

EXPERIENCIAS PSICÓTICAS AUTOINFORMADAS: DIFERENCIAS SEGÚN LA EDAD Y LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

Juan Antonio Becerra-García¹, Teresa Sánchez-Gutiérrez¹, Sara Barbeito¹ y Ana Calvo²

¹Universidad Internacional de La Rioja; ²Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

Este trabajo pretende explorar las diferencias en sintomatología psicopatológica que puede haber en la población general adulta con o sin experiencias psicóticas (EP) en función del rango de edad. Se evaluó la presencia de EP, la sintomatología psicopatológica general y diferentes características sociodemográficas y psicosociales en 216 personas sin antecedentes psiquiátricos personales. La muestra se dividió en adultos jóvenes (18-35 años) y maduros (36-60 años). Los jóvenes mostraron una mayor expresión de EP (33,6%). Los adultos maduros con EP presentaban más sintomatología psicopatológica en las dimensiones de hostilidad-ira, somatización, depresión y ansiedad que los adultos maduros sin EP. Los adultos jóvenes con EP mostraron significativamente más síntomas en las mismas dimensiones, así como también en las dimensiones de obsesión-compulsión, ideación paranoide y psicoticismo que los participantes de esta edad sin EP. Las EP son más frecuentes en personas de 18-35 años, sin embargo, pueden estar presentes en distintos rangos de edad y podrían alertar de la presencia de niveles elevados de sintomatología afectiva y de ira-hostilidad.

PALABRAS CLAVE: *experiencias psicóticas, población general, adultos, grupos de edad, psicopatología.*

Abstract

This study aims to explore the differences in psychopathological symptoms that may exist in the general adult population with or without psychotic-like experiences (PLEs), depending on the age range. The presence of PLEs, self-reported general psychopathological symptomatology, and different sociodemographic and psychosocial characteristics were assessed in 216

Este estudio ha sido parcialmente financiado por UNIR Research (<http://research.unir.net>), Universidad Internacional de La Rioja (UNIR, <http://www.unir.net>), bajo las convocatorias de proyectos de investigación- RETOS-UNIR [2016–2018], [2018–2020], [2020–2022] “PSICONLINE”, por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO) en la convocatoria Retos-Investigación I+D+I 2017 (PSI2017-82542-R) y por la Fundación Alicia Koplowitz en la convocatoria de ayudas a proyectos de investigación 2020.

Correspondencia: Juan Antonio Becerra-García, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de La Rioja, Avda. de la Paz, 137, 26006 Logroño (España). E-mail: juanantonio.becerra@unir.net

participants without any record of personal psychiatric antecedents. The sample was divided into young adults (18-35 years) and mature adults (36-60 years). The young adults showed a higher expression of PLEs (33.6%). The mature adults with PLEs presented more psychopathological symptoms in the dimensions of hostility-anger, somatization, depression, and anxiety than mature adults without PLEs. Young adults with PLEs showed significantly more symptoms in the same dimensions, and in the obsession-compulsion dimensions, paranoid ideation, and psychoticism, than participants of this age without PLEs. PLEs are more frequent in people between 18-35 years old; however, PLEs can be present in different age ranges and could serve as an alert to high levels of affective and anger-hostility symptoms.

KEY WORDS: *psychotic experiences, general population, adults, age groups, psychopathology.*

Introducción

La psicosis constituye un estado mental caracterizado por la aparición de una serie de síntomas específicos que muestran un funcionamiento global alterado, tales como alucinaciones, delirios, alteraciones cognitivas y/o un comportamiento extraño que puede extenderse de forma variable en el tiempo permitiendo su clasificación en diferentes trastornos mentales (como los trastornos psicóticos, que van desde el trastorno psicótico agudo breve a la esquizofrenia, pasando por el trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, el trastorno bipolar o la depresión con síntomas psicóticos) (Linscott y van Os, 2013; Nuevo *et al.*, 2012; van der Steen *et al.*, 2019; van Os y Linscott, 2012).

Distintos estudios han propuesto la existencia de un fenotipo de psicosis extendido en la población general, así en lugar de los trastornos psicóticos que existen como entidades independientes, se sugiere que la psicosis puede existir como un continuo con diferentes niveles de gravedad de la experiencia psicótica (Linscott y van Os, 2013; Nuevo *et al.*, 2012; van Os y Linscott, 2012). Las experiencias psicóticas (EP), como por ejemplo el pensamiento mágico o la ideación alucinatoria o delirante subclínicas, son en su mayoría transitorias (Linscott y van Os, 2013; van der Steen *et al.*, 2019) y se han conceptualizado como factores de riesgo para el desarrollo posterior de trastornos psicóticos (Fusar-Poli *et al.*, 2014; Kaymaz *et al.*, 2012; Zammit *et al.*, 2013).

Diferentes investigaciones sugieren que las EP podrían ser marcadores inespecíficos de malestar psicológico y patología mental general (Isaksson *et al.*, 2020; Kelleher, Keeley *et al.*, 2012; McGrath *et al.*, 2016) ya que, por una parte, las EP también están asociadas con una mayor propensión a presentar trastornos mentales no psicóticos, como trastornos de ansiedad y depresión, trastornos de consumo de sustancias y trastornos alimentarios (Bhavsar *et al.*, 2021; Heinze *et al.*, 2018; McGrath, Saha, Al-Hamzawi, Andrade, *et al.*, 2016; Pignon *et al.*, 2018; van der Steen *et al.*, 2019). Por otra, en muestras comunitarias de población adulta las EP autoinformadas se relacionan con una mayor sintomatología psicopatológica general (Saha *et al.*, 2011; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Ajdacic-Gross, *et al.*, 2017; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Haker, *et al.*, 2017) y un mayor uso de

servicios de salud mental (Bhavsar *et al.*, 2021; Bhavsar *et al.*, 2018). De forma más concreta, diversos estudios muestran una asociación positiva específica de las EP con las manifestaciones psicopatológicas afectivas (ansiedad, ansiedad-fóbica, obsesivo-compulsivos, somatización y depresión) y con los síntomas de sensibilidad interpersonal e ira-hostilidad (Armando *et al.*, 2010; Saha *et al.*, 2011; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Haker *et al.*, 2017), así como el nivel de gravedad y el malestar psicológico que genera esta sintomatología psicopatológica subclínica (Saha *et al.*, 2011; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Ajdacic-Gross *et al.*, 2017).

Por otro lado, existe una asociación entre estas EP en población general y diferentes factores sociocontextuales. Se ha encontrado una relación entre las EP y el sufrimiento de acontecimientos vitales estresantes (p. ej., acoso escolar, abusos y maltratos en la infancia) (Bell *et al.*, 2019; Cristóbal-Narváez *et al.*, 2016; Guerrero-Jiménez *et al.*, 2018; Sun *et al.*, 2017; van der Steen *et al.*, 2019) y el abuso de sustancias como el alcohol, cannabis o anfetaminas (Guerrero-Jiménez *et al.*, 2018; Linscott y van Os, 2013; Rognli *et al.*, 2018). Respecto a las variables sociodemográficas, estudios previos han identificado como factores relacionados a la expresión de EP, entre otras, el ser una persona más joven, estar en situación de desempleo, tener unos niveles de ingresos y educación más bajos, residir en entornos urbanos, ser migrante o pertenecer a una minoría étnica (Linscott y van Os, 2013; McGrath *et al.*, 2015; Pignon *et al.*, 2018; Scott *et al.*, 2008; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Ajdacic-Gross *et al.*, 2017). Además, la presencia de EP autoinformadas en este grupo poblacional parece acompañarse de un deterioro funcional a nivel psicosocial y sociolaboral (Boyda y McFeeters, 2015; Guerrero-Jiménez *et al.*, 2018; van der Steen *et al.*, 2019; Wigman *et al.*, 2012).

