

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencias psicóticas e ideación suicida en adolescentes

Psychotic experiences and suicidal behavior in adolescents /
Experiências psicóticas e ideação suicida em adolescentes

María C. González Romero¹, Manuela Lince Restrepo¹, Diana Restrepo Bernal¹, Gloria M. Sierra Hincapié¹

Fecha de recibido:
6 de mayo de 2020.

Fecha de aprobación:
8 de septiembre de 2020.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre experiencias psicóticas y trastornos mentales no psicóticos en población general.

Metodología: Estudio de prevalencia analítico con fuente de información secundaria en población general de 15 a 65 años seleccionados de modo aleatorio por muestreo probabilístico. El instrumento de recolección de la información fue el CIDI (por su sigla en inglés), que realiza diagnóstico de 23 trastornos mentales según criterios DSM-IV (por su sigla en inglés). Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas psiquiátricas y seis experiencias psicóticas (alucinaciones e ideas delirantes) como variable principal. El estudio primario fue aprobado por el Comité de Investigación y de Ética Universitario. Se consideró significancia estadística valor de $p < 0.05$. Se calcularon como medidas de asociación OR con su IC95%.

Resultados: Se evaluaron 2 072 personas, el 1.85% presentó experiencias psicóticas, de los cuales el 53.3 % eran mujeres, y el 44.4 %, adolescentes. Hubo asociación entre experiencias psicóticas e ideación suicida (OR 3.51, IC95% 1.49-8.29]), ser adolescente (OR 2.29, IC95% 1.24-4.22]) y pertenecer al régimen contributivo de salud (OR 0.34, IC95% 0.18-0.63).

Conclusiones: Los jóvenes y aquellas personas con ideación suicida tuvieron mayor probabilidad de reportar experiencias psicóticas. Dentro del intento global por comprender mejor para actuar de forma más efectiva frente al comportamiento suicida especialmente en la población más joven, una mejor comprensión del papel que desempeñan las experiencias psicóticas (EP) puede ser de ayuda.

Palabras clave: trastornos mentales; suicidio; alucinaciones; comportamiento paranoide

ABSTRACT

Objective: To determine the association between psychotic experiences and non-psychotic mental disorders in the general population.

Methodology: Analytical prevalence study with secondary information source applied in the general population aged 15 to 65 years old, randomly selected by probabilistic sampling. The instrument for collecting the information was the Composite International Diagnosis Interview (CIDI), which diagnoses 23 mental disorders according to the DSM-IV criteria (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Sociodemographic and psychiatric clinical variables were assessed, but the main variable evaluated consisted in six psychotic experiences (hallucinations and delusions). The primary study was approved by the University Research and Ethics Committee. The p -value < 0.05 was the threshold for statistical significance. OR and its 95% CI were calculated as association measures.

Results: 2072 people were evaluated, 1.85% presented psychotic experiences, of which 53.3% were women and 44.4% were adolescents. An association was found between psychotic experiences and suicidal ideation (OR 3.51, 95% CI [1.49-8.29]), being an ado-

Forma de citar este artículo:

González MC, Lince M, Restrepo D, Sierra GM. Experiencias psicóticas e ideación suicida en adolescentes. Med UPB. 2021;40(1):19-27
DOI:10.18566/medupb.v40n1.a04

¹ Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia:

Diana Restrepo Bernal.
Correo electrónico: dianarestrepobernal@gmail.com

lescent (OR 2.29, 95% CI [1.24-4.22]) and belonging to the contributory health system (OR 0.34, 95% CI [0.18-0.63]).

Conclusions: Young people and those with suicidal ideation were more likely to report psychotic experiences. Within the overall attempt to better understand in order to act more effectively in the face of suicidal behavior, especially in the younger population, a better understanding of the role of psychotic experiences (PE) can be of help.

Keywords: mental disorders; suicide; hallucinations; paranoid behavior

RESUMO

Objetivo: Determinar a associação entre experiências psicóticas e transtornos mentais não psicóticos na população em geral.

