

## ***Experiencias Atípicas Psicóticas y Cuasi-Psicóticas en Adolescentes Puertorriqueños/as Deprimidos/as: Prevalencia y Factores Asociados***

Yaritzta M. López-Robledo<sup>1</sup>

Eduardo Cumba-Avilés

Guillermo Bernal

*Universidad de Puerto Rico-Río Piedras, San Juan, Puerto Rico*

### **Compendio**

Se examinó la prevalencia de experiencias atípicas psicóticas y cuasi-psicóticas y se identificaron factores asociados a éstas en 162 jóvenes puertorriqueños/as entre 13 y 17.5 años. Se evaluó la sintomatología depresiva, la ideación suicida, así como la presencia o historia de experiencias atípicas, eventos traumáticos y maltrato o abuso. Las experiencias atípicas estuvieron asociadas ( $p < .05$ ) a ser fémina, a tener enfermedades físicas, a experimentar eventos traumáticos, a haber recibido tratamiento para la depresión, y a una sintomatología depresiva e ideación suicida elevada. Los eventos traumáticos, el tratamiento farmacológico para la depresión y la severidad de la ideación suicida fueron predictores significativos del número de experiencias reportadas. Los resultados confirman que la mayoría de las experiencias no son psicóticas. Se discuten las implicaciones para la evaluación y el tratamiento de jóvenes deprimidos/as. *Palabras clave:* Adolescentes; Experiencias atípicas; Depresión psicótica; Eventos traumáticos.

### **Psychotic and Quasi-Psychotic Atypical Experiences in Puerto Rican Depressed Adolescents: Prevalence and Related Factors**

#### **Abstract**

The prevalence of psychotic and quasi-psychotic atypical experiences was estimated and its correlates were identified in 162 Puerto Rican adolescents (13 to 17.5 years old). Depressive symptoms, suicidal ideation, as well as the presence or history of atypical experiences, traumatic events and maltreatment or abuse were evaluated. Atypical experiences were related ( $p < .05$ ) to gender (female), physical illness, history of traumatic events, history of treatment for depression, as well as to high depressive symptomatology and suicidal ideation. Traumatic events, pharmacological treatment for depression, and severity of suicidal ideation were significant predictors of the total experiences reported. Findings confirm that most experiences reported were definitely non-psychotic. The implications for the assessment and treatment of depressed youth are discussed.

*Keywords:* Adolescents; Atypical experiences; Psychotic depression; Traumatic events.

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es uno de los problemas de salud mental que más afecta a los/as jóvenes. Una de sus especificaciones es la presencia de síntomas psicóticos, como ideas delirantes o alucinaciones. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión de texto revisado (*DSM-IV-TR* por sus siglas en inglés) define la *idea delirante* como una creencia falsa, basada en inferencias

incorrectas de la realidad, que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y de que haya prueba contundente de lo contrario (American Psychiatric Association [APA], 2000). En este manual la *alucinación* se define como una percepción sensorial que es tan convincente como una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. La presencia de síntomas psicóticos en el TDM aumenta el riesgo de recurrencia y de presentar conductas suicidas, por lo que la APA ha recomendado para su tratamiento el uso de antipsicóticos en conjunto con antidepresivos (APA, 1993, 2006; Spiker et al., 1985).

En la población clínica pediátrica el TDM es el segundo más asociado a los síntomas psicóticos, siendo sólo superado por el espectro de la Esquizofrenia (Ulloa et al., 2000). Se ha reportado que la Esquizofrenia y otros trastornos relacionados a la psicosis frecuentemente tienen sus inicios en la adolescencia y la adultez

<sup>1</sup> El trabajo en este artículo fue apoyado por una subvención del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos (R01-MH67893) a Guillermo Bernal. Comunicaciones sobre éste trabajo deben dirigirse a: Yaritzta M. López-Robledo, Universidad de Puerto Rico, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigación Psicológica-IPsi, P.O. Box 23174, San Juan, PR, 00931-3174. E-mail: yaritzamari15@yahoo.com. Agradecemos a la Dra. Carmen Rivera-Medina, a las(os) asistentes de investigación del Proyecto TARA, así como a las madres, los padres y las(os) adolescentes participantes, sin cuya valiosa colaboración este estudio no hubiese podido realizarse.

temprana (Ballageer, Malla, Manchanda, Takhar, & Haricharan, 2005). La probabilidad de detectar adecuadamente cualquiera de estos desórdenes va ligada a la capacidad de identificar con precisión la sintomatología psicótica. No obstante, es posible asumir equivocadamente que ciertas experiencias atípicas reportadas por las personas son psicóticas cuando no lo son, o no es posible distinguir si lo son o no (Ulloa et al., 2000). Por ejemplo, muchas personas escuchan que las llaman por su nombre cuando nadie más lo escucha, o dicen haber visto sombras pasar a su alrededor sin que nadie más las haya visto (Geltman & Chang, 2004). Aunque estas experiencias resultan poco comunes o atípicas durante la vida de una misma persona, muchas personas sin historia de psicosis reportan haber tenido este tipo de experiencia al menos una vez en sus vidas. Por otro lado, cuando no se tiene información suficiente del contexto en que ocurrieron ciertas experiencias (p. ej., el contenido específico, la frecuencia, los antecedentes y los eventos posteriores a la misma), resulta difícil y prematuro hacer un diagnóstico diferencial para determinar si en efecto se trata de una experiencia psicótica. Por eso, en este artículo, al hacer referencia a este tipo de experiencia, se utilizará el término *cuasi-psicótica*.

Aunque se acepta que la prevalencia de desórdenes psicóticos pediátricos es de cerca del 1% (Ulloa et al., 2000), aún se debate la prevalencia real de los síntomas psicóticos en esta población. Algunos han reportado una prevalencia alta de estos síntomas en (pre)adolescentes deprimidos/as, alcanzando entre el 33 y el 50%, incluso cuando sólo se consideran las alucinaciones (Chambers, Puig-Antich, Tabrizi, & Davies, 1982; Mitchell, McCauley, Burke, & Moss, 1988; Strober, Lampert, Schmidt, & Morrell, 1993). Por otro lado, Ulloa et al. (2000) encontraron que sólo un 4.5% de sus participantes tenía síntomas psicóticos *definitivos*, mientras que un 4.7% tenía síntomas psicóticos *probables*. Al comparar estos reportes, es evidente la discrepancia en la prevalencia de la depresión psicótica en esta población. El porcentaje elevado reportado por Chambers et al. (1982) y Mitchell et al. (1988) también resulta controversial porque en estudios con adultos apenas el 12.5% de aquéllos/as con síntomas depresivos significativos reporta síntomas verdaderamente psicóticos (Ohayon & Schatzberg, 2002).