Atendiendo a la variable edad y a la prevalencia de EP, se ha encontrado una frecuencia de estas experiencias del 17% en niños de 9-12 años, del 7,5% en adolescentes de entre 13-18 años, y del 7,2% en adultos (Kelleher, Connor *et al.*, 2012; Linscott y van Os, 2013). Aunque en este último grupo poblacional, a nivel global, la prevalencia de manifestar al menos una EP oscila en un amplio rango de entre 0,8-31,4 % (Nuevo *et al.*, 2012). A pesar de que las personas más jóvenes muestran una mayor frecuencia de EP y la primera aparición de estas experiencias ocurre en la adolescencia o adultez temprana (Kelleher, Connor *et al.*, 2012; McGrath, Saha, Al-Hamzawi, Alonso, *et al.*, 2016; Pignon *et al.*, 2018), se estima que aproximadamente un 25% de personas que manifestarán EP presentarán las mismas después de los 40 años (McGrath, Saha, Al-Hamzawi, Alonso, *et al.*, 2016). Con relación a esto, diferentes trabajos han utilizado los periodos evolutivos indicados por Havigurst (1978) que incluyen la adultez joven (18-35 años) y la adultez madura (36-60 años) para el estudio de las manifestaciones psicopatológicas y de la calidad de vida relacionada con la salud en la edad adulta (Becerra-García *et al.*, 2020; Huang y Zhao, 2020; Kaal *et al.*, 2018; Ordóñez-Carrasco *et al.*, en prensa; Thewes *et al.*, 2018). Específicamente, se ha encontrado que este rango de edad puede ser de utilidad para identificar diferencias en la sintomatología general de ansiedad, depresión, hostilidad-ira y sensibilidad interpersonal autoinformada por la población general adulta (Becerra-García *et al.*, 2020; Huang y Zhao, 2020). En este contexto el objetivo del presente trabajo fue examinar las EP en una muestra de adultos de la población general en función del

rango de edad y explorar si existen diferencias en la sintomatología psicopatológica autoinformada y en variables psicosociales entre las personas que presentan o no EP dentro de los grupos etarios de adultos jóvenes (18-35 años) y maduros (36-60 años).

Método

Participantes

El número inicial de personas que aceptaron participar en el estudio fue de 287. Atendiendo a los antecedentes personales de psicopatología autoinformada, se eliminaron un total de 71 personas (24,7%) del análisis por informar de haber recibido diagnóstico de diferentes grupos de trastornos psiquiátricos. Finalmente, la muestra de estudio estuvo formada por un total de 216 personas.

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo incidental. La participación en la investigación estuvo dirigida a la población general. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: a) tener una edad de entre 18 y 60 años y b) completar todos los elementos-ítem de los diferentes instrumentos utilizados en el estudio. Como criterios de exclusión se consideraron: a) tener una edad fuera del rango especificado y b) presentar antecedentes de patología psiquiátrica (informar de haber recibido diagnóstico de algún trastorno psicopatológico). El formato de evaluación online permitió recoger la información de los participantes que cumplimentaron todas las variables objeto de estudio, ya que estos tenían que completar la totalidad de los elementos de la encuesta para poder avanzar y finalizar la misma y que quedara registrada su participación.

Instrumentos

- a) "Cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos y psicosociales". Con relación a las variables sociodemográficas se recogió información sobre la edad, el sexo, el lugar y zona de residencia, la nacionalidad, el nivel académico, el estado civil, las personas con las que convive, si se está trabajando en el momento de la evaluación y la situación laboral. Respecto a las variables psicosociales se examinó la frecuencia de las relaciones y contactos con amigos a la semana, la preferencia de actividad en el tiempo libre, si se han sufrido acontecimientos estresantes a lo largo de la vida, el número de acontecimientos informados y la tipología de los mismos, si se ha tenido que consultar en alguna ocasión con un profesional de la salud mental por problemas psicológicos, si tienen antecedentes de trastorno psicopatológico, si se ha recibido algún diagnóstico referido al estado de salud mental, si se consume algún tipo de sustancias y el tipo de sustancia consumida.
- b) "Cuestionario de cribado de experiencias psicóticas en adolescentes" (*Adolescent Psychotic Symptom Screener, APSS; Kelleher et al., 2011*). El APSS

es un instrumento autoadministrado que permite una evaluación rápida de diferentes EP alucinatorias (visuales y auditivas) y delirantes (de persecución, control y grandiosidad) (Addington *et al.*, 2015; Kelleher *et al.*, 2011) tanto en población adolescente en edad escolar, como en población general adulta (mayor de 18 años) y en muestras clínicas de pacientes adultos (Bolsoni *et al.*, 2018; Kelleher, Keeley *et al.*, 2012; Nolan *et al.*, 2018). Está compuesto por 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 3 opciones (“Sí, sin duda”, “Tal vez, quizás”, “No, nunca”. Cada uno de los elementos se puntúa de la siguiente forma: sí, 1 punto; tal vez, 0,5 puntos; no, 0 puntos. Su puntuación total se calcula sumando las puntuaciones de cada ítem y oscila entre 0-7. A mayor puntuación, mayor nivel de EP autoinformadas. En la muestra estudiada la consistencia interna del instrumento fue adecuada, presentando un valor del alfa de Cronbach de $\alpha = 0,76$. En cuanto a la validez, el análisis de los componentes principales del APSS realizado mostró una solución factorial que explicaba un 59,7% de la varianza total.

- c) “Cuestionario de evaluación de síntomas-45” (*Symptom Assessment-45 Questionnaire*, SA-45; Davison *et al.*, 1997), versión española de Sandín *et al.* (2008). El SA-45 es un autoinforme derivado del “Cuestionario de 90 Síntomas” (*Symptom Checklist-90-R*, SCL-90-R; Derogatis, 2002) que examina nueve dimensiones de síntomas psicopatológicos: hostilidad-ira, ansiedad, somatización, ideación paranoide, ansiedad fóbica, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, psicoticismo y depresión. El SA-45 permite obtener una medida de estas nueve dimensiones en grupos de 5 ítems, mediante una escala Likert de 5 puntos (de 0= “Nada en absoluto” a 4= “Mucho o extremadamente”). La puntuación que puede obtenerse en cada una de las dimensiones oscila entre 0-20 puntos. A mayor puntuación, mayor nivel de sintomatología psicopatológica autoinformada. Respecto a la fiabilidad de la prueba, en la versión utilizada los rangos de los valores alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones psicopatológicas estaban comprendidos entre 0,63-0,85 (Sandín *et al.*, 2008). En cuanto a la validez de contenido, la estructura con mejor bondad de ajuste para los ítems del SA-45 estaba formada por un modelo de 9 factores correlacionados (Sandín *et al.*, 2008).

