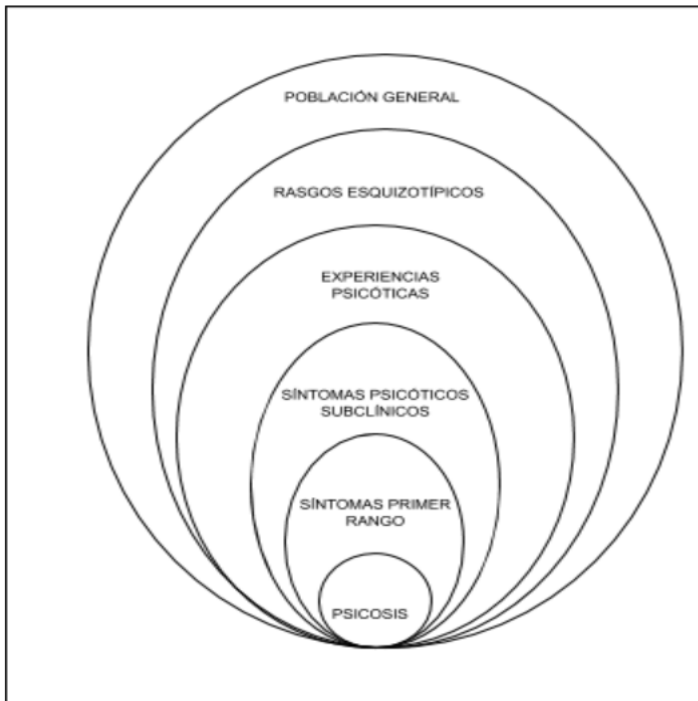
Las experiencias psicóticas están presentes en la población general, principalmente en la adolescencia; en su práctica totalidad estas vivencias tienen un carácter subclínico y para la mayoría de los sujetos, transitorio. La persistencia de las mismas sin embargo, se ha asociado con un peor funcionamiento psicosocial en líneas generales y a una mayor gravedad en patologías psiquiátricas establecidas. Los programas de prevención, con el fin de intervenir de forma precoz, suponen un aspecto crucial (Fitzgerald, Healy, Kelleher, Clarke y Cannon, 2017).

En una revisión sistemática realizada en 2015 se prestó una atención especial a dichas vivencias por la similitud con los síntomas de primer rango de la esquizofrenia; el trabajo concluyó que éstos permitirían el diagnóstico de la misma con una fiabilidad del 75-95 % (Soares-Weiser et al., 2015). Al respecto, en otra revisión realizada por Teyssier (2012), y que incluye una muestra



de 1500 sujetos, se postula la imposibilidad para distinguir clínica y psicométricamente los pacientes con síntomas psicóticos transitorios (incluyendo experiencias psicóticas) de aquellos con clínica premórbida o prodrómica propia de la esquizofrenia.

La idea de un continuum psicopatológico será una constante en esta revisión, y resulta muy clarificante la figura 3, obtenida de una revisión realizada por Fonseca-Pedrero y Debbané (2017). La principal diferencia entre las experiencias psicóticas y la esquizotipia radicaría en la mayor amplitud dimensional por parte de esta última, que no abarcaría de forma singular la sintomatología positiva; nos referimos a síntomas cognitivo-perceptuales, desorganización conceptual y disfunción interpersonal.



*Figura 3. Arquitectura en el fenotipo del continuum de la psicosis según severidad clínica. Adaptado de Fonseca-Pedrero y Debbané (2017).*

Analizando únicamente las alucinaciones auditivas, una revisión realizada por Longden, Madill y Waterman (2012) encuentra una prevalencia variable entre el 2 y el 41 % en población adolescente sana. En población general, otro estudio de revisión que incluiría casi un siglo de recogida de datos y más de 30000 pacientes en edad adulta, en cambio, las cifras oscilan entre el 0,6 % y el 84 % con una media del 13,2 % (Beavan, Read y Cartwright, 2011). Resulta interesante hacer referencia a la figura de Jardri y colaboradores (2014) en la que se expone los diversos finales que pueden tener las alucinaciones auditivas desde la remisión completa hasta la presencia de un cuadro clínico (psicótico) florido.

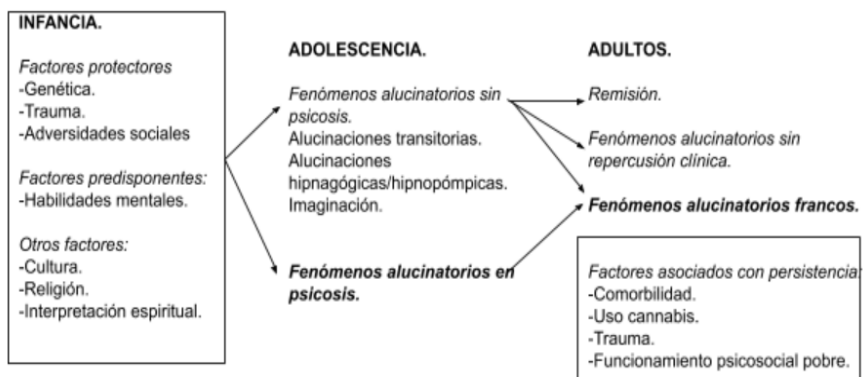


Figura 4. Fenomenología de las alucinaciones e ideas delirantes en niños y adolescentes. Adaptado de Jardri y colaboradores (2014).

Un metaanálisis realizado por Kelleher (2012) halló cifras de prevalencia de síntomas psicóticos en población sana del 17 % en sujetos de 9-12 años y del 7,5 % en individuos de 13-18 años. Se ha postulado en una revisión realizada por Sommer, Koops y Bloom (2012) que el hecho de debutar en la adolescencia, conllevaría un diagnóstico diferencial más fino y complejo (a diferencia de fenómenos alucinatorios en otras franjas etarias); sin

embargo, de forma contraria a trabajos anteriores, el contenido del propio fenómeno sensorio-perceptivo no sería fiable para etiquetar un determinado trastorno.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>de Leede-Smith et al., 2013.</i>	Revisión.		Revisión de las características de las alucinaciones auditivas en población sana.		Se sugiere un diferente mecanismo de producción en población clínica y no clínica.	Se plantean futuros estudios focalizados en el análisis del inicio de las alucinaciones en ambos grupos.
<i>Fitzgerald et al., 2017.</i>	Cohortes.	14.	Valoración de sujetos con EP procedentes de otro estudio "Adolescent Brain Development" .		Fenómenos alucinatorios asociados con malestar general.	Promoción de estrategias de prevención.
<i>Soares-Weiser et al., 2015.</i>	Revisión.	6253.	21 estudios.	1974-2011.	Los síntomas de 1er rango permiten el diagnóstico de esquizofrenia en un 75-95 %.	Nuevos tests deberían permitir aumentar la sensibilidad.
<i>Teyssier, 2013.</i>	Revisión.	1500.	15 estudios. Valoración de individuos con riesgo de psicosis y otros con al menos un episodio. Entrevistas semiestructuradas varias.	2000-2013.	Imposible distinguir a nivel psicométrico ambos grupos.	Se cuestiona la inclusión del riesgo de psicosis en el DSM-5. Beneficios asociados de los ácidos grasos omega 3 en población de riesgo.
<i>Fonseca-Pedrero y Debbané, 2017.</i>	Revisión.		Actualización en experiencias psicóticas y esquizotipia. Revisión de instrumentos de medida.		Mayor amplitud dimensional en caso de la esquizotipia en comparación con experiencias psicóticas aisladas.	Futuras investigaciones son requeridas para el estudio de las experiencias psicóticas y rasgos esquizotípicos.
<i>Longden et al., 2012.</i>	Revisión.		Revisión de literatura con la hipótesis de que los fenómenos alucinatorios no son		Explicación de los fenómenos alucinatorios como disfunción del self.	Especial importancia de los acontecimientos vitales. Futuras investigaciones son sugeridas.

			patognomónicos de la patología psicótica; se les sugiere origen disociativo.		Se señala la importancia de la psicoterapia.	
<i>Beavan et al., 2011.</i>	Revisión.		Estimar la prevalencia de las alucinaciones auditivas en la población general. 17 estudios de países diferentes.	1894-2007.	Prevalencia variable entre el 0,6% y el 84 % con una media del 13.2 %.	Se atribuyen las diferencias en la prevalencia al uso de instrumentos de medida diferentes.
<i>Kelleher et al., 2012.</i>	Metaanálisis.		19 estudios revisados. Prevalencia de síntomas psicóticos en la adolescencia.	2000-2011.	Cifras de prevalencia del 17 % en 9-12 años y del 7,5 % en 13-18.	Mayor prevalencia en adolescentes de menor edad.
<i>Jardri et al., 2014.</i>	Revisión.		El riesgo de desarrollar ideas delirantes se relaciona con peores habilidades mentales. A su vez, el paranoidismo incrementa el riesgo de auto y heteroagresividad.		Actualización de la epidemiología, fenomenología, los modelos cognitivos y neurofisiológicos de las alucinaciones en niños y adolescentes.	Futuros estudios son necesarios para una mejor clarificación del tema.
<i>Sommer et al., 2012.</i>	Revisión.		Distinción de las alucinaciones en patología psicótica respecto a aquellas de enfermedades orgánicas.		El contenido de los fenómenos alucinatorios no es útil para el diagnóstico diferencial; sí una edad de inicio precoz (indicaría trastorno psiquiátrico). También la modalidad: visual, auditiva...	

*Tabla 1. Resumen de artículos relacionados con la prevalencia y curso de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.2.2. Neuropsicología y autoevaluación negativa. (Tabla 2).

A nivel neuropsicológico, y en comparación con sujetos sanos, en pacientes con experiencias psicóticas se ha objetivado una alteración en la memoria de trabajo que implicaría una disfunción a nivel frontoparietal como sustrato neuroanatómico (Fonville et al., 2015).

Un interesante ensayo clínico realizado por Taylor y colaboradores (2016) concluye que los pacientes con psicosis y experiencias psicóticas poseen una autoevaluación negativa tanto propia como del resto de sujetos.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Fonville et al., 2016.</i>	Casos y controles.	149. 149.	Valoración de la memoria de trabajo en sujetos con y sin experiencias psicóticas. Estudio de RMN funcional.		Alteración conectividad frontoparietal.	Se sugieren alteraciones en la respuesta adaptativa por alteración del desarrollo cerebral.
<i>Taylor et al., 2016.</i>	Ensayo clínico.	191.	Comparación de esquemas de evaluación en pacientes control y con psicosis establecida o en riesgo.		Evaluación negativa del sujeto y de otros en psicosis.	Se sugiere la ampliación del estudio a pacientes con psicosis crónicas.

*Tabla 2. Resumen de artículos relacionados con la neuropsicología y autoevaluación negativa de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

### 2.4.2.2.3. Naturaleza biopsicosocial.

Resulta de especial interés mostrar la figura 5 de de Leede-Smith y Barkus (2013) en la que se resume el carácter biopsicosocial de las alucinaciones auditivas.

Así, es curioso recordar que en otras patologías no propiamente psiquiátricas como la epilepsia y los trastornos neurocognitivos, pueden aparecer fenómenos psicóticos. También fenómenos que en ocasiones suceden al conciliar el sueño (alucinaciones hipnagógicas) o finalizarlo (alucinaciones hipnapómpicas). Los trastornos de personalidad del grupo A principalmente, tendrían un mayor riesgo de padecerlos.

Entre los desencadenantes juegan un papel fundamental el consumo de tóxicos, los acontecimientos vitales estresantes y el trauma infantil, temas que ampliaremos más adelante.

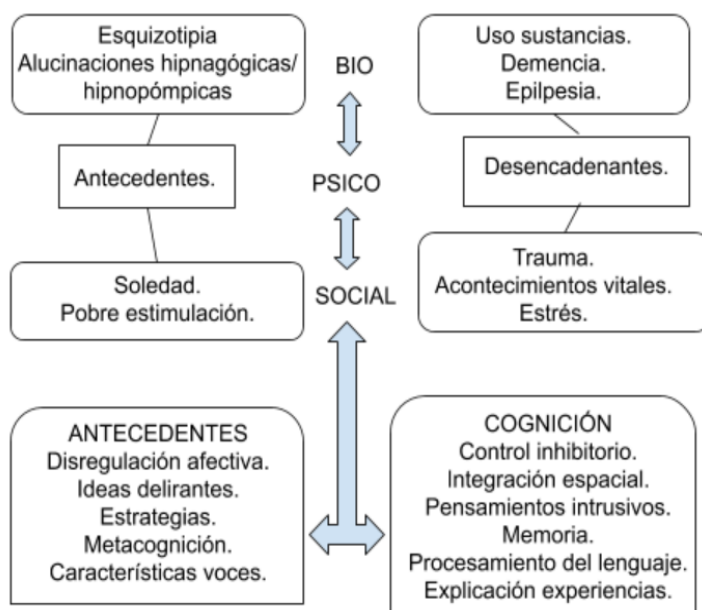


Figura 5. Naturaleza biopsicosocial de las alucinaciones auditivas. Adaptado de de Leede-Smith y Barkus (2013).

#### 2.4.2.2.4. Papel del estrés. (Tabla 3).

En un trabajo realizado por Philips y colaboradores (2012), se constataron mecanismos de respuesta al estrés diferentes entre pacientes con alto riesgo de psicosis y sujetos sanos.

Con anterioridad nos hemos referido a los fenómenos evolutivos del sistema nervioso en el adolescente con la poda sináptica, el adelgazamiento de la sustancia gris y la reorganización de ciertos circuitos cerebrales. El papel del estrés, mediante la hiperactividad del sistema hipotálamo-hipófiso-adrenal vendría a propiciar la formación de conexiones anómalas principalmente a nivel mesolímbico y nigroestriatal. En las zonas señaladas el cortisol induciría un aumento en el recambio de la dopamina con una aceleración en la reducción de la materia gris y la reorganización de las sinapsis de carácter patológico. Dicha disfunción sería producto del efecto de la interacción ambiental con una hipersensibilidad al estrés de carácter genético (Holtzman et al., 2013).

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Philips et al., 2012.</i>	Cohortes.	143. 32.	Comparación de mecanismos de afrontamiento al estrés entre pacientes con alto riesgo de psicosis y controles sanos.	12 meses.	Existe discrepancia en la percepción de estrés en ambos grupos.	El manejo del estrés debe ser un punto clave en los recursos destinados a la prevención de las psicosis.
<i>Holtzman et al., 2013.</i>	Revisión.		Asociación del estrés psicosocial y el elevado riesgo de psicosis Cambios biológicos en la respuesta al estrés. Hallazgos estructurales.		Se presenta (fig. 5) un modelo patogénico de la psicosis.	

*Tabla 3. Resumen de artículos relacionados con el papel del estrés en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.2.5. Trauma infantil. (Tabla 4).

Un metaanálisis realizado por Trotta, Murray y Fisher (2015) encuentra en pacientes con experiencias psicóticas una incidencia significativamente aumentada de haber sufrido adversidades en la infancia.

Entre los numerosos artículos que refuerzan esta afirmación, es de vital importancia otro metaanálisis realizado por Varese (2012); en él se realiza una revisión sistemática de varios estudios de cohortes, casos clínicos y de prevalencia, encontrándose una fuerte asociación con los antecedentes de trauma infantil y experiencias psicóticas con respecto a sujetos control. Se incluyeron eventos tales como abuso sexual o psíquico, el fallecimiento de un progenitor, conductas negligentes de cuidadores y el bullying.

Las dificultades mencionadas mantenidas en el tiempo determinarían un incremento del estrés oxidativo en el sistema nervioso central con el riesgo consecuente de padecer trastornos tales como la psicosis, depresión, ansiedad y abuso de sustancias (Schiavone, Colaianna y Curtis, 2015).

Al respecto, un artículo citado con anterioridad (Longden et al., 2012) explica las alucinaciones auditivas como resultado de vivencias traumáticas o de otros estresores personales o interpersonales y la disociación como mecanismo de defensa propio en estos sujetos. El principal hito que permitiría establecer la futura persistencia o no de las experiencias psicóticas sería el grado de estrés ocasionado y la búsqueda de atención médica para subsanar el malestar emocional (Rubio, San Juan, Florez-Salamanca y Cuesta, 2012).



Anteriormente de Leede y Barkus (2013) establecían que probablemente los mecanismos que perpetuarían los fenómenos serían diferentes en población clínica o no clínica, con independencia de la disfunción que ocasionaran.

En un trabajo de análisis realizado por Córdova-Palomera y colegas (2015) se establece el nacimiento en invierno como otro factor de riesgo. Respecto a los hitos acaecidos en el parto y postparto, la hipoxia y su efecto en el sistema dopaminérgico es otro factor de riesgo demostrado para el padecimiento de psicopatología en la edad adulta (Giannopolou, Pagida, Briana, Despina y Panayotacopoulou, 2018).

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Rubio et al., 2012.</i>	Revisión.	9737.	11 estudios. Valoración del curso de las experiencias alucinatorias en niños y adolescentes.	1984-2012.	Elevada frecuencia y transitoriedad en las experiencias alucinatorias.	Relación de la persistencia con la intensidad del malestar.
<i>Trotta et al., 2015.</i>	Metaanálisis.	20 estudios.	Revisión de 20 estudios con valoración de la asociación individuos riesgo psicosis y adversidades en la infancia.		Asociación de experiencias psicóticas con dificultades en la infancia.	Heterogeneidad en estudios revisados con necesidad de mayor robustez.
<i>Varese et al., 2012.</i>	Metaanálisis.	28 estudios previos.	Relación del sufrimiento infantil (negligencia, abuso físico o psíquico, bullying, fallecimiento progenitor) con psicosis.		Sufrir adversidades en la infancia supone un factor de riesgo para la psicosis.	

<i>Schiavone et al., 2015.</i>	Revisión.		Impacto de acontecimientos vitales estresantes en la infancia y adolescencia en el estrés oxidativo del sistema nervioso central.		El aumento del estrés oxidativo incrementaría el riesgo de psicosis, de ansiedad, de depresión y de trastornos por consumo de sustancias.	Contemplar esta nueva diana terapéutica en el abordaje y tratamiento de los trastornos psiquiátricos.
<i>Córdova-Palomera et al., 2015.</i>	Metaanálisis.	481.	Revisión de estudios de asociación de la estación de nacimiento con psicosis y experiencias psicóticas.		Asociación del nacimiento en invierno con padecimiento de experiencias psicóticas.	No implicaría un factor de riesgo para las psicosis.
<i>Giannopolou et al., 2018.</i>	Revisión.		Influencia de complicaciones perinatales en el desarrollo cerebral de la infancia y la adolescencia.		Epidemiología de la hipoxia perinatal en los trastornos psiquiátricos. Hallazgos anatómopatológicos del sistema dopaminérgico. Influencia de las neurotrofinas en el desarrollo cerebral.	

*Tabla 4. Resumen de artículos relacionados con el trauma infantil en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.2.6. Marcadores biológicos. (Tabla 5).

Entre los hallazgos biológicos, en un estudio de cohortes realizado por Tolppanen (2012) tratando de valorar el papel protector de la vitamina D en las psicosis, y que incluiría más de 3000 niños, se encuentra relación entre bajos niveles de 25-hidroxi-vitamina D3 con el hecho de sufrir experiencias psicóticas.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Tolppanen et al., 2012.</i>	Cohortes.	3108.	Valorar el papel protector de la vitamina D2 y D3 en las psicosis.	3 años.	Niveles reducidos de vitamina D3 se relacionan con las experiencias psicóticas.	

*Tabla 5. Resumen de artículos relacionados con los marcadores biológicos en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.2.7. Consumo de tóxicos. (Tabla 6).

A nivel ambiental, el consumo de cannabis se ha asociado en numerosos estudios con el incremento en el riesgo de psicosis en la adolescencia y edad adulta (Jonsson, Brigisdottir y Sigurdsson, 2014). Sobre el mecanismo por el que se desencadenaría la clínica psicótica, se ha postulado en una revisión realizada por Bossong y Niesink (2010) que afectaría a la modulación del sistema cannabinoide endógeno, alterando el recambio del neurotransmisor GABA; ello tendría un papel fundamental en la maduración de los circuitos neuronales a nivel de la corteza prefrontal.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Jonsson et al., 2013.</i>	Revisión.	9 cohortes. 9 casos y controles..	Revisión de estudios que relacionan psicosis y cannabis.		El uso de cannabis en la adolescencia incrementa el riesgo de psicosis en la edad adulta.	Futuras investigaciones son necesarias para esclarecer la influencia del cannabis en la transitoriedad de las experiencias psicóticas.

Bossong y Niesink., 2010.	Revisión.		Revisión de modelos explicativos en la esquizofrenia inducida por cannabis.		El cannabis durante la adolescencia afectaría a la maduración de circuitos neuronales en la corteza prefrontal.	Futuras investigaciones deberían ir encaminadas a analizar la dosis de cannabis y el momento exacto de exposición.
---------------------------	-----------	--	---	--	---	--

*Tabla 6. Resumen de artículos relacionados con el consumo de tóxicos en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.2.8. Marcadores genéticos. (Tabla 7).

Por lo que respecta a estudios genéticos, Cristóbal-Narváez y colaboradores (2017) encuentran en la variabilidad del haplotipo FKBP5 una relación con el afecto aplanado, el paranoidismo y las experiencias psicóticas en pacientes que han sido víctimas de bullying. Al respecto, en otra revisión realizada por van Winkel, van Nierop, Myin-Germeys y van Os (2013) con el fin de valorar la relación gen-ambiente, se concluye la falta de especificidad de un único gen o de un grupo de genes en las psicosis; sí se constatan otras asociaciones: el papel del FKBP5 en el estrés, la neuroplasticidad cerebral con el BDNF y el transportador de serotonina con el humor, que estarían implicados también en la génesis de otros trastornos mentales.

En una reciente revisión realizada por Ronald y Pain (2018) con el fin de localizar una alteración genética concreta en sujetos con experiencias psicóticas y síntomas negativos, se concluyó la inexistencia de un único agente causante y se presupone nuevamente, la interacción gen-ambiente como causante de las experiencias. Sí se encontró una asociación genética heredable en patologías tales como la esquizofrenia y la depresión con las que,

a su vez, las experiencias psicóticas y la clínica defectual estarían relacionadas.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Cristóbal-Narváez et al., 2017.</i>	Cohortes.	206.	Valoración del bullying y genotipado FKBP5.	1 semana.	Mayor probabilidad de padecer paranoidismo, afecto negativo y experiencias psicóticas.	La exposición al bullying incrementa el riesgo con el haplotipo estudiado.
<i>van Winkel et al., 2013.</i>	Revisión.		Revisión del estado actual de la interacción gen-ambiente en las psicosis. Importancia del trauma infantil.		No hay especificidad genética para las psicosis. Influencia en el humor (transportador serotonina), neuroplasticidad y sistema de respuesta al estrés.	
<i>Ronald y Pain., 2018.</i>	Revisión.	10000.	Interacción gen-ambiente en sujetos sanos valorando experiencias psicóticas y sintomatología defectual.		Asociación genética en esquizofrenia y trastornos depresivos.	Relación de experiencias psicóticas con otra psicopatología sí heredable.

