



EDITORIAL

Escuchar voces: la relevancia de los síntomas psicóticos en jóvenes

Hearing voices – the significance of psychotic symptoms among young people

Mary Cannon

Department of Psychiatry, Royal College of Surgeons in Ireland and Beaumont Hospital, Dublín, Irlanda

Los pacientes con trastornos psiquiátricos no son los únicos que presentan síntomas psicóticos, ya que una proporción importante de la población general también los experimenta. La prevalencia de síntomas psicóticos parece reducirse con la edad: según metaanálisis, la prevalencia media de síntomas psicóticos en los niños (9-12 años de edad) es del 17%, en los adolescentes (13-18 años) del 7,5%, y en la población adulta general del 5%^{1,2}. La prevalencia de síntomas psicóticos también parece variar entre países: según la Encuesta de la Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud³, las tasas de alucinaciones auditivas oscilan entre el 0,8% (Vietnam) y el 31% (Nepal). Los síntomas psicóticos presentan un origen familiar y hereditario y comparten con la esquizofrenia una amplia gama de factores de riesgo sociales, ambientales y de desarrollo⁴.

¿Cómo debemos interpretar tales síntomas? ¿Son una forma incompleta o precursores de trastornos psicóticos posteriores, o son marcadores generales de riesgo para un abanico de enfermedades psiquiátricas? Este editorial va a examinar las pruebas que respaldan estos 2 puntos de vista, y que no son excluyentes entre sí.

Los síntomas psicóticos como paradigma de alto riesgo para la psicosis clínica

Fue un influyente artículo basado en el estudio Dunedin el que demostró por primera vez la existencia de un *continuum*

clínico entre los síntomas psicóticos y el trastorno psicótico al mostrar que los niños de 11 años de edad que notificaron síntomas psicóticos presentaban entre 5 y 16 veces mayor riesgo de trastorno en el espectro esquizofrénico en la edad adulta⁵. Este hallazgo fue replicado por Welham et al. con una muestra australiana, quienes mostraron que las alucinaciones auditivas autonotificadas a los 14 años se asociaban con un mayor riesgo de trastornos psicóticos a los 21⁶. Más recientemente, Werbeloff et al. observaron con registros israelíes que los jóvenes adultos que notificaron síntomas psicóticos presentaban 4 veces más riesgo de un trastorno psicótico no afectivo en las 2 décadas siguientes, y el riesgo más alto se producía en los primeros 5 años⁷. Un metaanálisis de estudios con cohortes mostró que el riesgo anual de conversión a un desenlace clínico psicótico entre los individuos que han notificado síntomas psicóticos es 3,5 veces mayor que entre los individuos que no presentan dichos síntomas⁸. Por lo tanto, es patente que las personas que informan padecer síntomas psicóticos tienen un mayor riesgo de presentar trastornos psicóticos clínicos posteriormente que aquellos que no experimentan tales síntomas.

Si bien se considera que los cambios rápidos que se producen en el sistema nervioso durante la adolescencia son de gran relevancia en el desarrollo de la psicosis clínica, la baja incidencia de la enfermedad dificulta cualquier intento de estudiar su trayectoria evolutiva en un número elevado de personas antes de que esta aparezca (aproximadamente, solo uno de cada 100 niños estudiados desarrollará esquizofrenia). Los niños y los adolescentes con síntomas psicóticos que aún no han superado el período de riesgo de

Correo electrónico: marycannon@rcsi.ie

psicosis representan una población particularmente valiosa para estudiar la etiología de la psicosis por las siguientes razones¹: aún no han pasado por el período de riesgo de psicosis y es más probable que dicha población incluya a individuos que presenten un verdadero riesgo de conversión², los síntomas psicóticos (también conocidos como fenotipo extendido de psicosis) son más frecuentes que el fenotipo clínico (enfermedad), lo que aumenta el grupo de población para estudio³, los síntomas psicóticos pueden ser detectados entre jóvenes mediante un breve cuestionario validado^{4,9}, el estudio de jóvenes facilita la investigación de cambios en el desarrollo neurológico en la psicosis a una edad muy temprana, en particular los procesos que implican el desarrollo del cerebro del adolescente.