Procedimiento

Se realizó un estudio observacional transversal. Se desarrolló una encuesta en formato *online*, elaborada por medio de la herramienta *Google Formularios*, que estaba formada por el cuestionario *ad hoc* de variables sociodemográficas, psicosociales y de salud y por los instrumentos de medida APSS y SA-45 anteriormente descritos. Se empleó esta plataforma web por ser una herramienta fácilmente utilizable por los participantes, por su adaptabilidad a cualquier tipo de dispositivo electrónico, por su bajo coste y por ser un instrumento ampliamente utilizado en la literatura para la investigación mediante encuestas online en psicología y salud (Banerjee *et al.*, 2019; Becerra-García *et al.*, 2020; Lahiry *et al.*, 2019; Vitale *et al.*, 2020). En una primera página se informó sobre el objetivo del estudio, el carácter voluntario que tenía la participación en el mismo y las garantías

de confidencialidad y anonimato. Con relación a la información proporcionada. Antes de acceder a la encuesta los participantes debían dar su consentimiento informado para participar en el estudio. Esta encuesta se administró utilizando diferentes plataformas web, redes sociales y correo electrónico. Las respuestas de los participantes se recogieron entre el 30 de abril y el 15 de septiembre de 2019. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Internacional de la Rioja (con código PI002/2019) y siguió los principios de la Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores (Goodyear *et al.*, 2007).

Una vez realizada la recogida de datos la muestra fue categorizada en diferentes grupos atendiendo a la puntuación total obtenida en el instrumento APSS y al rango de edad de los participantes. Respecto al nivel de puntuación en el APSS, los participantes se agruparon en: 1) grupo que informó haber experimentado EP (puntuación total en el APSS $\geq 0,5$ puntos) y 2) grupo que no informó de EP (puntuación total en APSS = 0). En cuanto a la variable edad, los participantes se dividieron en dos grupos, grupo de adultos jóvenes (que integró a participantes con edades comprendidas entre 18-35 años) y grupo de adultos maduros (participantes con edades de entre 36-60 años), atendiendo al criterio seguido por diferentes trabajos que incluyen similares rangos de edad para el análisis de muestras de población general adulta (Becerra-García *et al.*, 2020; Havigurst, 1978; Huang y Zhao, 2020; Kaal *et al.*, 2018; Ordóñez-Carrasco *et al.*, en prensa; Thewes *et al.*, 2018).

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para los datos cuantitativos, y mediante medidas de distribución de frecuencias y porcentajes para los datos de tipo cualitativo. Las comparaciones en las variables psicopatológicas y psicosociales entre los grupos de participantes que informan de EP y aquellos que no las manifiestan en cada franja de edad se realizaron con el estadístico *t* de Student (aplicando la corrección de Levene) o con la prueba *U* de Mann-Whitney (tras comprobar el supuesto de normalidad) para las variables continuas y mediante la prueba χ^2 para las variables categóricas. Estos análisis se complementaron con pruebas de tamaño del efecto, en concreto se utilizaron los estadísticos *V* de Cramer para variables analizadas mediante χ^2 , la probabilidad de superioridad (PS) para análisis de diferencias donde se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney y *d* de Cohen para comparaciones donde se aplicó la *t* de Student. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS v.25 para los diferentes análisis estadísticos realizados.

Resultados

Características sociodemográficas en función de la edad y la presencia de EP

Del total de participantes ($n = 216$) un 75,9% ($n = 164$) eran mujeres y un 24,1% ($n = 52$) hombres, con una media de edad de $36,82 \pm 9,06$ años. Además,

un 77,8% ($n= 168$) eran personas con nacionalidad española y un 83,8 % ($n= 181$) residían en entornos urbanos. En el ámbito educativo, un 89,4% ($n= 193$) refirió poseer estudios universitarios de grado o postgrado. Respecto a su estado civil y convivencia, el 56% ($n= 121$) informó estar casado o con pareja y un 61,1% ($n= 132$) manifestó que convivía en pareja. Con relación a la actividad laboral, un 83,7% ($n= 181$) de participantes indicó que se encontraban trabajando en el momento de la evaluación. Los datos sociodemográficos de los diferentes grupos de participantes en función de la edad y la presencia de EP se presentan en la tabla 1.

Como se aprecia en la tabla 1, en la muestra total, las personas con EP tenían una edad significativamente menor que aquellas personas que no informan de estas EP. El total de participantes que informaron de EP eran, en mayor proporción (36,4%), personas de nacionalidad extranjera en comparación con los participantes que no las manifestaron. Esta mayor proporción de personas de otra nacionalidad (29,4%) también fue significativa entre personas que informaron de EP en el grupo de adultos maduros.

Experiencias psicóticas y psicopatología en función de la edad y la presencia de EP

La frecuencia de EP fue de 25,5% ($n= 55$) en el total de la muestra, de 33,6% ($n= 38$) en participantes de hasta 35 años y de 16,5% ($n= 17$) en adultos de entre 36-60 años. Las EP más frecuentemente informadas fueron las de persecución (puntuación $\geq 0,5$ en ítem 3) con porcentajes del 12,5% ($n= 27$) en la muestra total, del 19,5% ($n= 22$) en el grupo de adultos jóvenes y del 4,9% ($n= 5$) en el grupo de participantes maduros. En cuanto a la puntuación total media en el APSS, los participantes del grupo de adultos jóvenes mostraron significativamente un mayor nivel de EP que los participantes de del grupo de adultos maduros (adultos jóvenes [$M= 0,39$; $DT= 0,86$] vs adultos maduros [$M= 0,11$; $DT= 0,27$]; $t= 3,34$; $p= 0,001$; $d= 0,43$) con un tamaño del efecto cercano a una magnitud media.

La figura 1 recoge las diferencias en la puntuación media mostrada por los participantes de la muestra total que han informado o no de EP en los diferentes dominios psicopatológicos examinados. Como puede observarse en la figura 1, en la muestra total, las personas que indican haber experimentado algún tipo de EP tienen significativamente mayores niveles de sintomatología psicopatológica en las nueve dimensiones que evalúa el instrumento SA-45.

En la tabla 2 se presentan las puntuaciones medias del nivel de sintomatología psicopatológica en participantes que informan o no de EP en función del rango de edad. Atendiendo a la franja de edad, en el grupo de adultos jóvenes de hasta 35 años las personas con EP presentan significativamente mayores puntuaciones en hostilidad-