Más allá de las prevalencias diferentes, existe controversia conceptual sobre los síntomas psicóticos en la depresión juvenil. Algunos plantean que es más difícil diagnosticar la psicosis en esta etapa, por lo que se diagnostica menos que en la adultez (Ballageer et al., 2005). Por su parte, Krabbendam, Myin-Germeys, Bak y van Os (2005) señalan que la prevalencia reportada no responde a experiencias psicóticas reales, sino a síntomas aislados e insuficientes para un diagnóstico. Ellos conciben la psicosis, más que como un trastorno o entidad discreta, como un continuo de experiencias atípicas en

el cual la mayoría de quienes las presentan no necesitan tratamiento. Resultaría crucial, según ellos, comprender los mecanismos que median la transición entre tener uno o dos “síntomas psicóticos” y tener un trastorno psicótico. No obstante, es tan o más importante distinguir cuándo dichas experiencias son en verdad psicóticas y cuándo pueden ser explicadas por otros factores. De hecho, dados los muchos falsos positivos al evaluar síntomas psicóticos, y dado que los/as jóvenes son muy sugestionables (p. ej., al preguntarle si han tenido cierta experiencia), no queda claro si los síntomas reportados son realmente psicóticos, si responden a alguna otra alteración perceptual (Ulloa et al., 2000) o si el método de evaluación les predispone a dar respuestas afirmativas. Más aún, tanto Rothstein (1981) como Vega, Sribney, Miskimen, Escobar y Aguilar-Gaxiola (2006) coinciden al señalar que en muchos estudios no se especifica el método empleado para distinguir quiénes presentan depresión psicótica.

Varios factores se han asociado a las experiencias psicóticas y cuasi-psicóticas. Según el *DSM-IV-TR* (APA, 2000), quienes presentan el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) o el Trastorno por Estrés Agudo (TEA) pueden sentirse muy culpables, re-experimentar imágenes o sonidos relacionados al trauma, ser atormentados/as por pensamientos repetitivos, tener una sensación de peligro constante y presentar síntomas disociativos. Es posible, pues, confundir algunos de estos síntomas con experiencias psicóticas, sobre todo con delirios paranoides o de culpa, alucinaciones visuales o auditivas, o con la sensación de que fuerzas extrañas controlan el pensamiento. Los síntomas que sufre una persona tras un evento traumático suponen alteraciones perceptuales o conductuales que en muchos casos pueden explicarse por el TEPT o el TEA sin que sea necesario suponer la presencia de psicosis (p. ej., un Trastorno Psicótico Breve).

El comportamiento suicida también se asocia a los síntomas psicóticos y cuasi-psicóticos en jóvenes (Ohayon & Schatzberg, 2002; Ulloa et al., 2000). Esto no sorprende ya que el TDM es uno de los más asociados a la sintomatología psicótica (Ulloa et al., 2000) y que la conducta suicida es parte de los síntomas de dicho trastorno. Es bien conocido que las personas con este cuadro pueden reportar pensamientos suicidas intensos, alegando en ocasiones que se trata de “voces”. Aunque muchos/as jóvenes que reportan estas experiencias se consideran deprimidos/as con síntomas psicóticos, algunos/as cuestionan si las “voces” que se originan dentro de la propia mente deben considerarse psicóticas, o si dicha categoría sólo debe aplicarle a aquellas cuyo origen sea externo (APA, 2000). De hecho, es posible que muchas de las experiencias que estos/as jóvenes consideran “voces” puedan explicarse por los mismos pensamientos suicidas, sin necesidad de suponer la presencia de síntomas

psicóticos. Considerando que gran parte (hasta un 48%) de los/as adolescentes con el TDM presenta ideación suicida significativa (Liu et al., 2006), es válido preguntarse si muchos están siendo considerados como psicóticos/as (e incluso siendo medicados/as como tales), cuando en realidad no lo son. Esto podría ayudar a explicar la alta prevalencia de síntomas “psicóticos” reportada en algunos de los estudios ya mencionados.

Factores como la severidad de la depresión, el género y la presencia de enfermedades físicas también pudiesen relacionarse con una mayor prevalencia de experiencias atípicas. Como en la población general (Ohayon & Schatzberg, 2002), entre los/as jóvenes deprimidos/as, aquellos/as con los síntomas más severos tienen más probabilidades de experimentar síntomas psicóticos o cuasi-psicóticos. De hecho, la especificación del *DSM-IV-TR* que contempla la presencia de estos síntomas en el TDM se denomina *grave con síntomas psicóticos*, y no contempla que ocurran estos síntomas sin que la depresión se considere grave (APA, 2000). Por otro lado, dado que se ha documentado que las féminas presentan mayor sintomatología depresiva (Weller, Kloos, Kang, & Weller, 2006; Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008), es posible que también puedan reportar con mayor frecuencia experiencias psicóticas o cuasi-psicóticas, como se ha documentado en algunos estudios (Ulloa et al., 2000). Tampoco sería raro encontrar mayor prevalencia de estas experiencias en personas que padecen de enfermedades físicas, cuando se considera que la depresión de estas personas suele ser más intensa (Ohayon, 2004). Dicha prevalencia también pudiese estar influida por la asociación entre sufrir un evento traumático y tener experiencias atípicas, dado que muchos de quienes sufren este tipo de evento incurrir en negligencia en el cuidado de su salud (APA, 2000).

La literatura sobre la depresión juvenil con síntomas psicóticos es limitada (Ohayon & Schatzberg, 2002; Ulloa et al., 2000; Volkmar, 1996). Es escasa (si alguna) la que estudia dicho fenómeno en latinos/as. Estudiar la prevalencia y las variables correlativas de las experiencias psicóticas y cuasi-psicóticas en jóvenes deprimidos/as resulta importante dada la controversia acerca de la falta de uniformidad en los procesos para identificar su presencia y para distinguir ambos tipos de experiencias. Además, dicha distinción repercute en el tratamiento a ofrecerse, pudiendo llevar a la prescripción innecesaria de antipsicóticos. Considerando esto, el propósito de este estudio es determinar la prevalencia de las experiencias atípicas psicóticas y cuasi-psicóticas, e identificar los factores asociados a su presencia, en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños/as.

A partir de la literatura empírica y teórica revisada, se proponen dos hipótesis. Primero, se asume que la prevalencia de experiencias atípicas será bastante alta (de al menos 33%), si bien muy pocas de ellas serán

verdaderamente psicóticas. Segundo, se anticipa una asociación significativa entre dichas experiencias y el ser fémina, padecer alguna enfermedad física, haber recibido tratamiento para la depresión (especialmente farmacológico), haber sufrido experiencias de maltrato, abuso sexual o eventos traumáticos, así como presentar una mayor sintomatología depresiva e ideación suicida al momento de la entrevista.

## Método

### Participantes

Participaron 162 adolescentes (95.68% puertorriqueños/as) referidos/as por síntomas depresivos. Obtuvimos la muestra de los/as 335 solicitantes para los primeros seis ciclos de terapia del Proyecto TARA (Tratamiento, Avalúo y Recursos para Adolescentes), el cual evalúa la eficacia de psicoterapias para la depresión juvenil. Las edades requeridas fueron entre los 13 y 17.5 años ( $\bar{x} = 14.88$ ;  $DE = 1.32$ ). El 51.9% (84) eran varones, el 63.58% (103) asistía a escuelas públicas y el 73.46% (119) provenía de áreas urbanas. Éstos/as cursaban grados de 7<sup>mo</sup> a 12<sup>mo</sup> ( $\bar{x} = 9.65$ ;  $DE = 1.55$ ). El 88.27% (143) de los/as encargados/as eran madres, el 6.17% (10) eran padres, el 3.70% (6) eran abuelas y el 1.85% (3) eran tías. Su escolaridad promedio fue de 14.83 ( $DE = 2.67$ ) y su edad de 43.61 años ( $DE = 7.71$ ), con un rango de entre 29 y 69. El 56.17% (91) trabajaba a tiempo completo y el 9.88% (16) a tiempo parcial. El tamaño promedio de los hogares fue de 4.01 personas ( $DE = 1.13$ ) y su ingreso mensual promedio (en dólares) fue de 2,464.69 ( $DE = 1,675.56$ ). En la Tabla 1 describimos otros datos demográficos de la muestra.