Metodologia: Estudo analítico de prevalência com fonte secundária de informação na população geral de 15 a 65 anos, selecionada aleatoriamente por amostragem probabilística. O instrumento de coleta de informações foi o CIDI (por sua sigla em inglês), que faz o diagnóstico de 23 transtornos mentais de acordo com os critérios do DSM-IV (por sua sigla em inglês). Variáveis sociodemográficas, clínicas psiquiátricas e seis experiências psicóticas (alucinações e delírios) foram avaliadas como a variável principal. O estudo principal foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade. A significância estatística foi considerada um valor de $p < 0,05$. Eles foram calculados como medidas de associação OR com seu IC 95%.

Resultados: foram avaliadas 2.072 pessoas, 1,85% apresentaram experiências psicóticas, sendo 53,3% mulheres e 44,4% adolescentes. Houve associação entre experiências psicóticas e ideação suicida (OR 3,51, IC 95% 1,49-8,29), ser adolescente (OR 2,29, IC 95% 1,24-4,22) e pertencer ao regime contributivo de saúde (OR 0,34, 95 % CI 0,18-0,63).

Conclusões: Jovens e aqueles com ideação suicida foram mais propensos a relatar experiências psicóticas. Na tentativa geral de compreender melhor como agir de maneira mais eficaz diante do comportamento suicida, especialmente na população mais jovem, pode ser útil uma melhor compreensão do papel das experiências psicóticas (TP).

Palavras-chave: transtornos mentais; suicídio; alucinações; comportamento paranoico

INTRODUCCIÓN

La psicosis es un síndrome clínico complejo caracterizado por ideas delirantes, fenómenos alucinatorios, pensamiento y comportamiento desorganizados¹. Afecta a un 2-3% de la población general y produce un impacto negativo en los ámbitos personal, familiar y social. El espectro psicótico abarca la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, la psicosis inducida por sustancias, entre otros trastornos^{2,3}.

Las experiencias psicóticas (EP) en cambio son formas subsindrómicas o atenuadas de alucinaciones y delirios que se presentan en la población general y que han sido explicados a partir del fenotipo psicótico que plantea la psicosis como un espectro que abarca, desde el bienestar psicológico con ausencia de enfermedad mental, hasta la psicosis propiamente dicha⁴.

Desde esta perspectiva surge el concepto de “fenotipo de psicosis extendida” que se puede comprender como la expresión conductual de la vulnerabilidad al trastorno psicótico y que se manifestaría, entre otros aspectos, por experiencias psicóticas persistentes en el tiempo⁵.

La investigación sobre experiencias psicóticas en población general es reciente. Dentro de los hallazgos novedosos se ha observado que el fenotipo psicótico se mezcla gradualmente con los síndromes clínicos, y el comienzo del trastorno psicótico como tal puede ser entendido en parte como diferentes tipos de experiencias subclínicas impactando una sobre otra en el tiempo, por ejemplo, los síntomas negativos predicen las experiencias psicóticas⁶, la disregulación afectiva antecede y promueve el comienzo de los síntomas psicóticos^{7,8} y las alucinaciones favorecen el surgimiento de los delirios. Todo esto

sugiere un modelo en red para el comienzo del trastorno psicótico⁹.

Consecuente con esto, en la población general se pueden presentar experiencias alucinatorias e ideas delirantes sin configurar un enfermedad mental^{10,11}. Y si bien las experiencias psicóticas son comunes en la población general y en el 80% de los casos serán transitorias, en un 7.4% podrían asociarse con un trastorno psicótico^{12,13}. Mas recientemente algunos estudios han encontrado que las EP se asocian con una amplia variedad de trastornos mentales, incluidos los no psicóticos^{14,15}. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre experiencias psicóticas en población general con trastornos mentales no psicóticos.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de prevalencia, con intención analítica a partir de una fuente secundaria, la base de datos del estudio *Primer estudio de salud mental en población mayor de 15 años, Envigado 2017*.

Población de estudio

La población de referencia estuvo constituida por población general no institucionalizada, de 15 a 65 años, con hogar fijo, residente en las zonas urbana y rural del municipio de Envigado (Colombia), que, según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) para 2017, era de 182 433 personas. Se incluyeron personas de ambos sexos en un rango de edad de 15 a 65 años. No hubo criterios de exclusión.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra para el estudio primario fue calculado a partir de la fórmula para la estimación de una proporción poblacional, con un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y prevalencia estimada del 9.95% (prevalencia de vida esperada para depresión mayor según resultados del Primer Estudio de Salud Mental, Medellín 2011-2012).