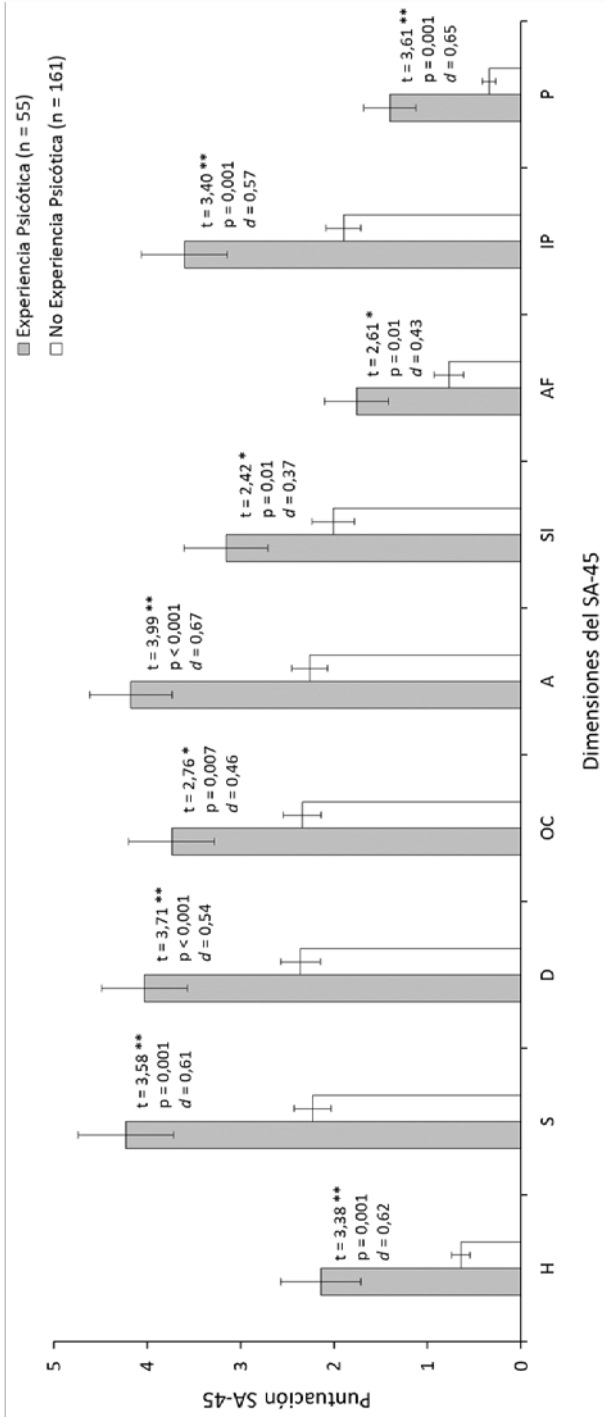
Tabla 1
Comparación de las características sociodemográficas de los participantes que informan o no de experiencias psicóticas en la muestra total y en los diferentes grupos de edad

Características sociodemográficas	Muestra total (n= 216)				Adultos jóvenes (18-35 años) (n= 113)				Adultos maduros (36-60 años) (n= 103)					
	No EP (n= 161)		EP (n= 55)		No EP (n= 75)		EP (n= 38)		No EP (n= 86)		EP (n= 17)		t-χ² [TE]	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	t-χ² [TE]
Edad: M (DT)	38,11 (9,13)	33,05 (7,57)	3,67 [0,60]**		30,12 (3,44)	28,79 (3,67)	1,89 [0,37]		45,04 (6,42)	42,59 (5,65)	1,48 [0,40]			
Sexo: n (%)														
Hombre	41 (25,5)	11 (20)	0,67 [0,05]		14 (18,7)	6 (15,8)	0,14 [0,03]		27 (31,4)	5 (29,4)	0,02 [0,01]			
Mujer	120 (74,5)	44 (80)			61 (81,3)	32 (84,2)			59 (68,6)	12 (70,6)				
Zona Residencia: n (%)														
Rural	26 (16,1)	9 (16,4)	0,001 [0,003]		13 (17,3)	7 (18,4)	0,02 [0,01]		13 (15,1)	2 (11,8)	0,12 [0,03]			
Urbana	135 (83,9)	46 (83,6)			62 (82,7)	31 (81,6)			73 (84,9)	15 (88,2)				
Nacionalidad: n (%)														
Otra nacionalidad	28 (17,4)	20 (36,4)	8,53 [0,19]**		19 (25,3)	15 (39,5)	2,39 [0,14]		9 (10,5)	5 (29,4)	4,33 [0,20]*			
Española	133 (82,6)	35 (63,6)			56 (74,7)	23 (60,5)			77 (89,5)	12 (70,6)				
Nivel académico: n (%)														
Primarios	0 (0)	1 (1,8)			0 (0)	1 (2,6)			0 (0)	0 (0)				
ESO	1 (0,6)	0 (0)			1 (1,3)	0 (0)			0 (0)	0 (0)				
FP grado medio	1 (0,6)	0 (0)			0 (0)	0 (0)			1 (1,2)	0 (0)				
FP superior	7 (4,3)	1 (1,8)			4 (5,3)	1 (2,6)			3 (3,5)	0 (0)				
Bachillerato	7 (4,3)	5 (9,1)			2 (2,7)	2 (5,3)			5 (5,8)	3 (17,6)				
Estudios universitarios	77 (47,8)	24 (43,6)	6,27 [0,17]		29 (38,7)	17 (44,7)	3,90 [0,18]		48 (55,8)	7 (41,2)	4,84 [0,21]			
Máster	56 (34,8)	19 (34,5)			35 (46,7)	15 (39,5)			21 (24,4)	4 (23,5)				
Doctorado	12 (7,5)	5 (9,1)			4 (5,3)	2 (5,3)			8 (9,3)	3 (17,6)				
Estado civil: n (%)														
Soltero/a	60 (37,5)	23 (41,8)			45 (60)	21 (55,3)	0,41 [0,06]		15 (17,6)	2 (11,8)	0,50 [0,07]			
Casado/a con pareja	92 (57,5)	29 (52,7)	0,38 [0,04]		29 (38,7)	16 (42,1)			63 (74,1)	13 (76,5)				
Separado/a-divorciado/a	8 (5)	3 (5,5)			1 (1,3)	1 (2,6)			7 (8,2)	2 (11,8)				

Características sociodemográficas	Muestra total (n= 216)						Adultos jóvenes (18-35 años) (n= 113)						Adultos maduros (36-60 años) (n= 103)					
	No EP (n= 161)		EP (n= 55)		t-χ ² [TE]		No EP (n= 75)		EP (n= 38)		t-χ ² [TE]		No EP (n= 86)		EP (n= 17)		t-χ ² [TE]	
	Convivencia: n (%)																	
Vive con su pareja	105 (65,2)	27 (49,1)					36 (48)	17 (44,7)					69 (80,2)	10 (58,8)				
Vive solo/a	24 (14,9)	7 (12,7)					14 (18,7)	4 (10,5)					10 (11,6)	3 (17,6)				
Vive con sus padres	18 (11,2)	11 (20)					16 (21,3)	10 (26,3)					2 (2,3)	1 (5,9)				
Vive con uno de los padres	5 (3,1)	4 (7,3)			9,21	[0,20]	5 (6,7)	4 (10,5)					0 (0)	0 (0)				
Vive con otros familiares	5 (3,1)	5 (9,1)					1 (1,3)	2 (5,3)					4 (4,7)	3 (17,6)				5,59
Vive amigos-conocidos	4 (2,5)	1 (1,8)					3 (4)	1 (2,6)					1 (1,2)	0 (0)				[0,23]
Situación laboral: n (%)																		
Trabajo tiempo completo	87 (54)	28 (50,9)					39 (52)	17 (44,7)					48 (55,8)	11 (64,7)				
Trabajo tiempo parcial	9 (5,6)	4 (7,3)					4 (5,3)	4 (10,5)					5 (5,8)	0 (0)				
Autónomo	17 (10,6)	4 (7,3)					3 (4)	1 (2,6)					14 (16,3)	3 (17,6)				
Estudiante	24 (14,9)	7 (12,7)					14 (18,7)	6 (15,8)					10 (11,6)	1 (5,9)				
Estudiante-trabajo tiempo parcial	22 (13,7)	10 (18,2)			2,69	[0,11]	14 (18,7)	9 (23,7)					8 (9,3)	1 (5,9)				
No trabaja o estudia	2 (1,2)	2 (3,6)					1 (1,3)	1 (2,6)					1 (1,2)	1 (5,9)				

Notas: EP= experiencia psicótica; TE= tamaño del efecto (d de Cohen para t de Student - V Cramer para χ²). *p<0,05; **p<0,01.