Otros criterios de inclusión fueron: que la queja principal consistiera de síntomas depresivos clínicamente significativos, al menos en las dos semanas previas a la solicitud de participación; que tanto el/la joven como su encargado/a asistieran en el horario acordado; que no hubiese constancia de historial psicótico o bipolar en el/la adolescente ni recibiese tratamiento farmacológico para la depresión al solicitar; que no hubiese una condición neurológica o médica que le impidiera participar (p. ej., epilepsia, cáncer, anemia crónica, daño neurológico, retraso mental, etc.); y que su encargado/a no presentara un desorden mental para el cual no estuviese recibiendo tratamiento, ni tuviese otros problemas (p. ej., problemas legales graves) que limitaran su participación. No era requisito tener un diagnóstico previo de TDM para participar de este estudio.

### Instrumentos

*Children's Depression Inventory (CDI)*. Ésta es una medida de autoinforme de 27 reactivos que se utiliza en cerca del 75% de los estudios sobre la depresión juvenil

Tabla 1  
*Características Sociodemográficas de las Familias Participantes*

Variable	%(frecuencia)
Etnia del/de la adolescente	
Puertorriqueño/a	95.68% (155)
Dominicano/a	2.47% (4)
Otro grupo hispano	1.23% (2)
No hispano/a	0.62% (1)
Relación entre padres biológicos/crianza	
Casados	32.72% (53)
Conviven	3.70% (6)
Separados	16.66% (27)
Divorciados	39.51% (64)
Viudo/a	4.94% (8)
Nunca casados/nunca convivieron	2.47% (4)
Etnia del/de la encargado/a	
Puertorriqueño/a	91.98% (149)
Dominicano/a	5.55% (9)
Otro grupo hispano	2.47% (4)
Estatus Ocupacional del/de la Encargado/a	
Jornada Completa	56.17% (91)
Jornada Parcial	9.88% (16)
No trabaja asalariadamente	33.95% (55)

(Rivera, Bernal, & Rosselló, 2005). Evalúa distintas áreas de la depresión, incluyendo el estado de ánimo, la capacidad para divertirse, la calidad de las relaciones, la autoestima, la desesperanza y los síntomas vegetativos (Kovacs, 1992). Su consistencia interna en una muestra de jóvenes puertorriqueños/as fue de .82. En esta población, un punto de corte de 20 está asociado a una mayor probabilidad de tener el TDM (Rivera et al., 2005). A mayor puntuación, mayor es la severidad.

*Suicidal Ideation Questionnaire-Junior (SIQ-Jr)*. Éste es un cuestionario de autoinforme que mide ideación de muerte o suicida en adolescentes (Reynolds, 1988). Consta de 15 reactivos en formato Likert de 0 (*Nunca tuve ese pensamiento*) a 6 (*Casi todos los días*) para evaluar la frecuencia de dichas ideas en el último mes. Su diseño sigue una concepción que asume dicha ideación como un continuo que va desde pensamientos generales sobre la muerte hasta el intento suicida mismo. Su consistencia interna al utilizarse para evaluar jóvenes puertorriqueños/as fue de .91 (Duarté, 2007). En esta población, un punto de corte de 31 sugiere una ideación suicida severa que requiere una evaluación de riesgo más profunda.

*Formulario de Entrevista Clínica-Adolescentes*. Evalúa la presencia de cualquier experiencia atípica, así como de eventos traumáticos, algún tipo de maltrato

o abuso sexual alguna vez en la vida de los/as jóvenes. En él se indaga sobre experiencias inusuales como: tener visiones, oír voces o sonidos, experimentar inserción o robo de pensamiento, control mental o comunicación con fuerzas extrañas y sentir que existe una conspiración que nadie más considera real. Las primeras dos experiencias se denominan *alucinaciones* y las restantes se consideran *ideas delirantes*. Para ayudar a distinguir si éstas son real o probablemente psicóticas vs. definitivamente no psicóticas, se explora si ocurren sólo cuando se está soñando, medio dormido/a, o bajo los efectos de sustancias. Estas tres se consideran experiencias en estados de conciencia alterados (ECA). Las que ocurren cuando la persona no se encuentra en ninguno de estos tres estados se denominan experiencias en estados de conciencia no alterados (ECNA). La suma de ambas es el total de experiencias atípicas generales. Sólo se indaga el contenido específico de las experiencias atípicas cuándo las mismas ocurren en ECNA.

*Hoja de Datos Demográficos*. En ella se recoge información como el género, el grado y la edad del/de la joven, la relación entre los/as encargados/as, la ocupación, el ingreso y la escolaridad de éstos/as, así como la cantidad de personas que reside con el/la adolescente.

## Procedimiento

Para reclutar, se llevó a cabo promoción por medio de anuncios y artículos en la prensa, así como entrevistas en programas radiales y televisivos. Además, se diseminó información sobre el estudio en actividades profesionales, en las escuelas y en centros de salud mental que atienden a la población juvenil. A quienes deseaban participar, el equipo de reclutamiento y evaluación (compuesto por estudiantes graduados/as de psicología clínica) le completó una solicitud en la cual se obtuvo información general del/de la joven y su encargado/a, enfocándose en los criterios de selección. Luego, este equipo y su coordinador se reunían para determinar si ésta cumplía con los requisitos de inclusión del estudio, decisión que era informada a la familia. Para considerar que el/la joven tenía una sintomatología depresiva clínicamente significativa, debía constatarse mediante entrevista telefónica con el/la encargado/a que el/la adolescente presentara al menos cuatro síntomas del TDM en las dos semanas previas al momento de solicitar. Uno de los síntomas debía ser el estado de ánimo deprimido (triste o irritable), o la pérdida de interés o disminución de la capacidad para experimentar placer. Sólo los casos que presentaban pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida fueron admitidos con menos de cuatro síntomas (pero no menos de tres). De no cumplir con los requisitos, se le explicaban los motivos a la familia y se refería el caso de ser necesario. Si el/la adolescente cumplía con los criterios, lo/la citaban para una entrevista de cernimiento, a la cual debía asistir junto con su encargado/a principal.

Dicha entrevista también era realizada por estudiantes graduados/as. En ella se evaluó más a fondo la severidad de los síntomas depresivos en los/as jóvenes utilizando el CDI. Se discutió una Hoja de Consentimiento con información detallada sobre el estudio, posibles beneficios y riesgos relacionados a participar, teléfonos de emergencia, datos sobre la confidencialidad y sus derechos como participantes, entre otras cosas. Para participar, tanto el/la encargado/a como el/la joven debían consentir por escrito. Como parte de la evaluación, ambos/as completaban por separado diversos instrumentos enfocados en variables relacionadas al/la adolescente y al historial médico y de salud mental familiar, incluyendo los mencionados anteriormente.