Se incluyeron áreas urbana y rural. Se realizó una selección aleatoria de las manzanas y las viviendas para cada una de las zonas del municipio. En cada manzana se seleccionó un promedio de 10 hogares y en cada hogar se seleccionó aleatoriamente para la entrevista uno de los adultos (19 o más años), y cada tres hogares en promedio uno de los adolescentes (15-18 años).

La selección de la muestra se generó de forma aleatoria por muestreo probabilístico y polietápico. El tamaño de muestra para cada uno de los 10 sectores o áreas

geográficas fue de 207 personas, por lo que el tamaño final de la muestra fue de 2072 personas, a las que se les aplicó la entrevista. La composición de la muestra fue proporcional a la composición del universo desde el punto de vista geográfico y socioeconómico, por tal razón el diseño es con probabilidad de selección igual hasta el nivel del hogar. Se sensibilizó a la comunidad antes de la aplicación de las encuestas mediante volantes, líneas telefónicas y canales regionales informativos.

Instrumentos

El instrumento de recolección aplicado fue el CIDI 3.0 versión CAPI (por su sigla en inglés). Esta es una entrevista altamente estructurada que permite el diagnóstico de 23 trastornos psiquiátricos aplicando los criterios del DSM-IV y fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en unión con la Administración sobre Abuso de Alcohol, Drogas y Salud Mental (ADAMHA, por su sigla en inglés), para realizar estudios transculturales de epidemiología psiquiátrica a lo largo del mundo. La versión CAPI fue previamente validada cultural y lingüísticamente¹⁶. Se incluyeron las siguientes variables: experiencias psicóticas, edad, sexo, nivel socioeconómico, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias y comportamiento suicida (ideación, planeación e intentos).

El CIDI 3.0 es una entrevista estructurada cara a cara, aplicada por entrevistadores legos (entrenados según el protocolo Harvard-OMS).

Evaluación de las experiencias psicóticas

El módulo de psicosis del CIDI 3.0 incluye preguntas sobre seis tipos de experiencias psicóticas, dos relacionadas con alucinaciones (visuales y auditivas) y cuatro con experiencias delirantes (inserción, control del pensamiento, experiencias de pasividad, ideas paranoides autorreferenciales). Las preguntas aplicadas a los participantes del estudio fueron:

- ¿Alguna vez ha tenido una visión (visiones) que otra gente no pudiera ver?
- ¿Alguna vez ha oído voces que otros dijeron que no existían?
- ¿Alguna fuerza misteriosa le ha introducido directamente en su cabeza pensamientos extraños o pensamientos diferentes a los suyos por medio de rayos X o rayos láser u otros medios?
- ¿Cree que sus pensamientos están siendo robados de su mente por alguna fuerza extraña?
- ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que sintió que su mente estaba dominada por fuerzas extrañas?
- ¿Cree que alguna fuerza extraña ha intentado comunicarse directamente con usted enviándole señales

especiales que podía entender pero que nadie más lo podía hacer?

- ¿Algunas veces las señales son a través de la radio o televisión?
- ¿Alguna vez ha experimentado estos intentos de comunicación por parte de fuerzas extrañas?
- ¿Alguna vez pensó que había una conspiración para hacerle daño o perseguirlo y que su familia o amigos no creyeran que esto fuera real?

Estas preguntas fueron seguidas de una pregunta de prueba para determinar si el encuestado no se encontraba medio dormido, bajo influencias de alcohol o drogas cuando tuvo estas experiencias.

Variables

La variable independiente para el estudio fue experiencias psicóticas, la cual se construyó a partir de agrupar las ideas delirantes y las experiencias alucinatorias en una variable nueva que se denominó experiencias psicóticas agrupadas.

Las variables independientes fueron sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico) y clínicas (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias y comportamiento suicida).

Control de sesgos

Se consideró el sesgo de selección que se controló al reclutar los participantes, puesto que toda la población de Envigado tuvo la misma probabilidad de ser encuestada, empleando muestreo probabilístico y polietápico. El sesgo de información se controló mediante la sensibilización realizada con la comunidad y el respeto que se le garantizó con el uso prudente de la información, esto permitió una alta participación y obtención de información veraz frente a las variables estudiadas. Además los encuestadores fueron entrenados para recolectar la información sin inducir respuestas. El control de calidad incluyó el monitoreo semanal de cada entrevistador con relación al tiempo de duración de cada entrevista mediante el programa computarizado que hace parte del CIDI-CAPI y el control a un subgrupo (10%) aleatorio de entrevistados a los cuales se les aplicó nuevamente las preguntas del CIDI para evaluar concordancia. Para minimizar el sesgo de análisis, se utilizó el CIDI-CAPI electrónico y estandarizado.