Figura 1 Puntuación media y diferencias en los dominios psicopatológicos entre participantes que informan o no de experiencias psicóticas (n= 216)



Nota. Las barras de error representan el error estándar de la media. SA-45= "Cuestionario de evaluación de síntomas-45" (Symptom Assessment-45 Questionnaire); H= Hostilidad-ira; S= Somatización; D= Depresión; OC= Obsesión-compulsión; A= Ansiedad; SI= Sensibilidad interpersonal; AF= Ansiedad fóbica; IP= Ideación paranoide; P= Psicoticismo; d= d de Cohen (tamaño del efecto). * $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,001$.

Tabla 2
Diferencias en los dominios psicopatológicos entre quienes han tenido y no han tenido experiencias psicóticas según la edad

Variables psicopatológicas	Adultos jóvenes (18-35 años) (n= 113)			Adultos maduros (36-60 años) (n= 103)		
	EP (n= 38) M (DT)	No EP (n= 75) M (DT)	t - U [TE]	EP (n= 17) M (DT)	No EP (n= 86) M (DT)	t - U [TE]
Hostilidad-ira	2,23 (3,66)	0,64 (1,42)	2,58 [0,57]**	1,94 (1,81)	0,65 (1,16)	2,81 [0, 85]**
Somatización	3,81 (3,58)	1,89 (2,43)	2,97 [0,63]**	5,17 (4,36)	2,53 (2,64)	2,41 [0,73]*
Depresión	4,31 (3,63)	2,61 (3,07)	2,61 [0,51]**	3,41 (3,04)	2,13 (2,27)	1,98 [0,47]*
Obsesión-compulsión	4,05 (3,66)	2,57 (3,04)	2,27 [0,44]*	3,05 (2,79)	2,15 (2,17)	1,26 [0,36]
Ansiedad	4,23 (3,51)	2,32 (2,73)	3,18 [0,61]**	4,05 (2,72)	2,20 (2,16)	3,08 [0,75]**
Sensibilidad interpersonal	3,42 (3,52)	2,21 (3,61)	1,69 [0,33]	2,58 (2,98)	1,82 (2,23)	1,21 [0,28]
Ansiedad fóbica	1,97 (2,72)	1,09 (2,74)	1,61 [0,32]	1,29 (2,02)	0,50 (1,14)	1,56 [0,48]
Ideaación paranoide	4,02 (3,66)	2,02 (2,69)	2,98 [0,62]**	2,65 (2,64)	1,79 (2,16)	1,43 [0,35]
Psicoticismo	1,55 (2,06)	0,41 (1,14)	3,16 [0,68]**	1,05 (2,16)	0,29 (0,73)	667,50 [0,45]

Notas. EP= experiencia psicótica; TE= tamaño del efecto (d de Cohen para t de Student y PS para U de Mann-Whitney). *p< 0,05; **p< 0,01.

Tabla 3
Comparación de las características psicosociales y de salud entre quienes han tenido y no han tenido experiencias psicóticas

Características psicosociales y de salud	Muestra total (n= 216)		Adultos jóvenes (18-35 años) (n= 113)			Adultos maduros (36-60 años) (n= 103)		
	No EP (n= 161)	EP (n= 55)	No EP (n= 75)	EP (n= 38)	No EP (n= 86)	EP (n= 17)	t o χ^2 [TE]	t o χ^2 [TE]
Relaciones sociales-frecuencia: n (%)								
1 vez/semana	55 (34,2)	20 (36,4)	26 (34,7)	18 (47,4)	29 (33,7)	2 (11,8)		
2 veces/semana	33 (20,5)	7 (12,7)	18 (24)	3 (7,9)	15 (17,4)	4 (23,5)	7,37 [0,25]	4,38 [0,20]
3 o más veces/semana	50 (31,1)	17 (30,9)	22 (29,3)	8 (21,1)	28 (32,6)	9 (52,9)		
Otra (1 vez al mes, cada varios meses, etc.)	23 (14,3)	11 (20)	9 (12)	9 (23,7)	14 (16,3)	2 (11,8)		
Preferencia tiempo libre: n (%)								
Te gusta estar solo/a	11 (6,8)	10 (18,2)	6 (8)	8 (21,1)	5 (5,8)	2 (11,8)		
Te gusta estar con amigos	42 (26,1)	14 (25,5)	21 (28)	11 (28,9)	21 (24,4)	3 (17,6)		
Te gusta estar con tu pareja	79 (49,1)	20 (36,4)	38 (50,7)	12 (31,6)	41 (47,7)	8 (47,1)	6,79 [0,24]	1,79 [0,13]
Estar con familiares	25 (15,5)	11 (20)	9 (12)	7 (18,4)	16 (18,6)	4 (23,5)		
Estar con compañeros de trabajo-estudios	4 (2,5)	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	3 (3,5)	0 (0)		
Nº acontecimientos estresantes: M (DT)	2,53 (2,21)	3,04 (2,31)	2,08 (1,69)	2,76 (2,22)	2,92 (2,53)	3,65 (2,44)	-1,81 [0,34]	-1,09 [0,29]

Características psicosociales y de salud	Muestra total (n= 216)		Adultos jóvenes (18-35 años) (n= 113)		Adultos maduros (36-60 años) (n= 103)	
	No EP (n= 161)	EP (n= 55)	No EP (n= 75)	EP (n= 38)	No EP (n= 86)	EP (n= 17)
	t o χ^2 [TE]	t o χ^2 [TE]	t o χ^2 [TE]	t o χ^2 [TE]	t o χ^2 [TE]	t o χ^2 [TE]
Acontecimientos estresantes: n (%)						
Muerte de familiar	73 (45,3)	22 (40)	23 (30,7)	15 (39,5)	50 (58,1)	7 (41,2)
Enfermedad de familiar	58 (36)	18 (32,7)	22 (29,3)	11 (28,9)	36 (41,9)	7 (41,2)
Acontecimientos familiares	59 (36,6)	26 (47,3)	29 (38,7)	19 (50)	30 (34,9)	7 (41,2)
Enfermedad personal	15 (9,3)	7 (12,7)	6 (8)	4 (10,5)	9 (10,5)	3 (17,6)
Separación de pareja	37 (23)	16 (29,1)	15 (20)	10 (26,3)	22 (25,6)	6 (35,3)
Nacimiento de un hijo	19 (11,8)	6 (10,9)	3 (4)	3 (7,9)	16 (18,6)	3 (17,6)
Eventos escolares	30 (18,6)	12 (21,8)	17 (22,7)	8 (21,1)	13 (15,1)	4 (23,5)
Cambio de amigos	21 (13,1)	9 (16,3)	10 (13,7)	4 (11,1)	11 (12,8)	5 (29,4)
Discusiones con amigos, pareja, etc.	33 (20,5)	21 (38,2)	11 (14,7)	13 (34,2)	22 (25,6)	8 (47,1)
Cambio de trabajo	36 (22,4)	11 (20)	11 (14,7)	6 (15,8)	25 (29,1)	5 (29,4)
Abusos sexuales	3 (1,9)	5 (9,1)	1 (1,3)	3 (7,9)	2 (2,3)	2 (11,8)
Maltrato físico	5 (3,1)	5 (9,1)	2 (2,7)	3 (7,9)	3 (3,5)	2 (11,8)
Maltrato psicológico	9 (5,6)	7 (12,7)	3 (4)	4 (10,5)	6 (7)	3 (17,6)
Consulta con profesional de salud mental	48 (29,8)	26 (47,3)	23 (30,7)	16 (42,1)	25 (29,1)	10 (58,8)
Sustancias que consume: n (%)						
Alcohol	58 (36)	18 (32,7)	26 (34,7)	11 (28,9)	32 (37,2)	7 (41,2)
Tabaco	24 (14,9)	9 (16,4)	10 (13,3)	8 (21,1)	14 (16,3)	1 (5,9)
Cannabis	2 (1,2)	2 (3,6)	0 (0)	1 (2,6)	2 (2,3)	1 (5,9)
Cocaína	1 (0,6)	1 (1,8)	0 (0)	1 (2,6)	1 (1,2)	0 (0)
Extasis	1 (0,6)	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tranquilizantes-relajantes	0 (0)	1 (1,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,9)

