Arch méd Camagüey. 2026; 30:e11567 Artículo original

ISSN 1025-0255

Caracterización sociodemográfica y clínica de los trastornos psicóticos agudos y transitorios

Sociodemographic and clinical characterization of acute and transient psychotic disorders

Imilsis Regla Thomas-Varona[1] https://orcid.org/0009-0006-2429-2281

Liuba Yamila Peña-Galbán[2] https://orcid.org/0000-0002-5613-5415

Oscar Suárez-Oviedo [3] https://orcid.org/0009-0007-6238-5021

Ludmila Casas-Rodríguez [4] https://orcid.org/0000-0002-8468-7588

Aylen de la Caridad Mota-Alonso[5*] https://orcid.org/0009-0000-1489-7929

Roberto Antonio Columbié-Guilarte [6] https://orcid.org/0009-0002-8150-2012

[1] Hospital Psiquiátrico Provincial Comandante René Vallejo Ortiz. Servicio de Unidad de Intervención en Crisis. Camagüey, Cuba.

[2] Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja. Servicio de Psiquiatría. Camagüey. Cuba.

[3] Universidad de Ciencias Médicas. Departamento de Salud Mental. Vertientes, Camagüey. Cuba.

[4] Centro Médico MEDLIFE. Malabo. Guinea Ecuatorial.

[5] Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja. Servicio de Medicina Interna. Camagüey. Cuba.

[6] Hospital Clínico Quirúrgico Docente. Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja. Centro de Desarrollo. Camagüey. Cuba.

***Autor para la correspondencia:** aylenmotaalonso@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los trastornos psicóticos agudos y transitorios se caracterizan por un inicio agudo, sintomatología florida, variable y recuperación completa.

(cc) BY-NC

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas, de los pacientes con trastornos psicóticos agudos y transitorios.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal en el periodo de marzo de 2023 a marzo de 2025. El universo lo integraron 42 pacientes que ingresaron en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente Comandante Rene Vallejo Ortiz. La muestra no probabilística a criterio la integraron 30 pacientes. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, escolaridad, estado civil, estatus ocupacional, hábitos tóxicos, estresores, manifestaciones clínicas, estadía hospitalaria, gravedad, mejoría clínica y tratamiento farmacológico.

Resultados: Después de los 40 años de edad la mayor cantidad de pacientes presentaron trastornos sicóticos agudos y transitorios 18(60 %), estado civil soltero 13 (43,33 %), predominio de los conflictos económicos financieros en 8 (26,66 %). El diagnóstico más frecuente según CIE-10 fue otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes en 16 (53,33 %). En la CIE-11 el trastorno psicótico agudo y transitorio primer episodio actualmente sintomáticos se observó en 25 pacientes (83,34 %) y el medicamento más utilizado el haloperidol en 12 (40 %).

Conclusiones: La mayor cantidad de pacientes estudiados pertenecían a las edades entre 40 y más años de edad, predominó el sexo masculino y los estresores como desencadenantes del trastorno. El diagnóstico más frecuente según CIE-10 fue: otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes y por la CIE-11 el 6A23.00, trastorno psicótico agudo y transitorio primer episodio actualmente sintomáticos. Los síntomas predominantes encontrados fueron, los delirios y alucinaciones de diferentes tipos, ansiedad psíquica, hostilidad, trastornos del pensamiento y habla desorganizada.

DeCS: TRASTORNOS PSICÓTICOS; TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIÓNICA; TRASTORNO BIPOLAR; ANTIPSICÓTICOS; ANSIEDAD.

ABSTRACT

Introduction: Acute and transient psychotic disorders are characterized by an abrupt onset, diverse and fluctuating symptoms, and full recovery.

Objective: To describe the sociodemographic and clinical characteristics of patients with acute and transient psychotic disorders.

Methods: A longitudinal descriptive study was conducted from March 2023 to March 2025. The study population consisted of 42 patients admitted to the Crisis Intervention Unit at the Comandante Rene Vallejo Ortiz Provincial Teaching Psychiatric Hospital. A non-probability, purposive sam-

(cc) BY-NC

ple of 30 patients was selected. The analyzed variables were age, sex, education level, marital status, occupational status, substance use, stressors, clinical manifestations, length of hospital stay, severity, clinical improvement, and pharmacological treatment.

Results: After the age of 40, most patients presented with acute and transient psychotic disorders (18 patients, or 60%), were single (13 patients, or 43.33%), and experienced economic and financial conflicts primarily (eight patients, or 26.66%). According to the ICD-10, the most frequent diagnosis was another acute psychotic disorder with a predominance of delusions (16 patients, or 53.33%). According to the ICD-11, acute and transient psychotic disorder with a first currently symptomatic episode was observed in 25 patients (83.34%), and haloperidol was the most frequently used medication (12 patients, 40%).

Conclusions: The majority of the patients studied were 40 years of age or older. Males predominated, and stressors were the most common trigger for the disorder. According to the ICD-10, the most frequent diagnosis was other acute psychotic disorder with predominance of delusions. According to the ICD-11, the most frequent diagnosis was acute and transient psychotic disorder (6A23.00), first currently symptomatic episode. The most common symptoms were delusions, hallucinations of various types, psychic anxiety, hostility, thought disorders, and disorganized speech.

DeCS: PSYCHOTIC DISORDERS; HISTRIONIC PERSONALITY DISORDER; BIPOLAR DISORDER; ANTIPSYCHOTIC AGENTS; ANXIETY.

Recibido: 09/05/2026

Aprobado: 08/09/2026

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicóticos agudos y transitorios (TPAT) se caracterizan por un inicio agudo, sintomatología florida, variable y recuperación completa. En algunos trastornos, la presencia de un factor estresante no era imprescindible. Se describió la existencia de una tercera psicosis con un inicio agudo. Diversos términos fueron empleados para denominar este tipo de psicosis a lo largo del tiempo: Bouffée delirante, psicosis de la motilidad, confusional, cicloide, esquizofreniforme, reactiva, psicógena e histérica. En los países asiáticos y africanos también describieron diferentes psicosis: Atípica, primitiva aguda, paranoide aguda, transitoria, catatónico-paranoide y las reacciones psicóticas agudas.[1,2,3,4]

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se introdujo la categoría trastornos psicóticos agudos y transitorios (ATPD, por sus siglas en inglés) con la inten-

(cc) BY-NC

ción de agrupar dentro de una misma enfermedad clínica un conjunto heterogéneo de condiciones psicóticas agudas procedentes de diferentes descripciones clásicas.[5,6]

La CIE-11[7] caracteriza el Trastorno psicótico agudo y transitorio 6A23, por el inicio agudo de los síntomas psicóticos que emergen sin un pródromo y alcanzan su severidad máxima dentro de dos semanas. Los síntomas pueden incluir delirios, alucinaciones, desorganización de los procesos del pensamiento, perplejidad o confusión, alteraciones del afecto, estado de ánimo, trastornos psicomotores y la catatonia pueden estar presentes. Los síntomas típicamente cambian rápidamente, tanto en la naturaleza e intensidad, de día a día, o incluso en un solo día. La duración del episodio no es superior a tres meses y con frecuencia dura desde unos pocos días a un mes. Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud (tumor cerebral) o por el efecto o retirada de sustancias psicoactivas sobre en el sistema nervioso central: alcohol, nicotina, canabis, opiodes, benzodicepinas, corticosteroides.