## Análisis de Datos

Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias y porcentajes) para establecer la prevalencia de las experiencias atípicas generales (la suma de las que ocurren en ECA y ECNA), así como de las ocurridas exclusivamente en ECNA. Se clasificaron las experiencias en ECNA por medio de un análisis de contenido. Dicha técnica permitió examinar las respuestas de los/as ado-

lescentes a las preguntas abiertas sobre las distintas experiencias atípicas y clasificar las mismas conforme a ciertas categorías creadas según las tendencias identificadas en el contenido (p. ej., los temas recurrentes). Posteriormente, se determinó cuáles de las experiencias eran definitivamente psicóticas, probablemente psicóticas o definitivamente no psicóticas. Los aspectos considerados para esta distinción fueron la frecuencia de las experiencias, la rareza de éstas (p. ej., alucinaciones táctiles, conversaciones entre voces), su intensidad, la presencia de despersonalización o ideación homicida, la presencia de voces externas que incitan al suicidio y la constancia de historial psicótico surgida en el cernimiento. Para identificar las variables asociadas a la presencia de experiencias atípicas, se hicieron análisis de *Chi-cuadrado* (variables categóricas) y de Correlación Producto-Momento (*r*) (variables continuas). Finalmente, se realizaron análisis de regresión múltiple para identificar el modelo que ayudaba a explicar mejor la presencia de estas experiencias en los/as adolescentes. Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 15.0 por sus siglas en inglés).

## Resultados

### Análisis de Contenido: Frecuencias por Categoría y Prevalencia

Se analizó el contenido de cada respuesta de los/as jóvenes sobre experiencias atípicas. Aunque 43 reportaron tener visiones, 11 ocurrieron en ECA y 32 en ECNA. De las ocurridas en ECNA, el 62.50% (20) fueron experiencias de *Ver personas o figuras definidas* (p. ej., familiares, muertos, espíritus, caras, etc.). Las demás (12) fueron experiencias de *Ver figuras no definidas* como sombras o celajes. Al preguntarles sobre oír voces o sonidos, 49 dijeron haber tenido estas experiencias, pero sólo 44 fueron en ECNA. Veinte de éstas 44 (45.45%) fueron *Voces externas que nombran o llaman*, 15 (34.09%) fueron *Voces externas que dan órdenes o mensajes*, siete (15.91%) se clasificaron como *Voz interior o pensamiento* y las restantes dos (4.55%) fueron *Sonidos* (p. ej., pianos o puertas). En cuanto a la inserción o robo de pensamiento, se reportaron 12 experiencias y ocho fueron en ECNA. De éstas ocho, cinco (62.50%) fueron de *Pensamientos de causar daño* (p. ej., a sí o a otro/a) y el resto se clasificó como *Inserción o robo de pensamientos no específicos*.

La pregunta sobre control mental obtuvo 11 respuestas afirmativas; todas fueron en ECNA. De ellas, el 54.55% (seis) consistió de *Pensamientos de muerte o suicidio o de hacer daño* (a sí o a otros) y el resto se trató de *Pensamientos involuntarios no específicos*. Quince jóvenes dijeron haber experimentado comunicación con fuerzas extrañas, siendo en ocho ocasiones

en ECNA. Un 62.50% (cinco) de estas ocho fueron *Mensajes de televisión o radio* y clasificamos el resto como *Otros mensajes* (p. ej., espíritus o premoniciones). Por último, 13 adolescentes afirmaron que existía una conspiración en su contra; todas fueron en ECNA. Se clasificó el 69.23% (nueve) de estas respuestas como *Conspiraciones para perseguirme o hacerme daño* y el resto como *Conspiraciones para molestarte o ponerse en mi contra*.

Setenta y cinco participantes (46.30%) reportaron al menos una experiencia atípica general (ya fuese en ECA o en ECNA), mientras que 60 (37.04%) reportaron al menos una en ECNA. Del total de experiencias atípicas generales (143), el 81.12% (116) fue en ECNA. De las 143, sólo cuatro (2.80%) fueron definitivamente psicóticas y 14 probablemente psicóticas (9.79%). Las restantes (87.41%) fueron definitivamente no psicóticas. Las cuatro experiencias psicóticas (dos alucinaciones visuales, una auditiva y una experiencia de control de pensamiento) fueron reportadas por tres participantes, por lo que sólo el 1.85% de los/as 162 participantes (y el 4.0% de los/as 75 que reportaron al menos una experiencia atípica general) presentó síntomas depresivos acompañados de una sintomatología verdaderamente psicótica. Las 14 experiencias probablemente psicóticas fueron reportadas por 12 adolescentes, por lo que sólo el 7.41% de la muestra (y el 16.0% de los que reportaron al menos una experiencia general) presentó una depresión probablemente psicótica. De estas 14, ocho fueron alucinaciones (dos visuales y seis auditivas) y seis fueron ideas delirantes (dos de inserción o robo de pensamiento, dos de control de pensamiento y dos de comunicación con fuerzas extrañas). No se encontraron reportes de experiencias de verdadera o posible psicosis paranoide.

#### Variables Asociadas a la Presencia de Experiencias Atípicas

Primeramente, se examinó si existía alguna relación entre las variables demográficas y la presencia de experiencias atípicas. El género de los/as participantes fue la única en mostrar una relación significativa. Específicamente, ser fémina estuvo asociado a reportar experiencias de comunicación con fuerzas extrañas en ECNA ( $p \leq .05$ ) y a informar un mayor número total de experiencias en ECNA ( $t = 1.97$ ;  $p \leq .05$ ) que los varones. En la Tabla 2 se resume la asociación entre otras variables de interés y la presencia de experiencias atípicas. La historia de tratamiento para la depresión (en general o sólo con medicamentos;  $p \leq .05$ ), haber sufrido maltrato o abuso ( $p \leq .01$ ) u otros eventos traumáticos ( $p \leq .01$ ), así como la severidad de la depresión ( $r = .29$ ;  $p \leq .001$ ) y la ideación suicida ( $r = .34$ ;  $p \leq .001$ ) se asociaron a la presencia de al menos una de las experiencias atípicas generales evaluadas. Se observó el mismo patrón cuando

sólo se consideraron las experiencias en ECNA. En el caso de las alucinaciones, para ambas categorías de experiencias, la historia de tratamiento para la depresión (en general o sólo con medicamentos;  $p \leq .01$ ), la historia de cualquier tipo de maltrato o abuso ( $p \leq .01$ ), la historia de otros tipos de eventos traumáticos ( $p \leq .001$  para las experiencias generales,  $p \leq .01$  para las ocurridas en ECNA, respectivamente), así como la severidad de la depresión ( $r = .28$ ,  $p \leq .001$ ;  $r = .23$ ,  $p \leq .01$ , respectivamente) y de la ideación suicida ( $r = .33$ ;  $p \leq .001$ ;  $r = .26$ ,  $p \leq .001$ , respectivamente) mostraron una asociación significativa. Las mismas variables se relacionaron significativamente con reportar al menos una idea delirante (general o en ECNA), con la excepción del tratamiento general para la depresión. Aunque tener enfermedades físicas no se asoció significativamente a reportar al menos una de las experiencias atípicas evaluadas, quienes padecían al menos una enfermedad física informaron un mayor número de experiencias en ECNA ( $t = 2.21$ ;  $p \leq .05$ ).