Notas: EP= experiencia psicótica; TE= tamaño del efecto (d de Cohen para t de Student - V Cramer para χ^2). *p< 0,05; **p< 0,01.

ira, somatización, depresión, obsesión-compulsión, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo. Por su parte, en el grupo de adultos maduros las personas que reportaron alguna EP presentan significativamente un mayor nivel de sintomatología en las dimensiones de hostilidad-ira, somatización, depresión y ansiedad.

Características psicosociales en función de la edad y la presencia de EP

Respecto a los datos psicosociales y de salud (tabla 3), en la muestra total, los participantes con EP presentaron significativamente mayor frecuencia de acontecimientos estresantes del tipo discusiones con pareja, amigos, etc. (38,2%), y abuso sexual (9,1%), que quienes no informaron de EP. El grupo total de participantes con EP informaron significativamente de mayor número de consultas con profesionales de salud mental (47,3%), respecto al grupo que no informó EP (tabla 3).

Por franjas de edad (tabla 3), los adultos jóvenes con EP presentaron significativamente una mayor proporción de acontecimientos estresantes del tipo discusiones con amigos, pareja, etc. (34,2%) Con relación a los participantes de esta edad que no informaron EP. Por último, el grupo de adultos de 36-60 años con EP presentó un mayor porcentaje de participantes que han consultado con un profesional de salud mental (58,8%) y mayor frecuencia de consumo de tranquilizantes-relajantes (5,9 %) respecto a participantes de su misma edad sin EP.

Discusión

Los adultos jóvenes presentaron una mayor expresión de EP, siendo las EP más frecuentes las de tipo delirante, de forma similar a lo informado por otros autores (Bhavsar *et al.*, 2021; Guerrero-Jiménez *et al.*, 2018; Pignon *et al.*, 2018). Los resultados de este estudio también muestran que los adultos maduros con EP presentaban significativamente más sintomatología psicopatológica en las dimensiones de hostilidad-ira, somatización, depresión y ansiedad que los adultos maduros sin EP. Asimismo, los adultos jóvenes con EP mostraron más síntomas psicopatológicos en las mismas dimensiones, así como también en las dimensiones de obsesión-compulsión, ideación paranoide y psicoticismo, que los participantes de este mismo rango de edad sin EP. Estos hallazgos están en consonancia con trabajos previos que informan de asociaciones positivas entre las EP y el nivel de síntomas autoinformado en distintas dimensiones psicopatológicas (como ira-hostilidad, ansiedad, depresión, somatización, obsesión-compulsión y sensibilidad interpersonal) (Armando *et al.*, 2010; Saha *et al.*, 2011; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Haker, *et al.*, 2017) donde se han encontrado diferencias significativas entre grupos con y sin EP en este trabajo.

Aunque los resultados están en la línea de trabajos anteriores, el estudio de la psicopatología subclínica y las características psicosociales relacionadas con la presencia de EP en adultos no ha sido usualmente examinada, analizando diferentes rangos de edad como los propuestos por Havigurst (1978). Estas

investigaciones previas se han focalizado principalmente en el estudio de muestras comunitarias de adultos jóvenes (con edades entre 18-23 años) (Cristóbal-Narváez *et al.*, 2016; Scott *et al.*, 2008; Sun *et al.*, 2017) o no han considerado el análisis de distintos grupos etarios, a pesar de realizarse investigaciones con muestras de gran amplitud de edad (de entre 18 y más de 60 años) dentro de esta etapa evolutiva (Guerrero-Jiménez *et al.*, 2018; Saha *et al.*, 2011; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Haker, *et al.*, 2017).

Este trabajo aborda este aspecto y muestra, por una parte, la presencia de estas EP en población general más allá de la adultez temprana examinada por trabajos previos (Cristóbal-Narváez *et al.*, 2016; Scott *et al.*, 2008; Sun *et al.*, 2017). Por otra, que, aunque las EP son más frecuentes en adultos jóvenes, en población general adulta la presencia de EP podría ser un factor asociado con una mayor intensidad de síntomas afectivos (ansiedad, somatización y depresión) y de ira-hostilidad en adultos jóvenes y maduros, y relacionado con una mayor intensidad de síntomas obsesivo-compulsivos, de pensamientos proyectivos delirantes y de manifestaciones de alienación social (psicoticismo) (Derogatis, 2002) específicamente en adultos jóvenes. Lo encontrado ejemplificaría cómo es la comorbilidad entre EP y psicopatología general en adultos de distintas edades sin antecedentes clínicos psicopatológicos, complementando así lo informado por estudios que no analizan diferentes rangos etarios o aquellos que muestran las relaciones entre EP y la presencia de trastornos mentales en esta etapa del desarrollo (Pignon *et al.*, 2018; Saha *et al.*, 2011; Unterrassner, Wyss, Wotruba, Haker, *et al.*, 2017; Varghese *et al.*, 2011).

En esta investigación también se encontraron otras variables relacionadas con la presencia de EP, como la nacionalidad, los acontecimientos estresantes experimentados, o la frecuencia de consultas con profesionales de salud mental. Dichos hallazgos podrían indicar que en la muestra estudiada las EP se han relacionado con diferentes factores socio-contextuales y psicosociales asociados a estas manifestaciones identificados en estudios previos, como pueden ser la migración (Linscott y van Os, 2013; Pignon *et al.*, 2018), un mayor sufrimiento de acontecimientos vitales estresantes (Bell *et al.*, 2019; Cristóbal-Narváez *et al.*, 2016; Guerrero-Jiménez *et al.*, 2018; Sun *et al.*, 2017; van der Steen *et al.*, 2019) y un mayor uso de servicios de salud mental (Bhavsar *et al.*, 2021; Bhavsar *et al.*, 2018).