También establece varias subcategorías, pero en la investigación de los autores, se hace referencia a la subcategoría de 6A23.00 trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, actualmente sintomáticos. Todos los requisitos de la definición de agudo y trastorno psicótico transitorio, primer episodio en términos de síntomas y la duración actualmente se cumplen, o se hubieran cumplido pasado un mes.

En el DSM 5R,[8] se engloban todos los trastornos psicóticos en un solo apartado llamado: Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y se habla de una categoría especificada donde se mencionan síntomas que no se logran incorporar a ninguna de las clasificaciones anteriores; por el contrario, en la CIE- 11,[7] se habla de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios.

La epidemiología de los trastornos psicóticos agudos y transitorios se caracteriza por la incidencia anual del TPAT que oscila entre 4-10 pacientes por cada 100 000 personas, mientras que la prevalencia, respecto al total de pacientes con primer episodio psicótico, varía entre el 5,8 % y el 19 % según diferentes cohortes nacionales.[9,10] La prevalencia puntual se estima en alrededor de 0,5 % a 1 % en la población general, aunque estas cifras pueden variar según el contexto clínico y geográfico.[11]

Menos del 10 % de las investigaciones sobre trastornos psicóticos agudos y transitorios se han realizado en los países del sur global.[10,11] Esta brecha de evidencias es importante porque la epidemiología, causa y los resultados de las psicosis varían según el contexto y el grupo social.[12,13,14,15]

Los estudios relacionados de los trastornos psicóticos agudos y transitorios publicados, son insuficientes en Cuba y solo existe una publicación del año 2016 realizada en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos. En la provincia Camagüey no hay investigaciones publicadas sobre el tema, motivados por ello los autores se trazaron como objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con trastornos psicóticos agudos y transitorios, ingresados en el Hospital

(cc) BY-NC

Psiquiátrico Provincial Comandante René Vallejo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal con el objetivo de caracterizar los trastornos psicóticos agudos y transitorios en el periodo: marzo de 2023 a marzo de 2025. El universo estuvo constituido por 42 pacientes que ingresaron en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC) del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente Comandante Rene Vallejo Ortiz.

Criterios de inclusión: Paciente de 19 años o más que cumplieron los criterios diagnósticos de la CIE-11,[7] y CIE-10,[5] de trastorno psicótico agudo y transitorio en el primer ingreso durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes en los que la información recogida durante la investigación fue insuficiente o que abandonaron la investigación.

La muestra no probabilística a criterio quedó integrada por 30 pacientes.

Escalas e instrumentos:

Se utilizó la escala breve de valoración psiquiátrica, *Brief Psychiatric Rating Scale*_(BPRS).[16] La puntuación total se obtuvo sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, por lo que osciló entre 0 y 72, con una escala Likert de 5 valores; de 0 a 4, por lo que se recomendaron los siguientes puntos de corte:

0-9: ausencia del trastorno.

10-20: trastorno leve o caso probable.

21: trastorno grave o caso cierto.

El *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI),[17] versión 7.0.2 en español: Es una herramienta estructurada utilizada para la identificación rápida de trastornos psiquiátricos según los criterios del DSM-5 y CIE-11. Los resultados se interpretan mediante la suma de respuestas positivas en cada módulo, donde un puntaje igual o superior al umbral preestablecido indica la probable presencia del trastorno evaluado.

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG):,[18] Esta escala evalúa el nivel de funcionamiento de los enfermos mentales. Presenta un único ítem. La actividad global, la satisfacción en múltiples actividades, se puntúa en una escala de 0 a 100.

La escala de impresión clínica global (ICG).[19]

El especialista en Psiquiatría puntuará al paciente en una escala de 1 a 7 (o de 0 a 100 en algunas variantes), donde:

- 1 o 0 = funcionamiento muy bueno sin síntomas relevantes.
- Valores medios indican deterioro moderado.

(cc) BY-NC

- Valores altos indican deterioro mayor.

Se basa en la impresión global del especialista en Psiquiatría; tras la entrevista, observación, revisión de la historia clínica y resultados. Abarca la evaluación de la gravedad de la enfermedad y la mejoría global comparado con el estado inicial.

Las variables utilizadas fueron: Edad, sexo, escolaridad, estado civil, estatus ocupacional, Antecedentes Patológicos Familiares (APF) de trastornos psicóticos, hábitos tóxicos, estresores, manifestaciones clínicas, estadía hospitalaria, gravedad, mejoría según la escala de ICG y tratamiento farmacológico.

Recolección y procesamiento de datos.

A través de la entrevista médica se aplicaron las escalas e instrumentos utilizados a cada paciente y se recogieron todos los datos sociodemográficos, clínicos, tratamientos y evolución, plasmados en las historias clínicas y luego incluidos en el formulario de recolección de datos. Se procedió a elaborar una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 25.0 para Windows que permitió el procesamiento y obtención de la información. Se utilizó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y relativas y medidas de tendencia central (media) y medida de dispersión (desviación estándar DSE), mínimo, máximo y rango para las variables cuantitativas.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado a cada participante en la investigación, los datos obtenidos solo fueron utilizados por el equipo médico en la investigación, se mantuvo la confidencialidad de los mismos, se cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki,[20] para la investigación en seres humanos. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación en salud y el Consejo científico del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente René Vallejo Ortiz.

RESULTADOS

En relación con la edad predominó el grupo de 20 a 29 años con 8 pacientes, 26,66 %, seguido de los grupos de 40 a 49 con 7 pacientes el 23,33 % y 50 a 59 años con 7 pacientes el 23,33 %. Pero después de los 40 años se encontró la mayor cantidad de pacientes con el trastorno psicótico agudo y transitorio 18 (60 %). La media de la edad fue de 46,53 y la DSE 14,17 con una edad mínima de 19 años y máxima de 67 años, un rango de 48 años en el total de la muestra. El sexo masculino predominó en el grupo de 20 a 49 años en 12 pacientes (40 %) en una proporción de 2: 1 en relación al sexo femenino. En el grupo de 50 años y más predominó el sexo femenino con 7 pacientes (23,33 %) en proporción de 1,75: 1 (Tabla 1).

(cc) BY-NC

Tabla 1 Caracterización sociodemográfica y clínica de los trastornos psicóticos agudos y transitorios. Relación edad y sexo de los pacientes con trastornos psicóticos agudos y transitorios

Edad	Min.	Max.	Media + DSE		Rango	
	19	67	46,53 ± 14,17		48	
Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
19	1	3,33	0	0	1	3,33
20-29	1	3,33	7	23,33	8	26,66
30-39	1	3,33	2	6,66	3	10
40-49	4	13,33	3	10	7	23,33
50-59	4	13,33	3	10	7	23,33
+ 60	3	10	1	3,33	4	13,33
Total	14	46,67	16	53,33	30	100

Fuente: Historias clínicas.

En la muestra estudiada el estado civil soltero fue el más frecuente con 13 pacientes para el 43,33 %, seguido de casados 12 (40 %). En la escolaridad predominó la enseñanza media superior y técnica profesional 19 (69,33 %), seguidos de la enseñanza secundaria básica 9 (30 %). Hubo un predominio de los pacientes con vínculo laboral 17 (56,66 %) (Tabla 2).