Si bien se ha aprendido mucho acerca de niños y adolescentes con síntomas psicóticos, queda aún más por descubrir en términos de genética, neurocognición, electrofisiología y neuroanatomía funcional y estructural¹⁰. Los síntomas psicóticos en jóvenes se asocian con sutiles alteraciones neurocognitivas en la función ejecutiva, el lenguaje receptivo y el reconocimiento emocional facial¹¹⁻¹⁴. La velocidad de procesamiento parece estar particularmente afectada en los adolescentes con síntomas psicóticos¹⁵, lo que apoya la hipótesis de que la velocidad de procesamiento es un déficit fundamental en la esquizofrenia¹⁶. Hasta la fecha, solo se ha publicado un estudio de imágenes cerebrales sobre esta población y muestra interesantes, si bien preliminares, diferencias en la activación frontotemporal y en el volumen de materia gris¹⁷. Un estudio genético, procedente de un grupo español, ha mostrado una interacción entre trauma en la infancia y el genotipo BDNF en cuanto al aumento del riesgo de síntomas psíquicos¹⁸. Se necesitan más estudios en estas áreas, lo que podría ayudar a refinar la capacidad de predicción de estos síntomas, y proporcionar más información sobre la trayectoria evolutiva de la psicosis. Sin embargo, el desenlace mayoritario de estos síntomas en la niñez es su desaparición y no el trastorno clínico (solo el 20-30% persisten en el tiempo)¹⁹. Domínguez et al. demostraron que el riesgo de psicosis estaba más estrechamente relacionado con la persistencia de síntomas psicóticos a lo largo del tiempo¹⁰. Por lo tanto, la identificación de «los persistentes» y los factores de riesgo asociados a dicha persistencia es un objetivo importante.

Los síntomas psicóticos como un marcador no específico de una gama de trastornos psiquiátricos

A pesar de que los indicios de síntomas psicóticos como paradigma de alto riesgo para la psicosis clínica posterior es convincente, algunos autores recomiendan encarecidamente cautela ante la idea de un «continuo de la psicosis»^{20,21}. De hecho, los valores predictivos positivos son demasiado bajos (alrededor del 1-2%) para considerar los síntomas psicóticos como «predictores» de un trastorno psicótico posterior, y uno no defendería intervención alguna sobre la base de estos síntomas por sí solos⁷. Esto plantea la cuestión de si, más allá de la identificación de un grupo de alto riesgo para los estudios etiológicos, ¿son los síntomas psicóticos en la infancia y la adolescencia clínicamente importantes?²²

El tema de la comorbilidad de síntomas psicóticos, funcionamiento general y otras psicopatologías ha comenzado a recibir atención. Nuevo et al. también observaron una asociación lineal entre el número y presencia de síntomas psicóticos y el grado general de funcionamiento en un análisis de los datos de la Encuesta Mundial de la Salud³. Se observó una clara separación o discontinuidad entre los individuos sin síntomas y aquellos con síntomas respecto al impacto adverso sobre la salud, y se encontró un pequeño aumento lineal en los efectos adversos sobre la salud conforme aumentaba el número de los síntomas. Por lo tanto, los resultados de este estudio mundial identificaban 2 grupos diferenciados en la población: aquellos sin síntomas y aquellos que se encuentran en un supuesto continuo de psicosis³.

Se ha demostrado que los síntomas psicóticos en la adolescencia tardía están asociados con una serie de trastornos no psicóticos a los 30 de años de seguimiento²³. En una muestra de adolescentes irlandeses, los síntomas psicóticos se asociaron con una amplia gama de trastornos no psicóticos diagnosticables del Eje-1²⁴. De hecho, la mayoría de los jóvenes con síntomas psicóticos en dicha muestra cumplían los criterios para algún otro trastorno, y la fuerza de la asociación con otros trastornos no psicóticos aumentaba conforme se pasaba de la niñez a la adolescencia, lo que indica que la notificación de síntomas psicóticos se vuelve más «patológica» con el aumento de la edad²⁴. Los síntomas psicóticos también eran predictores de morbilidad múltiple (es decir, presencia de más de un trastorno) y de conductas suicidas²⁵. Estos estudios indican que los síntomas psicóticos infantiles ya no se pueden considerar solo como precursores de psicosis en adultos, sino también como marcadores de perturbación psicológica general. Estos síntomas deben ser consultados entre todos los jóvenes que presenten desazón psicológica, y al contrario, la identificación de síntomas psicóticos en un interrogatorio debería ser señal de la necesidad de una evaluación más detallada. La investigación de la trayectoria longitudinal de la psicopatología infantil debe considerar todos los síntomas (psicóticos y no psicóticos) en lugar de adoptar una dicotomía arbitraria²⁶. Por último, destacar hasta qué punto estos síntomas son comunes entre los jóvenes debe contribuir a reducir la visión de «nosotros y ellos» en la psicosis y reducir el estigma asociado con síntomas tales como «escuchar voces»²⁷.