Respecto a estas variables psicosociales, la mayor psicopatología general informada por las personas con EP podría explicar, al menos en parte, lo obtenido. Así, en adultos sanos con EP la mayor intensidad de ira-hostilidad que experimentan podría justificar la mayor frecuencia de experiencias estresantes de discusión en diferentes entornos (con los amigos, con la pareja, etc.) de las que informan. En este sentido, la ira-hostilidad les haría interactuar de forma más irritable y agresiva con su entorno (Derogatis, 2002; Sandín *et al.*, 2008) y existe evidencia que relaciona esta sintomatología con situaciones de conflicto interpersonal y efectos negativos en las relaciones sociales (Beames *et al.*, 2019; Sliter *et al.*, 2011). De forma similar, la mayor búsqueda de ayuda profesional en salud mental de la que informan los participantes con EP podría deberse a la mayor intensidad de sintomatología psicopatológica general que muestran

(especialmente los adultos maduros que exhiben tamaños del efecto de mayor magnitud en las dimensiones de ira-hostilidad, somatización y ansiedad al compararlos con personas de su edad sin EP), aspecto que ha sido planteado por diferentes estudios internacionales (Bhavsar *et al.*, 2021; Bhavsar *et al.*, 2018).

Es necesario señalar diferentes limitaciones que pueden observarse en este estudio. En primer lugar, ha de tenerse en cuenta la validez externa ya que sería relevante contar con una proporción similar de participantes de ambos sexos y tener en cuenta que el método de selección online de la muestra puede originar que participen únicamente personas con mayor motivación o interés en el estudio o con unas adecuadas competencias digitales. En este sentido, sería de relevancia que los hallazgos de este estudio pudieran replicarse en muestras más amplias, seleccionadas al azar, de población española para facilitar la comparación de resultados. En segundo lugar, debido a que la edad es un factor de importancia en la manifestación de EP podría ser de interés abordar el estudio de estas experiencias en la población adulta española en rangos etarios diferentes a los examinados en este trabajo (por ejemplo, comparando adultos en rangos de edad de menor amplitud a los examinados). Finalmente, los instrumentos de evaluación utilizados para la evaluación transversal de las EP, la sintomatología psicopatológica general y las variables psicosociales y de salud son medidas de autoinforme retrospectivas lo que podría tener cierto impacto en la información proporcionada por los participantes al estar basada la misma en el recuerdo, así como verse afectadas por la discapacidad social. Además, también con relación a las medidas utilizadas, futuras investigaciones podrían tener en cuenta el uso de instrumentos baremados para profundizar en el estudio de eventos vitales estresantes en el análisis de variables de salud mental en población general.

En conclusión, en la muestra estudiada las EP serían un factor asociado con la intensidad de las manifestaciones psicopatológica subclínicas. Así en adultos de distintos rangos etarios, la revelación de EP podría alertar de que la persona puede tener un nivel de sintomatología afectiva y de ira-hostilidad significativamente mayor, aunque no se presenten antecedentes de trastornos psicopatológicos. En este sentido, las EP serían una variable de interés a considerar en la exploración psicopatológica en adultos sin historia psiquiátrica. Además, el abordaje de la experiencia subjetiva de ira-hostilidad, el comportamiento agresivo y la regulación afectiva podrían ser objetivos terapéuticos de cara a mejorar la salud mental de las personas que manifiestan EP en distintas etapas de la adultez.

Referencias

- Addington, J., Stowkowy, J. y Weiser, M. (2015). Screening tools for clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(5), 345-356. doi: 10.1111/eip.12193
- Armando, M., Nelson, B., Yung, A. R., Ross, M., Birchwood, M., Girardi, P. y Fiori, P. (2010). Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophrenia Research*, 119, 258-265. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.001
- Banerjee, Y., Akhras, A., Khamis, A. H., Alsheikh-Ali, A. y Davis, D. (2019). Investigating the relationship between resilience, stress-coping strategies, and learning approaches to

- predict academic performance in undergraduate medical students: protocol for a proof-of-concept study. *JMIR Research Protocols*, 8(9), e14677. doi: 10.2196/14677
- Beames, J. R., O'Dean, S. M., Grisham, J. R., Moulds, M. L. y Denson, T. F. (2019). Anger regulation in interpersonal contexts: anger experience, aggressive behavior, and cardiovascular reactivity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(5), 1441-1458. doi: 10.1177/0265407518819295
- Becerra-García, J. A., Giménez, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito, S. y Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202006059
- Bell, C. J., Foulds, J. A., Horwood, L. J., Mulder, R. T. y Boden, J. M. (2019). Childhood abuse and psychotic experiences in adulthood: findings from a 35-year longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 214(3), 153-158. doi: 10.1192/bjp.2018.264
- Bhavsar, V., Dorrington, S., Morgan, C., Hatch, S. L., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Mills, J., MacCabe, J. H. y Hotopf, M. (2021). Psychotic experiences, psychiatric comorbidity and mental health need in the general population: a cross-sectional and cohort study in Southeast London. *Psychological Medicine*, 51(1), 147-157. doi: 10.1017/S0033291719003106
- Bhavsar, V., McGuire, P., MacCabe, J., Oliver, D. y Fusar-Poli, P. (2018). A systematic review and meta-analysis of mental health service use in people who report psychotic experiences. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 275-285. doi: 10.1111/eip.12464
- Bolsoni, L. M., Moscovici, L., Marques, J. M. y Zuardi, A. W. (2018). Specific mental disorder screening compilation may detect general mental disorders. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1-13. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1685
- Boyda, D. y McFeeters, D. (2015). Childhood maltreatment and social functioning in adults with sub-clinical psychosis. *Psychiatry Research*, 226(1), 376-382. doi: 10.1016/j.psychres.2015.01.023
- Cristóbal-Narváez, P., Sheinbaum, T., Ballepí, S., Mitjavila, M., Myin-Germeys, I., Kwapil, T. R. y Barrantes-Vidal, N. (2016). Impact of adverse childhood experiences on psychotic-like symptoms and stress reactivity in daily life in nonclinical young adults. *PLoS One*, 11(4), e0153557. doi: 10.1371/journal.pone.0153557
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Pearson Educación.
- Fusar-Poli, P., Yung, A. R., McGorry, P. y van Os, J. (2014). Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychological Medicine*, 44(1), 17-24. doi: 10.1017/S0033291713000184
- Goodyear, M. D., Krleza-Jeric, K. y Lemmens, T. (2007). The Declaration of Helsinki. *British Medical Journal*, 335, 624-625. doi: 10.1136/bmj.39339.610000.BE
- Guerrero-Jiménez, M., Gutiérrez, B., Ruiz, I., Rodríguez-Barranco, M., Ibáñez-Casas, I., Pérez-García, M., Valmisa, E., Carmona, J., Muñoz-Negro, J. E. y Cervilla, J. A. (2018). A cross-sectional survey of psychotic symptoms in the community: the GRANADΣP psychosis study. *European Journal of Psychiatry*, 32, 87-96. doi: 10.1016/j.ejpsy.2017.11.003
- Havighurst, R. J. (1978). *Youth in social institutions*. University of Chicago Press.
- Heinze, K., Lin, A., Nelson, B., Reniers, R. L., Upthegrove, R., Clarke, L., Roche, A., Lowrie, A. y Wood, S. J. (2018). The impact of psychotic experiences in the early stages of mental health problems in young people. *BMC Psychiatry*, 18(1), 214. doi: 10.1186/s12888-018-1767-y
- Huang, Y. y Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954