Tabla 2 Variables sociodemográficas

Estado civil		
Variables	No.	%
Solteros	13	43,33
Casados	12	40
Viudos	2	6,66
Divorciados	3	10
Total	30	100
Escolaridad		
Enseñanza primaria	2	6,66
Enseñanza secundaria básica	9	30
Enseñanza media superior y técnica profesional	19	63,33
Total	30	100
Ocupación		
Con vínculo laboral	17	56,66
Sin vínculo laboral	9	30
Jubilados	4	13,33
Total	30	100

Fuente: Historias clínicas.

En relación a los hábitos tóxicos hubo un predominio de pacientes que ingerían café normalmente 21 (70 %), seguidos de hábitos tabáquicos 13 (43,33 %) y alcohol sin llegar una adicción 4 (13,33 %). En los antecedentes patológicos familiares de trastornos psicóticos en 14 pacientes (46,66 %) tenían familiares que presentaban trastornos psicóticos de diferentes tipos.

En los tipos de estresores predominaron los conflictos económicos financieros en 8 (26,66 %) de los pacientes, seguidos de los conflictos laborales y familiares presentes en 4 (13,3 %) respectivamen-

(cc) BY-NC

te; con conflictos interpersonales en 3 (10 %) y otros 2 (6,66 %), para un total de 21 (70 %) de pacientes que presentaron conflictos.

En los diagnósticos según la CIE-10 fue más frecuente el F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes en 16 (53,33 %) pacientes, seguidos del F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia) 6 (20 %). Según la CIE-11 fue más frecuente el trastorno psicótico agudo y transitorio primer episodio actualmente sintomáticos con 25 pacientes el (83,34 %), seguido del trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, en remisión parcial con 5 (16,66 %). No hubo remisión completa (Tabla 3).

Tabla 3 Diagnósticos de trastornos psicóticos agudos y transitorios según CIE-10 y CIE-11

Tipo de trastorno TPAT según CIE-10	No.	%
F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia).	6	20
F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.	4	13,33
F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico	3	10
F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes	16	53,33
F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios.	1	3,33
Total	30	100
Tipo de trastorno TPAT según CIE-11		
6A23.00 trastorno psicótico agudo y transitorio primer episodio actualmente sintomáticos.	25	83,34
6A23.01 trastorno psicótico agudo y transitorio, primer episodio, en remisión parcial.	5	16,66
Total	30	100

Fuente: Historias clínicas.

La puntuación total obtenida en la aplicación del BPRS fue de 767 puntos, la media y desviación estándar de 25,57±3,32 un mínimo de 21 y máximo de 32. Los ítems más frecuentes Ítem 12 Alucinaciones en 27 (90 %) de los pacientes y los items 2 Ansiedad psíquica, Ítem 15 Trastorno del pensamiento, Ítem 10 Hostilidad en los 30 (100 %) de los pacientes. Otros síntomas importantes en los pacientes fueron ideas suicidas en 6 (20 %) de los pacientes, insomnio en 19 (63,33 %) (Tabla 4).

Tabla 4 Puntuaciones en el BPRS

Ítems	No.	%	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango
Ítem 12 Alucinaciones	27	90	2,73	1,39	1	4	3
Ítem 2 Ansiedad psíquica	30	100	3,23	0,64	2	4	2
Ítem 15 Trastorno del pensamiento	30	100	3,43	0,94	1	4	3
Ítem 10 Hostilidad	30	100	3,23	0,87	1	4	3
Puntuación total	767		25,57	3,32	21	32	11

Fuente: Formulario de recolección de datos.

(cc) BY-NC

En la aplicación de la entrevista *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) versión 7.0.2 los ítems más frecuentes fueron: K1 a ¿Alguna vez ha creído que alguien le espiaba, conspiraba contra usted o intentaba hacerle daño? Y k5 a ¿Alguna vez ha tenido ideas que sus familiares o amigos consideraron extrañas o inusuales? en 23 (90 %) de los pacientes, seguidos de k6 a ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían oír, como voces? En 18 (60 %) (Tabla 5).

Tabla 5. *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) version 7.0.2. Sección K.

Item	Denominación	No.	%
K1 a	¿Alguna vez ha creído que alguien le espiaba, conspiraba contra usted o intentaba hacerle daño?	23	76,66
K5 a	¿Alguna vez ha tenido ideas que sus familiares o amigos consideraron extrañas o inusuales? Clínica: Pida ejemplos. marque sí solo si los ejemplos son delirio obvio no explorados en las preguntas k1 a k4. por ejemplo, delirio somático o religioso de muerte, enfermedad, delirio de grandeza, celos, culpa, inadecuación, ruina, pobreza, o delirios nihilistas.	23	76,66
K6 a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían oír, como voces? Si es así a la alucinación auditiva: ¿Estas voces comentaron sobre sus pensamientos o acciones, o escuchó dos o más voces hablando entre sí?	18	60
K7 a	¿Alguna vez ha tenido visiones estando despierto o ha visto cosas que otras personas no podían ver? Clínico: marque si las visiones son culturalmente inapropiadas.	9	30
K8 a	¿Ha presentado el paciente alguna vez un habla desorganizada, incoherente o confusa en el pasado, o ha mostrado una pérdida evidente de asociaciones?	18	60
K10 a	¿Ha presentado el paciente síntomas negativos, por ejemplo, expresión emocional o franqueza afectiva significativamente reducida, ¿dificultad del habla (alogía) o incapacidad para iniciar o persistir en actividades dirigidas (volición)?	18	60

Fuente: Formulario de recolección de datos. Sección K Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

En la escala de actividad global la puntuación mínima fue de 30 y la máxima 36, con una media y desviación estándar de 32 ± 1,58 puntos.

La gravedad evaluada con la escala de impresión clínica global (ICG) ofreció los siguientes resultados: Moderadamente enfermos 15 (50 %) de los pacientes, marcadamente enfermos 10 (33,33 %), gravemente enfermos 5 (16,6 %) y en la mejoría al alta hospitalaria mucho mejor 21 (70 %), moderadamente mejor 6 (20 %) y levemente mejor 3 (10 %).

La estadía hospitalaria el mínimo fue de 2 días y el máximo de 30 días, con una media y desviación estándar de 10,9 ± 5,5. En el rango de 8 a 15 días hubo 14 (46,66 %) de los pacientes, de 1 a 7 días 10 (33,3%), de 16 a 23 días, 5 (16,6 %) y más de 24 días, 1 (3,3 %).

El medicamento más utilizado fue el haloperidol (1,5 mg tabletas) en 12 (40 %) pacientes con una dosis media de 8,5 mg al día, un mínimo de 4,5 mg y máximo de 12 mg, seguido de flufenazina

(cc) BY-NC

(tabletas 2,5 mg) en 4 (13,33 %) pacientes, dosis media de 9 mg, mínimo de 7,5 y máximo de 10 mg y olanzapina (tabletas 10 mg) en 4 (13,33 %) dosis media de 15 mg, mínimo de 20 mg y máximo de 30. Con neurolépticos atípicos 10 (33,33 %), neurolépticos típicos 19 (63,33 %) y combinación de neurolépticos típicos y atípicos 1 (3,33 %). En 30 el 100 % los pacientes de realizó intervención psicoeducativa y psicosocial (Tabla 6).