*Tabla 7. Resumen de artículos relacionados con marcadores genéticos en las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.2.9. Comorbilidad. (Tabla 8).

Una revisión realizada por Remberk (2017) considera las experiencias psicóticas como una expresión fenotípica extendida de las psicosis y las asocia además, con un peor funcionamiento psicosocial. También resulta de interés señalar la comorbilidad con otro tipo de psicopatología como la ideación suicida y la depresión.

Un metaanálisis que incluye más de 20000 pacientes realizado por Coid, Ullrich, Bebbington, Fazel y Keers (2016), concluye que existe relación entre las experiencias psicóticas en el continuum de las psicosis (principalmente la ideación paranoide) y la conducta violenta; dicha relación se presenta con independencia de otra comorbilidad más típicamente asociada con los trastornos conductuales como el trastorno por consumo de sustancias.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Remberk, 2017.</i>	Revisión.		Revisión de literatura con la hipótesis inicial de que las experiencias psicóticas forman parte del fenotipo de las psicosis.	La heterogeneidad de las experiencias psicóticas las incluiría en los trastornos psicóticos, en otros trastornos psiquiátricos y en población sana.	Existe elevada disparidad en los instrumentos de medida.
<i>Coid et al., 2016.</i>	Metaanálisis.	23444.	Revisión de estudios de prevalencia poblacional.	Asociar experiencias psicóticas con conducta violenta con independencia de la comorbilidad.	Necesidad de detección precoz y prevención.

*Tabla 8. Resumen de artículos relacionados con la comorbilidad de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.2.10. Actitud terapéutica. (Tabla 9).

En una revisión realizada por Charach, Volpe, Boydell y Gearing (2008) se objetiva la elevada frecuencia con la que pacientes jóvenes afectados de primeros episodios psicóticos o con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tienden a abandonar el tratamiento farmacológico. Al respecto, debemos recordar que el uso de antipsicóticos constituye el tratamiento de primera línea en los trastornos psicóticos; la adherencia terapéutica resulta pues fundamental y para ello hay que dotar a la familia de una motivación extra y de estrategias que aseguren una adecuada

cumplimentación. Queda demostrado que aquellos sujetos con una óptima adhesión al tratamiento reportan mejoría sintomática en la anhedonia, la ansiedad, la escucha de voces, la pérdida de control, la paranoia, la suspicacia y la anergia.

Dentro de los antipsicóticos, especialmente los de 2ª generación empleados de forma precoz, han demostrado utilidad en la reducción de sintomatología prodrómica en pacientes con elevado riesgo de psicosis; otras estrategias farmacológicas incluirían también el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (Pakyurek, Yarnal y Carter, 2013).

Amminger y colaboradores (2015) estudiaron el beneficio de administrar ácidos grasos omega 3 a pacientes con síntomas psicóticos atenuados. Los resultados mostraron que dicho complemento alimenticio podría suponer un beneficio en comparación con placebo, especialmente en aquellos con elevada proporción de ácido linoleico en la membrana citoplasmática eritrocitaria.

Otro ensayo realizado por Jongeneel y colegas (2018), mostró el beneficio que proporcionaba el uso de una aplicación móvil (Temstem: juegos con el lenguaje) en pacientes afectos de alucinaciones auditivas de presentación diaria; la mejoría derivaría en un funcionamiento social más adaptado y en una reducción del estrés asociado a las vivencias psicóticas. En un trabajo realizado por Chadwick (2016), el “mindfulness” asociado a la terapia cognitivo-conductual también proporcionaría una mejoría clínica significativa en sujetos con dichas vivencias, y no únicamente del malestar ocasionado por las alucinaciones, sino también de síntomas depresivos. En la misma línea, Jolley y colaboradores (2018) demuestran en otro ensayo clínico la efectividad de la

terapia cognitivo-conductual en adolescentes con experiencias psicóticas y en otro realizado por Morrison (2013) se señala que ayudaría a lidiar incluso, con el estigma de la enfermedad.

Volviendo a citar una revisión anterior (Longden et al., 2012), que explicaba la fenomenología de las alucinaciones auditivas como producto de la disociación traumática, en este trabajo se realiza hincapié en fortalecer los mecanismos de afrontamiento para un manejo más apropiado del estrés y mitigar así un potencial factor mantenedor de la clínica.

La necesidad de una intervención multidisciplinaria y temprana es la principal conclusión de la revisión antes comentada de Pakyurek y colaboradores (2013), atendiendo a las necesidades propias de la edad tanto a nivel académico como social y familiar.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Charach et al., 2008.</i>	Revisión.	3 estudios cualitativos.	Revisión de la adherencia terapéutica en jóvenes y adolescentes con trastorno por déficit de atención y primeros episodios psicóticos.		Se confirma la pobre adherencia y se sugiere el papel del terapeuta para aclarar dudas, riesgos y beneficios del tratamiento. La adherencia es peor en los trastornos por déficit de atención.	Se requieren futuros estudios cualitativos incluyendo a familiares y otros dispositivos.
<i>Pakyurek et al., 2013.</i>	Revisión.		Revisión de los conceptos de alto y extremo riesgo de psicosis, síntomas psicóticos atenuados y alto riesgo de esquizofrenia.		Necesidad de intervención multidisciplinaria.	Se reconoce el beneficio de los antipsicóticos de 2ª generación; también de los inhibidores de la recaptación de serotonina, de ácidos grasos



						omega 3 y de la terapia cognitivo-conductual.
<i>Amminger et al., 2015.</i>	Ensayo clínico.	81.	Administración de ácidos grasos o placebo en sujetos con síntomas psicóticos atenuados. Uso de la PANSS.	12 semanas.	Beneficio en pacientes con elevada proporción de ácido linoleico en la membrana. Beneficios generales.	Precisa estudios con muestras mayores.
<i>Jongeneel et al., 2018.</i>	Ensayo clínico.	100.	Empleo de una aplicación en el smartphone frente al seguimiento convencional en pacientes con alucinaciones auditivas.	10 semanas.	Mejoría clínica en pacientes con el uso de la aplicación.	Sencillez de la aplicación.
<i>Chadwick et al., 2016.</i>	Ensayo clínico.	108.	Comparación de la intervención cognitivo-conductual con "mindfulness" frente tratamiento habitual en pacientes con alucinaciones auditivas.	24 semanas.	Mejoría clínica del malestar asociado a las alucinaciones auditivas en pacientes que reciben terapia combinada.	Mejora de síntomas depresivos también.
<i>Jolley et al., 2018.</i>	Ensayo clínico.	120.	Sujetos de 12-18 años con experiencias psicóticas sometidos a terapia cognitivo-conductual.	24 semanas.	Mejoría en la calidad de vida.	Primer estudio coste-efectividad en adolescentes.
<i>Morrison et al., 2013.</i>	Ensayo clínico.	288.	Valoración del impacto de la terapia cognitiva en pacientes con alto riesgo de psicosis.	24 meses.	Disminución del malestar y del estigma en pacientes con riesgo de psicosis.	Forma parte de un ensayo clínico mayor en pacientes con riesgo de psicosis.

*Tabla 9. Resumen de artículos relacionados con la actitud terapéutica de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

En la revisión anteriormente comentada realizada por Jardri y colegas (2014), se aportan los pasos a seguir para la valoración y diagnóstico de las alucinaciones auditivas en niños y adolescentes:

1. Describir las experiencias, las cualidades físicas distintas de las ilusiones y los pensamientos obsesivo-compulsivos.
2. Evaluar el peligro (suicidio, la presencia de falsas identificaciones etc.).
3. Evaluar trastornos somáticos y psiquiátricos, abuso de drogas y medicamentos. Examen del estado físico. La exhaustividad de la exploración complementaria es discutible. Se pueden ofrecer exámenes de segunda línea dependiendo de la clínica. Por ejemplo, se recomiendan hemogramas y toxicología de la orina. Sólo se propondrá una consulta genética en presencia de alteraciones fenotípicas, discapacidad intelectual o malformaciones congénitas.
4. Los patrones de reacción habituales y los rasgos de personalidad indican el estilo de terapia preferido.
5. Evaluar las características de la alucinación (p. ej., frecuencia, intensidad, convicción, percepción, grado de control, incomodidad en la vida diaria, angustia, valencia emocional, estrategia de afrontamiento), su sentido y significado en relación con los factores socioculturales, y la relación entre el paciente y sus familiares. Exploraciones utilizando instrumentos estandarizados.
6. Evaluar la funcionalidad, la ganancia secundaria y el refuerzo.
7. Indagar en el comportamiento habitual de afrontamiento.

8. Estimar el cumplimiento y el equilibrio entre falta de voluntad e incapacidad.

#### 2.4.2.2.11. Prevención. (Tabla 10).

En varios de los trabajos comentados con anterioridad, Fitzgerald y colaboradores (2017), Philips y colegas (2012) y Coid y colaboradores (2016), se hace hincapié en la necesidad de detectar las experiencias psicóticas por el elevado riesgo de evolucionar a psicosis o incluso hacia otro tipo de psicopatología. Cabe señalar el mal pronóstico que se le ha otorgado a la esquizofrenia de inicio precoz como hecho a tener presente en el manejo de esta fenomenología; especialmente sombrío en sujetos de sexo masculino (Clemmensen, Vernal y Steinhausen, 2012).

Al respecto, en una revisión realizada por García, Fresan, Medina-Mora y Ruiz (2008) el concepto de DUP (duration of untreated psychosis) cobra una importancia crucial en el pronóstico de las psicosis; es por ello la necesidad de detectar de forma precoz la enfermedad especialmente en sujetos jóvenes vulnerables.

Sería interesante contemplar el papel del estrés en el manejo y la prevención de la psicosis; así se señala en el trabajo de Holtzman (2013) presentado con anterioridad, en el que se hace hincapié en la variabilidad individual del sistema hipofiso-adrenal y la relación con los trastornos psicóticos.

Resulta fundamental citar un ensayo realizado en población holandesa por Rietdijk y colegas (2010), en el que por una parte se constata la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la reducción del malestar asociado a las vivencias psicóticas y su

progresión a entidades diagnósticas establecidas; por otra, se sugiere la necesidad de realizar un cribado en todos los usuarios de los centros de salud mental.

Además de la intervención en el propio sujeto afecto, el trabajo presentado por Jolley y colaboradores (2018), demuestra la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en los cuidadores.

En una revisión realizada por Bowman, Álvarez-Jiménez, Wade, McGorry y Howie (2014) se resalta la importancia del papel de la familia, especialmente los hermanos en caso de haberlos, en el manejo del paciente con psicosis con el fin de asegurar la continuidad del tratamiento. Otra revisión realizada por Harrop, Eleett, Brand y Lobban (2015) va más allá sugiriendo incluso, la necesidad de intervenir en el círculo de amistades íntimas.

Señalar el trabajo citado con anterioridad por Remberk (2017) en el que se estudia la comorbilidad de las experiencias psicóticas con la ideación suicida. Además de dicha asociación, resulta importante mencionar un metaanálisis realizado por Berger, Della Casa y Pauli (2015) en el que establece la comorbilidad de las conductas autolesivas con varias entidades psicopatológicas, entre ellas las psicosis. Es por ello que el abordaje de la ideación autolesiva debe primar en estos pacientes también fortaleciendo relaciones interpersonales sanas y en caso necesario, hospitalizando.

Estudio.	Diseño.	n.	Intervención.	Duración.	Hallazgos.	Comentarios.
<i>Clemmensen et al., 2012.</i>	Revisión.	716.	Revisión de artículos que analizan el pronóstico de la esquizofrenia de inicio precoz.		En comparación con la edad adulta, la esquizofrenia de inicio precoz se asocia a un peor funcionamiento psicosocial.	Son necesarios más estudios de seguimiento a largo plazo.
<i>García et al., 2008.</i>	Revisión.		Revisión del impacto de la duración del tiempo de psicosis no tratada (DUP). Fenotipos en esquizofrenia: hombres, mal ajuste premórbido y larga duración DUP; mujeres, buen ajuste premórbido y corto DUP.		La duración del tiempo de psicosis no tratada tiene un impacto fundamental en el devenir de la esquizofrenia.	Los programas de prevención son fundamentales tal y como lo demuestran los hallazgos encontrados.
<i>Rietdijk et al., 2010.</i>	Ensayo clínico.	240.	Cuestionarios varios de psicopatología en sujetos que acuden a una unidad de salud mental.	25 semanas.	Efectividad terapia cognitivo-conductual en el malestar asociado a las vivencias psicóticas.	Necesidad de cribaje en usuarios de salud mental.
<i>Jolley et al., 2018.</i>	Ensayo clínico.	1000.	Valoración de la terapia cognitivo-conductual en adolescentes con experiencias psicóticas, entre aquellos en tratamiento por unidades de salud mental.	12 semanas.	Efectividad en pacientes, clínicos y familiares.	Valoración de resultados más a largo plazo.
<i>Bowman et al., 2014.</i>	Revisión.		Revisión del papel de la familia y las relaciones fraternales en la psicosis de inicio precoz.		Los hermanos de pacientes con psicosis sufren estrés psicológico y cambios en el funcionamiento.	Se sugiere la realización de estudios al respecto con uniformidad en las medidas de evaluación.

<i>Harrop et al., 2018.</i>	Revisión.		Se revisa la influencia de una red social y de las amistades como factor de mantenimiento en la clínica psicótica.		El contacto con la red de apoyo del sujeto proporciona una herramienta que aseguraría el funcionamiento social.	Se abre la puerta a nuevas investigaciones encaminadas en el estudio de intervenciones similares.
<i>Berger et al., 2015.</i>	Revisión.		Revisión del suicidio en adolescentes en población suiza.		Medidas a tomar: detección de patología asociada (depresión), incluyendo adicciones. Fomentar una red de apoyo. Contemplar la hospitalización.	Se hace hincapié en las estrategias de prevención.

*Tabla 10. Resumen de artículos relacionados con la prevención de las experiencias psicóticas (revisión sistemática).*

#### 2.4.2.3. Conclusiones.

- Las experiencias psicóticas se presentan en gran parte de la población general, especialmente en adolescentes.
- En la mayoría de ocasiones tienen un carácter transitorio; su persistencia no obstante, implicaría un mayor riesgo para padecer psicopatología, de especial gravedad por la posible evolución a trastornos psicóticos (teoría del continuum con la psicosis).

La probabilidad de perpetuarse se relacionaría con la intensidad del malestar ocasionado.

Se asocian con peor calidad de vida con independencia de la presencia de otros trastornos psiquiátricos.

- Psicopatológicamente se ubicarían en la dimensión positiva de las psicosis; los rasgos esquizotípicos abarcarían otro abanico sintomático más amplio.

- Se postula el modelo biopsicosocial en la fisiopatología de las mismas. Se incluyen dificultades en la infancia y el bullying; también mecanismos no adaptativos de respuesta al estrés. Entre los factores biológicos se contempla el consumo de cannabis, la variabilidad del haplotipo FKBP5, la hipoxia perinatal y los bajos niveles de vitamina D3.
- La comorbilidad que presenta abarca síntomas depresivos (incluyendo ideación suicida) y conducta violenta.
- La terapia cognitivo-conductual y el mindfulness han demostrado ser efectivas en la reducción del estrés asociado a las vivencias.
- Entre las estrategias farmacológicas, el uso de antipsicóticos de segunda generación y los inhibidores de la recaptación de serotonina tienen un papel importante en el tratamiento.

La administración de ácidos grasos como complemento alimentario también se ha asociado a mejora sintomática.

- Es necesaria la intervención multidisciplinar con la implementación de estrategias para la prevención y detección precoz en población adolescente.

### 3. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DEL PROYECTO.



### 3. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DEL PROYECTO.

Entendemos por salud mental *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Es por ello que podemos afirmar que no hay salud sin salud mental (OMS, 2016).

Aproximadamente uno de cada cinco individuos en el mundo habría padecido una enfermedad mental en el último año y casi uno de cada tres lo hará en el transcurso de su vida (Steel, Marnane, Iranpour, Chey, Jackson y Patel, 2013).

El concepto de prevención primaria en el ámbito de la medicina comprende a toda aquella intervención cuyo objetivo fundamental es retrasar o impedir la aparición de la enfermedad; se trataría pues, de eliminar aquellos factores que puedan originar lesiones antes de que sean activas (Piédrola Gil, 2001).

El conocimiento del estado de salud mental de la población adolescente nos puede permitir en cierta manera, entender las necesidades asistenciales actuales en nuestra zona. A su vez, también ayudaría a facilitar una mejor planificación y gestión de los recursos existentes en la actual red de salud mental.

Otro de los aspectos relevantes del presente estudio se circunscribe a los trastornos psicóticos. Son de sobra conocidos en los círculos de la salud mental el auge de los programas para la detección y prevención de los primeros episodios. Entendemos por estos trastornos psicóticos aquellos cuadros en los que por primera vez en un individuo aparecen síntomas psicóticos, comprendiendo las ideas delirantes y alucinaciones.

Con una prevalencia que ronda el 3% de la población (más afectados los hombres con un 68 %), el complejo abarca un amplio

y heterogéneo grupo de enfermedades: trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y otros más excepcionales (Kessler, Amminger, Aguilar-Gaxiola, Alonso y Lee, 2007).

La gran mayoría se inician en una época de la vida especialmente delicada por las exigencias del mundo; como anteriormente comentamos, en la adolescencia se confrontan la necesidad de afrontar tareas de diversa índole y los procesos de maduración que acontecen en las dimensiones biológica, psicológica y social (Toro et al., 2010). Es por ello que nos encontramos ante un hito de tal magnitud que podría poner en serio compromiso el presente y el futuro no únicamente del joven o adolescente, sino del entorno del mismo (Kessler et al., 2007).

Así pues, nos enfrentamos a un problema de salud pública dada la gran repercusión psicosocial que acarrearán estos trastornos (Schulze y Rossler, 2005). Es interesante aportar otra de las conclusiones del estudio realizado por Sullivan y colaboradores (2020) en el que además de ubicar la incidencia máxima de experiencias psicóticas en la adolescencia tardía, expone la constatación de una necesidad insatisfecha por parte de jóvenes en la atención de los trastornos psicóticos.

El actual estadiaje clínico de la enfermedad y las corrientes clínicas abogan por una intervención lo más precoz posible con el fin de modificar la evolución y facilitar el retorno al nivel premórbido tanto en lo académico o laboral, como en lo social y familiar y la consecuente calidad de vida, tanto del paciente como de sus familiares (Fusar-Poli et al., 2013 & McGorry y Wright, 2006).

En algunos trabajos y a pesar de la gran dificultad que ello entraña, se apunta incluso a la actuación en fase prodrómica de la enfermedad (Marshall, 2011).

Por otra parte, entre las causas más frecuentes de contactos con los servicios de salud mental se encuentran los trastornos de ansiedad y la depresión; en ambos se ha constatado que la existencia de los fenómenos objeto de estudio en el presente trabajo implican un pronóstico más sombrío. Como hemos señalado en la revisión de la tesis, estas vivencias podrían además, suponer un factor de riesgo de progresión a psicosis (van Os y Reininghaus, 2016 & van Os y Guloksuz, 2017).

En la línea de la prevención secundaria, en un reciente estudio longitudinal realizado en Australia con más de 2200 sujetos en edad adolescente se concluyó la efectividad de ciertas intervenciones realizadas en trastornos de ansiedad, psicóticos y del estado de ánimo con el fin de evitar la progresión y deterioro psicosocial tardío (Iorfino et al., 2019). Enlazando con dichos resultados, un trabajo recientemente publicado en Reino Unido señalaba la importancia del abordaje psicoterapéutico de la fenomenología psicótica presente en los trastornos de ansiedad y depresión con el fin de mejorar el curso de los mismos (Pérez et al., 2017). La diana psicoterapéutica debe centrarse en la modificación de los estilos de afrontamiento al estrés principalmente (Hallet, 2013).

Más allá de lo comentado y recientes estudios así lo avalan, la presencia de experiencias psicóticas en la población general es un indicador de peor calidad de vida y un signo predictor de mayor discapacidad futura (Navarro-Mateu et al., 2017), por lo que su terapéutica debería ser imperativa para todos los clínicos (Kelleher,

Devlin y Wigman, 2014). Especial consideración debería tenerse en cuenta dada la clara relación con la conducta suicida (Kelleher, Lynch y Harley, 2012; Kelleher, Cederlof y Lichtenstein, 2014 & Martin, Thomas, Andrews, Hasking y Scott, 2015) y el delicado manejo que precisa dicha fenomenología.

## 4. OBJETIVOS.

#### **4. OBJETIVOS.**

Planteamos dos objetivos:

1. Estudiar la morbilidad psiquiátrica en población adolescente de la provincia de Valencia.
2. Analizar de modo específico la prevalencia de experiencias psicóticas y su comorbilidad con otros trastornos mentales.

## 5. METODOLOGÍA.

## **5. METODOLOGÍA.**

### **5.1. Diseño.**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, no aleatorizado, con una única intervención con el fin de obtener datos de morbilidad psiquiátrica en población adolescente.

### **5.2. Instrumento de medida.**

Se empleó la entrevista semiestructurada “Kiddie Schedule for affective disorders and schizophrenia K-SADS” (Ambrosini, 2000); validada en España en 1991 (Bonet Pla, 1991).

Es importante señalar que la elaboración de entrevistas semiestructuradas en psiquiatría infantil ha sido una de las líneas de investigación con más desarrollo en las últimas décadas. Los estudios de confiabilidad para el diagnóstico en psiquiatría han utilizado metodologías cada vez más estrictas (Grove, Andreasen, McDonald-Scott, Keller y Shapiro, 1981 & Grove, 1991). Se ha llegado a sugerir incluso, el empleo de algunas de ellas en la clínica diaria con el propósito de afinar los diagnósticos; es el caso de la empleada en nuestro estudio, la K-SADS (Matuschek et al., 2016).

Profundizando en la naturaleza del instrumento, la K-SADS consiste en una entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para reunir la información proporcionada por el niño o adolescente, sus padres y otras fuentes de información como los maestros, los abuelos, otros médicos, etc (Lauth, Arnelsson, Magnusson, Skarphedinsson, Ferrari y Petursson, 2010). También se ha empleado en edad preescolar (Birmaher et al., 2009).