Análisis de la información

Se obtuvo una base de datos que fue sometida a controles de calidad y se considera apta para la aplicación de los algoritmos CIDI y los factores finales de expansión.

El procesamiento se llevó a cabo mediante la aplicación del programa SAS versión 9.0 y SPSS versión 21.0, licencias amparadas.

A partir de las bases de datos finales, se llevó a cabo la primera etapa del procesamiento estadístico de datos, la cual inicia con un análisis univariado aplicado a todas las variables ya sometidas a los factores de corrección y expansión. En esta etapa se logró la estimación de las proporciones de prevalencia de vida para los trastornos estudiados, mediante la aplicación de los criterios DSM-IV, para guardar concordancia con los estudios del WHO World Mental Health Survey.

Se determinó la prevalencia de las ideas delirantes, las experiencias alucinatorias y las experiencias psicóticas agrupadas.

En el análisis bivariado, la variable independiente (experiencias psicóticas agrupadas) fue contrastada con las demás variables independientes incluidas en el estudio a través de tablas de contingencia. Se obtuvieron OR crudos con el respectivo intervalo de confianza al 95%. Posteriormente con aquellas variables que mostraron asociación estadística $p < 0.05$ o que según el criterio de Hosmer Lemeshov aquellas variables con valor de $p < 0.20$ fueron incluidas en el modelo multivariado de regresión logística binario donde se obtuvieron OR ajustados.

Aspectos éticos

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación Universitario. El estudio primario contó con aprobación del Comité de Investigación y de Ética Universitario. Se tomó consentimiento informado a los adultos y a los menores de edad asentimiento y consentimiento al padre o tutor legal.

RESULTADOS

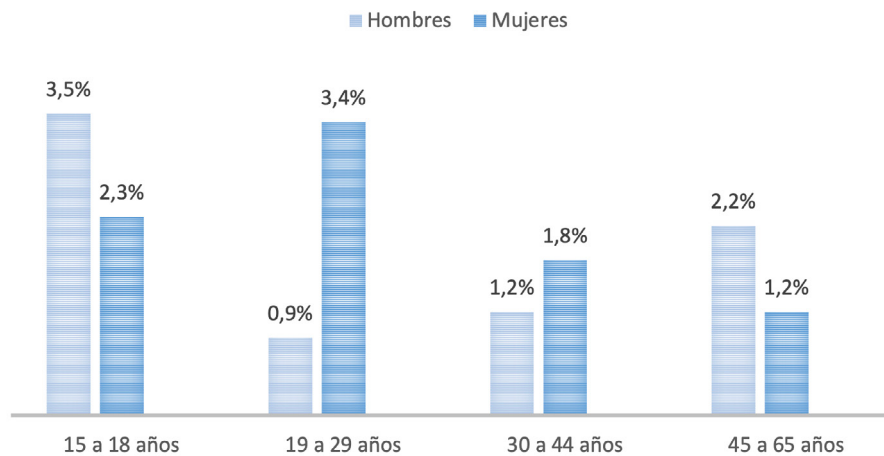
Se incluyeron en el análisis 2 072 personas, 535 adolescentes y 1 492 adultos. Del total de la muestra, el 1.85% presentó EP en algún momento de la vida. De estas personas con EP, el 53.3% eran mujeres, y el 44.4%, adolescentes. El 44.4% tenía una edad entre 15 y 18 años, con una mediana de 23 años (RIC 26). Los demás datos sociodemográficos se pueden encontrar en la Tabla 1.