- Isaksson, J., Vadlin, S., Olofsdotter, S., Aslund, C. y Nilsson, K. W. (2020). Psychotic-like experiences during early adolescence predict symptoms of depression, anxiety, and conduct problems three years later: a community-based study. *Schizophrenia Research*, 215, 190-196. doi: 10.1016/j.schres.2019.10.033
- Kaal, S. E., Prins, J. B., Jansen, R., Manten-Horst, E., Servaes, P., van der Graaf, W. T. y Husson, O. (2018). Health-related quality of life priorities in adolescents and young adults (AYA) with cancer: discrepancies with health care professionals' perceptions. *Annals of Oncology*, 29, viii630. doi: 10.1093/annonc/mdy300.085
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H., Werbeloff, N., Weiser, M., Lataster, T. y van Os, J. (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*, 42(11), 2239-2253. doi: 10.1017/S00332917111002911
- Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M. y Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42(9), 1857-1863. doi: 10.1017/S00332917111002960
- Kelleher, I., Harley, M., Murtagh, A. y Cannon, M. (2011). Are screening instruments valid for psychotic-like experiences? A validation study of screening questions for psychotic-like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 362-369. doi: 10.1093/schbul/sbp057
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Lynch, F., Fitzpatrick, C., Devlin, N., Molloy, C., Roddy, S., Clarke, M., Harley, M., Arseneault, L., Wasserman, C., Carli, V., Sarchiapone, M., Hoven, C., Wasserman, D. y Cannon, M. (2012). Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 26-32. doi: 10.1192/bjp.bp.111.101543
- Lahiry, S., Choudhury, S., Chatterjee, S. y Hazra, A. (2019). Impact of social media on academic performance and interpersonal relation: a cross-sectional study among students at a tertiary medical center in East India. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 73. doi: 10.4103/jehp.jehp_365_18
- Linscott, R. J. y van Os, J. (2013). 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. *Psychological Medicine*, 43(6), 1133-1149. doi: 10.1017/S0033291712001626
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Benjet, C., Bromet, E. J., Browne, M. O., Caldas de Almeida, J. M., Chiu, W. T., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Ten Have, M., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lim, C. C., ... Kessler, R. C. (2016). The bidirectional associations between psychotic experiences and DSM-IV mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 997-1006. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15101293
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bromet, E. J., Oakley, M., 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., ... 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), 933-941. doi: 10.1093/schbul/sbw011
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., Chiu, W. T., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C., Mora, M. E., Navarro-Mateu,

- F., ... Kessler, R. C. (2015). Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 697-705. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0575
- Nolan, E., Murphy, S., O'Neill, T., Houston, J., Murphy, J. y Shevlin, M. (2018). Prevalence of psychotic-like experiences and associated distress in adolescent community, sexual-trauma and clinical samples. *Psychosis*, 10(4), 251-262. doi: 10.1080/17522439.2018.1511745
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C. y Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 475-485. doi: 10.1093/schbul/sbq099
- Ordóñez-Carrasco, J. L., Cuadrado, I. y Rojas, A. (en prensa). Scale of psychological pain: Spanish adaptation of the Psychache Scale in young adults. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. doi: 10.1016/j.rpsm.2019.04.003
- Pignon, B., Schürhoff, F., Szöke, A., Geoffroy, P. A., Jardri, R., Roelandt, J. L., Rolland, B., Thomas, P., Vaiva, G. y Amad, A. (2018). Sociodemographic and clinical correlates of psychotic symptoms in the general population: findings from the MHGP survey. *Schizophrenia Research*, 193, 336-342. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.053
- Rognli, E. B., Bramness, J. G., Skurtveit, S. y 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, 42-47. doi: 10.1016/j.jsat.2016.12.007
- Saha, S., Scott, J. G., Varghese, D. y McGrath, J. J. (2011). The association between general psychological distress and delusional-like experiences: a large population-based study. *Schizophrenia Research*, 127, 246-251. doi: 10.1016/j.schres.2010.12.012
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Scott, J., Welham, J., Martin, G., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., Aird, R. y McGrath, J. (2008). Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 230-237. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01214.x
- Sliter, M. T., Pui, S. Y., Sliter, K. A. y Jex, S. M. (2011). The differential effects of interpersonal conflict from customers and coworkers: trait anger as a moderator. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(4), 424-440. doi: 10.1037/a0023874
- Sun, M., Zhang, W., Guo, R., Hu, A., Li, Y., Mwansisya, T. E., Zhou, L., Liu, C., Chen, X., Tao, H., Huang, X., Xue, Z., Chiu, H. F. y Liu, Z. (2017). Psychotic-like experiences and correlation with childhood trauma and other socio-demographic factors: a cross-sectional survey in adolescence and early adulthood in China. *Psychiatry Research*, 255, 272-277. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.059
- Thewes, B., Kaal, S. E., Custers, J. A., Mantén-Horst, E., Jansen, R., Servaes, P., van der Graaf, W. T., Prins, J. B. y Husson, O. (2018). Prevalence and correlates of high fear of cancer recurrence in late adolescents and young adults consulting a specialist adolescent and young adult (AYA) cancer service. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1479-1487. doi: 10.1007/s00520-017-3975-2
- Unterrassner, L., Wyss, T. A., Wotruba, D., Ajdacic-Gross, V., Haker, H. y Rössler, W. (2017). Psychotic-like experiences at the healthy end of the psychosis continuum. *Frontiers in Psychology*, 8, 775. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00775
- Unterrassner, L., Wyss, T. A., Wotruba, D., Haker, H. y Rössler, W. (2017). The intricate relationship between psychotic-like experiences and associated subclinical symptoms in healthy individuals. *Frontiers in Psychology*, 8, 1537. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01537
- van der Steen, Y., Myin-Germeys, I., van Nierop, M., Ten-Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., van Os, J. y van Winkel, R. (2019). 'False-positive' self-reported

- psychotic experiences in the general population: an investigation of outcome, predictive factors and clinical relevance. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 532-543. doi: 10.1017/S2045796018000197
- van Os, J. y Linscott, R. J. (2012). Introduction: the extended psychosis phenotype-relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 227-230. doi: 10.1093/schbul/sbr188
- Varghese, D., Scott, J., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G. y McGrath, J. (2011). Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 389-393. doi: 10.1093/schbul/sbp083
- Vitale, E., Cesano, E. y Germini, F. (2020). Prevalence of burnout among Italian nurses: a descriptive study. *Acta Bio-Medica*, 91(4), e2020117. doi: 10.23750/abm.v91i4.9008
- Wigman, J. T., van Nierop, M., Vollebergh, W. A., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. U. y 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. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 247-257. doi: 10.1093/schbul/sbr196
- Zammit, S., Kounali, D., Cannon, M., David, A., Gunnell, D., Heron, J., Jones, P., Lewis, S., Sullivan, S., Wolke, D. y Lewis, G. (2013). Psychotic experiences and psychotic disorders at age 18 in relation to psychotic experiences at age 12 in a longitudinal population-based cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 742-750. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060768

RECIBIDO: 7 de enero de 2022

ACEPTADO: 2 de abril de 2022