Su fiabilidad está validada tanto para clínicos (Jarbin, Andersson, Råstam y Ivarsson, 2017 & Ulloa et al., 2006) como para investigadores y su uso ampliamente extendido en los dos ámbitos (Wals et al., 2004).

Algunos ejemplos encontrados en la literatura la han empleado para estudiar la epidemiología y el manejo clínico de patologías varias en adolescentes (Stephan, Constanty, Labersaat, Guillod y Urben, 2016):

-Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Posserud, Ullebo, Plessen, Stormark, Gillberg y Lundervold, 2014 & Schmidt, Banschewki, Garbe, Petermann y Petermann, 2013).

-Trastornos de conducta (Nordstrom, Hurtig, Moilanen, Taanila y Ebeling, 2013).

-Trastornos de ansiedad (Villabo, Oerbeck, Skirbekk, Hansen y Kristensen, 2016).

-Trastornos depresivos (Cole et al., 2012).

-Trastornos por consumo de sustancias (Black et al., 2012).

Incluye diagnósticos del eje I de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Los diagnósticos se codifican como definitivos, probables (cuando se cumple 75 % de los criterios diagnósticos de un padecimiento y hay deterioro funcional) o ausentes.

La aparición del DSM 5 no ha supuesto ninguna variación en la fiabilidad y validez de la misma (Chen, Shen y Gau, 2017 & de la Pena et al., 2018).

Se compone de las siguientes secciones: entrevista introductoria, entrevista diagnóstica de sondeo o cribado, suplementos

diagnósticos (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros trastornos). Los suplementos para los diferentes diagnósticos solamente se aplican cuando resulta definitivo al menos, uno de los síntomas principales evaluados en el cribado. Cuando el paciente es un niño debe entrevistarse primero a sus padres y después al paciente; en el caso de los adolescentes, estos se entrevistan antes que a sus padres. Tanto el padre como el niño/adolescente deben ser evaluados por el mismo entrevistador, quien establece a partir de los datos obtenidos de ambos informantes, el mejor estimador clínico para cada síntoma presente y pasado; el clínico determina en un sumario si el síntoma está ausente, es probable o es definitivo (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn y Moreci 1997).

## Modificar / Consultar Datos del Paciente

Inserte los siguientes datos :

Datos personales :

» *Iniciales :	<u>AMM</u>	» *Sexo :	<input checked="" type="radio"/> Varón <input type="radio"/> Mujer
» *Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):	<u>12/10/1989</u>	» Fecha Alta (dd/mm/aaaa):	<u>30/10/2019</u>
» *Peso:	<u>65</u> Kg		
» *Altura:	<u>178</u> cm		
» *IMC:	<u>        </u>		
» SIP Paciente:	<u>*****</u>		
» SIP Padre:	<u>*****</u>	» SIP Madre:	<u>*****</u>
» SIP Hermano 1:	<u>*****</u>	» SIP Hermano 2:	<u>*****</u>

Diagnostico Previo:

- Trastorno de Panico sin agorafobia
- Trastorno Depresivo Mayor
- Trastorno Esquizoafectivo
- Trastorno Limite de Personalidad
- Trastorno obsesivo Compulsivo
- Trastorno Obsesivo Compulsivo de P

Diagnóstico Actual:

- Trastorno de Panico sin agorafobia
- Trastorno Depresivo Mayor
- Trastorno Esquizoafectivo
- Trastorno Limite de Personalidad
- Trastorno obsesivo Compulsivo

Figura 6. Ficha de introducción de un paciente en el programa de la entrevistas clínica.

En la figura 6 se muestra una captura de pantalla en la que podemos observar los datos de filiación principalmente así como de otros miembros de la familia. También aspectos clínicos referentes a la talla, peso e IMC y el diagnóstico DSM-III previo.

## Questionario Psicopatología General

IMPORTANTE: Para guardar los datos debe apretar el boton inferior ACEPTAR o marcar NO a la pregunta EVIDENCIA DE Psicopatología\_General en el episodio actual  
Evidencia de Episodios en el pasado :  NA  NO  SI

### PSICOPATOLOGIA GENERAL:

1.-Dolores de cabeza	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
2.-Nerviosismo o agitación interior	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
3.-Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
4.-Sensaciones de desmayo o mareo	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
5.-Pérdida de deseo o de placer sexual	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
6.-El hecho de juzgar a otros negativa criticamente	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input checked="" type="radio"/> Mucho.
7.-La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	<input type="radio"/> Nada. <input checked="" type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
8.-La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
9.-La dificultad para recordar las cosas	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
10.-Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	<input type="radio"/> Nada. <input checked="" type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
11.-Sentirse facilmente irritado o enfadado	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
12.-Dolores en el corazón o en el pecho	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
13.-Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	<input type="radio"/> Nada. <input checked="" type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
14.-Sentirse bajo de energías o decaído	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.

Figura 7. Questionario de psicopatología general.

15.-Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
16.-Oír voces que otras personas no oyen	<input checked="" type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
17.-Temblores	<input type="radio"/> Nada. <input checked="" type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
18.-La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
19.-Falta de apetito	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
20.-Llorar fácilmente	<input type="radio"/> Nada. <input checked="" type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
21.-Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
22.-La sensación de estar atrapado o como encerrado.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
23.-Tener miedo de repente y sin razón.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
24.-Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
25.-Miedo a salir de casa solo.	<input type="radio"/> Nada. <input checked="" type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
26.-Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
27.-Dolores en la parte baja de la espalda.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input checked="" type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
28.-Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
29.-Sentirse solo.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
30.-Sentirse triste.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
31.-Preocuparse demasiado por las cosas.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input type="radio"/> Bastante. <input checked="" type="radio"/> Mucho.
32.-No sentir interés por las cosas.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.
33.-Sentirse temeroso.	<input type="radio"/> Nada. <input type="radio"/> Muy Poco. <input type="radio"/> Poco. <input checked="" type="radio"/> Bastante. <input type="radio"/> Mucho.

Figura 8. Questionario de psicopatología general.

Las figuras 7 y 8 recogen las cuestiones referentes a la psicopatología general.

### Questionario Trastorno Ansiedad Generalizada

IMPORTANTE: Para guardar los datos debe apretar el boton inferior ACEPTAR o marcar NO a la pregunta EVIDENCIA DE Trastorno\_Ansiedad\_Generalizada en el episodio actual

Evidencia de Episodios en el pasado :  NA  NO  SI

UN MÍNIMO DE 6 MESES. NO PUNTUAR SI LA DURACION ES INFERIOR . NO DEBIDA A CRISIS DE ANGUSTIA O A. SEPARACION

1. Ansiedad / Preocupacion Excesiva  NA/Sin INF  NO  SI

2. Dificultad para controlar la preocupacion  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

3. Preocupación asociada al menos a uno de los siguientes:

a. Inquietud/Nervios de punta  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

b. Fácilmente fatigado  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

c. Dificultad de concentración/Tener la mente en blanco  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

d. Irritabilidad  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

e. Tensión Muscular  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

Figura 9. Questionario del trastorno de ansiedad generalizada.

### Questionario Evaluacion Estado Animo

IMPORTANTE: Para guardar los datos debe apretar el boton inferior ACEPTAR o marcar NO a la pregunta EVIDENCIA DE Evaluacion\_Estado\_Animo en el episodio actual

Evidencia de Episodios en el pasado :  NA  NO  SI

1a Humor depresivo  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

1b Humor irritable  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

Anhedonia  Pasado NA  NO  SI  Actual NA  No  Leve  Moderado  Severo

ACEPTAR

Figura 10. Questionario de evaluacion del estado de animo.

## PSICOSIS

### 1. Detección de alucinaciones

EVIDENCIA DE ALUCINACIONES  NA/Sin INF  NO  SI

#### A. Auditivas

1. Sonidos no verbales  NA  NO  Sospechado  Positivo

2. Comentarios Continuos  NA  NO  Sospechado  Positivo

Describir:

a. Contenido relacionado siempre con humor depresivo o maniaco  NA  NO  Sospechado  Positivo

3. Voces Conversando  NA  NO  Sospechado  Positivo

Describir:

a. Contenido relacionado siempre con humor depresivo o maniaco  NA  NO  Sospechado  Positivo

4. Alucinaciones imperativas  NA  NO  Sospechado  Positivo

Describir:

Figura 11. Cuestionario de evaluación de síntomas psicóticos.

### Cuestionario Anorexia Bulimia Nerviosa

IMPORTANTE : Para guardar los datos debe apretar el boton inferior ACEPTAR o marcar NO a la pregunta EVIDENCIA DE Anorexia\_Bulimia\_Nerviosa en el episodio actual

Evidencia de Episodios en el pasado :  NA  NO  SI

#### Anorexia Nerviosa

A. Perdida de Peso : Positivo si : Peso inferior al 15% del esperado Intencional  NA/Sin INF  No  Si

Peso Actual en Kgs:

Altura Actual en cms:

Peso Más bajo en Kgs:

\* Para Calcular el peso esperable pulse esta línea

#### Criterios Anorexia Nerviosa. DSM-IV

A.- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor minimo normal considerando la edad y la talla: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable. Se recomienda para aplicar de modo estricto este criterio usar tablas de peso y talla.  NA  No  Si

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.  NA  No  Si

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.  NA  No  Si

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con  NA  No  Si

Figura 12. Cuestionario de trastornos de la conducta alimentaria.

### Questionario Trastorno deficit Atencion

IMPORTANTE : Para guardar los datos debe apretar el boton inferior ACEPTAR o marcar NO a la pregunta EVIDENCIA DE Trastorno\_deficit\_Atencion en el episodio actual

Evidencia de Episodios en el pasado :  NA  NO  SI

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION:

A.I. ATENCION: 6 o más de los siguientes:

1. Descuido/ Desaseado	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
2. Dificultad para mantener la atención	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
3. No escucha	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
4. Dificultad para seguir instrucciones	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
5. Dificultad para organizarse las tareas/actividades	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
6. Dificultad para el esfuerzo mental sostenido	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
7. Pierde cosas	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
8. Fácilmente Distrable	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo
9. Olvidadizo para las Actividades Diarias	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Severo

NOTAS:

Figura 13. Questionario del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

### Questionario Trastorno Oposicional

IMPORTANTE : Para guardar los datos debe apretar el boton inferior ACEPTAR o marcar NO a la pregunta EVIDENCIA DE Trastorno\_Oposicional en el episodio actual

Evidencia de Episodios en el pasado :  NA  NO  SI

TRASTORNO OPOSICIONAL / NEGATIVISMO DESAFIANTE :

1.A menudo pierde la paciencia	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo
2.A menudo discute con los adultos	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo
3.Desafia las demandas/normas de los adultos	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo
4.Molesta deliberadamente a la gente	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo
5.Acusa a los demás de sus propios errores o mal comportamiento	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo
6.Susceptible/fácilmente se enfada	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo
7.A menudo está enfadado/resentido	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo
8.A menudo es rencoroso/vengativo (se desquicia)	<input type="radio"/> NA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input type="radio"/> severo

Cronologia :

Actualmente en un episodio  NA  NO  Si

El episodio actual es el mas severo  NA  NO  Si

Duracion del episodio actual (en semanas)

Figura 14. Questionario del trastorno oposicionista.

## Cuestionario Abuso Alcohol

IMPORTANTE : Para guardar los datos debe apretar el boton inferior ACEPTAR o marcar NO a la pregunta EVIDENCIA DE Abuso\_Alcohol en el episodio actual  
Evidencia de Episodios en el pasado :  NA  NO  SI

ABUSO DEL ALCOHOL :

A. CONSUMO DE ALCOHOL

¿ Has bebido alguna vez?  NA/Sin INF  NO  SI

¿ Que edad tenías cuando beebiste por primera vez?

B. Frecuencia

- a ¿ Con que frecuencia sueles beber?
- Solo una vez o dos, en alguna ocasión
  - Menos de 1 vez al mes
  - Mas de 1 vez al mes, pero menos de 1 vez por semana
  - Una vez por semana
  - Dos.4 días por semana
  - 5-7 días por semana

¿ Hubo alguna vez que bebiste con más frecuencia ?  NA/Sin INF  NO  SI

¿ Cuanto tiempo hace que dejaste de beber con esa frecuencia ?

Figura 15. Cuestionario del trastorno por consumo de sustancias.

Las figuras 8 a 15 muestran las cuestiones correspondientes a los síntomas de cada síndrome, que permiten investigar uno por uno los criterios diagnósticos de los trastornos psiquiátricos.

Finalizada la toma de datos, el sistema (entrevista informatizada) aplica los algoritmos de diagnóstico DSM-III-TR/DSM-IV.

Cabe añadir que el instrumento dispone de ayudas, a modo de pantallas que se abren para tener información y ayudar al evaluador en su cometido, lo que facilita la fiabilidad.

El personal evaluador estuvo constituido por psiquiatras titulados que recibieron varias reuniones para el aprendizaje en el manejo del instrumento.



### 5.3. Muestra.

La población evaluada, con edades comprendidas entre 12 y 16 años, procedió de 5 centros públicos con Enseñanza Secundaria Obligatoria y fue llevada a cabo por 14 profesionales de la salud mental, con una única intervención y específicamente en los adolescentes, sin incluir a los progenitores.

### 5.4. Procedimiento.

El trabajo fue ofrecido como prolongación del Proyecto de Detección e intervención en Trastornos de Conducta Alimentaria que se desarrolló hasta 2015 en la Comunitat Valenciana por las Consellerias de Sanidad y Educación del Gobierno local. Así, sólo 5 de un total de 355 centros de la provincia de Valencia participaron de forma voluntaria y según las condiciones establecidas.

La condición del proceso consistía en evaluar a la totalidad de estudiantes matriculados en los cursos de educación secundaria obligatoria cuyos padres o tutores habrían dado el consentimiento a excepción de que, tras ser informados, se hubiera hecho constar la negativa a la participación.

Los criterios de inclusión se cifraron al hecho de asistir a clase el día de la entrevista y una edad comprendida entre los 12 y los 16 años

En nuestra región, el diseño de la red de escuelas públicas está destinado para que cada municipio asuma la educación primaria de la población demandante. Siempre que el municipio en cuestión tenga matriculados más de 150 alumnos, contará con una escuela al menos. Por lo que respecta a las escuelas de gestión privada,

éstas tienen conciertos con la administración educativa y por tanto forman parte de la red pública; únicamente se admiten estudiantes de una determinada área geográfica (por ejemplo, una parte o un distrito de un municipio). No obstante, en el estudio no participó ninguna escuela completamente privada, por lo que la totalidad de alumnos que forman parte de la muestra pertenecen al sector público.

En la provincia de Valencia hay 266 municipios con un total de 398 centros con los dos ciclos de educación secundaria; el 89 % (355) en el proyecto institucional de detección de los trastornos alimentarios. Por tanto, contamos para el estudio con el 1,2 % de los centros (5) de la Provincia de Valencia ([www.cece.gva.es](http://www.cece.gva.es)).

Por lo que respecta a la representatividad de la muestra respecto a la totalidad de la población de alumnos de educación secundaria, cabe matizar que en el caso de que un municipio únicamente dispusiera de una escuela de secundaria, la selección realizada sería representativa del total de estudiantes del área. Esto sucedió en tres de los centros del trabajo (municipio 1: 8918 habitantes, densidad de población de 1604 habitantes / km<sup>2</sup>; municipio 2: 16738 habitantes, la densidad de población de 1887 habitantes / km<sup>2</sup> y municipio 3: 8367 habitantes, 116 habitantes / km<sup>2</sup>). Los otros dos centros públicos se hallaban en la misma localidad (municipio 4: 27175 y una densidad de población de 2073 habitantes / km<sup>2</sup>) y un 74,2% del total de plazas en las escuelas secundarias del mismo. A pesar de no contar con centros privados que aportaran alumnos de un perfil social y demográfico distinto, la muestra es representativa de la población escolar de los municipios del estudio.

La idiosincrasia de la zona estudiada es similar a la del resto de la comunidad autónoma. Así, la economía local de la mayoría de municipios fue variada comprendiendo los sectores industrial, servicios y construcción. Ninguna de las localidades fue exclusivamente rural. Debido a la fragmentación de los barrios periféricos de Valencia, la densidad de población de los municipios estudiados fue elevada, a excepción de un único municipio. Por lo que respecta a la lejanía, todas las localidades son accesibles a la capital encontrándose en un radio de 30 km ([www.cajaespana-duero.es/servicios/informacion-corporativa/estudios.asp](http://www.cajaespana-duero.es/servicios/informacion-corporativa/estudios.asp)).

#### 5.5 Análisis estadístico.

Realizamos un estudio descriptivo de la muestra con las variables sociodemográficas: edad, sexo y raza. También de los principales trastornos (según criterios DSM-IV-TR) recogidos en las escala K-SADS.

En una segunda etapa, procedimos al análisis estadístico empleando la prueba de  $X^2$  para observar si existía asociación entre la variable experiencias psicóticas y el resto de trastornos estudiados; además, se calculó el incremento del riesgo (O.R.) y su intervalo de confianza al 95% para todos ellos.

Empleamos el paquete estadístico SPSS en su versión 19.

# 6. RESULTADOS.

## 6. RESULTADOS.

### 6.1. Características de la muestra.

La muestra total de escolares fue de 993; de ellos 26 no pudieron ser evaluados y 5 fueron eliminados de la base de datos por pérdida de información. Restaron 962 sujetos con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años ( $14,04 \pm 1,22$ ).

En las siguientes tablas se muestran la distribución por sexo (tabla 11) y raza (tabla 12).

<b>SEXO.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Varones.	502	52,2 %
Mujeres.	460	47,8%
<i>Total.</i>	962	100 %

*Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de la variable sexo.*

<b>RAZA.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Europeo.	913	94,8 %
Latinoamericana.	37	3,7 %
Árabe.	11	1 %
Asiático.	1	0,1 %
<i>Total.</i>	962	100 %

*Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de la variable raza.*

## 6.2. Análisis por grupos diagnósticos.

### 6.2.1. Trastornos de ansiedad.

De la muestra, un 17,2% padecían algún trastorno de ansiedad con claro predominio femenino de los mismos. Fue, con mucho, el grupo de trastornos más frecuente del estudio (tabla 13, figura 16).

<b>T. ANSIEDAD.</b>	<b>HOMBRES</b> <i>Frecuencia.</i>	<i>Porcentaje.</i>	<b>MUJERES</b> <i>Frecuencia.</i>	<i>Porcentaje.</i>	<b>TOTAL</b> <i>Frecuencia.</i>	<i>Porcentaje.</i>
T. De pánico.	7	0,6 %	17	1,9 %	24	2,5 %
T. De ansiedad por separación.	4	0,4 %	2	0,2 %	6	0,6 %
T. De ansiedad generalizada.	12	1,1 %	17	1,9%	29	3 %
Agorafobia.	8	0,8 %	16	1,7 %	26	2,7 %
Fobia social.	3	0,2 %	10	1,2 %	13	1,4 %
Fobia específica.	30	3 %	37	4 %	67	7 %
<i>Total.</i>	64	6,6 %	99	10,6 %	163	17,2 %

*Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de trastornos de ansiedad.*

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

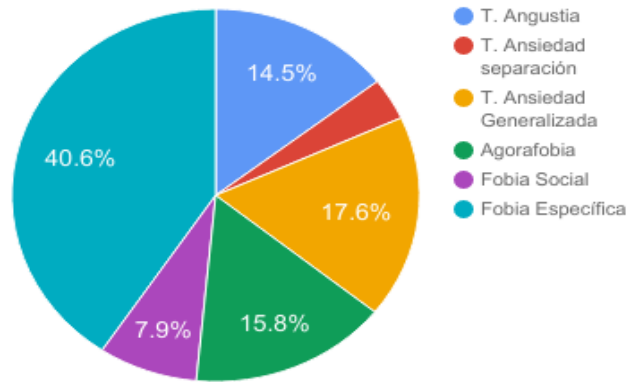


Figura 16. Diagrama de sectores: frecuencia y porcentaje de trastornos de ansiedad.

### 6.2.2. Trastornos relacionados con el trauma y el estrés.

Únicamente el 0,2 % (n=2), mujeres ambas, cumplieron criterios de trastorno por estrés postraumático y ninguno de trastorno adaptativo.

### 6.2.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.

La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo fue del 1,9 % con dominio de la clínica obsesiva frente a las compulsiones. La distribución por género fue favorable al sexo femenino (tabla 14).

T. OBSESIVO-COMPULSIVO.	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.
Predominio obsesiones.	5	0,5 %	7	0,6 %	12	1,1%
Predominio compulsiones.	2	0,3 %	4	0,5 %	6	0,8 %
<i>Total.</i>	7	0,6 %	11	1,3 %	18	1,9 %

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje del trastorno obsesivo-compulsivo.

#### 6.2.4. Trastornos de la alimentación.

La prevalencia de trastornos de la alimentación fue del 3,5 % con un 3,3 % para la anorexia y un 0,2 % para la bulimia. Respecto a los subtipos resultantes de la anorexia nerviosa tanto el síndrome subclínico como el parcial fueron los que coparon la gran mayoría de los datos. En lo que respecta a la distribución por género, existe claro predominio del sexo femenino para la anorexia pero equitativa en la bulimia (Tabla 15).

TIPO TRASTORNO ALIMENTACIÓN.	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.
*A.N. Positivo síndrome completo restrictivo.	0	0 %	1	0,1%	1	0,1%
A.N. Positivo síndrome completo purgativo.	0	0 %	1	0,1 %	1	0,1 %
A.N. Síndrome subclínico.	4	0,3 %	11	1,2 %	15	1,5 %
A.N. Síndrome parcial.	0	0 %	15	1,5 %	15	1,5 %
Bulimia purgativa.	0	0 %	3	0,2 %	3	0,2 %
<i>Total.</i>	4	0,3 %	31	3,2 %	35	3,5 %

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria. (\*A.N. anorexia nerviosa).



#### 6.2.5. Trastornos del estado de ánimo.

Únicamente tres pacientes presentaron criterios clínicos compatibles con un episodio depresivo mayor 0,3 % (n=3) y uno con distimia 0,1 % (n=1). Todos eran mujeres.

Ningún paciente cumplió criterios de episodio depresivo menor, manía o hipomanía.

El 2% (n=19), aun sin cumplir criterios de cuadro afectivo, presentó una alteración del estado de ánimo secundaria a enfermedad médica o en relación a la pérdida de un ser querido.

#### 6.2.6. Trastornos psicóticos.

Ningún paciente cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia ni ninguno de sus ítems por separado, salvo dos pacientes que cumplirían el criterio E para la esquizofrenia.