Al examinar la relación con las categorías de experiencias específicas, tener una enfermedad física se asoció tanto a experiencias generales de tipo auditivo como a experiencias visuales en ECNA ( $p \leq .05$ ). Haber recibido tratamiento para la depresión se relacionó con experiencias visuales tanto generales ( $p \leq .01$  para el tratamiento en general y  $p \leq .001$  para el farmacológico) como en ECNA ( $p \leq .01$  para tratamiento en general y  $p \leq .001$  sólo farmacológico). Interesantemente, el tratamiento general para la depresión estuvo vinculado a experiencias auditivas generales ( $p \leq .05$ ), pero no a experiencias en ECNA. Sin embargo, el farmacológico sí estuvo asociado a las experiencias auditivas en ECNA.

Al considerar la presencia de cualquier tipo de experiencia de maltrato o de abuso, se halló un vínculo con experiencias generales y en ECNA de tener visiones ( $p \leq .01$  y  $p \leq .001$ , respectivamente), recibir comunicación de fuerzas extrañas ( $p \leq .01$ ) y presentar ideación paranoide ( $p \leq .05$ ). Al analizar sólo las experiencias de maltrato o negligencia se halló una asociación ( $p \leq .001$ ) con tener visiones (tanto experiencias generales como en ECNA) y experimentar comunicación con fuerzas extrañas (sólo experiencias generales;  $p \leq .05$ ). La historia de abuso sexual, por su parte, se asoció con las experiencias generales de ideas paranoides y con experiencias auditivas y de comunicación en clave en ECNA ( $p \leq .05$ ).

Haber vivido otros eventos traumáticos se asoció significativamente a todas las experiencias atípicas excepto a las ideas paranoides (tanto experiencias generales como en ECNA) y a las de inserción o robo de pensamiento en ECNA. Por último, la severidad de la depresión y de la ideación suicida mostraron una relación significativa con todas las categorías de experiencias generales y con cinco de las seis en ECNA, excepto con

Tabla 2  
Asociación entre Distintas Variables de Interés y la Presencia de Experiencias Atípicas en Adolescentes

Variable	Enfermedad Física	Historia Tx Depresión	Historia Rx Depresión	Historia Maltrato o Negligencia	Historia Abuso Sexual	Cualquier Maltrato o Abuso	Historia Evento Traumático	Severidad Depresión	Severidad Ideación Suicida
<i>Experiencias Atípicas Generales</i>									
Visiones	NS	**	***	***	NS	**	*	***	***
Auditiva	*	*	NS	NS	NS	NS	***	***	***
Inserción/robo	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*	*	*
Control Pens.	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*	*	*
Com. Clave	NS	NS	NS	*	NS	**	*	**	**
Paranoia	NS	NS	NS	NS	*	*	NS	**	**
Alucinación	NS	**	**	**	NS	**	***	***	***
Idea delirante	NS	NS	*	**	NS	***	**	***	***
Cualquiera	NS	*	*	**	NS	**	**	***	***
<i>Experiencias Atípicas En Estados de Conciencia No Alterados (ECNA)</i>									
Visiones	*	**	***	***	NS	***	**	*	*
Auditiva	NS	NS	*	NS	*	NS	**	**	**
Inserción/robo	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Control Pens.	NS	NS	NS	NS	NS	NS	*	*	*
Com. Clave	NS	NS	NS	NS	*	**	*	*	*
Paranoia	NS	NS	NS	NS	NS	*	NS	***	***
Alucinación	NS	**	**	**	NS	**	**	**	***
Idea delirante	NS	NS	**	**	NS	***	**	***	***
Cualquiera	NS	*	**	**	NS	**	**	***	***

Nota. En Severidad Depresión e Ideación Suicida utilizamos el coeficiente  $r$  (dos colas). En el resto utilizamos el *Chi-cuadrado*; Tx = Tratamiento general; Rx = Tratamiento farmacológico; Pens. = Pensamiento; Com. = Comunicación; NS = No significativa; Cualquiera = La variable se asocia con la presencia de al menos una de las experiencias atípicas evaluadas. \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ .

la inserción o robo de pensamiento ( $r = .14$ ,  $p = .08$  para la severidad de la depresión y  $r = .12$ ,  $p = .13$  para la severidad de la ideación suicida). Específicamente, la correlación de la sintomatología depresiva con las experiencias generales fluctuó entre .18 (inserción o robo) y .26 (auditivas). La correlación entre esta variable y las experiencias en ECNA también fluctuó entre .18 (comunicación en clave) y .26 (ideación paranoide). En cuanto a la severidad de la ideación suicida, su correlación con las experiencias generales asumió valores entre .17 (inserción o robo) y .36 (auditivas), mientras que con las experiencias en ECNA fluctuó entre .17 (visiones) y .29 (ideación paranoide).

#### Análisis de Regresión Múltiple

Se realizaron análisis de regresión múltiple jerárquica para identificar las variables que ayudaran a explicar mejor tanto el total de experiencias atípicas generales como el número de experiencias atípicas en ECNA. En ambos análisis de regresión se entró en el primer paso el género del/de la adolescente y la presencia o ausencia de enfermedades físicas. Ambas variables estuvieron asociadas al menos a una de las categorías específicas

de experiencias atípicas y correlacionaron significativamente con el total de experiencias reportadas.

*Experiencias Atípicas Generales.* El examen de la contribución relativa de las variables predictoras del número de experiencias atípicas generales (ver Tabla 3) mostró que, en conjunto, el género y la presencia de enfermedades físicas explicaron el 3.9% de la varianza en el primer paso [ $F(2, 159) = 3.255$ ;  $p \leq .05$ ], si bien sus coeficientes de regresión fueron marginales ( $p = .055$  y  $p = .099$  respectivamente). La historia de al menos un evento traumático produjo un incremento de 6.5% con relación a la varianza aportada por las variables entradas en el primer paso ( $p \leq .001$ ), mientras que la historia de tratamiento farmacológico para la depresión añadió un 5.4% a la varianza explicada por las variables entradas anteriormente ( $p \leq .01$ ). Finalmente, la severidad de la ideación suicida aportó un 9.1% adicional, aun controlando el efecto de las variables entradas en los primeros tres pasos ( $p < .001$ ). Al evaluar la viabilidad del modelo, se obtuvo un índice de ajuste muy satisfactorio [ $F(5, 156) = 10.320$ ;  $p \leq .001$ ], junto a un 24.9% de varianza total explicada por las variables del mismo ( $R^2 = .249$ ).