Prevalencia de las experiencias psicóticas agrupadas

El 1.85% de la población entrevistada admitió haber tenido alguna experiencia psicótica a lo largo de la vida (1.94% mujeres y 1.73% hombres). Por cada hombre con EP, se presentaron 1.1 mujeres (Figura 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población con experiencias psicóticas.

	n	Experiencias psicóticas	
		n	%
Sexo	Hombre	21	46.7
	Mujer	24	53.3
Grupo etario	Adolescentes	20	44.4
	Adultos	25	55.6
Grupo de edad	15-18	20	44.4
	19-29	8	17.8
	30-44	7	15.6
	45-65	10	22.2
Nivel de escolaridad	Primaria	3	6.7
	Secundaria	30	66.7
	Técnico-tecnológica	3	6.7
	Universitario	6	13.3
	Posgrado	3	6.7
Ocupación	Trabajador	11	24.4
	Estudiante	19	42.2
	No trabaja ni busca trabajo	3	6.7
	Ama de casa	10	22.2
	Pensionado	1	2.2
	Otra	1	2.2

Figura 1. Prevalencia de experiencias psicóticas por grupos etarios según sexo.

Tipo de experiencias psicóticas

Las alucinaciones visuales fueron las EP más prevalentes con un 1.4%, siendo más comunes en los hombres (1.7% versus 1,2%). En segundo lugar, las alucinaciones auditivas con un 1.0%, más en mujeres (1.0% versus 0.9%). El control de la mente lo presentó el 0.4% por igual en hombres y mujeres. Las ideas delirantes de tipo paranoide (0.2%) más comunmente en hombres (0.3%

versus 0.1%) y finalmente las interpretaciones delirantes con un 0.1% en hombres y ningún caso en mujeres.

Variables sociodemográficas y experiencias psicóticas

Se encontró asociación significativa entre EP y dos variables sociodemográficas, la primera de ellas como factor de riesgo y la segunda como factor de protección:

grupo etario adolescentes (OR 2.2, IC95% 1.2-4.0) y pertenecer al régimen contributivo de la seguridad social (OR 0.4, IC95% 0.2-0.6). Con las demás variables no se encontró asociación (Tabla 2).

Prevalencia de trastornos mentales en personas con experiencias psicóticas

En la Tabla 3 se presenta la prevalencia de vida de los trastornos mentales para las personas con experiencias psicóticas o sin ellas. Se encontró asociación entre las EP y los siguientes trastornos o problemas mentales: ideación suicida (OR 4.9, IC95% 2.0-12.0), trastorno afectivo bipolar (OR 6.8, IC95% 2.0-23.8) agorafobia (OR 11.5, IC95% 1.3-104.9) y trastorno de ansiedad por separación (OR 6.9, IC95% 1.5-32.7). No se encontró asociación con los demás trastornos mentales.

Análisis multivariado

Las siguientes variables fueron incluidas en el modelo de regresión logística binaria: grupo etario, seguridad social, ideación suicida, trastorno afectivo bipolar, agorafobia y trastorno de ansiedad por separación. Las variables fueron ingresadas con el método ENTER.

En la Tabla 4 se muestran los OR crudos y los OR ajustados por la regresión logística. Las variables incluidas en el modelo explican el 10.3% de la varianza del antecedente de EP. El modelo tuvo una bondad de ajuste según la prueba de Hosmer y Lemeshow, y clasificó correctamente el 97.7 % de los casos. Las variables que permanecieron en el modelo fueron grupo de adolescentes, ideación suicida y seguridad social.

DISCUSIÓN

En este estudio poblacional que exploró las EP en población general, el principal hallazgo fueron las asociaciones encontradas con otras variables incluidas. Ser

adolescente en esta población se comportó como un factor de riesgo para presentar EP, siendo 1.3 veces más frecuente este fenómeno en ellos que en los adultos. De modo similar la ideación suicida se comportó como factor de riesgo para EP siendo esas experiencias 2.5 veces más frecuente en aquellos con ideación suicida. Pertenecer al régimen contributivo de salud, que es indicativo de un estrato socioeconómico más alto, fue identificado como un factor protector para EP.

Este estudio no encontró asociación entre EP y trastornos depresivos y ansiosos, como lo han reportado otros autores^{14,17-20}, pero sí con ideación suicida, lo cual coincide con lo encontrado por Bromet et al.^{13,14}, que evaluaron 33 370 adultos de 19 países, con los siguientes resultados: ideación suicida (OR 2.2 IC95% 1.8-2.6), planeación suicida (OR 2.1, IC95% 1.7-2.6) e intento de suicidio (OR 1.9, IC95% 1.5-2.5). En nuestro estudio la asociación entre EP e ideación suicida, fue de mayor magnitud (OR 3.5), pero de menor precisión.