#### 6.2.7. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue del 9 % con predominio del subtipo déficit de atención, seguido del combinado y en menor cuantía del hiperactivo. En cuanto a la distribución por sexos, el género masculino fue el más prevalente.

T. Por déficit de atención e hiperactividad.	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.
Predominio déficit de atención.	25	2,6 %	22	2,3 %	47	4,9 %
Predominio hiperactividad.	7	0,6 %	11	1,1 %	18	1,7 %
Tipo combinado.	18	1,9 %	4	0,4 %	22	2,3 %
<i>Total.</i>	50	5,7 %	37	3,7 %	87	9 %

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

#### 6.2.8. Trastorno de conducta y oposicionista.

Todos los pacientes afectos de trastorno de conducta, cinco en total, fueron varones. Por lo que respecta a los tipos, hubo un paciente con tipo inicio en edad infantil con conducta precoz y otro sin conducta precoz. Al tipo inicio en la adolescencia con conducta precoz pertenecieron tres sujetos.

Trastorno de conducta Edad de inicio.	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.
Inicio en la edad infantil:						
-Con conducta precoz.	1	0,1 %	0	0 %	1	0,1 %
-Sin conducta precoz.	1	0,1 %	0	0%	1	0,1 %
Inicio en la adolescencia:						
-Con conducta precoz.	3	0,3 %	0	0%	3	0,3 %
-Sin conducta precoz.	0	0 %	0	0%	0	0 %
<i>Total</i>	5	0,5 %	0	0%	5	0,5%

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje del trastorno de conducta.

Con respecto al trastorno oposicionista, el predominio también es masculino y respecto a la intensidad del mismo, moderada.

Intensidad.	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.
Severo.	2	0,2 %	0	0	2	0,2%
Moderada.	5	0,5 %	4	0,3 %	9	0,8 %
Total.	7	0,7 %	4	0,3 %	11	1 %

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje del trastorno oposicionista.

#### 6.2.7. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

El 5,8 % de la muestra, con igualdad entre sexos, fue diagnosticado de trastorno por consumo de alcohol. Con respecto a los principales criterios del trastorno por consumo de sustancias, el 1,7 % con predominio masculino cumplieron los síntomas de abstinencia y tolerancia; el patrón de abuso de sustancias únicamente fue etiquetado con el 0,5 % del total, con exclusividad del género masculino.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.	Frecuencia.	Porcentaje.
Abuso.	5	0.5 %	0	0	5	0.5 %
Tolerancia.	11	1 %	8	0,7 %	19	1,7 %
Abstinencia.	11	1 %	8	0,7 %	19	1,7 %
T. por consumo de alcohol.	30	2,9 %	27	2,9 %	57	5,8 %

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

### 6.3. Comorbilidad

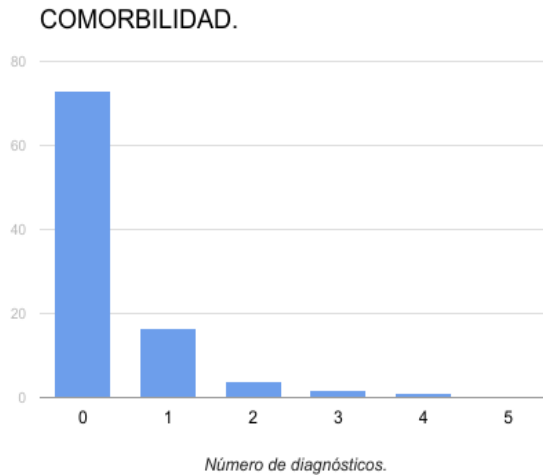
Como se puede observar en la tabla 19, prácticamente una cuarta parte de los pacientes (24,8%) presentaron al menos un diagnóstico psiquiátrico DSM-IV-TR.

En este caso, fue más frecuente la comorbilidad en mujeres con el 54,3 % de los sujetos con al menos un trastorno comórbido frente al 45,7 %.

Los datos son los siguientes:

<b>Número de trastornos.</b>	<b>Frecuencia.</b>	<b>Porcentaje</b>
0.	706	73 %
1.	160	16,5 %
2.	37	3,8 %
3.	15	1,6 %
4.	11	1,1 %
5.	2	0,2 %
<i>Total.</i>	931	96,3 %
Perdidos sistema.	36	3,7 %
<i>Total.</i>	36	100 %

*Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de comorbilidad.*



*Figura 17. Diagrama de barras de comorbilidad de trastornos psiquiátricos.*

Analizando los dos grupos diagnósticos más frecuentes (tabla 20) y su comorbilidad, los trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad son los que mayor número de comorbilidades asociadas presentan.

Así, los trastornos de ansiedad se encontrarían presentes en prácticamente el 50 % de los sujetos con trastornos relacionados con el trauma y el estrés, trastornos de conducta, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la alimentación y trastornos por consumo de sustancias en patrón de abuso. También presentarían comorbilidad en uno de cada cuatro sujetos con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En cuanto al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, señalar que se encontraría presente en tres de cada cuatro sujetos afectados de un trastorno oposicionista, en uno de cada dos con

trastorno de conducta y en los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. También el trastorno de inatención se encontraría presente en uno de cada tres sujetos afectados del trastorno de la alimentación.

<i>Comorbilidad.</i>	<i>Trastornos de ansiedad.</i>		<i>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.</i>	
	<i>Frecuencia.</i>	<i>Porcentaje.</i>	<i>Frecuencia.</i>	<i>Porcentaje.</i>
T. De ansiedad.			29	17,4 %
T. Relacionados con el trauma y el estrés.	1	50 %	1	50 %
T. Obsesivo-compulsivo.	4	22,1 %	3	16,7 %
T. Del estado de ánimo.	9	47,4 %	2	8,7 %
T. Psicóticos.	0	0	0	0
T. por consumo de sustancias:				
-Abuso.	2	40 %	1	20 %
-T.Por consumo de alcohol.	11	19,3 %	5	8,8 %
T. de la conducta alimentaria.	16	45,6 %	11	31,3 %
T Por déficit de atención e hiperactividad.	22	25,3 %		
T. De conducta.	5	55,5 %	4	44,4 %
T. Opositorista.	1	11 %	8	72,6 %

*Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de comorbilidad entre trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.*

Con respecto a aquellos pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria comórbido, encontramos un predominio del género femenino ( $\chi^2$  de 7,94, p 0,005).

	<i>T. DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.</i>		<i>NO T. DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.</i>	
	<i>HOMBRES.</i>	<i>MUJERES.</i>	<i>HOMBRES.</i>	<i>MUJERES.</i>
T. CONDUCTA ALIMENTARIA.	2	9	4	19
NO T. CONDUCTA ALIMENTARIA.	28	48	49	67

*Tabla 22. Relación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de la conducta alimentaria en función del género.*

En cuanto a los trastornos de ansiedad, realizando el mismo análisis con respecto al género en la comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria, no detectamos diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2$  3,25; p 0,06).

	<i>T. ANSIEDAD.</i>		<i>NO T. ANSIEDAD.</i>	
	<i>HOMBRES.</i>	<i>MUJERES.</i>	<i>HOMBRES.</i>	<i>MUJERES.</i>
T. CONDUCTA ALIMENTARIA.	3	13	6	28
NO T. CONDUCTA ALIMENTARIA.	47	64	95	97

*Tabla 23. Relación de los trastornos de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria en función del género.*

El análisis por sexo en pacientes con trastorno de ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad comórbido tampoco arrojó diferencias ( $\chi^2$  de 0,03; p 0,86).

	<i>T. ANSIEDAD.</i>		<i>NO T. ANSIEDAD.</i>	
	<i>HOMBRES.</i>	<i>MUJERES.</i>	<i>HOMBRES.</i>	<i>MUJERES.</i>
T. DÉFICIT ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.	9	13	86	53
NO T. DÉFICIT ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.	41	64	50	37

*Tabla 24. Relación de los trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en función del género.*



#### 6.4. Experiencias Psicóticas.

De toda la muestra, el 11,5 % de los sujetos (n=112) habría presentado experiencias psicóticas según los ítems de la escala empleada en el estudio; incluimos las ideas delirantes y/o alucinaciones. De ellos, el 38,4 % (n= 43) fueron varones y el 61,6 % (n=69) mujeres.

Analizando la relación existente entre la presencia de experiencias psicóticas y el diagnóstico de otras entidades diagnósticas encontramos datos interesantes que procedemos a describir a continuación.

	*E.P.		NO E.P.		O.R.	I.C.
	n	%	n	%		
T.ANSIEDAD:						
-T. De pánico.	10	1,0 %	14	1,4 %	5,9	2,5-13,5
-Agorafobia.	5	0,5 %	21	2,2 %	1,9	0,7-4,9
-T. De ansiedad generalizada.	9	0,9 %	20	2,0 %	3,2	1,5-8,3
-Fobia social.	3	0,3 %	10	1,0 %	2,3	0,5-8,7
-Fobia específica.	12	1,1 %	55	5,6 %	1,6	0,8-3,3
-T. De ansiedad por separación.	4	0,3 %	2	0,2 %	15,7	2,7-87,5
T.OBSESIVO-COMPULSIVO.	4	0,3 %	15	1,4 %	2,1	0,6-6,7
T.CONDUCTA ALIMENTARIA.	13	1,3 %	21	2,2 %	5,1	2,6-10,6
T.ESTADO DE ÁNIMO:						
-Cualquier alteración.	10	1 %	4	0,3 %	21	6,3-68
-T.Depresivo mayor.	3	0,3 %	0	0	8,7	7,3-10,5
-Distimia.	1	0,1 %	0	0	8,7	7,2-10,3
T.CONDUCTA.	0	0 %	5	0,5 %	1,1	1-1,5
T.OPOSICIONISTA.	2	0,2%	13	0,9 %	1,2	0,3-5,3
T.D.A.H.	11	1,1 %	76	7,8 %	1,1	0,6-2,2
T. POR CONSUMO SUSTANCIAS:						
-Abuso	0	0 %	5	0,5 %	1,1	1-1,5
-Tolerancia.	3	0,3 %	19	2,0 %	1,1	1-1,5
-Abstinencia.	3	0,3 %	19	2,0 %	1,3	0,3-4,9
-Consumo de alcohol.	11	1,1 %	46	4,6 %	2,0	1-3,7

Tabla 25. Experiencias psicóticas en diagnósticos. \*E.P experiencias psicóticas.

Dentro de los trastornos de ansiedad existió clara asociación entre el trastorno de ansiedad generalizada y las experiencias psicóticas ( $\chi^2$  11,13;  $p= 0,001$ ); el riesgo de padecer dichos fenómenos se encontró pues, aumentado en 3,7 veces respecto a aquellos sujetos (*OR*: 3,7; *IC* 95%: 1,63-8,27) que no recibieron el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Existió fuerte asociación con el trastorno de pánico ( $\chi^2$  21,74;  $p < 0,01$ ) con un riesgo de padecer experiencias psicóticas en estos pacientes superior en 5,89 veces (*OR*: 5,89; *IC* 95% 2,5-13,5).

Por lo que respecta al trastorno de ansiedad por separación también existe asociación con la presencia de experiencias psicóticas pero dada la escasa prevalencia del trastorno en nuestra muestra ( $n= 6$ ), debemos ser cautos con el resultado ( $\chi^2$  17,8;  $p < 0,05$ ); el riesgo estaría aumentado en 15 (*OR*: 15,82; *IC* 95% 2,86-87,47). Dichos intervalos de confianza tan elevados son debidos precisamente al escaso tamaño muestral.

La asociación no fue estadísticamente significativa con la agorafobia ( $\chi^2$  1,53;  $p 0,2$ ), la fobia social ( $\chi^2$  1,74;  $p 0,17$ ), ni con la fobia específica ( $\chi^2$  2,93;  $p 0,08$ ).

Por lo que respecta a los trastornos relacionados con el trauma y el estrés, a pesar de contar con pocos datos, no existió mayor incidencia de las experiencias psicóticas, ( $\chi^2$  2,8;  $p 0,089$ . *OR*: 0,13; *IC* 95 % 0,008-2,093).

En los trastornos de la conducta alimentaria, existió asociación estadísticamente significativa con un valor de  $\chi^2$  de 24,3 y un p valor < 0,01. El riesgo de padecer experiencias psicóticas fue 3,7 veces mayor (*OR*: 3,7; *IC 95 %*: 2,4-10,6) que en aquellos pacientes sin alteraciones de la alimentación como diagnóstico.

El trastorno obsesivo-compulsivo tampoco mostró mayor frecuencia de experiencias psicóticas ( $\chi^2$  2,03; p 0,14. *OR*: 2,22; *IC 95 %* 0,72-6,87).

Resulta interesante señalar la asociación entre la presencia de experiencias psicóticas y la alteración del estado de ánimo con un un valor de  $\chi^2$  de 49,8 y un p valor < 0,01. Así mismo, el riesgo de padecer experiencias psicóticas está aumentado en cualquier alteración del estado de ánimo en casi 21 veces a los que no lo sufren (*OR*: 21; *IC 95%*: 6,3-67,8). A pesar de un número de sujetos escaso, los tres sujetos con depresión mayor presentaron experiencias psicóticas ( $\chi^2$  22,96; p < 0,01. *OR*: 8,83; *IC 95 %* 7,41-10,54).

No hubo asociación estadísticamente significativa, con los trastornos de conducta ( $\chi^2$  0,66; p 0,42. *OR*: 1,12; *IC 95 %* 1,11-1,19) ni con el opositorista ( $\chi^2$  0,05; p 0,82. *OR*: 1,18; *IC 95 %* 0,25-5,29).

Sí existe en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con un valor de  $\chi^2$  de 4,5 y un p valor de 0,02, un efecto protector (*OR*: 0,5; *IC 95%*: 0,1-0,8) de padecer experiencias psicóticas de

con respecto a aquellos sin diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En el apartado de los trastornos por consumo de sustancias: con los criterios relacionados con la abstinencia ( $\chi^2$  0,33;  $p < 0,55$ ), la tolerancia ( $\chi^2$  0,33;  $p < 0,55$ ) y el abuso ( $\chi^2$  0,64;  $p < 0,42$ ) no hay ningún tipo de asociación.

En resumen, hemos detectado una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de experiencias psicóticas: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad por separación, los trastornos del estado de ánimo y trastornos de la conducta alimentaria. En cambio, resultaría protector el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

## 7. DISCUSIÓN.

## **7 DISCUSIÓN.**

El objetivo del presente estudio fue doble. En primer lugar pretendimos evaluar la morbilidad psiquiátrica en una población de adolescentes de la provincia de Valencia. Entrevistadores cualificados emplearon una entrevista semiestructurada, fiable y precisa, sobre la que se aplican algoritmos de los diferentes trastornos psiquiátricos según el sistema DSM-IV. Participaron cerca de 1000 escolares de varios centros que se ofrecieron como voluntarios, con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años ( $14,04 \pm 1,22$ ). Salvo oposición de los padres, se contó con el consentimiento en la totalidad de los sujetos.

Hay que resaltar al respecto, la importancia que tiene el conocimiento del estado de salud mental en la edad infanto-juvenil con el fin de establecer planes de prevención, tratamiento e investigación a nivel poblacional. También mencionar la escasez de trabajos previos que recojan resultados que abarquen la totalidad de trastornos analizados, tal y como realizamos en la presente tesis.

El segundo objetivo consistió en analizar las características propias de aquellos sujetos que presentaron experiencias psicóticas como hallazgo psicopatológico encontrado en el instrumento de medida. Las cifras de prevalencia tras un análisis inicial, resultaron llamativamente elevadas y motivaron su estudio detallado.

### 7.1. Prevalencia de psicopatología.

Respecto al primero de los objetivos del estudio, la epidemiología y análisis del estado psicopatológico en la población adolescente, encontramos que prácticamente uno de cada cuatro individuos (24,8 %) presentó un trastorno compatible con los criterios diagnósticos DSM-IV.

Existe cierta disparidad con los datos en la literatura previamente analizada; así los primeros estudios de prevalencia se remontan a los años 50 del siglo pasado. Empezaremos por citar la revisión de Gould y colaboradores (1981) de 25 trabajos realizados en Estados Unidos entre los años 1928 y 1975; la prevalencia de trastornos mentales en edad infanto juvenil fue del 11,8 % entre los 10 y los 15 años.

Más recientemente, Polancyk y colegas (2015) realizan un metaanálisis comentado en reiteradas ocasiones en este trabajo y que incluye 41 estudios de 27 países entre los años 1985 y 2012. En el mismo se extraen cifras de prevalencia para al menos un trastorno mental en el 13,4 % de los sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años.

En nuestro ámbito geográfico y en nuestro propio trabajo, sin embargo, las cifras de prevalencia general de morbilidad psiquiátrica han sido más elevadas que en los casos citados. Debemos mencionar el trabajo realizado por Gómez-Beneyto y colaboradores (1994) con cerca de 1200 sujetos; se realizó sobre tres grupos de 400 individuos con 8, 11 y 15 años respectivamente. Emplearon inicialmente una escala de cribado, la Child Behavior Checklist (Achenbach y Edelbrock, 1983 & Puche, 1991) y en segundo lugar la misma entrevista que nosotros, la K-SADS junto a la Global Assessment Functioning Scale del DSM-III-TR (American

Psychiatric Association, 1987). En este caso, la prevalencia global de trastornos mentales fue del 21,7 %, bastante más aproximada a la obtenida por nosotros.

Como vamos a tener ocasión de observar a lo largo de la discusión, las prevalencias de trastorno mental en general o en cada una de sus categorías varían de manera muy amplia entre unos estudios y otros. Incluso trabajos realizados en poblaciones similares y con instrumentos parecidos arrojan cifras de prevalencia muy dispares. Las fuentes de variación son muy amplias y van desde las características de la población estudiada (urbana, edad, distribución por sexos, nivel de estudios...) a las propias de los instrumentos de medida utilizados (escalas, entrevistas) y a la cualificación del personal que las administra.

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>Gould et al., 1987.</b>	<b>Polancyk et al., 2015.</b>	<b>Gómez-Beneyto et al., 1994.</b>
Edad muestral.	12-16 años.	10-15 años.	6-18 años.	8-15 años.
Al menos un trastorno DSM-IV.	24,8 %	11,8 %	13,4 %	21,7 %

*Tabla 26. Edad y prevalencia de algún trastorno mental.*

### 7.1.1. Trastornos de ansiedad.

En las tablas 26 y 27 recogemos los datos de nuestro estudio y de los principales trabajos publicados sobre este apartado.



	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>American Psychiatric Association, 2013.</b>	<b>Merikangas et al., 2010.</b>	<b>Beesdo, et al., 2009.</b>	<b>Polanczyk et al., 2015.</b>
GLOBAL.	17,2 %	5-15 %	31,9 %	15-20 %	6,5 %
Agorafobia.	2,7 %	1,7 %	2,4 %	3-4 %	
T. De ansiedad por separación.	0,6 %	1,6 %	7,6 %	2,8-8 %	
T. De pánico.	2,6 %	2-3 %	2,3 %	2-3 %.	
T. De ansiedad generalizada.	3 %	0,9 %	2,2 %		
Fobia social.	1,4 %	2,3 %	9,1 %	7 %	
Fobia específica.	7 %	16 %	19,3 %	10 %	

*Tabla 27. Trastornos de ansiedad. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos internacionales.*

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>Gómez-Beneyto et al., 1994.</b>	<b>Orgilés et al., 2012.</b>
GLOBAL.	17,2 %		26,3 %
Agorafobia.	2,7 %		4,6 %
T. De ansiedad por separación.	0,6 %	1,2 %	5,5 %
T. De pánico.	2,6 %		
T. de ansiedad generalizada.	3 %	4,1-6,7 %	4,9 %
Fobia social.	1,4 %		4,6 %
Fobia específica.	7 %	2,5 -1,9 %	

*Tabla 28. Trastornos de ansiedad. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales.*

Un 17,2 % de nuestra población presentó algún trastorno de ansiedad: trastorno de pánico, agorafobia, fobia simple, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad

por separación. Esta cifra está próxima al porcentaje del 5 al 15 % que estima la APA (American Psychiatric Association, 2013) y del 15 al 20 % de la revisión de Beesdo y colaboradores (2009), que incluía 29 trabajos sobre la etiología y epidemiología de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Es inferior a la del estudio de prevalencia de Merikangas, si bien es cierto, que en este se incluyen cifras del trastorno por estrés postraumático que por las nuevas clasificaciones, ya no pertenecería al grupo de los trastornos de ansiedad.

En el citado metaanálisis de Polancyk y colegas (2015) la cifra fue sin embargo, bastante inferior: del 6,5 %; dicho resultado no obstante, se incrementaría hasta cerca del 30 % si en el análisis se hubieran incluido los datos de aquellos sujetos con síntomas subsindrómicos.

Un estudio de interés en cuanto a ámbito geográfico, proximidad y metodología, fue el realizado en la provincia de Alicante por Orgilés y colaboradores (2012). Su objetivo fue el de averiguar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 17 años reclutados en diversos colegios; emplearon la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997) en 2522 sujetos. El 26,3 % de los evaluados presentaron puntuaciones elevadas en algún trastorno de ansiedad frente a nuestro 17,2 %. Cabe señalar que las puntuaciones elevadas en una escala de ansiedad no entrañarían necesariamente, que un sujeto cumpliera los criterios diagnósticos de un trastorno; la escala validada en nuestro país, está basada en el DSM-IV e incluye los 6 trastornos de ansiedad más frecuentes en la edad infanto-juvenil (tabla 27) (Orgilés et al., 2012).

#### 7.1.1.1. Trastorno de pánico.

Iniciando el subanálisis por categorías diagnósticas en los trastornos de ansiedad, el trastorno de pánico presenta una prevalencia similar a la de otros estudios internacionales (American Psychiatric Association, 2013 & Beesdo et al., 2009). Con respecto al comparativo nacional, Orgilés y colaboradores no distinguen entre el trastorno de pánico y la agorafobia, por lo que es lógico que nuestros datos queden lejos de los mismos. Debemos añadir además, que la edad límite de su trabajo fueron los 17 años frente a nuestros 16, y que el pico en la incidencia del trastorno de pánico se produce al final de la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013) con lo que la inclusión de sujetos de mayor edad podría justificar las diferencias.

#### 7.1.1.2. Agorafobia.

En el caso de la agorafobia, los resultados de nuestro estudio son igualmente inferiores al de Orgilés y colegas (2009) en la provincia de Alicante (tabla 25) recordando que nosotros sí hacemos distinción entre la agorafobia y el trastorno de pánico. A nivel internacional, resultan superiores a los publicados de la APA (American Psychiatric Association, 2013) pero inferiores a la revisión de Beesdo (2009).