Tabla 3  
Modelo de Regresión Jerárquica para Explicar el Número de Experiencias Atípicas Generales

Variable	B	$\beta$	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Cambio	F Cambio
<i>Paso 1</i>					
Género	-.387 <sup>a</sup>	-.150 <sup>a</sup>	.039	—	3.255*
Enfermedad física	-.341 <sup>a</sup>	-.129 <sup>a</sup>			
<i>Paso 2</i>					
Género	-.278	-.108		.065	11.467***
Enfermedad física	-.284-	-.107	.104		
Historia de evento traumático	-.762***	-.259***			
<i>Paso 3</i>					
Género	-.177	-.069			
Enfermedad física	-.262	-.099		.054	9.929**
Historia de evento traumático	-.816***	-.278***	.158		
Historia de Rx para depresión	-.849**	-.234**			
<i>Paso 4</i>					
Género	.094	.037			
Enfermedad física	-.168	-.064		.091	18.869***
Historia de evento traumático	-.616**	-.210**			
Historia de Rx para depresión	.795**	-.219***	.249		
Severidad ideación suicida	.023***	.334***			

Nota. R = .499; Rx = Tratamiento farmacológico; en el género, 1 = fémina y 2 = varón; excepto en la severidad de la ideación suicida, en las demás variables 1 = presencia y 2 = ausencia. <sup>a</sup>p≤.10; \*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001.

Tabla 4  
Modelo de Regresión Jerárquica para Explicar el Número de Experiencias Atípicas en ECNA

Variable	B	$\beta$	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Cambio	F Cambio
<i>Paso 1</i>					
Género	-.347*	-.153*	.053	—	4.468*
Enfermedad física	-.400*	-.172*			
<i>Paso 2</i>					
Género	-.261	-.115		.054	9.446**
Enfermedad física	-.354*	-.152*	.107		
Historia de evento traumático	-.608**	-.235**			
<i>Paso 3</i>					
Género	-.156	-.069			
Enfermedad física	-.332*	-.142*		.073	14.091***
Historia de evento traumático	-.664***	-.257***	.180		
Historia de Rx para depresión	-.878***	-.276***			
<i>Paso 4</i>					
Género	.035	.016			
Enfermedad física	-.266	-.114		.059	11.974***
Historia de evento traumático	-.522**	-.202**			
Historia de Rx para depresión	-.840***	-.263***	.239		
Severidad ideación suicida	.016***	.268***			

Nota. R = .489; Rx = Tratamiento farmacológico; en el género, 1 = fémina y 2 = varón; excepto en la severidad de la ideación suicida, en las demás variables 1 = presencia y 2 = ausencia. \*p≤.05; \*\*p≤.01; \*\*\*p≤.001.

*Experiencias Atípicas en ECNA.* Al examinar la contribución relativa de las variables predictoras del número de experiencias atípicas en ECNA (ver Tabla 4), se encontró que, en conjunto, el género y la presencia de enfermedades físicas explicaron el 5.3% de la varianza [ $F(2, 159) = 4.468; p \leq .05$ ]. La historia de al menos un evento traumático produjo un incremento de 5.4% con relación a la varianza aportada por la presencia de las variables antes mencionadas ( $p \leq .01$ ), mientras que la historia de tratamiento farmacológico para la depresión añadió un 7.3% a la varianza explicada por las variables entradas anteriormente ( $p \leq .001$ ). Finalmente, la severidad de la ideación suicida aportó un 5.9% adicional, aun controlando el efecto de las variables entradas en los primeros tres pasos ( $p \leq .001$ ). Al evaluar la viabilidad del modelo, se obtuvo un índice de ajuste muy satisfactorio [ $F(5, 156) = 9.779; p \leq .001$ ], acompañado de un 23.9% de varianza total explicada por las variables del mismo ( $R^2 = .239$ ). Otras variables consideradas fueron la severidad de la depresión y la historia de cualquier tipo de maltrato o abuso, pero éstas no aportaron nada a los modelos que no hubiese sido aportado ya por otras variables, especialmente por la severidad de la ideación suicida y la historia de eventos traumáticos. En ese sentido, su permanencia en los modelos hubiese sido estadísticamente redundante e innecesaria.

### Discusión

En general, los hallazgos confirman las hipótesis propuestas. La prevalencia de las experiencias atípicas en jóvenes fue bastante alta y semejante a la reportada por Chambers et al. (1982), Mitchell et al. (1988) y Strober et al. (1993). Sin embargo, contrario a lo reportado por ellos, se consideró la mayoría de estas experiencias (87.41%) y de los/as participantes (90.74%) como definitivamente no psicóticos(as). En esto, los hallazgos de este estudio concuerdan con los de Ulloa et al. (2000), quienes reportaron un 9.2% de participantes con experiencias psicóticas (4.5%) o probablemente psicóticas (4.7%). A pesar de esta semejanza, el porcentaje de depresiones psicóticas (1.85%) vs. probablemente psicóticas (7.41%) en el presente estudio fue distinto al encontrado por Ulloa et al. (2000). Se entiende que es posible que la definición de síntomas psicóticos utilizada en los tres estudios mencionados antes difiera de la utilizada en el estudio de Ulloa et al. (2000) y en este estudio.

La prevalencia de estos síntomas en jóvenes deprimidos/as es tema de debate. Como en otros estudios (Chambers et al., 1982; Ryan et al., 1987), las experiencias alucinatorias fueron las más comunes en esta muestra. Sin embargo, el análisis sugiere que menos de 1 de cada 10 experiencias (9.30%) de “alucinaciones”

visuales, y alrededor de una de cada siete (14.29%) de las auditivas, puede considerarse psicótica o probablemente psicótica. Buena parte de las demás experiencias alucinatorias (25.58% de las visuales y 10.20% de las auditivas) ocurrieron en ECA (p. ej., al conciliar el sueño, al despertar o tras el consumo de sustancias). Las restantes pueden explicarse por alguna de las siguientes: como resultado de *ilusiones* (cuando un estímulo externo real es interpretado erróneamente), como parte de las creencias religiosas o espirituales personales, como re-experimentación de imágenes o sonidos tras un evento traumático, como parte de la ideación suicida, o como experiencias que la mayoría de la gente sin historia de psicosis ha tenido alguna vez (p. ej., experiencias de *deja vu* o la sugestión tras haber soñado algo relacionado al tema) (Geltman & Chang, 2004; Vega et al., 2006).

En cuanto a las ideas delirantes, sólo el 16.67% (una de cada seis) de las de inserción o robo de pensamiento, el 27.27% (3 de 11) de las de control de pensamiento y el 13.33% (2 de 15) de las de comunicación en clave fueron psicóticas o probablemente psicóticas. Interesantemente, el 33.33% de las experiencias de inserción y el 46.67% de las de comunicación en clave ocurrió en ECA. Ninguna experiencia de control mental ocurrió en ECA. El análisis realizado sugiere que las experiencias restantes de inserción o robo podrían explicarse por creencias espirituales o por experiencias cotidianas que cualquiera puede tener (p. ej., sentir que la mente se va en blanco o que se pierde el control durante un enojo fuerte). Las experiencias restantes de control mental podrían explicarse por ideación suicida, creencias espirituales o experiencias cotidianas (p. ej., pensamientos pesimistas típicos de la depresión). Por su parte, el resto de las experiencias de comunicación en clave se explica por presentimientos, creencias espirituales o experiencias cotidianas (p. ej., *deja vu* o la sugestión tras ver películas sobre el tema). Finalmente, el 23.53% de las ideas de persecución ocurrieron en ECA, mientras que el resto se explicó por sentimientos de persecución basados en hechos reales (que otras personas no creen o no saben que ocurrieron) o como resultado de rasgos de personalidad paranoide.