Tabla 6 Tratamiento farmacológico

Medicamentos	No.	%	Dosis media	Mínimo	Máximo	Rango
Haloperidol tabletas (1,5 mg)	12	40	8,5 mg	4,5 mg	12 mg	7,5
Flufenazina tabletas (2,5 mg)	4	13,3	9 mg	7,5 mg	10 mg	2,5
Risperidona tabletas (3 mg)	3	10	6 mg	3 mg	6 mg	3
Olanzapina tabletas (10 mg)	4	13,3	15 mg	20 mg	30 mg	10
Quetiapina tabletas (200 mg)	3	10	350 mg	300	400	100
Cloropromazina tabletas (100 mg)	3	10	450 mg	400	500	100
Etumina tabletas (40 mg) + Haloperidol tabletas (1,5 mg)	1	3,3	40 mg 9 mg	0	0	0
Total	30	100	0	0	0	0

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

Grove et al.,[2] en una investigación retrospectiva de 6 años, refieren que la mediana de edad promedio fue de 38,35 años (desviación estándar 16, 6) y un inicio temprano antes de estas edades en el (13,1 %–16,7 %), la edad de inicio usualmente corresponde a la adultez joven y media. Bimbay et al.,[21], Ferrara et al.,[22] refieren que, 61,8 % de los pacientes son diagnosticados después de los 36 años, también coincide con el reporte del estudio. El número máximo de psicosis se produjo en la tercera década y la edad media de inicio de la enfermedad fue de 29,79 años según el estudio de Prakashet al.,[23] no coincide con los resultados del estudio donde el promedio de edad de los pacientes fue de 46,53.

En el estudio del programa internacional de Investigación sobre Trastornos Psicóticos en Configuraciones Diversas (*INTREPID II*) Morgan et al.,[13] mostró que en (Kancheepuram: 268; mediana [IQR] de edad, 42 [33-50] años; 154 mujeres [57,5 %]; 114 hombres [42,5 %]; Ibadan: 196; mediana de edad [IQR], 34 [26-41] años; 93 mujeres [47,4 %]; 103 hombres [52,6 %]; Trinidad: 574; mediana de [IQR] de edad, de 30 [23-40] años; 235 mujeres [40,9 %]; 339 hombres [59,1 %]) estos hallazgos en diferentes lugares del sur global, con variaciones marcadas en todos los entornos en el sexo, la edad; no se corresponden con los resultados de esta investigación en relación con la edad, que es superior, en el sexo el predominio del masculino si se corresponde.

Kirkbride et al.,[24] López et al.,[25] encontraron un predominio del sexo femenino y edad de inicio más tardía entre los 30 y 50 años. En España Vega et al.,[26] en Uganda África Mwesiga et al.,[27] predominio del sexo masculino. En la India Mishra et al.,[28] reportan que el promedio de edad fue de

(cc) BY-NC

31,8 (±11,73) años.

Los estudios en relación edad y sexo son variables en cuanto al rango de amplitud existente entre las edades 18 a 74 años, reportado por Matías et al.[29] También otros autores han hecho referencia a la variabilidad de la edad en las edades tempranas y tardía y, los autores de la investigación coinciden con ese criterio.

Un estudio realizado en Cuba en población infanto juvenil en Cienfuegos, por Sabina et al.,[30] reportan predominio de las edades entre 15–18 años 65,71 % y el sexo masculino el 57,1 %.

La edad de inicio es un factor crucial que influye en la presentación clínica, evolución, diagnóstico y pronóstico de estos trastornos. La mayoría de los trastornos psicóticos comienzan en la adolescencia o juventud, periodo en el que el cerebro aún está en desarrollo, lo que puede afectar la expresión y severidad del cuadro clínico. Los trastornos psicóticos agudos y transitorios (TPAT) suelen comenzar en un rango de edad más tardía en comparación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos crónicos, apareciendo con frecuencia entre los 30 y 50 años. Sin embargo, en niños y adolescentes, el diagnóstico es más complejo debido a la variabilidad en la presentación clínica y a la superposición con otros trastornos emocionales o del desarrollo. El diagnóstico en estas edades puede cambiar con el crecimiento y el desarrollo madurativo.[22,30,31]

El estado civil soltero fue reportado por Vega et al.,[26] 62 %, Koparal et al.,[32] 66 %, Mwesiga et al.,[27] 49,7 %. Estos resultados coinciden con lo encontrado por los autores de la investigación con predominio ligero de los solteros. Fueron más frecuentes los pacientes casados según reportan Misrhaet al.,[28] hasta un 58,4 % de casados. El estado civil constituye una variable sociodemográfica de relevancia en el estudio de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (TPAT). Diversas investigaciones han demostrado que las personas solteras, separadas o viudas presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar episodios psicóticos agudos, en comparación con aquellas que mantienen relaciones estables. Esta diferencia se atribuye, en gran medida, al papel que juega el apoyo emocional y social en la contención del estrés psicosocial, uno de los principales desencadenantes de la psicosis aguda.[2,11,30] Los autores consideran y coinciden con otros autores citados, que el apoyo familiar es importante para enfrentar y superar el estrés de la vida cotidiana.

En relación con la escolaridad, existió predominio de educación secundaria básica según López et al.,[6] 85, 3 %, Valdés et al.,[33] 45,5 % resultados que coinciden con el estudio, no así el reporte de Koparal et al.,[32] con predominio de la enseñanza primaria. Las personas con **mayor nivel educativo** suelen tener mejor acceso a información sobre salud mental, lo que facilita reconocimiento temprano de síntomas, búsqueda de ayuda profesional, mayor adherencia al tratamiento y mayor probabilidad de reinserción laboral y social. Los autores coinciden en este aspecto con otras investigaciones.[2,34]

La escolaridad no solo refleja el nivel de instrucción formal del paciente, sino que también actúa

(cc) BY-NC

como un modulador del riesgo, la evolución y el pronóstico de los trastornos psicóticos agudos. Su consideración en la evaluación psiquiátrica integral es esencial para diseñar intervenciones terapéuticas más efectivas y contextualizadas.[31,34]

Sin vínculo laboral ha sido reportado por Grover y Kathiravan,[35] López et al.,[25] 67,1 % y 57,3 %. Mwesiga et al.,[27] 41,6 %. Los resultados de estos autores no coinciden con el estudio, que predominan los pacientes con vínculo laboral.[32,33]

Los autores están de acuerdo en que el trabajo apoya la buena salud mental y proporciona un medio de vida; un sentido de confianza, propósito y logro; una oportunidad para las relaciones positivas y la inclusión en una comunidad; y una base para establecer rutinas estructuradas, entre muchos otros beneficios. Para las personas con problemas de salud mental, el trabajo puede contribuir a la recuperación y, incluye mejorar la confianza y el funcionamiento en la sociedad.[36,37]

En cuanto a los hábitos tóxicos ingestión de café, es insuficiente su abordaje en los estudios de trastornos psicóticos agudos y transitorios. En el estudio hubo un predominio de consumo de café. La cafeína considerada bebida energizante es una sustancia psicoactiva que actúa como antagonista de los receptores de adenosina, lo que provoca un aumento de la actividad neuronal y la liberación de neurotransmisores como la dopamina. Este mecanismo puede tener efectos estimulantes, pero también puede inducir síntomas como ansiedad, insomnio, agitación e incluso síntomas psicóticos en individuos susceptibles.[38]

El tabaquismo según reportan Vega et al.,[26] un 12,5 %, Cambra et al.,[39] 93,6 %, coincidiendo con el estudio los porcientos altos de consumo de cigarrillos. Las personas que fuman cigarrillos durante la adolescencia tienen un riesgo de sufrir experiencias psicóticas posteriores. El hábito tabáquico se ha asociado con un alto riesgo de psicosis y una edad más temprana de inicio de la enfermedad psicótica.[40,41]