#### 7.1.1.3. Trastorno de ansiedad generalizada.

Nuestra prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada supera las cifras de la APA (American Psychiatric Association, 2013) y en menor medida, las de Merikangas y colaboradores (2010). Este último trabajo pretendía evaluar la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes de EEUU según criterios DSM-IV e

incluyendo más de 10000 sujetos; emplearon también una entrevista semiestructurada adaptada para adolescentes (World Health Organization; Composite International Diagnostic Interview version 3.0).

A nivel nacional sin embargo, los datos quedan lejos de ambos estudios comparativos (Gómez-Beneyto et al., 1994 & Orgilés et al., 2012). Con respecto a Gómez-Beneyto (1994), nuestro trabajo arroja cifras menores; en relación a este último resaltar que no incluye datos del trastorno de pánico ni de la agorafobia, por lo que podríamos pensar que parte de estas morbilidades podrían haberse recogido en esta categoría.

#### 7.1.1.4. Trastorno de ansiedad por separación.

Por lo que respecta al trastorno de ansiedad por separación, nuestros datos están por debajo de las cifras de estudios similares tanto nacionales como internacionales (American Psychiatric Association, 2013; Gómez-Beneyto et al., 1994 & Orgilés et al., 2012).

En el estudio valenciano, en sujetos de 8 y 11 años Gómez-Beneyto y colaboradores detectan una prevalencia del 1,2 % frente a nuestro 0,6 %, mientras que en adolescentes de 15 años no recogen ningún caso. En cuanto a Orgilés en la provincia de Alicante, nuestras cifras quedan muy por debajo de las suyas si bien cabe puntualizar que la proporción de la población de origen extranjero dobla a la de la provincia de Valencia (19,9 % frente al 11,1 %; datos del censo población por comunidades autónomas 2020). El hecho de que el trastorno de ansiedad por separación tenga mayor presencia en otros trabajos internacionales (Beesdo et al; 2009 & Merikangas et al; 2010) podría justificar la mayor

prevalencia del desorden en la provincia de Alicante con prácticamente el doble de población no nacional censada.

#### 7.1.1.5. Fobia social y fobia específica.

La prevalencia de fobia social también se encuentra por debajo de la de otros estudios (American Psychiatric Association, 2013; Merikangas et al, 2010; Besdo et al., 2009 & Orgilés et al., 2012). Al respecto, hay que considerar, como concluye una revisión sistemática de Manning y colegas (2016) el estilo de apego como elemento fundamental en la compleja etiopatogenia de la ansiedad social. Es de suponer que las diferencias entre modelos vinculares, además de las disparidades metodológicas, podrían justificar la distancia con la literatura consultada.

Para la fobia específica nuestras cifras vuelven a ser menores a las de estudios muy relevantes (American Psychiatric Association, 2013; Merikangas et al, 2019 & Beesdo et al., 2009) y se encuentran por encima de las obtenidas en el estudio previo de nuestra comunidad (Gómez-Beneyto et al., 1994). A pesar de que la fobia específica es el trastorno más prevalente entre los de ansiedad, y el segundo tras el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, es cierto que nuestros resultados distan bastante de los de la literatura contrastada. La etiología de la fobia específica es desconocida, si bien se sugieren dos hipótesis explicativas. Por una parte la asociación de un evento capaz de provocar miedo o pánico y su apareamiento con una experiencia emocional característica; por otra el modelado, de manera que el sujeto observaría en otro la reacción de pánico ante un peligro e internalizaría dicha emoción frente al objeto o situación específicas (Samra y Abdijadid, 2020). Las grandes diferencias observadas en

la prevalencia podrían tener su origen en la idiosincrasia del sujeto ante la presentación de una experiencia, y a su vez la aleatoriedad con que dichos eventos suelen presentarse.

#### 7.1.1.6. Distribución por género.

Hemos encontrado mayor prevalencia en el sexo femenino (tabla 13) de manera similar a otros estudios (American Psychiatric Association, 2013 & Gómez-Beneyto M, et al; 1994). Por el contrario, el trastorno de ansiedad por separación en nuestro trabajo muestra predominancia en el sexo masculino; dichas diferencias podrían deberse al tamaño y al carácter no aleatorio de la muestra.

#### 7.1.2. Trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastorno adaptativo.

En la tabla 28 exponemos los datos de nuestro trabajo y los de la literatura revisada. Nuestras cifras del TEPT quedan lejos de las cifras de la APA (American Psychiatric Association, 2013). En el estudio de Giaconia y colaboradores (1995) de carácter longitudinal retrospectivo con una muestra de 384 sujetos de la población general, aproximadamente el 6,3 % habría desarrollado un TEPT según criterios DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987). Además constataron que 2 de cada 5 individuos habría sufrido un evento traumático en años anteriores, aunque únicamente el 14,5 % habría desarrollado síntomas compatibles con TEPT.

Respecto a nuestro país, las cifras de nuestro trabajo son muy inferiores a las del estudio realizado en el distrito de Aranjuez, en

la Comunidad de Madrid, por Espín y Belloso (2009). Durante un año, se recogieron datos de carácter sociodemográfico y clínicos (CIE-9) en sujetos que consultaban por primera vez en una unidad de salud mental infantojuvenil; se obtuvo una muestra de 314 pacientes con una prevalencia del 1,2 % de TEPT. Coincidimos con este estudio en la mayor incidencia en el sexo femenino.

En este punto cabe reflexionar en torno a la naturaleza del estresor y a los criterios diagnósticos del propio TEPT; es decir, a diferencia del trastorno adaptativo, en el trastorno por estrés postraumático se asocian eventos de gran magnitud. No obstante, no tenemos en cuenta aquellos mecanismos de adaptación que difieren entre sujetos e incluso en un mismo sujeto en su trayectoria vital; de hecho, como hemos mencionado en el trabajo de Giaconia y colegas (1995), no siempre la exposición al trauma desencadenaría la aparición del trastorno. El trabajo de Martín y de Paul en el País Vasco así lo refuerza, concluyendo que únicamente el 28,8 % de los sujetos expuestos a una situación traumática que cumpliera el criterio del TEPT (5 % del total de la muestra), acabaría desarrollando el cuadro en su totalidad.

Respecto al trastorno adaptativo, a pesar de ser de elevada prevalencia, en nuestro estudio no hallamos ningún caso que cumpliera los criterios diagnósticos en su totalidad. La experiencia clínica nos hace cuestionar este resultado; de hecho el citado estudio de Espín y Belloso (2009) señala que más de uno de cada cuatro sujetos que consultan en la unidad de salud mental infanto-juvenil lo harían por clínica compatible con dicho trastorno. Pensamos que dada la elevada inespecificidad y laxitud de los criterios diagnósticos del trastorno adaptativo (Casey, 2009), es probable que el propio algoritmo de criterios del programa

favoreciera el diagnóstico de otros trastornos, principalmente los incluidos en el apartado de ansiedad.

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>American Psychiatric Association, 2013.</b>	<b>Merikangas et al., 2010.</b>	<b>Giaconia, et al., 1995.</b>
T. Por estrés postraumático.	0,2 %	0,5-1 %	5 %	6,3 %

*Tabla 29. Trastorno por estrés postraumático. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.*

### 7.1.3. Trastorno obsesivo-compulsivo.

En la tabla 29 se recoge el comparativo de nuestro estudio con otros similares. Las cifras se acomodan a las obtenidas por la APA (American Psychiatric Association, 2013) y por Krebs y Heyman (2015), tanto para la prevalencia general como para la distribución por género. Nuestras tasas de prevalencia de TOC se sitúan en un punto intermedio con respecto a otros estudios españoles. Están muy por encima de las detectadas por Gomez-Beneyto en 1994, aunque muy por debajo a las de Orgilés (2012). Unas discrepancias así no hay que considerarlas extraordinarias en el campo de la epidemiología, incluso utilizando los mismos instrumentos de diagnóstico, como sucede en nuestro caso y el de Gomez-Beneyto. Son innumerables los factores que inciden en las variaciones de las tasas, como la edad, el origen de la muestra (la nuestra escolar y de origen más comunitario la de Gomez-Beneyto), y también el propio carácter de la clínica que se evalúa.



Es de sobra conocida la dificultad diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo en la edad infanto-juvenil, en los que la inmadurez cognitiva puede llevar a considerar los pensamientos obsesivos de carácter egosintónico (March, Leonard y Swedo, 1995). También, los rituales o compulsiones son frecuentes en ciertas etapas evolutivas de la infancia (Bragado, 1994). Al respecto, y considerando el TOC como síndrome subclínico, en el trabajo de Canals (2013) la prevalencia ronda el 5,5 %.

En nuestro trabajo, la distribución por sexo es ligeramente superior para el sexo femenino, hecho coincidente con la literatura para la edad que analizamos (American Psychiatric Association, 2013).

Sí son equitativas entre varones y mujeres, las cifras en Gómez Beneyto (1994), Canals (2013) y Orgilés (2012).

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>American Psychiatric Association, 2013.</b>	<b>Krebs y Heyman 2015.</b>	<b>Gómez-Beneyto et al., 1994.</b>	<b>Orgilés et al., 2012.</b>	<b>Canals et al., 2013.</b>
T. Obsesivo-compulsivo.	1,9 %	1,1 %- 1,8 %	0,25-4 %	0,3 %	4,9 %	1,8 %

*Tabla 30. Trastorno obsesivo-compulsivo. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.*

#### 7.1.4. Trastornos del estado de ánimo.

En la tabla 30 podemos contemplar la lejanía de nuestras cifras de prevalencia moderadamente inferiores, con las de la mayoría de trabajos (American Psychiatric Association, 2013 & Polanczyk et al., 2015). No obstante, los resultados se aproximan a los de la revisión realizada por Wesselhoeft (2016) para el trastorno depresivo en la que se incluyeron datos de otros 29 estudios.

Hay coincidencia en lo referente a la distribución por género, con predominio del sexo femenino.

Sólo contamos con un caso que cumple los criterios de trastorno depresivo persistente, antaño trastorno distímico; nuestras cifras están por debajo de todas las fuentes consultadas a nivel internacional con el 0,5 % (American Psychiatric Association, 2013). En nuestro país Franco y Arango también aportan cifras mayores, del 0,8 en niños y del 1,4 % en niñas; llamativamente elevadas en Polaino-Lorente y colaboradores (1997) con el 6,1 %. No hacemos mención al trastorno bipolar por la ausencia de casos que cumplieran los criterios diagnósticos.

	<i>Nuestro estudio.</i>	American Psychiatric Association, 2013.	Merikangas et al., 2010.	Polanczyk et al., 2015.	Wesselhoeft (2016).	Gómez-Beneyto et al., 1994.
T. Depresivo.	0,3 %	7 %	11,7 %	2,6 %	0,5 %	0,9-2,5 %
T. Depresivo persistente.	0,1 %	5-1 %				

*Tabla 31. Trastornos depresivos. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.*

#### 7.1.5. Trastornos psicóticos.

No hubo ningún caso que cumpliera con los criterios diagnósticos de los llamados trastornos mentales graves. La ausencia de casos compatibles con trastornos psicóticos, al igual que sucedía con el trastorno bipolar, no debe resultarnos alarmante o producto de un error metodológico. Por una parte las cifras de prevalencia en la edad infantojuvenil son limitadas y, por otra, dada la gravedad y disfunción que ocasionan, es improbable que acudan a un centro

escolar. Teniendo en cuenta que el inicio precoz de estos trastornos supone un mal pronóstico y requiere una intervención incisiva, la ausencia de casos quedaría sobradamente justificada (Segarra, 2014 & Vázquez-Barquero, 2008).

La aparición de delirios y/o alucinaciones de forma aislada será tratada en un apartado específico (experiencias psicóticas).

#### 7.1.6. Trastornos de la conducta alimentaria.

En la tabla 31 se muestran los datos de prevalencia resultando prácticamente idénticos a Sancho y colaboradores (2007) y superiores a Merikangas y colegas (2010); puntualizar la marcada superioridad que presenta la prevalencia de la bulimia nerviosa en el trabajo de Keski-Rahkonen y colaboradores (2009)

También superiores con respecto a nuestros datos son las cifras del estudio que queremos mencionar específicamente realizado por Rojo y colegas (2003). Su diseño es diferente al trabajo presente al utilizar una muestra representativa de la población general y, además, la entrevista diagnóstica específica de detección de trastornos de la conducta alimentaria en sujetos con puntuaciones por encima del punto de corte en un instrumento de cribaje. Contaron con un grupo control apareado en edad y sexo. En nuestro trabajo, como en aquel, hemos incluido datos de patología subclínica lo que, casi con toda seguridad, ha determinado el incremento de prevalencia observada respecto a otros estudios.

Tanto el nuestro, como la totalidad de los estudios sobre prevalencia diferencial, ponen de manifiesto el predominio de estos trastornos entre el sexo femenino.

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>American Psychiatric Association, 2013.</b>	<b>Merikangas et al., 2010.</b>	<b>Keski-Rahkonen et al., 2009.</b>	<b>Rojo et al., 2003.</b>	<b>Sancho et al., 2007.</b>
Global.	3,5 %		2,7 %		5,6 %	3,3-3,7 %
Anorexia nerviosa.	3,3 %	0,4 %		2,2 %		
Bulimia nerviosa.	0,2 %	1-1,5 %		2,3 %		

*Tabla 32. Trastornos de la conducta alimentaria. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.*

#### 7.1.7. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En la tabla 32 se exponen los datos de este trastorno que actualmente supone un desafío en los ámbitos de la salud pública por su sobrerrepresentación (Franco y Arango, 2004).

Las cifras de prevalencia son muy variadas, con un intervalo del 2 al 18 % (Skounti, Philalithis y Galanakis, 2007).

De la magnitud del TDAH, señalar que cerca del 14 % de los pacientes entre 7 y 12 años tratados en una unidad de salud mental infantojuvenil, reciben este diagnóstico (Espín y Belloso, 2009).

Nuestros datos de prevalencia son superiores a muchos otros publicados con anterioridad (Gómez Beneyto et al., 1994; Catalá-López et al., 2012; American Psychiatric Association, 2013 & Polancyk et al., 2015).

En relación al trabajo más próximo en metodología y geografía realizado por Gómez Beneyto y colaboradores (1994), llama la atención que nuestros resultados casi duplican su tasa de

prevalencia; una explicación plausible podría ser el hecho de que nuestro estudio cuenta con una muestra de origen mayoritariamente urbano, en la que en efecto, cabe esperar mayor frecuencia del mismo (Barkley, 2011).

Es cierto que el paso del tiempo ha llevado aparejado un sobrediagnóstico de esta entidad (Franco y Arango, 2004); sin embargo los resultados de la revisión sistemática con 154 trabajos realizada por Polancyk y colaboradores (2015), atribuye la variabilidad en las cifras de prevalencia a las diferencias metodológicas entre estudios y descartan una variación en la presencia del trastorno en la población.

Los resultados no obstante, casi se superponen con los publicados por Merikangas y colegas (2010) en EEUU.

Nuestros datos de distribución por género, con predominancia en el sexo masculino, también se encuentran en la línea de lo publicado con anterioridad (Catalá-López et al., 2012 & Polancyk et al., 2015).

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>American Psychiatric Association, 2013.</b>	<b>Merikangas et al., 2010.</b>	<b>Polancyk et al., 2015.</b>	<b>Gómez-Beneyto et al., 1994.</b>	<b>Catalá-López et al., 2012.</b>
T. Por déficit de atención e hiperactividad	9 %	5 %	8,7 %	3,4 %	3-5,3 %	6,8 %

*Tabla 33. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.*

#### 7.1.8. Trastorno oposicionista y de conducta.

En la tabla 33 se muestran los resultados de nuestro estudio y de otros anteriores. Con una prevalencia del 1 % para el oposicionista y del 0,5 % en el trastorno de conducta, nuestro dato está por debajo de la prevalencia detectada en otros previos (Gómez-Beneyto et al., 1994; Franco y Arango, 2004 & Merikangas et al., 2010). Hasta la aparición del DSM 5 el trastorno oposicionista era considerado como una versión más atenuada del trastorno de conducta; así, a pesar de que la APA (American Psychiatric Association, 2013) presenta una prevalencia del 3,4%, el intervalo de cifras acotadas contempla un intervalo de cifras que van del 1 % al 11 %.

Dada la edad de nuestra población, el diagnóstico ha sido siempre de carácter retrospectivo. Mientras en los trastornos emocionales son los propios sujetos que los padecen los mejores informantes, en este caso un observador externo podría ser más fiable y los escolares podrían haber subdimensionado el problema y así los resultados obtenidos encontrarse tan alejados del resto.

El metaanálisis de Polancyk y colaboradores (2015) muestra igualmente datos muy alejados de los nuestros. En Merikangas y colegas (2010) en efecto, se cuenta con la perspectiva de alguno de los progenitores y la muestra se divide en adolescentes entrevistados en su domicilio y otros en el centro académico. Sobre todo aquellos que se encontraban en el propio hogar, podrían haber magnificado las cifras en este caso, muy superiores a nuestros resultados. También en Gómez-Beneyto (1994) se cuenta con la aportación de uno de los padres con un cuestionario exclusivo administrado a los mismos y con cifras también, muy por encima de las nuestras.

En definitiva, nuestra impresión es que en este caso, al no haber contado con un informante diferente al propio sujeto, las tasas de prevalencia han estado por debajo de lo esperado.

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>American Psychiatric Association, 2013.</b>	<b>Merikangas et al., 2010.</b>	<b>Polanczyk et al., 2015.</b>	<b>Gómez-Beneyto et al., 1994.</b>	<b>Franco y Arango, 2004.</b>
T. Oposicionista.	1 %	3,3 %	12,6 %	3,6 %		
T. De conducta.	0,5 %	4 %	6,8 %	2,1 %	4,1-6,9 %	16-22 %

*Tabla 34. Trastorno oposicionista y de conducta. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.*

#### 7.1.9. Trastorno por consumo de alcohol.

En nuestro trabajo (tabla 34) el consumo de alcohol cuenta con una prevalencia global del 5,8%, con igualdad entre ambos sexos. Estas cifras se encuentran entre las detectadas por la APA (American Psychiatric Association, 2013) y las de Merikangas y colaboradores (2010). Según la última encuesta del Ministerio del interior el consumo de riesgo en sujetos de 15 a 64 años, se mantiene en niveles altos con una tendencia a la estabilidad en los últimos años y con una prevalencia del 4,6 % (EDADES 2019-2020).

En nuestro país se han publicado varios trabajos de prevalencia. Leal-López y colaboradores (2019) a partir de una muestra de más de 35000 adolescentes, aprecian una tendencia descendente desde 2010 hasta 2018 tanto para los episodios de embriaguez como para el consumo de todo tipo de bebidas alcohólicas. La única excepción fue el consumo de cerveza que en mujeres, se

habría visto incrementado. En un estudio de prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes realizado por Almazán, Sousa, Fernández y Mate (2006) únicamente el 20 % de los sujetos reconocería los peligros a largo plazo, minimizando los efectos perjudiciales de la intoxicación aguda. Franco y Arango (2004) en un trabajo de revisión, señalan un patrón de consumo de alcohol en fines de semana del 37 % para población de 12 a 16 años; en dicha población, el 44,5 % no lo considera una droga y el 66,9 % lo habría tomado al menos una vez.

Contando con el hecho de que el tratamiento de este tipo de trastornos se realiza en las unidades de conductas adictivas, únicamente señalar que en el estudio de Espín y Belloso (2009) el 1,1 % de los pacientes (varones en su totalidad) que consultan en una unidad de salud mental infanto-juvenil, lo hace por dificultades derivadas del consumo de alcohol.

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>American Psychiatric Association, 2013.</b>	<b>Merikangas et al., 2010.</b>	<b>EDADES 2019-2020.</b>
T. Por consumo de alcohol.	5,8 %	4,6 %	6,4 %	4,6 %

*Tabla 35. Trastorno por consumo de alcohol. Comparativa de nuestros datos con otros trabajos nacionales e internacionales.*



## 7.2. Comorbilidad.

Entendemos por comorbilidad la existencia de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo paciente; la importancia radica en la dificultad diagnóstica y en la planificación de las diversas opciones terapéuticas a emplear en estos sujetos (First, 2005).

Si realizamos una búsqueda en las principales bases de datos actuales, podemos observar que la mayoría de artículos que analizan la comorbilidad psiquiátrica en la edad infantojuvenil, versan mayoritariamente en torno a tres patologías: trastornos generalizados del desarrollo, trastorno por déficit de atención y trastornos relacionados con enfermedades médicas (Muskens et al., 2017).

Los resultados de nuestro trabajo indican que el 6,7 % de los sujetos mostraron al menos, dos trastornos que cumplieran los criterios DSM-IV-TR de forma conjunta. Dicha comorbilidad predomina en el sexo femenino con un 54,3 % de los participantes frente al restante 46,7 % de varones.

Los dos trastornos que mayor comorbilidad presentan son los de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tabla 20). A título informativo, existe una relación psicopatológica entre ambas entidades, así, podemos afirmar que elevados niveles de ansiedad se asocian a dificultades para el control de la atención, conclusión derivada del metaanálisis realizado por Shi, Sharpe y Abott (2019).

En nuestro trabajo (figura 18), el 50 % de pacientes con trastornos relacionados con el trauma y el estrés, trastornos de conducta, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la alimentación y trastornos por consumo de sustancias en patrón de abuso,

presentarían un trastorno de ansiedad comórbido. En proporción menor, en torno al 25 % los sujetos con un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo o de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, resultarían afectos de forma simultánea con un trastorno de ansiedad.

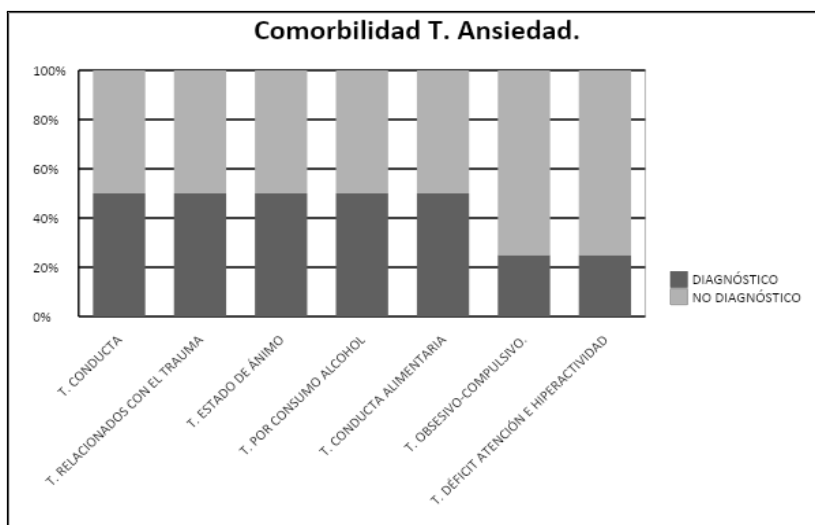


Figura 18. Comorbilidad de trastornos de ansiedad.