En el estudio de Devylder et al., se evaluaron 11 716 adultos residentes en Estados Unidos para determinar la asociación entre EP e ideación suicida en 12 meses. Los participantes con EP tenían mayor probabilidad de reportar ideación suicida (OR 5.24, IC95% 2.85-9.62) e intentos de suicidio (OR 9.48, IC95% 3.98-22.62). De los participantes con ideación suicida, aquellos con EP tenían mayor probabilidad de presentar un intento suicida durante 12 meses (OR 3.49, IC95% 1.05-11.58) al ajustar por trastornos psiquiátricos concurrentes²¹.

En cuanto a la relación entre experiencias psicóticas de tipo delirios y alucinaciones, se ha descrito que las alucinaciones son cuatro veces más comunes que los delirios¹³, lo cual coincide con nuestros hallazgos, si bien en menor proporción.

Experiencias psicóticas en la adolescencia

Las EP son comunes en la población general, particularmente durante la adolescencia, en quienes predicen

Tabla 2. Asociación entre variables sociodemográficas y experiencias psicóticas.

	Experiencias psicóticas		OR	IC 95%	Valor p
	Sí	No			
Hombre	2.2%	97.8%	1	(0.6-1.8)	1.000
Mujer	2.2%	97.8%	1		
Adolescentes	3.6%	96.4%	2.2	(1.2-4.0)	0.007
Adultos	1.6%	98.4%	1		
Régimen Contributivo	1.7%	98.3%	0.4	(0.2-0.6)	<0.001
Régimen Subsidiado	4.6%	95.4%	1		

Tabla 3. Análisis bivariado: trastornos mentales en la vida y experiencias psicóticas en la vida.

Trastornos mentales (prevalencia vida)	Experiencias psicóticas					
		Sí (%)	No (%)	OR	IC95 %	Valor p
Trastorno de pánico	Sí	4.5	95.5	2.2	(0.3-16.5)	0.443
	No	2.1	97.9	1		
Ansiedad generalizada	Sí	5.6	94.4	2.7	(0.4-20.6)	0.323
	No	2.1	97.9	1		
Agorafobia	Sí	20.0	80.0	11.5	(1.3-104.9)	0.006
	No	2.1	97.9	1		
Fobia social	Sí	0.0	100.0	NC*	NC*	0,296
	No	2.2	97.8			
Fobia específica	Sí	3.3	96.7	1.6	(0.5-5.2)	0.452
	No	2.1	97.9	1		
Estrés postraumático	Sí	3.8	96.2	1.8	(0.2-14.1)	0.565
	No	2.2	97.8	1		
Ansiedad por separación	Sí	12.5	87.5	6.9	(1.5-32.7)	0.005
	No	2.0	98.0	1		
Cualquier trastorno de ansiedad	Sí	3.3	96.7	1.6	(0.7-3.9)	0.276
	No	2.1	97.9	1		
Depresión mayor	Sí	3.3	96.7	1.6	(0.6-4.5)	0.387
	No	2.1	97.9	1		
Distimia	Sí	0.0	100.0	NC*	NC*	0.620
	No	2.2	97.8			
Bipolar	Sí	12.5	87.5	6.8	(2.0-23.8)	0.000
	No	2.1	97.9	1		
Cualquier trastorno afectivo	Sí	4.8	95.2	2.5	(1.1-5.7)	0.024
	No	2.0	98.0	1		
Déficit de atención	Sí	3.2	96.8	1.5	(0.2-11.6)	0.695
	No	2.2	97.8	1		
Trastorno de conducta	Sí	7.7	92.3	3.8	(0.5-31.0)	0.176
	No	2.1	97.9	1		
Negativista desafiante	Sí	3.1	96.9	1.4	(0.2-11.2)	0.720
	No	2.2	97.8	1		
Cualquier trastorno impulsivo	Sí	3.2	96.8	1.5	(0.4-6.7)	0.573
	No	2.1	97.9	1		
Abuso de alcohol	Sí	3.2	96.8	1.5	(0.4-53)	0.506
	No	2.1	97.9	1		
Dependencia de alcohol	Sí	0.0	100.0	NC*	NC*	0.394
	No	2.3	97.7			
Abuso de drogas	Sí	6.5	93.5	3.5	(1.0-12.2)	0.051
	No	2.0	98.0	1		
Dependencia de drogas	Sí	6.3	93.8	3.0	(0.4-24.3)	0.267
	No	2.1	97.9	1		
Cualquier trastorno de sustancias	Sí	3.3	96.7	1.6	(0.5-4.9)	0.398
	No	2.0	98.0	1		
Ideación suicida	Sí	5.9	94.1	4.9	(2.0-12.0)	0.000
	No	1.3	98.7	1		
Planeación suicida	Sí	5.4	94.6	3.1	(1.1-8.6)	0.026
	No	1.8	98.2	1		
Intento de suicidio	Sí	7.2	92.8	4.8	(1.8-12.2)	0.000
	No	1.6	98.4	1		
Ideación suicida	Sí	5.9	94.1	4.9	(2.0- 12.0)	0.000
	No	1.3	98.7	1		