Los autores coinciden en que hay una relación importante entre el consumo de tabaco y los trastornos mentales. Las personas con enfermedades mentales que fuman presentan una tasa establecida de dos a cuatro veces mayor, que la de la población en general. La nicotina actúa sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina en el cerebro, lo que puede alterar la dopamina, un neurotransmisor clave en los trastornos psicóticos. Esta interacción puede explicar por qué algunos pacientes con psicosis aguda recurren al tabaco como forma de automedicación para aliviar síntomas como la ansiedad o la anhedonia.[41,42]

En relación al consumo de alcohol Matías et al.,[29] reporta el 15, 9 %, Cambra et al., [39] 37,4 %, Sainz,[43] 18, 2 %. Resultados similares se obtuvo en el estudio de los autores. El alcohol altera el equilibrio de neurotransmisores como el GABA, glutamato y dopamina. Estas modificaciones pueden inducir síntomas psicóticos, especialmente en estados de intoxicación grave o abstinencia.[44,45]

En los antecedentes patológicos familiares de psicosis varios autores lo han reportado Vega

(cc) BY-NC

et al.,[26] 56,7 %, Cambra,[39] 21,2 %, Sabina et al.,[30] 63 %, y Koparal et al.,[32] resultados similares del estudio con los autores citados.

Diversos estudios han demostrado que tener un familiar de primer grado con un trastorno psicótico aumenta de manera considerable el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos. Esta predisposición genética no garantiza la aparición del trastorno, pero sí establece una base de vulnerabilidad que puede activarse ante factores ambientales o psicológicos estresantes. El reconocimiento temprano de antecedentes familiares permite implementar estrategias de prevención e intervención más eficaces. Programas psicoeducativos dirigidos a familias han demostrado ser útiles para reducir el riesgo de recaídas y mejorar el pronóstico de los pacientes con psicosis aguda.[1,46,47,48]

En las situaciones psicotraumatizantes o estresores presentes en los pacientes algunos autores como; Koparal et al.,[32] 47,4 %, Mishra et al.,[28] 44,2 % Kathfar et al.,[48] los reveses financieros (5,56 %) y los conflictos familiares (3,7 %), otros (5,56 %) como los factores estresantes más frecuentes. Gualda et al.,[31] (32,1 %), Sabina et al.,[30] predominio del área escolar (40 %), del área familiar (25,7 %), conflictos en el grupo de amistades (11,4 %) y López et al.,[6] 35, 3 %.

En la literatura médica se evidencia la relación de situaciones psicotraumatizantes o estresores con la aparición de trastornos psicóticos agudos. En el 50-60 % de los casos de ATPD, el inicio fue precedido por la experiencia de estresores psicosociales, está respaldada por la aparición de mecanismos plausibles que indican cómo la exposición a factores de estrés externos puede afectar a los individuos y aumentar el riesgo de psicosis. Una mayor sensibilidad al estrés juega un papel importante en la aparición de trastornos psicóticos agudos y transitorios**.**[49,50,51,52]

Los diagnósticos según la CIE-10 en los diferentes estudios fueron reportados por Sabina et al., [30] 57 % trastornos psicóticos agudos y transitorios y no especifica las variantes. Pedrós y Tenías[53] trastorno psicótico breve 53,8 %, López et al.,[6] F23.0 APPD 27,9 %; F23.1 trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia, 8,8 %; F23.2 trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico, 23,5 %; F23.3 trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, 26,5 %; y F23.8–9 otros ATPD y ATPD no especificado 13,2 %. Rusaka y Ransen,[52] ATPD sin síntomas esquizofrénicos (F23.0) fue la forma significativa más frecuente entre los pacientes con ATPD (63,7 %; p = 0,01). Brar et al.,[54] el mayor porcentaje de sujetos (53,3 %) presentaba trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas esquizofrénicos, seguido por un 21,7 % y un 20 % de sujetos con trastorno psicótico polimórfico agudo sin síntomas esquizofrénicos y trastorno psicótico agudo similar a la esquizofrenia, respectivamente. El menor porcentaje de pacientes (5 %) presentó trastorno delirante agudo predominante. Los resultados del estudio de los autores no coinciden en su totalidad con los de otros autores; ya que existió predominio de F23.3: Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes. Todos los pacientes con trastornos psicóticos agudos y transitorios fueron diagnosticados según la CIE-10, clasificación vigente en Cuba y también por la

(cc) BY-NC

CIE-11.

Los diagnósticos según la CIE-11 no se encontró en la literatura revisada, investigaciones que abordaran esta clasificación, por lo que no se puede realizar comparación, solo se refieren a la clasificación de la CIE-10.

En cuanto a la sintomatología clínica utilizando el BPRS, Mayoral,[55] refirió puntuación media y desviación estándar de 61,6 ± 12,9; Vázquez,[56] en una muestra de PEP sin depresión basal la media y desviación estándar fue de 64,8 ±15,2. Vardhan et al.,[57] puntuaciones entre 36 y 40 puntos en una serie de 5 casos. Kumar et al.,[58] utiliza el BPRS en 50 pacientes con TPAT, encontraron alucinaciones, contenido de pensamiento inusual y falta de cooperación moderadamente graves, mientras que la ansiedad y la grandiosidad fueron moderadas.

Los síntomas clínicos más frecuentes obtenidos con la aplicación del BPRS y la entrevista MINI fueron los delirios, alucinaciones, desorganización conductual, excitabilidad/hostilidad (agitación, agresividad), sintomatología rápidamente cambiante.[52,54,55,57] La presencia de ideas suicidas como expresión de un intenso malestar y sufrimiento psicológico también ha sido reportada en la literatura por Valdés et al.,[33] se coincide con el autor.

En la estadía hospitalaria, Vardhan et al.,[57] refiere un lapso de 20 días. Matías et al., [29] estancia hospitalaria mínima fue dos días, el máximo 47 días media y desviación estándar 15,19 ± 9,257. Sabina et al., [30] la estadía hospitalaria, 4 pacientes (11,4 %) permanecieron hospitalizados hasta 7 días, 16 pacientes (45,7%) entre 8-21 días y 15 (42,9 %) 22 días o más; López et al.,[25] 60 días y Cambra et al., [39]19,9 ±13,96.

Los resultados de la investigación no se corresponden con los reportados por otros autores, en este caso, la estadía fue menor, es posible según criterio de los autores, que influyera que estos pacientes fueron hospitalizados en unidad de intervención en crisis, donde el tratamiento es intensivo, atención médica especializada por ser el primer episodio, predominio de los síntomas positivos al analizar el BPRS.

Los autores coinciden con otros autores en que la intervención temprana, puede mejorar la sintomatología clínica, funcional y social a corto y mediano plazo.[24,25,58]

En el tratamiento farmacológico Matías et al.,[29] (3,5 %) recibieron tratamiento con neurolépticos típicos, (66,66 %) recibieron tratamiento con neurolépticos atípicos (29,83 %) recibieron un tratamiento que combina neurolépticos típicos y atípicos 17,54 % tratamiento con un solo neuroléptico (63,16 %), combinación de dos o más neurolépticos (36,84 %). Sabina et al.,[30] refiere que en la mayoría de los pacientes se utilizó como tratamiento antipsicótico neurolépticos típicos entre ellos la trifluoperazina y el haloperidol, a dosis media al día de 5,75 mg y 2,35 mg, respectivamente, combinación de psicofármacos entre sí en el 54 % de los pacientes. Vardhan et al.,[57] la dosis de olanzapina 10 y 15 mg, y risperidona 6 mg.