Por otro lado, y en apoyo a la segunda hipótesis, se halló un vínculo significativo entre reportar al menos una experiencia atípica general o en ECNA y haber recibido tratamiento para la depresión (especialmente farmacológico), haber sufrido experiencias de maltrato, abuso sexual o eventos traumáticos, así como presentar una mayor sintomatología depresiva e ideación suicida. El género y padecer alguna enfermedad física estuvieron vinculados con al menos una categoría específica de experiencias atípicas y con el número total de experiencias. Como se mencionó, la mayoría de las experiencias atípicas no fueron psicóticas. Muchas ocurrieron en ECA y otras se explican por los factores menciona-

dos anteriormente. También es posible que algunas fuesen el resultado lógico de la presencia o interacción de varios de los factores asociados significativamente con algunas de estas experiencias. Finalmente, puede que otras fuesen producto del uso de estimulantes para condiciones comórbidas, ya que este tipo de fármacos puede inducir síntomas psicóticos o cuasi-psicóticos (Volkmar, 1996) sin que el/la joven pueda detectar que es esa la causa. Se desconoce en qué medida este mismo tipo de relación pudo darse también con el uso de algunos antidepresivos.

Haber sufrido un evento traumático, haber recibido tratamiento farmacológico para la depresión y presentar una ideación suicida más severa fueron las únicas variables que (más que estar asociadas a la presencia de experiencias atípicas) aportaron significativa e independientemente a la varianza del número de experiencias reportadas. Esto aplicó tanto a las experiencias generales como a las ocurridas en ECNA, lo que sugiere que quienes presentan estas tres características son más propensos/as a reportar un número mayor de experiencias atípicas. Es muy probable que este grupo de adolescentes sea el que esté en mayor riesgo de ser medicado con antipsicóticos erróneamente. Resulta, pues, crucial considerar estas variables durante la evaluación clínica de adolescentes referidos/as por sintomatología depresiva (Rosselló & Berríos-Hernández, 2004). De igual forma es importante determinar en qué medida los/as jóvenes deprimidos/as que reportan experiencias atípicas (o un número mayor de éstas) pudieran estar más propensos/as a ser tratados con antidepresivos antes de intentar combatir sus síntomas con tratamientos psicológicos. La ocurrencia de dicho fenómeno probablemente esté motivada por la percepción de que quienes reportan este tipo de experiencias suelen tener depresiones más severas, lo cuál es consistente con los hallazgos de este estudio. No obstante, es válido preguntarse si la suposición de que dichas experiencias son verdaderamente psicóticas (cuando en su mayoría no lo son) pudiera estar influyendo más en la decisión de prescribir antidepresivos que la misma severidad de los síntomas depresivos o de la ideación suicida. En cualquier caso, se necesitan más investigaciones para esclarecer dichas hipótesis y para determinar bajo qué condiciones el uso de antidepresivos y/o antipsicóticos representaría un tratamiento inicial demasiado agresivo para la población juvenil que presenta síntomas depresivos (p. ej., cuando no hay ideación suicida o cuando no se ha establecido que las experiencias reportadas son psicóticas).

Como señala Volkmar (1996), la evaluación de la población pediátrica con posible psicosis debe ser cuidadosa. Dicha evaluación debe incluir múltiples sesiones, entrevistas con diversas fuentes (p. ej., adolescentes, maestros/as, padres, madres y otros/as familiares), una exploración exhaustiva de diagnósticos comórbidos

o alternos (incluyendo el TEPT y el TEA), así como la observación precisa de la apariencia, la conducta y el estilo interpersonal del/de la adolescente. Además, en ésta debe obtenerse información que permita ponderar la severidad de la ideación suicida, un historial médico y de salud mental extenso (p. ej., hospitalizaciones y/o tratamiento farmacológico), un historial de desarrollo y familiar, y detalles sobre la edad de inicio y duración de los síntomas tanto depresivos como atípicos. Finalmente, se necesita un examen profundo del funcionamiento premórbido, de la frecuencia e intensidad de los episodios, así como del grado de malestar e impedimento académico, laboral y social.

Como la prevalencia de muchos desórdenes (incluso no psicóticos) incrementa en la adolescencia, se hace más difícil e importante realizar un diagnóstico diferencial adecuado. Trastornos de personalidad como el fronterizo, psicosis inducidas por sustancias o enfermedades, experiencias "alucinatorias" típicas de los trastornos de conducta, ideas obsesivas prolongadas propias del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y fenómenos cuasi-psicóticos observados en estados disociativos tras un evento traumático, son sólo algunos posibles diagnósticos alternos capaces de explicar las experiencias atípicas reportadas por los/as jóvenes deprimidos/as (Volkmar, 1996). No obstante, aun cuando las experiencias reportadas se consideren real o probablemente psicóticas, permanece la duda de si se trata de una depresión psicótica, de un Trastorno Bipolar psicótico, o de un trastorno psicótico primario (p. ej., Esquizofrenia o un Trastorno Delirante).

Dado que sólo entre un 5 y un 15% de los/as jóvenes deprimidos/as desarrollarán un Trastorno Bipolar (APA, 2000; Strober & Carlson, 1982), y es éste el trastorno del estado de ánimo donde más abundan los síntomas psicóticos (Hammen & Rudolph, 2003), resulta contradictorio suponer que un gran número de jóvenes presenten depresión unipolar psicótica. Esto dado que justo quienes presentan estos síntomas más probablemente desarrollarán un Trastorno Bipolar o incluso puede que ya presenten uno sin diagnosticar. De hecho, Volkmar (1996) advierte que la distinción entre la depresión psicótica y los trastornos bipolares psicóticos puede dificultar el proceso diagnóstico. Las guías para la evaluación clínica provistas antes deben ayudar a superar esta dificultad y a confirmar el argumento de que los síntomas psicóticos reales son mucho menos frecuentes en la depresión unipolar juvenil de lo que muchos/as piensan.

Finalmente, se entiende que la etapa evolutiva y la cultura juegan un papel importante que debe considerarse, debido a la posibilidad de que a ciertas edades sea más aceptado reportar experiencias inusuales y de que algunas culturas faciliten el que sus miembros consideren estas experiencias como parte normal de la vida.

Las personas adultas aceptan, y hasta fomentan, los relatos infantiles sobre figuras de fantasía (amigos/as imaginarios/as, figuras de terror, así como creerse “superhéroes” o que los animales hablan) sin considerarlos psicóticos. Lo mismo ocurre con la tendencia de los/as adolescentes a vestirse o actuar como sus ídolos, a insistir en que otros/as están en su contra y a sugestionarse por lo que han visto en películas o soñado y luego dicen haber vivido. De igual forma, la cultura latina (por ejemplo) nos predispone a aceptar como normales ciertas experiencias que otros/as podrían considerar atípicas o incluso psicóticas si desconocen nuestra idiosincrasia (Núñez-Molina, 2005; Vega et al., 2006). Ejemplos de esto son el ver o conversar con espíritus, las ideas supersticiosas, el énfasis en que poderes sobrenaturales interactúan con las personas (fomentado por la religión y el ocultismo), y otros fenómenos típicos del *folklore* latinoamericano que predisponen a darle credibilidad a lo paranormal (Gómez, 2005; Núñez-Molina, 2005).