Bibliografía

1. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population based studies. *Psychol Med*. 2012; <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002960>.
2. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009;39:179-95.
3. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The Continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull*. 2012;38:475-85.
4. Polanczyk G, Moffitt TE, Arseneault L, Cannon M, Ambler A, Keefe RS, et al. Etiological and clinical features of childhood

- psychotic symptoms: results from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:328–38.
5. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:1053–8.
 6. Welham J, Scott J, Williams G, Najman J, Bor W, O'Callaghan M, et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychol Med*. 2009;39:625–34.
 7. Werbeloff N, Drukker M, Dohrenwend BP, Levav I, Yoffe R, Van Os J, et al. Self-reported attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:467–75.
 8. Kaymaz N, Drukker M, Lieb R, Wittchen H-U, Werbeloff N, Weiser M, Lataster T, van Os J. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based sample? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychol Med*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002911>
 9. Kelleher I, Harley M, Murtagh A, Cannon M. Are screening instruments valid for psychotic-like experiences? A validation study of screening questions for psychotic like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophr Bull*. 2011;37:362–9.
 10. Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med*. 2011;41:1–6.
 11. Blanchard MM, Jacobson S, Clarke MC, Connor D, Kelleher I, Garavan H, et al. Language, motor and speed of processing deficits in adolescents with subclinical psychotic symptoms. *Schizophr Res*. 2010;12:71–6.
 12. Murphy J, Blanchard MM, Rawdon C, Kavanagh F, Kelleher I, Clarke MC, et al. Language processing abnormalities in adolescents with psychotic-like experiences: An event related potential study. *Schizophr Res*. 2012;137:91–6.
 13. Cullen AE, Dickson H, West SA, Morris RG, Mould GL, Hodgins S, et al. Neurocognitive performance in children aged 9–12 years who present putative antecedents of schizophrenia. *Schizophr Res*. 2010;121:15–23.
 14. Roddy S, Tiedt L, Kelleher I, Clarke MC, Murphy J, Rawdon C, et al. Facial emotion recognition in adolescents with psychotic-like experiences: a school-based sample from the general population. *Psychol Med*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712000311>.
 15. Kelleher I, Clarke MC, Rawdon C, Murphy J, Cannon M. Neurocognition in the extended psychosis phenotype: performance of a community sample of adolescents with psychotic symptoms on the MATRICS neurocognitive battery. *Schizophrenia Bulletin*. En prensa.
 16. Rodrigues-Sanchez JM, Crespo-Facorro B, Gonzalez-Blanch C, Perez-Iglesias R, Vazquez-Barguero JL. Cognitive dysfunction in first episode psychosis: the processing speed hypothesis. *B J Psychiatry Suppl*. 2007;51:s107–10.
 17. Jacobson S, Kelleher I, Harley M, Murtagh A, Clarke M, Blanchard M, et al. Structural and functional brain correlates of subclinical psychotic symptoms in 11–13 year olds. *Neuroimage*. 2010;49:1875–85.
 18. Alemany S, Arias B, Aguilera M, Villa H, Moya J, Ibanez ML, et al. Childhood abuse, the BDNF-Val66Met polymorphism and adult psychotic-like experiences. *Br J Psychiatry*. 2011;199:38–42.
 19. Dominguez MD, Wichers M, Lieb R, Wittchen HU, Van Os J. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8 year cohort study. *Schizophr Bull*. 2011;37:84–93.
 20. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med*. 2010;40:1935–42.
 21. Preti A, Cella M, Raballo A. All that shines is not psychosis – a cautionary note on the assessment of psychotic symptoms in childhood and adolescence. *Psychol Med*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712001249>.
 22. Arango C. Attenuated psychotic symptoms syndrome: how it may affect child and adolescent psychiatry. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:67–70.
 23. Rossler W, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Haker H, Gamma A, Angst J. Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. *Schizophr Res*. 2011;131:18–23.
 24. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Lynch F, Fitzpatrick C, Devlin N, et al. What is the clinicopathological significance of psychotic symptoms in non-psychotic young people? Evidence from four population-based studies. *Br J Psychiatry*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101543>.
 25. Kelleher I, Lynch F, Harley M, Molloy C, Roddy S, Fitzpatrick C, Cannon M. Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behaviour: findings from two population-based, case-control clinical interview studies. *Archives of General Psychiatry*. En prensa 2012.
 26. Murray GK, Jones PB. Psychotic symptoms in young people without psychotic illness: mechanisms and meaning. *British Journal of Psychiatry*. En prensa 2012.
 27. Kelleher I, Cannon M. All that shines is not psychosis – but is still clinically important. *Psychol Med*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712001250>.