(cc) BY-NC

El tratamiento farmacológico mayoritario con antipsicóticos típicos de la investigación coincide con los resultados de Sabina et al.,[30] en un estudio realizado en Cienfuegos, Cuba. Los antipsicóticos típicos o de primera generación haloperidol, clorpromazina, trifuoperazina, flufenazina y levomepromazina, actúan fundamentalmente como antagonistas de los receptores D_2 de la dopamina estriatal, es la base principal de su eficacia antipsicótica. El receptor D_2 se expresa en gran medida en los ganglios basales y el tronco encefálico. Son eficaces sobre la reducción de los cuadros de agitación, excitación y agresividad, así como efecto sedante[59,60,61] También hay que tener en cuenta que la mayor disponibilidad de antipsicóticos corresponde a los de primera generación.

Así Huhn et al.,[62] expresan que las diferencias a nivel de efectos adversos son más claras que las diferencias en cuanto a eficacia.

En el contexto de TPAT, donde los síntomas suelen remitir en pocas semanas o meses, el uso de neurolépticos se orienta a: Reducir la intensidad de los síntomas psicóticos agudos y mejorar el estado mental, prevenir recaídas tempranas y facilitar la estabilización clínica y funcional del paciente. La elección del neuroléptico debe considerar factores como la tolerabilidad, el perfil de efectos secundarios, la historia clínica del paciente, la duración esperada del tratamiento y la disponibilidad según Los autores de la investigación. En TPAT, se recomienda utilizar dosis mínimas efectivas y realizar un seguimiento estrecho para evitar la cronificación del cuadro o el uso innecesario de medicación a largo plazo.[3,55,56,57]

La utilización en el estudio del tratamiento con antipsicóticos combinado con intervenciones psicoeducativas, psicosociales y el uso de escalas clínicas como la ICG (Impresión Clínica Global), BPRS o la PANSS permitió una evaluación más precisa del estado clínico y funcional de los pacientes, y se coincide con los otros autores.[3,63,64,65]

Limitaciones:

En la investigación se trabajó solo con los pacientes que fueron hospitalizados con el diagnóstico de trastornos psicóticos agudos y transitorios, no se realizó seguimiento al alta a los pacientes porque no constituyó objetivo del estudio. A los pacientes no se le realizaron estudios psicológicos ni psicométricos, solo Rorscharsch en algunos pacientes, solo informaron nivel de funcionamiento sin descripción de los mismos, por lo que se consideró no útil a los fines de la investigación.

Utilidad:

La investigación tiene utilidad para el conocimiento científico de la comunidad médica en Cuba, se utilizaron escalas e instrumentos para el diagnóstico clínico y evolución de los pacientes durante el ingreso, así como las clasificaciones internacionales CIE-10 y CIE-11. Es la primera investigación en adultos publicada en aproximadamente 30 años, lo que permitirá seguir realizando investigaciones sobre el tema en mayor número de pacientes y en otras provincias del país.

(cc) BY-NC

CONCLUSIONES

La mayor cantidad de pacientes estudiados pertenecían al grupo de 40 años y más, predominó el sexo masculino en una proporción de 2:1. El grupo de pacientes con estado civil soltero, enseñanza media superior y técnica profesional, con vínculo laboral, habito de ingerir café de forma habitual y los estresores como desencadenantes de los TPAT fueron más frecuentes.

En los diagnósticos según la CIE-11 fue más frecuente el 6A23.00 trastorno psicótico agudo y transitorio primer episodio actualmente sintomáticos. Los síntomas predominantes encontrados con la aplicación del BPRS y la MINI entrevista fueron los delirios y alucinaciones de diferentes tipos, ansiedad psíquica, hostilidad, trastornos del pensamiento y habla desorganizada.

En la escala de ICG, en el aspecto gravedad: predominó la categoría de moderadamente enfermos y en la categoría mejoría: mucho mejor.

El medicamento utilizado con mayor frecuencia fue el haloperidol, unido a la intervención psicoeducativa y psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. ¿Son las manifestaciones psicopatológicas del trastorno psicótico agudo y transitorio diferentes a las de los trastornos esquizofrénico y esquizoafectivo?. European Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 20 May 2025]; 12(8): 418-425. Disponible en: DOI:10.1017/S1134066500004008

2. Grover S, Dua D, Sahoo S, Chakrabarti S. Profile of Patients Seen in the Emergency Setting: A Retrospective Study Involving Data of 5563 Patients. J Mental Health Human Behaviour [Internet]. 2021 [citado 22 May 2025] 26(1): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: https://www.ovid.com/jnls/mhhb/pdf/10.4103/jmhhb.jmhhb_18_21~profile-of-patients-seen-in-the-emergency-setting-a

3. Castagnini A, Galeazzi GM. Acute and transient psychoses: clinical and nosological issues. BJPsych Advances [Internet]. 2016 [citado 23 May 2025];22(5): [Aprox. 8 p.].DOI: https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015198

4. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, et al. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. JAMA Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 23 May 2025]; 77(7):755-765. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32159746

5. WHO. The international classification of diseases: classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1992 [citado 20 May 2025]; [Aprox. 377 p.]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

(cc) BY-NC

6. López-Díaz Á, Fernández-González JL, Lara I, Ruiz-Veguilla M. Predictors of diagnostic stability in acute and transient psychotic disorders: validation of previous findings and implications for ICD-11. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2020 [citado 20 May 2025]; 270(3): [Aprox. 8 p.]. DOI: 10.1007/s00406-019-01014-z

7. World Health Organization. International Classification of Diseases. 11th revisión (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 23 May 2025]. Disponible en: http://www.who.int/classifications/icd/en/

8. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta ed. [Internet]. Washington: Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2022 [citado 23 May 2025]; Disponible en: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

9. Castro Ulloa X, Sierra Paniagua B. Revisión bibliográfica sobre la captación temprana de primeros episodios psicóticos para su abordaje en el nivel de atención primaria [Tesis]. Costa Rica. 2019 [citado 23 May 2025]; Disponible en: https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/db45cf70-37ea-487e-b6a5-95eee7e6a797

10. Argudo Palacios A, Gómez-Fraguela XA. Primer Episodio Psicótico: evaluación y tratamiento desde la práctica clínica diaria. AMC [Internet]. 2023 [citado 20 May 2025]; 49(181): [Aprox. 18 p.]. Disponible en: https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/7576

11. Castagnini AC, Berrios GE. Conceptual Issues in Acute and Transient Psychotic Disorders. Psychopathology [Internet]. 2022 [citado2 0 May 2025]; 55(1):10-15. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34802004/

12. Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health [Internet]. 2019 [citado 20 May 2025];4(5): [Aprox. 14 p.]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31054641/

13. Morgan C, Cohen A, Esponda GM, Roberts T, John S, Pow JL, et al. Epidemiology of Untreated Psychoses in 3 Diverse Settings in the Global South: The International Research Program on Psychotic Disorders in Diverse Settings (INTREPID II). JAMA Psychiatry [Internet]. 2023 [citado 20 May 2025]; 80(1): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9669922/

14. Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. Psychological medicine [Internet]. 2020 [citado 22 May 2025]; 50(2): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30722795/

15. Redmond A, Gaynor K, Naughton S, Clarke M. Recorded Rates of Trauma-Exposure in a Retrospective Epidemiologically Complete First-Episode Psychosis Cohort. Early Interv Psychiatry [Internet]. 2025 [citado 01 Sep 2025]; 19(1): e13610. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39215565/

(cc) BY-NC

16. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent development in ascertainment and scaling. Psychopharmacol Bull [Internet] 1988 [citado 24 May 2025]; 24: 97-109. [Aprox. 12 p.]. Disponible en: https://psycnet.apa.org/record/2012-26630-001

17. M.I.N.I. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. English Version 7.0.2. M.I.N.I. 7.0.2 [Internet] 2026 [citado 24 May 2025]; [Aprox. 41 p.]. Disponible en: https://pdf.medenshealth.com/MINI Standard.pdf

18. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). [Aprox. 1 p.]. Disponible en: https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=EEAG.pdf

19. National Institute of Mental Health. CGI: Clinical global impressions. En: Guy W, editor. ECDEU assessment for psychopharmacology. Revised edition. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. p.217-221

20. Asociación Médica Mundial. [Internet] Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. 2024 [citado 26 May 2025]; [Aprox. 12 p.]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

21. Binbay T, Mollaahmetoğlu ÖM, Kırlı U, Arık D, Alptekin K. Treated incidence of first episode psychosis in Sinop, Turkey: results of a 4-year admission-based study – SINOPsy. PsycholMed [Internet]. 2024 [citado 22 May 2025]; Feb; 54(3): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37609898/

22. Ferrara M, Domenicano I, Marchi A, Zaffarami G, Onofrio A, Benini L, et al. First episode psychoses in people over-35 years old: uncovering potential actionable targets for early intervention services. PsychiatryResearch [Internet]. 2024 [citado 26 May 2025]; 340: [Aprox. 8 p.]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38906051/

23. Prakash J, Chatterjee K, Srivastava K, Chauhan VS. First-episode psychosis: How long does it last? A review of evolution and trajectory. Ind Psychiatry J [Internet]. 2021 [citado 26 May 2025]; 30(2): [Aprox. 6 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8709526/

24. Kirkbride JB, Hameed Y, Ankireddypalli G, KIoannidis K,Cran e CM, Nasir M, et al. The epidemiology of first-episode psychosis in early intervention in psychosis services: findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia (SEPEA) Study. Am J Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 23 May 2025];174(2): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5939990/

25. López Ruiz RD, Torales J, Barrios I, García Franco O. Características de pacientes con diagnóstico de primer episodio psicótico internados en un hospital universitario. Rev virtual SocParagMedInt [Internet]. 2020 [citado 26 de May de 2025]; 7(2): [Aprox. 4 p.]. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v7n2/2312-3893-spmi-7-02-34.pdf

(cc) BY-NC

27. Mwesiga EK, Nakasujja N, Ongeri L, Loewy R, Meffert S, Semeer A. Trends and Predictors of Engagement with Mental Healthcare Services in the Year Following Initiation of Antipsychotic Medication Among Ugandan First-Episode Psychosis Patients. SSRN Electronic Journal [Internet]. 2022 [citado 26 May 2025]; [Aprox. 20 p.]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4060615
28. Mishra KK, Patil V, Sathe HS, Reshamvala AM. Clinical features and outcomes in acute psychosis: A retrospective hospital-based study in rural patients of central India. Ind Psychiatry J [Internet]. 2023 [citado 28 May 2025];32(2):297-301. Disponible en: https://pmcncbinlmnihgov.translate.goog/articles/PMC10756627/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
29. Matías Sanfrutos A, Día Sahún JL, Martínez Roig M. Primer episodio psicótico en pacientes ingresados en unidad psiquiátrica de corta estancia y su evolución al alta. [Tesis Maestria] España: Facultad de Medicina de Zaragoza; 2016 [citado 23 May 2025]. [Aprox. 55 p.]. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/57991/files/TAZ-TFM-2016-174.pdf
30. Sabina Roméu B, Sarmiento González D, AlzuriFalcato M, Leyva Madrigales A. Caracterización clínico-farmacológica de pacientes psicóticos atendidos en Servicio de Salud Mental, Hospital Pediátrico de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2016 [citado 30 May 2025]; 14(3): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2016000300011
31. Gualda LMG, Gonzalez-Rubio J, Najera A, Dies MA, Cremades RR, Espuña JB, Alarcón CE, Sirvent NN, Lozano MJM, Rodríguez KN. Comprehensive spatial distribution of patients with first-episode psychosis (FEP) and its relation to socio-economic factors. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2025 [citado 2 Sep 2025]; 60(2):341-352. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38702572/
32. Koparal B, Yelli I, Ozcelep S, Aksu MH. Diagnostic stability and predictive factors of acute and transient psychotic disorders: A naturalistic observational study. Dusunen Adam [Internet].2024 [citado 30 May 2025];37(4): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13294028/pdf/DAJPNS-37-198.pdf
33. Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Garrido-Torres N, Álvarez-Gil P, Martínez-Molina I, et al. Clinical characterization of brief psychotic disorders triggered by the COVID-19 pandemic: a multicenter observational study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2022 [citado 30 May 2025]; Feb;272(1): [Aprox. 11 p.]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33811552/
34. Macaya Sandoval XC, Bustos Navarrete CE, Torres Pérez SS, Vergara-Barra PA, Vicente Parada BC. Servicios de salud mental en contexto escolar. Rev Hum Med [Internet]. 2019 [citado 1 Jun 2025]; 19(1): [Aprox. 6 p.] Disponible en:

(cc) BY-NC

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202019000100047

35. Grover S, Kathiravan S. Acute and transient psychotic disorders: A review of Indian research. Indian J Psychiatry [Internet]. 2023 [citado 22 May 2025]; 65(9): [Aprox. 16 p.]. DOI: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_254_23

36. OMS. La salud mental en el trabajo. [Internet]. 2024 [citado 1 Jun 2025]; [Aprox. 2 p.]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work

37. Sanhueza G, Galas Sarabia G. Inserción laboral y esquizofrenia Una revisión de literatura desde el Trabajo Social. Rev Inv Depar Hum Cienc Soc [Internet]. 2023 [citado 1 Jun 2025]; 24: 183-206. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/5819/581976827009/html/

38. Hearn JK, Reiff T, McBride AB, Michael BK. Caffeine-Induced Psychosis and a Review of Statutory Approaches to Involuntary Intoxication. J Am Acad Psychiatry Law [Internet]. 2025 [citado 10 Sep 2025]; 53(3): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: https://jaapl.org/content/jaapl/early/2020/08/31/JAAPL.003923-20.full.pdf

39. Cambra Almerge J, Sánchez-Romero S, Arias Horcajadas F. Diferencias y estabilidad diagnóstica entre trastornos psicóticos inducidos por sustancias y trastornos psicóticos no inducidos. Revista Adicciones [Internet]. 2023 [citado 1 Jun 2025]; 35(2): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/64c945f7dee4623788f01f15

40. Gadea M, Roselló S, Sparano O, Sanjuán J. Uso y abuso de la nicotina en población con psicosis: urge la búsqueda de intervenciones óptimas para la deshabituación. Rev Española Drogodepend. [Internet]. 2025 [citado 1 Sep 2025]; 50(2): [Aprox. 16 p.]. Disponible en: https://red.aesed.com/upload/files/v50n2_Articulo3_psicosis%26nicotina_cast.pdf