En cuanto al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (figura 19), este se encontraría presente en el 50% de los individuos diagnosticados de un trastorno de conducta o de trastornos relacionados con el trauma y el estrés. En el 75% de los sujetos con un trastorno oposicionista y en el 30% de los pacientes con un trastorno de la alimentación, se cumplirían los criterios diagnósticos para el trastorno de inatención e hiperactividad.

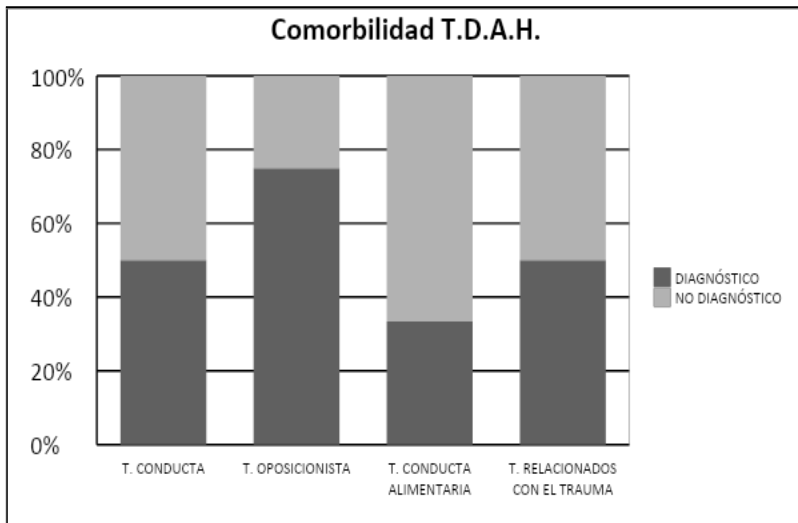


Figura 19. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Nos llama la atención la presentación conjunta del TDAH con los trastornos de conducta y el trastorno oposicionista. Es sin duda la mayor comorbilidad encontrada en nuestra población. La literatura consultada confirma esta presentación al unísono: ambos trastornos coexistirían en el 60 % de los pacientes afectados de TDAH (Maughan et al., 2004). Entre el 35 y el 50 % son las cifras de una revisión sistemática realizada por Connor y colaboradores (2010) en la que se pretendía evaluar la complicación psicopatológica del trastorno por déficit de atención con trastornos de conducta y oposicionista. La presentación conjunta implicaría un peor pronóstico en comparación con la presentación de cualquiera de ellos de forma aislada; el porvenir más sombrío incluiría la posibilidad de desarrollar trastornos de ansiedad, depresivos e incluso, el trastorno antisocial de personalidad (Dolan y Lenox, 2013). La edad de presentación más

temprana sería otra de las características de la asociación (Anderson y Kiehl, 2012).

Con respecto a los trastornos de la alimentación, en una revisión realizada por Nazar y colaboradores (2016), que incluía 17 trabajos y más de 5000 pacientes, se concluyó que los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad tenían elevado riesgo de comorbilidad con problemas de la alimentación y que a relación inversa resultaba igualmente robusta. Idéntica conclusión es obtenida en una revisión sistemática realizada por Levin y Rawana (2016). En el estudio longitudinal de prevalencia realizado por Rojo y colaboradores (2015), encontraron cifras de comorbilidad entre ambos trastornos del 31,4 % y del 55 % con los trastornos de ansiedad, hallazgos superponibles a nuestros resultados.

La conclusión de una revisión sistemática de reciente publicación (El Archi et al., 2020) es que existe relación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos alimentarios, principalmente aquellos en los que predominan conductas alimentarias de tipo adictivo (atracones, adicción a la comida, pérdida de control). Dicha asociación diferiría en función del sexo y de la sintomatología predominante de los trastornos; además, el nexo entre ambos desórdenes vendría explicado por las dificultades en la regulación emocional y el afecto negativo.

### 7.3. Experiencias psicóticas.

Por lo que respecta al estudio de las experiencias psicóticas en población adolescente, la importancia de su estudio deriva del hecho de representar un marcador de psicopatología presente y futura (Healy et al; 2020). También supondrían una peor calidad de vida incluso sin cuadros psiquiátricos establecidos (Navarro-Mateu et al., 2017).

En nuestro estudio (tabla 35), podemos destacar que las tasas de prevalencia de experiencias psicóticas en población adolescente (11,5 %) son superiores a las halladas en la literatura (Kelleher et al., 2012) donde se sitúa en torno a un 7,5 %. En Linscott y colaboradores (2012) la cifra es del 7,2 %, teniendo en cuenta que en este trabajo la muestra incluye población adulta y adolescente. Centrándonos exclusivamente en sujetos adultos, el artículo de revisión de Beavan y colaboradores (2011) con más de 30000 sujetos, arroja cifras superiores a las nuestras con una prevalencia del 13,2 %. Teorizando que la tasa de transición de los sujetos con experiencias psicóticas a un trastorno psicótico establecido es del 1% (van Os, 2014), se supone que 7 u 8 adolescentes de nuestra muestra acabarán desarrollando un cuadro florido cada año.

Respecto al género, y al igual que sucedía con la comorbilidad, las experiencias psicóticas tienen mayor prevalencia en el sexo femenino (61,6 % vs 38,4 %). Este hallazgo es coincidente con un estudio de prevalencia de fenómenos psicóticos en población juvenil de Australia, realizado por Scott y colaboradores (2008) y que contó con casi 2500 participantes. Sin embargo, encontramos igualdad entre ambos sexos en el trabajo de Ordóñez y colegas (2016); en el mismo no obstante, la muestra es sustancialmente diferente al tratarse de pacientes menores de 15 años afectos de

esquizofrenia de inicio precoz en los que se pretendía valorar datos sociodemográficos, neuropsicológicos y de neuroimagen.

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>Linscott et al., 2012.</b>	<b>Kelleher et al., 2012.</b>	<b>Londgen, 2012.</b>	<b>Beavan et al., 2011.</b>
Experiencias psicóticas.	11,5 %	7,2 %	7,5 %	2-41 %	13,2 %

*Tabla 36. Comparativa de la prevalencia de experiencias psicóticas.*

Con independencia del riesgo de psicosis y la proximidad fenomenológica con la misma, las experiencias psicóticas suponen ciertas condiciones y vulnerabilidades que pasamos a resumir:

-Antecedentes de trauma infantil comprendiendo conductas negligentes, abuso físico y/o psíquico por parte de cuidadores; también la pérdida de un progenitor y el bullying (Trotta et al., 2015).

-Bajos niveles de 25-hidroxi-vitamina D a nivel biológico (Tolppanen et al., 2012).

-En estudios neuropsicológicos los individuos afectos presentan mecanismos de afrontamiento al estrés dispares a la población sana (Philips et al., 2012), alteraciones en la memoria de trabajo (Fonville et al., 2015) y autoevaluación negativa (Taylor et al., 2016).

-En sujetos sin psicopatología activa, peor calidad de vida (Fitzgerald et al., 2017). En aquellos grupos sintomáticos mayor riesgo de trastornos depresivos e ideación suicida (Remberk, 2017), trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias (Schiavone et al., 2015).

-En cuanto a su prevención y tratamiento es fundamental la necesidad de intervenir de forma precoz y multidisciplinar (Pakyurek et al., 2013). Se ha barajado el uso de la terapia cognitivo-conductual tanto en individuo como en cuidadores (Jolley et al., 2018) y el mindfulness (Chadwick, 2016). En casos sintomáticos el uso de antipsicóticos de 2ª generación, de I.S.R.S. y de ácidos grasos omega 3 (Pakyurek et al., 2013).

En nuestro trabajo, los diagnósticos en los que detectamos un riesgo incrementado de experiencias psicóticas fueron: el trastorno de ansiedad generalizada (OR 3,2 IC 95 % 1,5-8,3), el trastorno de pánico (OR 5,9 IC 95 2,5-13,5) y los trastornos de la conducta alimentaria (OR 5,1 IC 95 % 2,6-10,6); también se detectaron asociaciones con el trastorno de ansiedad por separación y los trastornos del estado de ánimo, aunque con una prevalencia extremadamente baja, no los consideramos representativos.

Sin duda, los trastornos del estado de ánimo y los de ansiedad copan gran parte de la clínica diaria en los servicios de salud mental. (Tabla 36 ). El antecedente de trastornos psiquiátricos en familiares podría ser un indicio que sugiriera la presencia (Varghese, Scott y McGrath, 2008) del fenómeno en estudio.

La comorbilidad encontrada entre ambos con las experiencias psicóticas es reconocida en gran parte de la literatura revisada, aunque de forma inespecífica. McGrath y colaboradores (2016), en una muestra con más de 23000 sujetos, demostraron que los pacientes afectos de trastorno por estrés postraumático, trastornos del estado de ánimo y trastorno de ansiedad generalizada entre otros, presentaban un riesgo alto de padecer experiencias psicóticas en el futuro. También, en otro estudio realizado en

Australia, con una cohorte de más de 7000 individuos en edad infantil y con valoraciones a la edad de 5, 14 y 21 años, se concluyó que en los trastornos de ansiedad el riesgo de padecer experiencias psicóticas se encontraba aumentado (Varghese, Scott y Welham, 2011).

	<b>Nuestro estudio.</b>	<b>McGrath et al., 2016.</b>	<b>Varghese et al., 2011.</b>
T. De la conducta alimentaria: -A. Nerviosa. -T. Por atracón. -B. Nerviosa.	5,1 (2,6-10,6)	1,8 (0,7-4,4) 2,0 (1,5-2,6) 3,6 (2,6-5,0)	
T. Ansiedad: -T. De ansiedad generalizada. -T. Pánico.	3,2 (1,5-8,3) 5,9 (2,5-13,5)	2,4 (2,0-3,0) 2,7 (2,2-3,4)	5 (4,5-9)
-T. Depresivos.			6,6 (4,5-9,1)

*Tabla 37. Comparativa O.R. experiencias psicóticas.*

Un último estudio en esta categoría, es el realizado por Wigman y colaboradores (2012): en una cohorte con más de 3000 pacientes afectados de trastornos de ansiedad y depresivos, y sin antecedentes de psicosis, se observó que padecer dichos trastornos “neuróticos” suponía un factor de riesgo para sufrir experiencias psicóticas (OR 2.23, 95% CI 1.89–2.66).

La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos psicóticos ha sido poco estudiada hasta la fecha (Kouidrat, Amad, Lalau y Loas, 2014). Un trabajo de 1984 realizado por Hudson, Pope y Jonás, encontró síntomas psicóticos en 17 de 130 (13 %) sujetos afectados de anorexia o bulimia nerviosa; la mayoría padecían otros trastornos mentales severos. En la misma línea, un estudio de casos y controles sobre la



comorbilidad de los trastornos alimentarios encontró que, en varones hospitalizados, además del abuso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo, en la anorexia nerviosa existe un riesgo incrementado de comorbilidad con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (Striegel-Moore, et al; 1997). En una revisión realizada por Pauline y colaboradores (2005) en la que se estudiaba la presencia de sintomatología psicótica en la anorexia nerviosa, observan que en estos pacientes el contenido de las alucinaciones e ideas delirante se relacionarían con el peso, la comida y la silueta corporales. Rojo y colegas (2011) en dos casos de anorexia nerviosa restrictiva con alucinaciones auditivas, verifican estos hallazgos comprobando que los contenidos alucinatorios serían una extensión de las rumiaciones en torno a aspectos claves del problema primario: los alimentos y la variación ponderal.

Los trastornos de la alimentación y las psicosis, aparentemente tan distantes a nivel sintomático, pueden aparecer de forma simultánea en un sujeto o hacerlo de forma independiente; en ocasiones el trastorno de alimentación precede al psicótico y en otras lo sigue, pudiendo incluso ser consecuencia de los tratamientos empleados. Sin establecer un nexo causal claro, el padecimiento de una psicosis en los trastornos alimentarios no supondría un marcador de gravedad; sin embargo, el rechazo a la ingesta en los trastornos psicóticos sí podría causar la muerte del paciente. Se hipotetiza una asociación genética y un solapamiento en patrones fisiológicos, cognitivos y de estructura cerebral (Seeman, 2014; Morylowska-Topolska et al., 2017 & Deckelman, Dixon y Conley, 1997). En un reciente estudio de casos y controles realizado por Watson, Yilmaz y Thornton (2019) se concluye que

existe una asociación genética positiva entre la anorexia y la esquizofrenia. En una serie de casos publicada por Hugo y Lacey (1997), se postula que la mejoría del trastorno de alimentación implicaría un estrés que propiciaría la aparición de los trastornos psicóticos como mecanismo adaptativo de defensa.

Contrariamente a lo expuesto con anterioridad, en un estudio de casos y controles realizado por Miotto y colaboradores (2015) sobre la presencia de síntomas psicóticos en trastornos de la conducta alimentaria, se sugirió que si bien la psicopatología en la esfera psicótica sería plausible, la fisiopatología no guardaría relación con la de la esquizofrenia.

La literatura aún a la necesidad de una intervención multidisciplinar cuando ambos trastornos coexisten (Bratlien, et al., 2015 & Kouidrat et al., 2016).

Atendiendo, por último, a la relación con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, según nuestros datos, el riesgo de padecer experiencias psicóticas en el mismo estaría disminuido. Podríamos considerarlo pues, un posible diagnóstico “protector” (OR 0,5).

Esta situación no está avalada en la literatura. Al contrario, el vínculo entre ambas entidades está más firmemente establecido que con los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y los trastornos alimentarios (Siebald, Khandaker, Zammit, Lewis y Jones, 2016 & Hennig et al 2017). Particularmente el subtipo de sintomatología combinada (hiperactividad e inatención) es el que presentaría una relación más robusta (Hennig et al., 2017). Dicho vínculo existiría incluso en población no clínica, donde se da una

relación entre el padecimiento en experiencias psicóticas y las dificultades en la capacidad atencional (Kim et al., 2012).

El sobrediagnóstico que el TDAH ha experimentado en los últimos años (Franco y Arango, 2004) podría haber favorecido la intervención precoz en este trastorno y, de manera secundaria haber atenuado o interrumpido, el inicio o persistencia de las experiencias psicóticas.

Sin embargo, cabe puntualizar que en la terapéutica, la iatrogenia no resultaría exenta; los principales fármacos empleados en su tratamiento podrían facilitar la aparición de psicopatología en la esfera psicótica. Ilustrando dicho argumento, tanto el metilfenidato como la anfetamina, facilitarían que en uno de cada 660 sujetos tratados, se desencadenara un episodio psicótico (Moran, Ongur y Hsu, 2019).

### 7.5. Limitaciones.

Por supuesto, como en todo trabajo de investigación contamos con algunas limitaciones.

En primer lugar podemos considerar que puesto que nuestro objetivo inicial fue realizar un estudio puramente descriptivo, el realizar una única intervención mediante una entrevista supone una falta de perspectiva temporal. Tenemos una fotografía de la psicopatología en población adolescente de nuestra comunidad, pero carecemos de cualquier información sobre el curso de la misma. Es evidente que resultaría interesante conocer la evolución de los casos detectados con diagnóstico psiquiátrico, aunque eso escapa a la intención del presente trabajo. Dado el interés que podría tener la continuidad o discontinuidad de la psicopatología desde la infancia a la adolescencia y al periodo adulto, debemos mencionar un artículo de revisión realizado por Rutter y colaboradores (2006); estos autores observan que los trastornos del neurodesarrollo, la esquizofrenia, los trastornos emocionales, el trastorno antisocial y los trastornos por consumo de sustancias, vendrían precedidos por rasgos psicopatológicos precursores que tendrían su continuidad en la edad adulta. Por ejemplo, la esquizotipia, las alteraciones en el lenguaje receptivo, las dificultades cognitivas o el retraso en el desarrollo psicomotor serían hallazgos que precederían a la esquizofrenia.

En segundo lugar debe mencionarse que a pesar del tamaño muestral, se trata de una muestra de conveniencia en la que los centros, incluyendo parte de una población bastante representativa de las localidades implicadas, participaron de forma voluntaria. La

selección de los centros no siguió un criterio de representatividad sino que se incluyó a todos los que quisieron participar del programa DITCA en la provincia de Valencia. Sin embargo, un elemento positivo fue que en los centros participantes se reclutó a la totalidad de los escolares que acudieron ese día a clase. No hubo, tras comunicarlo a los padres, ningún rechazo a participar en la evaluación. Sólo se puede especular que los alumnos que no acudieron a clase el día en que se realizó la entrevista pudieran haberlo hecho para no participar en el estudio. En definitiva podemos pensar que los hallazgos son extrapolables a las áreas geográficas en las que se aplicó la evaluación y debería tenerse mucha cautela a la hora de generalizar nuestros resultados

Una tercera limitación es la carencia de datos sociobiográficos. Así desconocemos el tipo de familia al que pertenecen los sujetos, su puesto en la fratría, el nivel de vida, la religiosidad, el rendimiento académico, la relación con el grupo de iguales, la presencia de otras patologías médicas asociadas o incluso la existencia de psicopatología diagnosticada por la que estuvieran recibiendo atención por parte de servicios de salud mental.

En cuarto lugar, respecto a los criterios clínicos, el instrumento diagnóstico emplea criterios DSM-IV y en la actualidad ya contamos con una edición más avanzada del mismo; además, para el diagnóstico de las distintas entidades siempre se debe descartar la existencia de enfermedades médicas o por sustancias y en algunos casos, la simulación. Las entrevistas se realizaron sobre sujetos que acudían a su actividad escolar normal. Además, a propósito de la entrevista, debemos señalar que no se aplicó

ninguna medida que asegurara la fiabilidad interobservadora. De todos modos, la metodología empleada para el aprendizaje en la aplicación de la entrevista por los entrevistadores, que estos fueran en su totalidad profesionales con experiencia en entrevista psiquiátrica, el carácter semiestructurado del instrumento y la infinidad de ayudas que proporciona para refinar su aplicación constituyen salvaguardas sobre la fiabilidad de los resultados que hemos obtenido.

En quinto lugar, por lo que atañe al apartado del análisis de las experiencias psicóticas, debemos tener en cuenta varias consideraciones. Los datos derivan de una entrevista semiestructurada sin emplear un instrumento específico para su medida como los señalados en la revisión sistemática. Es por ello que las cifras de prevalencia pueden variar en función del instrumento diagnóstico que apliquemos y especialmente, si éste es auto o heteroaplicado; igualmente resulta clave si existe o no un observador externo (Kelleher y Canon, 2011).

Siguiendo con el análisis de las experiencias psicóticas y atendiendo a la revisión realizada por Seiler (2020) en la que se pretendía conceptualizar con mayor detalle el abanico de términos psicopatológicos, nuestro trabajo presenta datos de carácter cualitativo dicotómico. Es decir, no contemplamos la gama fenomenológica de dicha revisión que va más allá de las clásicas ideas delirantes y alucinaciones. Por la naturaleza del estudio, tampoco la disfunción sociofamiliar ni la duración son valoradas; aquí, es importante citar el estudio de Linscott y van Os (2012) en el que se trata el concepto de “persistencia” de las experiencias

psicóticas en el el 7,8 % de los sujetos afectos acabaría presentando un trastorno psicótico primario.

En resumen es una limitación del presente trabajo que detectamos la presencia de psicopatología pero no la asociamos con otras variables como la disfunción familiar o tratamos de su continuidad o discontinuidad. De todos modos se pueden excusar estas limitaciones en la medida que no constituían un objetivo en el presente trabajo cuya finalidad ha sido una descripción transversal de la psicopatología presente en una población escolar de adolescentes.

Sí nos parece importante señalar la importancia que adquiere la realización de estudios de carácter longitudinal para poder sustentar el carácter predictor de psicopatología futura que pueden tener estas experiencias psicóticas precoces.

## 8. CONCLUSIONES.



## 8. Conclusiones.

De forma concisa podemos resumir las principales aportaciones del trabajo en los siguientes puntos:

- Un 25 % de los participantes en el trabajo presentaron criterios clínicos compatibles con al menos, un trastorno psiquiátrico según DSM-IV.
- Las tasas de prevalencia de la mayor parte de los principales trastornos psiquiátricos en la población de Valencia resultan inferiores a las descritas en la literatura.
  - Algunas excepciones son el trastorno de pánico, la agorafobia, la anorexia nerviosa y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
  - Los trastornos que mayor comorbilidad presentan son el trastorno por déficit de atención y los trastornos de ansiedad.
- La frecuencia de experiencias psicóticas en la muestra resulta más elevada a las de estudios previos.
  - La comorbilidad con entidades diagnósticas de alta prevalencia y diagnóstico común también es mayor de la esperada principalmente con los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno de ansiedad generalizada.
  - Tras revisar minuciosamente la implicación de las experiencias psicóticas en un peor funcionamiento psicosocial tanto en sujetos sanos como afectos de cualquier entidad, su detección y abordaje debería resultar un objetivo primordial tanto en las

estrategias de prevención primaria como secundaria.

## 9. BIBLIOGRAFÍA.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist. Burlington : University of Vermont.
- Ackner, S., Skeate, A., Patterson, P. & Neal, A. (2013). Emotional abuse and psychosis: A recent review of the literature. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*. 22 (9) (pp 1032-1049).
- Ambrosini, P.J., (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39 (1), 49–58.
- Almazan Ortega, R., Sousa Vila, E., Fernández Soto, N. & Mate Sánchez, F.J. (2006). Prevalencia y patrones de consumo de alcohol en una población de adolescentes. *Atención Primaria*; 38 (8).
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (10 Suppl) 27s-45s.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). AACAP official action: practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 69S–84S.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Press.