*NC: no calculable.

Tabla 4. Factores asociados con experiencias psicóticas: modelo bivariado versus modelo multivariado.

Variable	OR crudo (IC95%), Modelo bivariado	OR ajustado (IC95%), Modelo multivariado
Ser adolescente	2.2 (1.2-4.0)	2.3 (1.2-4.2)
Tener seguridad social contributiva	0.4 (0.2-0.6)	0.3 (0.2-0.6)
Ideación suicida presente	4.9 (2.0-12.0)	3.5 (1.5-8.3)

diversos trastornos psiquiátricos e ideación suicida (OR 1.3-6.0)²², esto coincide con nuestro estudio, en el cual se encontró que los adolescentes tenían un riesgo dos veces de presentar EP frente a los adultos. Lo anterior coincide con lo expuesto en la revisión sistemática realizada por Linscott et al.¹², que encontraron que el riesgo de EP fue mayor entre las personas jóvenes. Kelleher et al.²³ en un estudio prospectivo de cohorte, en el cual evaluaron 1 112 jóvenes de 13 a 17 años durante 12 meses, encontraron que aquellos con EP presentaron un riesgo mayor de intento de suicidio en los próximos 3 meses (OR 10.01, IC95% 2.24-45.49). Este hallazgo es importante porque es en la adolescencia donde empiezan a manifestarse signos de futuros trastornos mentales y psicóticos¹¹, tal como lo exponen Kırılı et al.¹⁴ en un estudio longitudinal en población general, donde encontraron que, de los participantes con EP, aquellos con edad de 15 a 30 años presentaron mayor riesgo de desarrollar trastornos psicóticos.

Prevalencia de EP en población general

En el estudio se encontró una baja prevalencia de EP en población general (1.85%), lo cual dista del rango del 15-25% en población adolescente o del 5% en población adulta, previamente descritos²⁴. Un aspecto a considerar es la importancia de la cultura al determinar el carácter delirante de una creencia, aspectos que en este estudio no se consideraron²⁵.

Situación socioeconómica y EP

En un estudio realizado por McGrath et al.⁸ encontraron una menor prevalencia de EP (3.2%) en países con ingresos económicos medio bajos y bajos, como lo es nuestro país, comparado con países con ingresos medio altos y altos (7.2 y 6.8%, respectivamente); de forma contraria, un estudio brasileño, el cual incluyó 1 950 participantes, encontró que pertenecer a un menor estrato socioeconómico y tener un nivel menor de educación se asociaba con EP²⁶. Estos dos estudios con hallazgos aparentemente contradictorios ayudan a dar perspectiva frente a lo complejo del fenómeno estudiado. Nuestro estudio encontró asociación entre EP y pertenecer al ré-

gimen de salud contributivo, de tal forma que esto último en esta muestra poblacional se comportó como un factor protector, hecho que parcialmente pudiese coincidir con el segundo estudio y ser opuesto al primero, puesto que aquellas personas que tienen seguridad social de tipo contributivo son aquellos que tienen un empleo estable y una menor vulnerabilidad económica y social que aquel que pertenece al régimen subsidiado. Para resolver esto se requieren nuevos y mejores estudios que ayuden a comprender de qué forma las EP se vinculan con otros trastornos mentales y con factores sociales y culturales.