Aunque no se conocen estudios al respecto, es razonable pensar que la población pediátrica latina puede ser más propensa a reportar estas experiencias al ser evaluada para identificar síntomas psicóticos. De hecho, Geltman y Chang (2004) sugieren que la prevalencia alta de alucinaciones presentada por los/as adultos/as latinos/as caribeños/as en clínicas ambulatorias puede entenderse mejor si éstas se interpretan como no psicóticas. Otros/as han encontrado que los/as adultos/as hispanos/as con el TDM que buscan servicios tienen más probabilidades de reportar experiencias consideradas psicóticas por quienes los/as diagnostican que los/as portugueses y los/as norteamericanos/as blancos/as. Curiosamente, los/as hispanos/as no difirieron de los/as afroamericanos/as en este aspecto (Posternak & Zimmerman, 2005). De todos modos, se postula que si el reporte de ciertas experiencias que pudieran parecer psicóticas sin serlo es muy común en ciertas etapas (p. ej., niñez y adolescencia) y/o en ciertas culturas (p. ej., hispana y afroamericana), entonces tales experiencias deberían excluirse de las posibles manifestaciones psicóticas al evaluar dichas poblaciones. Puede que estas experiencias sean una manifestación de estrés o malestar expresado de una manera culturalmente aceptable, puesto que incluso el contenido de los delirios y las alucinaciones se ha vinculado a influencias culturales, especialmente en hispanos/as (Gómez, 2005; Yamada, Barrio, Morrison, Sewel, & Jeste, 2006).

Aunque limitados por el tamaño de la muestra, los resultados de este estudio no sólo confirman las hipótesis, sino que levantan serias dudas sobre cómo se diagnostican los síntomas psicóticos en jóvenes deprimidos/as. Resulta crucial distinguir las experiencias psicóticas reales de las que (aunque atípicas) pueden

ocurrirle a muchos/as jóvenes como resultado de sugestion, ilusiones, creencias religiosas o espirituales, eventos traumáticos o como parte de su depresión o ideación suicida. Esto ayudaría a realizar diagnósticos más precisos, ofrecer tratamientos adecuados e identificar las variables que distinguen la población juvenil con depresión psicótica o probablemente psicótica de la definitivamente no psicótica. Se recomienda realizar más estudios dada la escasez de literatura sobre la depresión juvenil psicótica. Estos pudiesen comparar los métodos utilizados por distintos/as profesionales para distinguir los síntomas psicóticos de los que no lo son, examinar la prevalencia de las experiencias atípicas en jóvenes de distintas culturas y la relación de ésta con los métodos de evaluación utilizados. Finalmente, sería importante conocer la relación entre estos dos asuntos y la frecuencia de prescripción de antidepresivos y antipsicóticos en adolescentes deprimidos/as.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150(Suppl.), 4.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ballageer, T., Malla, A., Manchanda, R., Takhar, J., & Haricharan, R. (2005). Is adolescent - onset first-episode psychosis different from adult onset? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 782-789.
- Chambers, W., Puig-Antich, J., Tabrizi, M., & Davies, M. (1982). Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39, 921-927.
- Duarté, Y. (2007). *Un modelo socio-cognitivo de vulnerabilidad a la ideación suicida en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as*. Unpublished doctoral dissertation, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, DF.
- Geltman, D., & Chang, G. (2004). Hallucinations in Latino psychiatric outpatients: A preliminary investigation. *General Hospital Psychiatry*, 26, 153-157.
- Gómez, D. (2005). ¿Las experiencias paranormales son psicológicamente perturbadoras? Una encuesta comparando estudiantes universitarios y aficionados a temas paranormales. *Revista Interamericana de Psicología*, 39, 285-294.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 233-278). New York: The Guilford Press.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI): Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Bak, M., & van Os, J. (2005). Explaining transitions over the hypothesized psychosis continuum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 180-186.
- Liu, X., Gentzler, A., Tepper, P., Kiss, E., Kothencne, V., Tamas, Z., et al. (2006). Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1442-1450.

- Mitchell, J., Mc Cauley, E., Burke, P., & Moss, S. (1988). Phenomenology of depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 12-20.
- Núñez-Molina, M. (2005). Acercamiento transpersonal: El espiritismo puertorriqueño como terapia. In G. Bernal & A. Martínez-Taboas, *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico* (pp. 91-107). San Juan, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Ohayon, M. (2004). Specific characteristics of the pain/depression association in the general population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 5-9.
- Ohayon, M., & Schatzberg, A. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1855-1861.
- Posternak, M., & Zimmerman, M. (2005). Elevated rates of psychosis among treatment-seeking Hispanic patients with major depression. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 193, 66-69.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rivera, C. L., Bernal, G., & Rosselló, J. (2005). The Children's Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 485-498.
- Rosselló, J., & Berríos-Hernández, M. N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 295-302.
- Rothstein, A. (1981). Hallucinatory phenomena in childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 623-635.
- Ryan, N., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, H., Robinson, D., Nelson, B., et al. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854-861.
- Spiker, D. G., Weiss, J. C., Dealy, R. S., Griffin, S. J., Hanin, I., Neil, J. F., et al. (1985). The pharmacological treatment of depression. *American Journal of Psychiatry*, 142, 430-436.
- Strober, M., & Carlson, G. (1982). Bipolar illness in adolescents with major depression: Clinical, genetic and psychopharmacologic predictors in a three-to-four-year follow up-investigation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 549-555.
- Strober, M., Lampert, C., Schmidt, S., & Morell, W. (1993). The course of major depressive disorder in adolescents: Recovery and risk of manic switching in a 24-month prospective, naturalistic follow-up of psychotic and non psychotic subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 34-42.
- Ulloa, R., Boris, B., Axelson, D., Williamson, D., Brent, D., Ryan, N., et al. (2000). Psychosis in a pediatric mood and anxiety disorders clinic: Phenomenology and correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 337-345.
- Vega, W., Sribney, W., Miskimen, T., Escobar, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2006). Putative psychotic symptoms in the Mexican American population: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 194, 471-477.
- Volkmar, F. (1996). Childhood and adolescent psychosis: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 843-851.
- Weller, E. B., Kloos, A., Kang, J., & Weller, R. A. (2006). Depression in children and adolescents: Does gender make a difference? *Current Psychiatry Reports*, 8, 108-114.
- Yamada, A. M., Barrio, C., Morrison, S. W., Sewel, D., & Jeste, D. V. (2006). Cross-ethnic evaluation of psychotic symptoms content in hospitalized middle-aged and older adults. *General Hospital Psychiatry*, 28, 161-168.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.

Received 30/07/2008  
Accepted 24/12/2008

**Yaritza M. López-Robledo.** Estudiante doctoral de Psicología Clínica del Programa Graduado de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Asistente de investigación del Proyecto TARA (Tratamiento, Avalúo y Recursos para Adolescentes) en el Instituto de Investigación Psicológica-IPsi, adscrito a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico-Río Piedras.

**Eduardo Cumba-Avilés.** Doctorado en Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Investigador Asistente en el Instituto de Investigación Psicológica-IPsi.

**Guillermo Bernal.** Profesor del Departamento de Psicología y Director del Instituto de Investigación Psicológica – IPsi, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.