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5); American Psychiatric Association.
- Amminger, G.P., Mechelli, A., Rice, S., Kim, S.W., Klier, C.M., McNamara, R.K., Berk, M., McGorry, P.D. & Schäfer, M.R. (2015). Predictors of treatment response in young people at ultra-high risk for psychosis who received long-chain omega-3 fatty acids. *Translational psychiatry*, 5, e495.
- Anderson, N.E. & Kiehl, K.A. (2012). The psychopath magnetized: insights from brain imaging. *Trends in Cognitive Sciences*; 16 (1): 52–60.
- Armando, C. M., Nelson, B., Yung, A.R., Saba, R., Monducci, E., Dario, C., Righetti, V., Birchwood, M., Fiori Nastro, P. & Girardi, P. (2012). Psychotic experience subtypes, poor mental health status and help-seeking behaviour in a community sample of young adults. *Early Intervention in Psychiatry*. 6 (3) (pp 300-308).
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Barkley, R.A. (2011). TDAH: Diagnóstico, demografía y clasificación en subtipos. Curso para profesionales. Charleston.
- Bragado, M. C. (1994). Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *J Ment Health*; 20 (3): 281-92.
- Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-5. *Psychiatr Clin North Am*; 32(3): 483–524.
- Bentall, R. P. & Slade, P. D. (1985). Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: A brief report. *Personality and Individual Differences*, 6 527- 529.
- Berger, G.E., Della Casa, A. & Pauli, D. (2015). Prevention and interventions for suicidal youth considerations for health professionals in Switzerland. *Therapeutische Umschau*. Volumen: 72 Número: 10 Páginas.
- Berndt, T. J. (2002). Friendship Quality and Social Development. *Current Directions in Psychological Science*, 11 (1), 7-10.
- Betts, K.S., Williams, G.M., Najman, J.M., Scott, J. & Alati, R. (2014). Exposure to stressful life events during pregnancy predicts psychotic experiences via behavior problems in childhood. *Journal of Psychiatric Research*. 59 (pp 132-139).
- Betts, K.S., Williams, G.M., Najman, J.M., Scott, J. & Alati, R. (2014). Maternal prenatal infection, early susceptibility to illness and adult psychotic experiences: A birth cohort study. *Schizophrenia Research*. 156 (2-3) (pp 161-167).
- Birmaher, B., Ehmann, M., Axelson, D.A., Goldstein, B.I., Monk, K., Kalas, C., Kupfer, D., Gill, M.K., Leibenluft, E., Bridge, J., Guyer, A., Egger, H.L. & Brent, D.A. (2009).

Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children. A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*. 43 (7) (pp 680-686).

- Black, J.J., Heffner, J.L., Anthenelli, R.M., Beavers, J.N., Albertz, A., Blom, T., Adler, C. & Delbello, M.P. (2012). Diagnosing alcohol and cannabis use disorders in adolescents with bipolar disorder: A preliminary investigation. *Journal of Dual Diagnosis*. 8 (1) (pp 13-18).
- Bonet Pla, A. (1991). Entrevista para trastornos afectivos y esquizofrenia para escolares, versión epidemiológica. K-SADS-E (K-SADS-E). Universidad de Valencia, Valencia.
- Bossong, M.G. & Niesink, R.J.M. (2010). Adolescent brain maturation, the endogenous cannabinoid system and the neurobiology of cannabis-induced schizophrenia. *Progress in neurobiology*. Volumen: 92 Número: 3 Páginas: 370-385.
- Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P. & Howie, L. (2014). Forgotten family members: the importance of siblings in early psychosis. *Orcid early intervention in psychiatry*. Volumen: 8 Número: 3 Páginas: 269-275.
- Bratlien, U., Øie, M., Haug, E., Møller, P., Andreassen, O.A., Lien, L. & Melle I. (2015). Self-reported symptoms and health service use in adolescence in persons who later develop psychotic disorders: a prospective case-control study. *Early Interv Psychiatry*; 9 (3): 221-7.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N. & Cosi, S. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: *Epidemiologic*

study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 118-126.

- Casco, F.J. & Oliva, A. (2005). Ideas sobre la adolescencia entre padres, profesores, adolescentes y personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22, 171-185.
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment, *CN Drugs*; 23: 927-38.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. & Catalá, M.A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 12: 168.
- Cederlof, M., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Sjolander, A., Ostberg, P., Lundstrom, S., Kelleher, I. & Lichtenstein, P. (2017). A longitudinal study of adolescent psychotic experiences and later development of substance use disorder and suicidal behavior. *Schizophrenia Research*. 181 (pp 13-16).
- Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A.M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L. & Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomized controlled trial. *Schizophrenia research*, 175 (1-3), 168-173.
- Chapman, L.J., Chapman, J. P., & Rawlin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.
- Charach, A., Volpe, T., Boydell, K.M. & Gearing, R.E. (2008). A theoretical approach to medication adherence for



children and youth with psychiatric disorders. *Harv Rev Psychiatry*; 16 (2): 126-35.

- Chau A.K.C., Zhu, C. & So, S.H. (2019). Loneliness and the psychosis continuum: a meta-analysis on positive psychotic experiences and a meta-analysis on negative psychotic experiences. *Int Rev Psychiatry* Sept; 31 (5-6): 471-490.
- Chen, Y.L., Shen, L.J. & Gau, S.S.J. (2017). The Mandarin version of the Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Epidemiological version for DSM-5 - A psychometric study. *Formos Med Assoc*; 116 (9): 671-678.
- Clemmensen, L., Vernal, D.L. & Steinhausen, H.C. (2012). A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*. Volumen: 12 Número 150.
- Coid, J.W., Ullrich, S., Bebbington, P., Fazel, S. & Keers, R. (2016). Paranoid Ideation and Violence: Meta-analysis of Individual Subject Data of 7 Population Surveys. *Schizophr Bull*; 42 (4): 907-15.
- Cole, D.A., Cho, S.-J., Martin, N.C., Youngstrom, E.Y., March, J.S., Findling, R.L., Compas, C.B., Goodyer, I.M., Rohde, P., Weissman, M., Essex, M.J., Hyde, J.S., Curry, J.F., Forehand, R., Slattery, M.J., Felton, J.W. & Maxwell M.A. (2012). Are increased weight and appetite useful indicators of depression in children and adolescents?. *Journal of Abnormal Psychology*. 121 (4) (pp 838-851).
- Connor, D.F., Steeber, J. & McBurnett, K. (2010). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*; 31(5): 427-440.

- Cordova-Palomera, A., Alemany, S., Falcon, C., Bargallo, N., Goldberg, X., Crespo-Facorro, B., Nenadic, I. & Fananas L. (2014). Cortical thickness correlates of psychotic experiences: Examining the effect of season of birth using a genetically informative design. *Journal of Psychiatric Research*. 56 (1) (pp 144-149).
- Córdoba-Palomera, A., Calati, R., Arias, B., Ibáñez, M.I., Moya, J., Ortet, G., Crespo-Facorro, B. & Fañanas L. (2015). Season of birth and subclinical psychosis: systematic review and meta-analysis of new and existing data. *Psychiatry Res* 28; 225 (3): 227-35.
- Cristóbal-Narvárez, P., Sheinbaum, T., Rosa, A., Ballespí, S., de Castro-Catalá, M., Peña, E., Kwapil, T.R. & Barrantes-Vidal, N. (2017). The Interaction between Childhood Bullying and the FKBP5 Gene on Psychotic-Like Experiences and Stress Reactivity in Real Life. *Plos one*, 11 (7).
- Deckelman, M.C., Dixon, L.B. & Conley, R.R. (1997). Comorbid bulimia nervosa and schizophrenia. *Int J Eat Disord*; 22 (1): 101-5.
- Dolan, M. & Lennox, C. (2013). Cool and hot executive function in conduct-disordered adolescents with and without comorbid attention deficit hyperactivity disorder: relationships with externalizing behaviors. *Psychological Medicine*, 1–10.
- Drakesmith, M., Caeyenberghsm K., Dutt A., Zammit, S., Evans, C.J., Reichenberg, A., Lewis, G., David, A.S. & Jones, D.K. (2015). Schizophrenia-like topological changes in the structural connectome of individuals with subclinical

psychotic experiences. *Human Brain Mapping*. 36 (7) (pp 2629-2643).

- de Castro-Catalá, M., van Nierop, M., Barrantes-Vidal, N., Cristobal-Narvaez, P., Sheinbaum, T., Kwapil, T.R., Pena, E., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., van Os, J., van Winkel, R. & Rosa, A. (2016). Childhood trauma, BDNF Val66Met and subclinical psychotic experiences. Attempt at replication in two independent samples. *Journal of Psychiatric Research*. 83 (pp 121-129).
- de la Pena, F.R., Rosetti, M.F., Rodriguez-Delgado, A., Villavicencio, L.R., Palacio, J.D., Montiel, C., Mayer, P.A., Felix, F.J., Larraguibel, M., Viola, L., Ortiz, S., Fernandez, S., Jaimes, A., Feria, M., Sosa, L., Palacios-Cruz, L. & Ulloa R.E. (2018). Construct validity and parent-child agreement of the six new or modified disorders included in the Spanish version of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia present and Lifetime Version DSM-5 (K-SADS-PL-5). *Journal of Psychiatric Research*. 101 (pp 28-33).
- de Leede-Smith, S. & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7.
- Driver, D. I., Gogtay, N. & Rapoport, J. L. (2013). Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 22(4), 539–555.
- El Archi, S., Cortese, S., Ballon, N., Réveillère, C., De Luca, A., Barrault, S. & Brunault, P. (2020). Negative Affectivity

and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review. *Nutrients* 27;12(11): 3292.

- El Bouhaddani, S., van Domburgh, L., Schaefer, B., Doreleijers, T.A.H. & Veling W. (2017). Peer status in relation to psychotic experiences and psychosocial problems in adolescents: a longitudinal school-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry*. (pp 1-10).
- Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2015-2016. Observatorio Español sobre drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
- Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2019-2020. Observatorio Español sobre drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
- Espín, J.C. & Belloso Roper, J.B. (2009). Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol. 29 no. 2 Madrid.
- First, M.B. (2005). «Mutually exclusive versus co-occurring diagnostic categories: the challenge of diagnostic comorbidity». *Psychopathology* 38 (4): 206-10.
- Fitzgerald, C., Healy, C., Kelleher, H., Clarke, M. & Cannon, M. (2017). Hallucination associated distress as a predictor of the persistence of psychotic like experiences from early through to mid-adolescence. *Irish journal of medical science*.

- Fonseca-Pedrero, E. & Debbané, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psicothema*; 29 (1):5-17.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Vallina-Fernández, O. & Muñiz, J. (2010). ESQUIZO-Q: Un instrumento para la valoración del “alto riesgo psicométrico” a la psicosis [ESQUIZO-Q: An instrument for the assessment of “psychometric high risk“ for psychosis]. *Clínica y Salud*, 21, 5-12.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Villazón-García, U. & Muñiz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente [Attenuated psychotic experiences in adolescents]. *Papeles del Psicólogo*; 30: 63-73.
- Fonseca-Pedrero, E., Lucas-Molina, B. & Pérez-Albéniz, A. (2020). Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de cannabis en adolescentes en población general. *Adicciones* vol 32 nº 1.
- Fonville, L., Kadosh, K.C., Drakesmith, M., Dutt, A., Zammit, S., Mollon, J., Reichenberg, A., Lewis, G., Jones, D.K. & David, A.S. (2015). Psychotic experiences, working memory, and the developing brain: a multimodal neuroimaging study. *Cerebral cortex (new york, N.Y. : 1991)* 25(12), 4828-4838.
- Franco Porras, C. & Arango López, C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*, Vol XVI Nº 3: 19-27.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan,

- M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L.J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., Klosterkötter, J., McGuire, P. & Yung, A. (2013). The Psychosis High-Risk State. *JAMA Psychiatry*. Jan; 70 (1): 107-120.
- Garcia, I., Fresan, A., Medina-Mora, M.E. & Ruiz, G.M. (2008). Impact of Duration of Untreated Psychosis (DUP) in the course and outcome of schizophrenia. *Salud Mental* Volumen: 31 Número: 6 Páginas: 479-485.
  - Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K. & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
  - Giannopolou, I., Pagida, M.A., Briana, D.D., Despina, D. & Panayotacopoulou, M.T. (2018). Perinatal hypoxia as a risk factor for psychopathology later in life: the role of dopamine and neurotrophins. *Hormones-international Journal of endocrinology and metabolism*. Volumen: 17 Número: 1 Páginas: 25-32.
  - Giedd, J. N. (2008). The teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42, 335-343.
  - Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T. Evans, A. C. & Rappoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*. 2, 861-863.

- Gómez Beneyto, M., Bonet, A., Catalá, M.A., Puche, E. & Vila, V. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand*; 89 (5): 352-7.
- Gould, M., Wunsch-Hitzig, R. & Dohrenwend, B. (1981). Estimating the prevalence of childhood psychopathology. *J Am Acad Psychiatry*; 20: 462-476.
- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press: 3-22.
- Grove, W.M., Andreasen, N.C., McDonald-Scott, P., Keller, M.B. & Shapiro, R.W. (1981). Reliability studies of psychiatric diagnosis. Theory and practice. *Arch Gen Psychiatry*; 38: 408-13.
- Grove, W.M. (1991). When is a diagnosis worth making? A statistical comparison of two prediction strategies. *Psychol Rep*; 69: 3-17.
- Gundersen, S.V., Goodman, R., Clemmensen, L., Rimvall, M.K., Munkholm, A., Rask, C.U., Skovgaard, A.M., Van Os, J. & Jeppesen, P. (2018). Concordance of child self-reported psychotic experiences with interview- and observer-based psychotic experiences. *Early Intervention in Psychiatry*; (no pagination).
- Hallett, D. (2013). Associations between subclinical psychotic experiences and coping style in an adolescent sample from the general population. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Conference: 15th International Congress of European Society for Child and Adolescent

Psychiatry, ESCAP. Dublin, Ireland. Conference Publication: (var.pagings). 22 (2 SUPPL. 1) (pp S263).

- Harrop, C., Ellett, L., Brand, R. & Lobban, F. (2018). Friends interventions in psychosis: a narrative review and call to action. *Orcid early intervention in psychiatry*. Volumen: 9. Número: 4 Páginas: 269-278.
- Healy, C., Branningan, R., Dooley, N., Coughlan, H., Clarke, M., Kelleher, I. & Cannon, M. (2019). Childhood and adolescent psychotic experiences and risk of mental disorder: a systematic review and Meta-analysis. *Psychol Med* jul; 49 (10): 1589-1599.
- Hennig, T., Jaya, E.S., Kogli, N.U. & Lincoln, T.M. (2017). Associations of attention-deficit/hyperactivity and other childhood disorders with psychotic experiences and disorders in adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 26 (4): 421-431.
- Hennig, T., Jaya, E.S. & Lincoln, T.M. (2017). Bullying Mediates Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Psychotic Experiences in Early Adolescence *Schizophr Bull.* 1;43 (5): 1036-1044.
- Holtzman, C.W., Trotman, H.D., Goulding, S.M., Ryan, A. T., MacDonald, A.N., Shapiro, D.I. & Walker, E.F. (2013). Stress and neurodevelopmental processes in the emergence of psychosis. *Neuroscience*, 249, 172–191.
- Hudson, J.I., Pope, H.G. & Jonas, J.M. (1984). Psychosis in Anorexia Nervosa and Bulimia. *British Journal of Psychiatry* (1984), 145 420-423.



- Hugo, P.J. & Lacey J.H. (1998). Disordered Eating: a Defense Against Psychosis?. *Int J Eat Disorder* Nov; 24(3): 320-33.
- Iorfino, F., Scott, E.M., Carpenter, J.S., Cross, S.P., Hermens, D.F., Killedar, M., Nichles, A., Zmicerevska, N., White, D., Guastella, A.J., Scott, J., McGorry, P.S., Hickie, P.D. Hickie, I.B. (2019). Clinical Stage Transitions in Persons Aged 12 to 25 Years Presenting to Early Intervention Mental Health Services With Anxiety, Mood, and Psychotic Disorders. *JAMA, psychiatry*.
- Janssens, M., Boyette, L.-L., Heering, H.D., Bartels-Velthuis A.A., Lataster, T., Kahn, R.S., de Haan, L., van Os, J., Wiersma, D., Bruggeman, R., Cahn, W., Meijer, C. & Myin-Germeys, I. (2016). Developmental course of subclinical positive and negative psychotic symptoms and their associations with genetic risk status and impairment. *Schizophrenia Research*. 174 (1-3) (pp 177-182).
- Jarbin, H., Andersson, M., Råstam, M. & Ivarsson, T. (2017). Predictive validity of the K-SADS-PL 2009 version in school-aged and adolescent outpatients. *Nord J Psychiatry*. 71 (4): 270-27.
- Jardri, R., Bartels-Velthuis, A.A., Debbané, M., Jenner, J. A., Kelleher, I., Dauvilliers, Y. & Fernyhough, C. (2014). From Phenomenology to Neurophysiological Understanding of Hallucinations in Children and Adolescents. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl\_4), S221–S232.
- Jeppesen, P., Clemmensen, L., Munkholm, A., Rimvall, M.K., Rask, C.U., Jørgensen, T., Larsen, J.T., Petersen, L., van Os, J. & Skovgaard, A.M. (2014). Psychotic

experiences co-occur with sleep problems, negative affect and mental disorders in preadolescence. *J Child Psychol Psychiatry*; 56 (5): 558-65.

- Johnson, S.B., Blum, R.W., & Giedd, J.N. (2009). Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 45(3), 216–221.
- Jolley, S., Kuipers, E., Stewart, C., Browning, S., Bracegirdle, K., Basit, N., Gin, K., Hirsch, C., Corrigan, R., Banerjee, P., Turley, G., Stahl, D. & Laurens, K.R. (2018). The Coping with Unusual Experiences for Children Study (CUES): A pilot randomized controlled evaluation of the acceptability and potential clinical utility of a cognitive behavioral intervention package for young people aged 8-14 years with unusual experiences and emotional symptoms. *Br J Clin Psychol*; 57 (3): 328-350.
- Jongeneel, A., Scheffers, D., Tromp, N., Nuij, C., Delespaul, P., Riper, H., van der Gaag, M. & van den Berg, D. (2018). Reducing distress and improving social functioning in daily life in people with auditory verbal hallucinations: study protocol for the 'Temstem' randomized controlled trial. *BMJ Open* 6; 8 (3).
- Jonsson, A.J., Brigisdottir, H. & Sigurdsson, E. (2014). Does the use of cannabis increase the risk for psychosis and the development of schizophrenia?. *Researcher ID y ORCID LAEKNABLADID Volumen: 100 Número: 9 Páginas: 443-451*

- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H-U., Werbeloff, N., Weiser, M., Lataster, T. & van Os, J. (in press). (2012). Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychological Medicine*.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C. & Moreci, P. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36: 980-8.
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M.C., Devlin, N., Harley, M. & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological medicine* Volumen: 42 Número: 9 Páginas: 1857-1863.
- Kelleher, I. & Cannon, M. (2011). Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med*. 41 (1): 1-6.
- Kelleher, I., Cederlof, M. & Lichtenstein, P. (2014). Psychotic experiences as a predictor of the natural course of suicidal ideation: A Swedish cohort study. *World Psychiatry*. 13 (2) (pp 184-188).
- Kelleher, I., Devlin, N. & Wigman, J.T. (2014). Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *Psychol Med*; 44 (8): 1615-1624.

- Kelleher, I., Keeley, H. & Corcoran, P. Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies. (2012). *Br J Psychiatry*; 201 (1): 26-32.
- Kelleher, I., Lynch, F. & Harley, M. (2012). Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies. *Arch Gen Psychiatry*; 69: 1277–1283.
- Kelleher I., Wigman J.T.W., Harley M., O'Hanlon E., Coughlan, H., Rawdon, C., Murphy, J., Power, E., Higgins N.M. & Cannon, M. (2015). Psychotic experiences in the population: Association with functioning and mental distress. *Schizophrenia Research*. 165 (1) (pp 9-14).
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J. & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 164:8.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Linna M.S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C.M., Rissanen, A. & Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39, 823–831.
- Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J. & Lee, S. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*; 20 (4): 359-64.
- Khandaker, G.M., Zammit, S., Lewis, G. & Jones, P.B. (2014). A population-based study of atopic disorders and inflammatory markers in childhood before psychotic

experiences in adolescence. *Schizophrenia Research*. 152 (1) (pp 139-145).

- Khandaker, G.M., Stochl, J., Zammit, S., Lewis, G. & Jones P.B. (2014). Childhood Epstein-Barr Virus infection and subsequent risk of psychotic experiences in adolescence: A population-based prospective serological study. *Schizophrenia Research*. 158 (1-3) (pp 19-24).
- Kim, S.J., Lee, Y.J., Jang, J.H., Lim, W., Cho, I.H & Cho, S.J. (2012). The relationship between psychotic-like experiences and attention deficits in adolescents. *J Psychiatr Res*; 46 (10): 1354-8.
- Køster Rimvall, M., Van Os, J., Verhulst, F., Trap Wolf, R., Tidselbak Larsen, J., Clemmensen, L., Mette Skovgaard, A., Ulrikka Rask, C. & Jeppesen, P. (2020). Mental Health Service Use and Psychopharmacological Treatment Following Psychotic Experiences in Preadolescence. *Am J Psychiatry* 177: 4.
- Kouidrat, Y., Amad, A., Lalau, J.D. & Loas G. (2014). Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management. *Schizophr Res Treatment*: 791573.
- Kouidrat, Y., Amad, A., Renard, N., Corneille, F., Lalau, J.D. & Loas, G. (2016). *Soins Psychiatr*. Management of eating disorders in schizophrenia; (304): 39-43.
- Kovess-Masfety, V., Saha, S., Lim, C.C.W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu, S., Haro, J.M., Hu, C., Karam, E.G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.P., Navarro-Mateu, F., Stagnaro, J.C., ten Have, M., Viana, M.C., Kessler, R.C., McGrath, J.J., Al-Kaisy, S., Andrade,

- H., Benjet, C., Bruffaerts, R., Bunting, B., de, A., Cardoso, G., Chatterji, S., Cia, A.H., Degenhardt, L., Fayyad, J., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H., Hu, C.-Y., Huang, Y., Karam, N., Kiejna A., Levinson, D., Medina-Mora, E., Mneimneh, Z., Moskalewicz, J., Pennell, B.-E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Slade, T., Stein, D.J., Torres, Y., Whiteford, H., Williams, D.R. & Wojtyniak, B. (2018). Psychotic experiences and religiosity: data from the WHO World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 137 (4) (pp 306-315).
- Krebs, G. & Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*; 100: 495–499.
  - Larson, R. & Richards, M.H. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of fathers, mothers, and adolescents*. Nueva York: Basic Books.
  - Lauth, B., Arnkelsson, G.B., Magnusson, P., Skarphedinsson, G.A., Ferrari, P. & Petursson, H. (2010). Parent-youth agreement on symptoms and diagnosis: Assessment with a diagnostic interview in an adolescent inpatient clinical population. *Journal of Physiology Paris*. 104 (6) (pp 315-322).
  - Leal-Lopez, E., Sánchez Queija, F.R. & Moreno, C. (2019). Tendencias en el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados en España (2010-2018). *Gac Sanit*.
  - Lecic-Tosevski, D. (2019). Is urban living good for mental health?. 32 (3): 204-209.
  - Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J.N., Lein, E.S., Sestan, N., Weinberg, D.R. & Casey, B.J. (2014). Mental health.