Limitaciones

Finalmente los hallazgos del estudio deben ser interpretados a la luz de las siguientes limitaciones. Primero, aunque se trata de un estudio poblacional la muestra no fue calculada para identificar EP. Segundo, por tratarse de un estudio transversal, no puede establecerse causalidad entre EP y trastornos mentales. Tercero, por ser un estudio que evalúa prevalencia de vida, puede haber sesgos de memoria, lo cual puede explicar en parte la baja prevalencia encontrada de EP. Cuarto, la versión del CIDI aplicada en este estudio no realiza diagnóstico de trastornos psicóticos, por lo que no se pudo buscar asociación directa entre estos y las EP. Quinto, las EP evaluadas en el estudio podrían no ser sensibles a aspectos relacionados con la cultura.

Conclusiones

En el estudio poblacional los jóvenes y aquellas personas con ideación suicida tuvieron mayor probabilidad de reportar experiencias psicóticas. Dentro del intento global por comprender mejor para actuar de forma más efectiva frente al comportamiento suicida especialmente en la población más joven, una mejor comprensión del papel que desempeñan las EP puede ser de ayuda.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17:9-18.
2. Lieberman JA, First MB. Psychotic disorders. *N Engl J Med* 2018;379:270-80.
3. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377:2093-102.
4. Fonseca Pedrero E, Debbané M. Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: an update. *Psicothema* 2017;29:5-17.
5. Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:391-419.
6. Dominguez MG, Saka MC, van Saka M, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Early expression of negative/disorganized symptoms predicting psychotic experiences and subsequent clinical psychosis: a 10-year study. *Am J Psychiatry* 2010;167:1075-82.
7. Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, de Graaf R, Vollebergh W, Bak M, et al. Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *Br J Clin Psychol* 2005;44:113-25.
8. Van Rossum I, Dominguez MG, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Affective dysregulation and reality distortion: a 10-year prospective study of their association and clinical relevance. *Schizophr Bull* 2011;37:561-71.
9. Smeets F, Lataster T, Dominguez MG, Hommes J, Lieb R, Wittchen HU, et al. Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions. *Schizophr Bull* 2012;38:531-42.
10. Yung AR, Lin A. Psychotic experiences and their significance. *World Psychiatry* 2016;15:130-1.
11. Pedrero EF, Giráldez SL, Piñeiro M de las MP, García UV, Baigrie SS, Fernández JM. Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente. *Papeles del Psicólogo* 2009;30:63-73.
12. Linscott RJ, van Os J. 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* 2013;43:1133-49.
13. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31 261 Respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry* 2015;72:697.
14. Kırılı U, Binbay T, Drukker M, Elbi H, Kayahan B, Keskin Gökçelli D, et al. DSM outcomes of psychotic experiences and associated risk factors: 6-year follow-up study in a community-based sample. *Psychol Med* 2018;1-11.
15. Armando M, Nelson B, Yung AR, Ross M, Birchwood M, Girardi P, et al. Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophr Res* 2010;119:258-65.
16. Torres Y, editor. *Primer estudio poblacional de salud mental, 2011-2012*. Medellín: Editorial CES; 2012.
17. Varghese D, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, et al. Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. *Schizophr Bull* 2011;37:389-93.
18. Van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry* 2016;15:118-24.
19. Bromet EJ, Nock MK, Saha S, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Association between psychotic experiences and subsequent suicidal thoughts and behaviors: a cross-national analysis from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry* 2017;74:1136-44.
20. Honings S, Drukker M, Groen R, van Os J. Psychotic experiences and risk of self-injurious behaviour in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2016;46:237-51.
21. DeVylder JE, Lukens EP, Link BG, Lieberman JA. Suicidal ideation and suicide attempts among adults with psychotic experiences: data from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *JAMA Psychiatry* 2015;72:219-25.
22. Pain O, Dudbridge F, Cardno AG, Freeman D, Lu Y, Lundstrom S, et al. Genome-wide analysis of adolescent psychotic-like experiences shows genetic overlap with psychiatric disorders. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* 2018;177:416-25.
23. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JTW, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:940-8.
24. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
25. Gaines AD. Culture-specific delusions: sense and nonsense in cultural context. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:281-301.
26. Loch AA, Chianca C, Alves TM, Freitas EL, Hortêncio L, Andrade JC, et al. Poverty, low education, and the expression of psychotic-like experiences in the general population of São Paulo, Brazil. *Psychiatry Res* 2017;253:182-8.