Adolescent mental health opportunity and obligation. *Science* (New York, N.Y.) 346, 547–549.

- Lereya, S.T., Copeland, W.E., Zammit, S. & Wolke, D. (2015). Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 24 (12) (pp 1461-1471).
- Levin, R.L. & Rawana J.S. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: A systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*; 50:22-36.
- Lewis, M. D. (1995). Cognition-emotion feedback and the self-organization of developmental paths. *Human Development*, 38, 71-102.
- Lewis, M. D. (1997). Personality self-organization: Cascading constraints on cognition-emotion interaction. En A. Fogel, M. Lyra, & J. Valsiner (Eds.). *Dynamics and indeterminism in developmental and social processes* (pp. 193-216). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Linscott, R.J. & van Os, J. (2012). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med*; 43 (6):1133-1149.
- Longden, E., Madill, A. & Waterman, M.G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull*; 138(1):28-76.

- Manning, R.P., Dickson, J.M., Palmier-Claus, J., Cunliffe, A. & Taylor, P.J. (2016). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *J Affect Disord.* Mar 15; 211: 44-59.
- March, J., Leonard, H. & Swedo, S. (1995). Obsessive-compulsive disorder. En J. March(Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*, (pp. 251-277). New York: Guilford.
- Marshall, M.R. (2011). J. Early intervention for psychosis, *Cochrane Database Syst Rev.* Issue 6. Art.
- Martin, G., Thomas, H., Andrews, T., Hasking, P. & Scott J.G. (2015). Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. *Psychological medicine.* 45 (2) (pp 429-437).
- Martín Ayala, J. & de Paúl y Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema; Journal Scholar Metrics.* Vol. 16, nº1, pp. 45-49.
- Matuschek, T., Jaeger, S., Stadelmann, S., Dölling, K., Grunewald, M., Weis, S., von Klitzing, K. & Döhnert, M. (2016). Implementing the K-SADS-PL as a standard diagnostic tool: Effects on clinical diagnoses. *Psychiatry Res;* 236: 119-24.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 45 (3): 609-21.



- McGorry, P.D. & Wright, A.M. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign -The Compass Strategy. *BMC Public Health*; 6:215.
- McGrath, J.J., McLaughlin, K.A., Saha, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Jonge, P., Esan, O., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Lepine, J.P., Lim, C.C., Medina-Mora, M.E., Mneimneh, Z., Pennell, B.E., Piazza, M., Posada-Villa, J., Sampson, N., Viana, M.C., Xavier M., Bromet, E.J., Kendler, K.S. & Kessler, R.C. (2017). The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: a cross-national analysis of 23 998 respondents from 17 countries. *Psychological medicine*. 47 (7) (pp 1230-1245).
- McGrath, J.J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Benjet, C., Bromet, E.J., Browne, M.O. & Caldas de Almeida, J.M. (2016). The Bidirectional Associations Between Psychotic Experiences and DSM-IV Mental Disorders. *Am J Psychiatry* 1;173 (10): 997-1006.
- McGrath, J.J., Saha, S., Al-Hamzawi, A.O., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bromet, E.J., Browne, M.O., Bruffaerts, R., Caldas De Almeida, J.M., Fayyad, J., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Hu, C., De Jonge, P., Kovess-Masfety, V., Lepine, J.P., Lim, C.C.W., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Sampson, N., Posada-Villa, J., Kendler K.S. & Kessler, R.C. (2016). Age of onset and lifetime projected risk of psychotic experiences:

Cross-national data from the world mental health survey. *Schizophrenia Bulletin*. 42 (4) (pp 933-941).

- Merikangas, K.R., Jian-ping He, Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S. Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 49 number 10.
- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G., Sisti, D., Rocchi, M.B.L. & Preti, A. (2010). Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatry Research* 175; 237-243.
- Miranda, A. & Pérez, J. (2005). Socialización familiar, pese a todo. Libro de ponencias. Congreso Ser Adolescente Hoy (339- 350). Madrid: Fundación ayuda contra la drogadicción.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G. (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.
- Moran, L.V., Ongur, D., Hsu, J., Castro, V.M., Perlis, R.H. & Schneeweiss, S. (2019). Psychosis with Methylphenidate or Amphetamine in Patients with ADHD. *N Engl J Med* 380: 1128-1138.
- Morgan, C. & Gayer-Anderson C. (2016). Childhood adversities and psychosis: Evidence, challenges, implications. *World Psychiatry*. 15 (2) (pp 93-102).

- Morrison, A.P., Birchwood, M., Pyle, M., Flach, C., Stewart, S.L., Byrne, R., Patterson, P., Jones, P.B., Fowler, D., Gumley, A. & French P. (2013). Impact of cognitive therapy on internalized stigma in people with at-risk mental states. *British journal of psychiatry*, 203 (2), 140-145.
- Morylowska-Topolska, J., Ziemiński, R., Molas, A., Gajewski, J., Flis, M., Stelmach, E. & Karakuła-Juchnowicz, H. (2017). Schizophrenia and anorexia nervosa - reciprocal relationships. A literature review. *Psychiatr Pol*; 51(2): 261-270.
- Murphy, S., Murphy, J. & Shevlin, M. (2015). Negative evaluations of self and others, and peer victimization as mediators of the relationship between childhood adversity and psychotic experiences in adolescence: the moderating role of loneliness. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*. 54 (3) (pp 326-344).
- Muskens, J. B., Velders, F. P. & Staal, W. G. (2017). Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 26(9), 1093–1103.
- Nazar, B.P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P. & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*; 49 (12): 1045-1057.
- Navarro-Mateu, F., Alonso, J. & Lim, C.C.W. (2017). The association between psychotic experiences and disability:

results from the WHO World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol 136, número 1.

- Noordermeer, S. D., Luman, M. & Oosterlaan, J. (2016). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. *Neuropsychology review*, 26 (1), 44–72.
- Nishida, A., Sasaki, T., Nishimura, Y., Tanii, H., Inoue, K., Yamada, T., Takami, T., Shimodera, S., Itokawa, M., Asukai, N. & Okazaki, Y. (2010). Psychotic-like experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self-harm behaviors in adolescents aged 12-15 years. *Acta Psychiatr Scand*; 121(4): 301-307.
- Nordstrom, T., Hurtig, T., Moilanen, I., Taanila, A. & Ebeling H. (2013). Disruptive behavior disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder is a risk of psychiatric hospitalization. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 102 (11) (pp 1100-1103).
- Oh, H.Y., Singh, F., Koyanagi, A., Jameson, N., Schiffman, J. & DeVlyder, J. (2016). Sleep disturbances are associated with psychotic experiences: Findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Schizophrenia Research*. 171 (1-3) (pp 74-78).
- Ordóñez, A. E., Loeb, F. F., Zhou, X., Shora, L., Berman, R. A., Broadnax, D. D., Gochman, P., Liu, S. & Rapoport, J. L. (2016). Lack of Gender-Related Differences in Childhood-Onset Schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55 (9), 792–799.

- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P. & Piqueras J.A. (2012). Anxiety disorder symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, Volume 5, Issue 2, Pages 115-120.
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S.H., Huedo-Medina, T.B. & Espada, J.P. (2011). Spanish validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry Hum Dev*.
- Pakyurek, M., Yarnal, R. & Carter, C. (2013). Treatment of psychosis in children and adolescents: a review. *Adolesc Med State Art Rev*; 24 (2): 420-32.
- Pearce, J., Rafiq, S., Simpson, J. & Varese, F. (2019). Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literatura. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*.
- Pérez, J., Russo, D.A., Stochl, J., Clarke, J., Martin, Z., Jassi, C., French, P., Fowler, D. & Jones, P.B. (2017). Common mental disorder including psychotic experiences: Trailblazing a new recovery pathway within the Improving Access to Psychological Therapies programme in England. *Early Intervention in Psychiatry*. (no pagination).
- Peters, E., Joseph, S., Day, S., & Garety, P. A. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21- Item Peters et al. Delusion Inventory. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1005-1022.
- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P., Woodruff, P., Jacobsen, P., Chadwick, P. & Garety, P.A. (2016). *Clinical*,

socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a "need for care". *World Psychiatry*. 15 (1) (pp 41-52).

- Philips, L.J., Edwards, J., McMurray, N. & Francey, S. (2012). Comparison of experiences of stress and coping between young people at risk of psychosis and a non-clinical cohort. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40 (1), 69-88.
- Piédrola Gil. (2001). *Medicina preventiva y salud pública*. (10ª ed). Barcelona: Masson.
- Polaino-Lorente, A., Mediano Cortés, M.L. & Martínez Arias, R. (1997). Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. *An Pediatr*; 46 (4): 344-50.
- Polancyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. & Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56: 3, pp 345–365.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43 (2), 434–442.
- Posserud, M-B., Ullébo, A.K., Plessen, K.J., Stormark, K.M., Gillberg, C. & Lundervold, A. (2014). Influence of assessment instrument on ADHD diagnosis. *J. European Child and Adolescent Psychiatry*. 23 (4) (pp 197-205).

- Puche, E. (1991). Elaboración de un cuestionario de identificación de casos psiquiátricos infantiles para uso en encuestas poblacionales. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.
- Ragazzi, T.C.C., Shuhama, R., Menezes, P.R. & Del-Ben, C.M. (2018). Cannabis use as risk factor for psychotic-like experiences: a systematic review of non-clinical populations evaluated with the community. *Early Interv Psychiatry* Dec; 12 (6): 1013-1023.
- Reeve, S., Nickless, A., Sheaves, B., Hodgekins, J., Stewart, S.L.K, Gumley, A., Fowler, D., Morrison, A. & Freeman, D. (2019). Sleep duration and psychotic experiences in patients at risk of. *Schizophr Res*, Feb; 204: 326-333.
- Remberk, B. Clinical significance of psychotic-like experiences in children and adolescents. (2017). *Psychiatr Pol*; 51 (2): 271-282.
- Ribeiro Fernández, M. (2019). Estabilidad diagnóstica y características del trastorno bipolar de inicio en la infancia y adolescencia en una muestra europea. (Tesis doctoral). Ciencias médicas y psicología. Universidad de Navarra.
- Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R., Ising, H., Nieman, D., Wunderink, L., Delespaul, P., Cuijpers, P., Linszen, D. & van der Gaag, M. (2010). A single blind randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy in a help-seeking population with an At Risk Mental State for psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial.

- Rognli, E.B., Bramness J.G., Skurtveit S. & Bukten, A. (2017). Substance use and sociodemographic background as risk factors for lifetime psychotic experiences in a non-clinical sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 74 (pp 42-47).
- Rojo Moreno, L., Arqués Egea, S., Plumed Domingo, J.J., Barberá Fons, M.A., Castelló Gascó, J., Livianos Aldana, L. & Gimeno Clemente, N. (2014). Prevalence and comorbidity of generalized anxiety disorder in a sample of spanish adolescent school children. *Ansiedad y estrés; vol.-20 (2-3)* pp. 237-245.
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Vila, M.L. & Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research* 227: 52–57.
- Rojo Moreno, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L. & Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12–18 years. *International Journal of Eating Disorders* 34 (3), 281–291.
- Rojo Moreno, L., Plumed, J.J., Barberá Fons, M., González-Piueras, J.C., Rojo Bofill, L. & Livianos Aldana, L. (2011). Auditory Hallucinations in Anorexia Nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev* 19 (6) 494-500.
- Ronald, A. & Pain, O. (2018). A systematic review of genome-wide research on psychotic experiences and negative symptom traits: new revelations and implications



for psychiatry. *Human molecular genetics*. Volumen: 27  
Número: R2 Páginas: R136-R152.

- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H. & Muller, M. (2016). Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. *Schizophrenia Research*. 172 (1-3) (pp 46-53).
- Rubio, J.M., Sanjuan, J., Flórez-Salamanca, L. & Cuesta, M.J. (2012). Examining the course of hallucinatory experiences in children and adolescents: A systematic review. *Schizophrenia research* Volumen: 138 Número: 2-3 Páginas: 248-254 .
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47: 3/4, pp 276–295.
- Saha, S., Scott, J.G., Johnston, A.K., Slade, T.N., Varghese, D., Carter, G.L. & McGrath, J.L. (2011). The association between delusional-like experiences and suicidal thoughts and behaviour. *Schizophr Research*; 132 (2-3): 197-202.
- Samra, C.K. & Abdijadid, S. (2020). Specific Phobia. In: *Stat Pearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Sanchez-Gistau, V., Romero, S., Moreno, D., de la Serna E., Baeza, I., Sugranyes, G., Moreno, C., Sanchez-Gutierrez, T., Rodriguez-Toscano, E. & Castro-Fornieles, J. (2015). Psychiatric disorders in child

and adolescent offspring of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A controlled study. *Schizophr Res*; 168 (1-2): 197-203.

- Sánchez Mascaraque, P. (2015). Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Volumen III. Nº 2.
- Sancho, C., Arija, M.V., Asorey, O. & Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders; a two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 16: 495-504.
- Saunders, T.S., Mondelli, V. & Cullen, A.E. (2020). Pituitary volume in individuals at elevated risk for Psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res Nov*, 213: 23-31.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T. & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*; 5 (2): 175-186.
- Schiavone, S., Colaianna, M. & Curtis, L. (2015). Current pharmaceutical design. Impact of Early Life Stress on the Pathogenesis of Mental Disorders: Relation to Brain Oxidative Stress. Volumen: 21 Número: 11 Páginas: 1404-1412.
- Schmidt, S., Banaschewski, T., Garbe, E., Petermann, F. & Petermann, U. (2013). Diagnostic of ADHD in childhood and adolescence with the K-SADS-PL. *Diagnostik der ADHS im Kindes- und jugendalter mit dem K-SADS-PL*. *Praxis der*

Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 62 (7) (pp 473-490).

- Schulze, B. & Rössler, W. (2005). Caregiver Burden in Mental Illness: Review of Measurement, Findings and Interventions in 2004-2005. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 684-691.
- Scott, J., Welham, J., Martin, G., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., Aird, R. & McGrath, J. (2008). Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 118:230-7.
- Seeman, M.V. (2014). Eating disorders and psychosis: Seven hypotheses *World J Psychiatry*; 22; 4 (4): 112-9.
- Segarra, R. (2014). *Abordaje integral de las Fases Iniciales de la Psicosis. Una visión crítica*. Ed Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Seiler, N., Nguyen, T., Yung, A. & O'Donoghue. (2020). Terminology and assessment tools of psychosis: a systematic narrative review. *Psychiatry Clin Neurosc*, 74 (4): 226-246.
- Shakoor, S., McGuire, P., Cardno, A.G., Freeman, D., Plomin, R. & Ronald, A. (2015). A shared genetic propensity underlies experiences of bullying victimization in late childhood and self-rated paranoid thinking in adolescence. *Schizophrenia Bulletin*. 41 (3) (pp 754-763).
- Shakoor, S., Zavos, H.M.S., McGuire, P., Cardno, A.G., Freeman, D. & Ronald, A. (2015). Psychotic experiences are linked to cannabis use in adolescents in the community

because of common underlying environmental risk factors. *Psychiatry Research*. 227 (2-3) (pp 144-151).

- Shi, R., Sharpe, L. & Abbott, M. (2019). A meta-analysis of the relationship between anxiety and attentional control. *Clin Psychol Rev*. Aug; 72:101754.
- Siebald, C., Khandaker, G.M., Zammit, S., Lewis, G. & Jones, P.B. (2016). Association between childhood psychiatric disorders and psychotic experiences in adolescence: A population-based longitudinal study. *Compr Psychiatry*; 69: 45-52.
- Skounti, M., Philalithis, A. & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*; 166: 117-123.
- Soares-Weiser, K., Maayan, N., Bergman, H., Davenport, C., Kirkham, A.J., Grabowski, S. & Adams, C. E. (2015). First rank symptoms for schizophrenia. *Cochrane Systematic Review*.
- Solmi, F., Colman, I., Weeks, M., Lewis, G. & Kirkbride, J.B. (2017). Trajectories of Neighborhood Cohesion in Childhood, and Psychotic and Depressive Symptoms at Age 13 and 18 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 56 (7) (pp 570-577).
- Sommer, I.E.C., Koops, S. & Blom, J.D. (2012). Comparison of auditory hallucinations across different disorders and syndromes. *Neuropsychiatry Volumen: 2 Número: 1 Páginas: 57-68*.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J.W. & Patel, V. (2014). The global prevalence of common

mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*; 43 (2): 476-493.

- Stephan, P., Constanty, L., Habersaat, S., Guillod, L. & Urben, S. (2016). Gender differences in psychiatric disorders in an educational center for youth delinquents. *Annales Medico-Psychologiques*. (no pagination).
- Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., Verdoux, H. & Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32 (2), 347- 358.
- Stubbs, B., Koyanagi, A., Veronese, N., Vancampfort, D., Solmi, M., Gaughran, F., Carvalho, A.F., Lally, J., Mitchell A.J., Mugisha, J. & Correll, C.U. (2016). Physical multimorbidity and psychosis: Comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. *BMC Medicine*. 14 (1) (no pagination). Article Number: 189.
- Sullivan, S.A., Kounali, D., Cannon, M., David, A.S., Fletcher, P.C., Holmans, P., Jones, H., Jones, P.B., Linden, D.E.J., Lewis, G., Owen, O'Donovan, M., Rammos, A., Thompson, A., Wolke, D., Heron, J. & Zammit, S. (2020). A population-based cohort study examining the incidence and impact of psychotic experiences from childhood to adulthood and prediction of psychotic disorder. *American Journal of psychiatry*, April: 308-317.
- Taylor, H.E., Stewart, S.L., Dunn, G., Parker, S., Fowler, D. & Morrison, A.P. (2014). Core schemas across the continuum of psychosis: a comparison of clinical and

non-clinical groups. Behavioral and cognitive psychotherapy, 42 (6), 718-730.

- Taylor, J.H., Calkins, M.E. & Gur, R.E. (2020). Markers of Psychosis Risk in the General Population. *Biol Psychiatry* 88 (4): 337-348.
- Teyssier, J.R. (2013). Prodromes of schizophrenia: consensus or confusion?. *Encephale*; 39 Suppl 1: S1-7.
- Tolppanen, A-M., Sayers, A., Fraser, W. D., Lewis, G., Zammit, S., McGrath, J. & Lawlor, D. A. (2012). Serum 25-Hydroxyvitamin D3 and D2 and Non-Clinical Psychotic Experiences in Childhood. *PLoS ONE*, 7 (7), e41575.
- Toro Trallero, J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos, problemas y trastornos*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Tournier, M. (2013). Premiers épisodes psychotiques : actualités cliniques et épidémiologiques. *L'Encéphale*, 39, S74–S78.
- Trotta, A., Murray, R.M. & Fisher, H.L. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*; 45 (12): 2481-98.
- Tyson, J.W. Jr., House, E.M. & Donovan, A.L. (2020). Assessing youth with psychotic experiences: a phenomenological approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin Jan*; 29 (1): 1-13.
- Ulloa, R.E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., Arechavaleta, B., Foullieux, C., Martínez, P., Hernández, L., Domínguez, E. & de la Peña, F. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión española de la Schedule for Affective disorders and

Schizophrenia for School-Age Children-present and Lifetime Version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 34 (1): 36-40.

- van Meter, A.R., Moreira, A.L. & Youngstrom, E.A. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*; 72(9): 1250-6.
- van Os, J., Linscott R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* 39, 179–195.
- van Os, J. (2014). The many continua of psychosis. *JAMA Psychiatry*. 71 (9): 985-986.
- van Os, J. & Guloksuz, S. (2017). A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm. *World Psychiatry*. 16 (2) (pp 200-206).
- van Os, J. & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*. 15 (2) (pp 118-124).
- van Winkel, R., van Nierop, M., Myin-Germeys, I. & van Os, J. (2013). Childhood trauma as a cause of psychosis: linking genes, psychology, and biology. *Can J Psychiatry*; 58 (1): 44-51.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 38 (4): 661-71.

- Varghese, D., Scott, J. & Welham, J. (2011). Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. *Schizophr Bull*; 37 (2): 389-393.
- Varghese, D., Scott, J. & McGrath, J. (2008). Correlates of delusion-like experiences in a non-psychotic community sample. *Aust N Z J Psychiatry*.
- Vázquez-Barquero, J. L. (2008). Las fases iniciales de las enfermedades mentales: Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de psicosis. Ed. Barcelona; Editorial Masson.
- Velting, O.N. & Albano, A.M. (2001). Current trends in the understanding and treatment of social phobia in youth. *J Child Psychol Psychiat* 42. 127-40.
- Villabo, M.A., Oerbeck, B., Skirbekk, B., Hansen, B.H. & Kristensen, H. (2016). Convergent and divergent validity of K-SADS-PL anxiety and attention deficit hyperactivity disorder diagnoses in a clinical sample of school-aged children. *Nordic Journal of Psychiatry*. 70 (5) (pp 358-364).
- Wals, M., van Os J., Reichart, C.G., Hillegers, M.H.J., Ormel, J., Verhulst, F.C. & Nolen, W.A. (2004). Multiple Dimensions of Familial Psychopathology Affect Risk of Mood Disorder in Children of Bipolar Parents. *American Journal of Medical Genetics - Neuropsychiatric Genetics*. 127 B (1) (pp 35-41).
- Watson, H.J., Yilmaz, Z. & Thornton, L.M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nat Genet* 51, 1207–1214.



- Wesselhoeft, R.T. (2016). Childhood depressive disorders. *Dan Med J.* 63 (10).
- Wigman, J.T., van Nierop, M., Vollebergh, W.A., Vollerbergh W.A., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H.U. & van Os, J. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity: implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull*; 38 (2): 247-257.
- Youngstrom, E. A., Birmaher, B. & Findling, R. L. (2008). Pediatric bipolar disorder: validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disorders*, 10 (1p2), 194–214.
- Yule, W. (2001). Post Traumatic stress disorder in the general population and in children. *J. Clin Psychiatry* 62 (Suppl. 17): 23-8.

#### Direcciones web

- [www.cece.gva.es](http://www.cece.gva.es).
- [www.cajaespana-duero.es/servicios/informacion-corporativa/estudios.asp](http://www.cajaespana-duero.es/servicios/informacion-corporativa/estudios.asp).