41. Beckmann D, Lowman KL, Nargiso J, McKowen J, Watt L, Yule AM. Substance-induced Psychosis in Youth. Child AdolescPsychiatr Clin N Am [Internet]. 2020 [citado 1 Jun 2025]; 29(1): [Aprox. 12 p.]. Disponible en: https://pmc-ncbi-nlm-ihgov.translate.goog/articles/PMC8961695/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc#R24

42. Bennett ME, Medoff D, Cowan T, Fang L, Kacmarek C, Oikonomou MT, et al. Tobacco smoking and nicotine vaping in persons with first episode psychosis. Schizophr Res [Internet]. 2024 [citado 30 Ago 2025]; 267:141-149. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38547716/

43. Matilla Sainz-Aja, N. Análisis descriptivo de pacientes psicóticos vs. no psicóticos ingresados en la Unidad de Agudos y Módulo Penitenciario del HUMS, n= 33. Diagnósticos y tratamientos. [Tesis] Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2022 [citado 1 Sep 2025]; Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/119469/files/TAZ-TFG-2022-915.pdf

44. Murray BP, Richards JR, Stankewicz HA, Aslam SP, Salen P. Alcohol-related psychosis. 2025 Mar 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet].2025 [citado 1 Sep 2025]; [Aprox. 6 p.]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083782/

(cc) BY-NC

45. Fernández Prieto I. Gravedad de la adicción en consumidores de alcohol y de cocaína. [Tesis]. España: Universidad de Salamanca; 2022. [citado 1 Sep 2025]; [Aprox. 60 p.]. Disponible en: https://gredos.usal.es/handle/10366/150165

46. Girón Martínez M. Eficacia de las intervenciones familiares en personas con un primer episodio de psicosis. [Tesis de Psicología]. Universidad Miguel Hernández. Facultad de Psicología; 2021 [citado 3 Jun 2025]. Disponible en: https://dspace.umh.es/handle/11000/8145

47. Lemos Giráldez S, Vallina Fernández O, Fernández Iglesias P. Familia y enfermedad mental: Su contribución para la recuperación clínica. Servicio Cántabro de Salud. Familia y enfermedad mental [Internet]. 2008 [citado 3 Jun 2025]; Universidad de Oviedo. [Aprox. 3 p.]. Disponible en: https://p3-info.uniovi.es/PDF/Familia_y_enfermedad_mental.pdf

48. Kathfar P, Jain P, Rastogi D, Niranjan V. Diagnostic Stability of Acute and Transient Psychotic Disorders at a Tertiary Care Center: A Retrospective Record-Based Study. Cureus [Internet]. 2025 [citado 2 Sep 2025]; Jan;17(1): e77112. [Aprox. 9 p.]. Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.77112

49. Bhattacharyya S, Schoeler T, Di Forti M, Murray R, Cullen AE, Colizzi M. Stressful life events and relapse of psychosis: analysis of causal association in a 2-year prospective observational cohort of individuals with first-episode psychosis in the UK. Lancet Psychiatry [Internet]. 2023 [citado 2 Sep 2025]; 10(6):414-425. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10728826/

50. Carden J, Huxley PJ, Poole R, Robinson C, Salmoiraghi A, Foulkes J, et al. Social causes and outcomes of acute transient psychotic disorder: A review of recent evidence. Int J SocPsychiatry [Internet]. 2023 [citado 3 Jun 2025]; Mar;69(2):412-419. DOI: 10.1177/00207640221106681.

51. Cullen AE, Labad J, Oliver D, Al-Diwani A, Minichino A, Paolo Fusar-Poli P. The Translational Future of Stress Neurobiology and Psychosis Vulnerability: A Review of the Evidence. Current Neuropharmacol. [Internet]; 2023 [citado 3 Jun 2025]; 21(3): [Aprox. 28 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10845079/pdf/CN-22-350.pdf

52. Rusaka M, Rancén E. A prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Latvia. Ann Gen Psychiatry [Internet]; 2014 [citado 3 Jun 2025]; 13(1): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3922543/pdf/1744-859X-13-4.pdf

53. Pedrós Roselló A, Tenías Burillo JM. Estudio de seguimiento a cinco años de la psicosis aguda: evolución diagnóstica y adaptación psicosocial. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2012 [citado 30 May 2025]; 32(114): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211573520120002000004

54. Brar T, Jan U, Saran B, Seth AK. Study on short-term course and outcome of first episode acute and transient psychotic disorder. J Pharmaceutical Negative Results [Internet]. 2022 [citado 3 Jun 2025]; 13(7): [Aprox. 6 p.] Disponible en:

(cc) BY-NC

https://www.pnrjournal.com/index.php/home/article/view/2671/2758

55. Mayoral van Son J. Estudio longitudinal a tres años de la evolución clínica en pacientes que, tras un único episodio de psicosis no afectiva, han alcanzado una recuperación completa mantenida y deciden retirar la medicación antipsicótica. [Tesis Doctoral] España: Universidad de Cantabria; 2016 [citado 3 Jun 2025]; [Aprox. 238 p.]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8248/Tesis%20JMS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

56.Vázquez Bourgon J. Impacto de clínica depresiva al inicio de un episodio de psicosis. [Tesis Maestría]. España: Universidad de Cantabria; 2022 [citado 3 Jun 2025]; [Aprox. 56 p.]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/26318/2022_IsazaLeonPA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

57. Vardhan A, Vishwanath R, Soman S, Nagaraj AK. A summer of acute and transient psychosis: A case series. Indian J Psychiatry [Internet]. 2013 [citado 3 Jun 2025]; 55(5): [Aprox. 3 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10956583/pdf/IJPsy-66-213.pdf

58. Kumar R, Bhagabati D, Phookun HR. A phenomenological study of first episode acute and transient psychotic disorder. Indian J Psychiatry 55(5): S124; 2013

59. Nesbit MO, Chai A, Axerio-Cilies P, Phillips AG, Wang YT, Held K. The selective dopamine D_1 receptor agonist SKF81297 modulates NMDA receptor currents independently of D_1 receptors. Neuropharmacology [Internet]. 2022 [citado 3 Jun 2025]; 207:108967. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35077763/

60. Meltzer HY, Gadaleta E. Contrasting Typical and Atypical Antipsychotic Drugs. Focus (Am Psychiatr Publ) [Internet]. 2021 [citado 3 Jun 2025]; 19(1): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8412155/

61. Consejo General de Colegios Farmaceuticos. Punto Farmacológico. La esquizofrenia y la farmacoterapia antipsicótica. [Internet]. 2023 [citado 3 Jun 2025]. (174): [Aprox. 30 p.]. Disponible en: https://web.cofrm.com/wp-content/uploads/2023/10/PF-174-La-esquizofrenia-y-la-farmacoterapia-antipsicotica.pdf

62. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, Arndt T, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet [Internet]. 2019 [citado 6 Jun 2025]; 394(10202): [Aprox. 11 p.]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6891890/

63. Cedeño Coronado M, Valle SanabriaJ. Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la Psicosis. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2024 [citado 3 Jun 2025]; [Aprox. 85 p.]. Disponible en:

(cc) BY-NC

http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/12949/1/Cede%c3%b1o%20Coronado%2c%20M.%20-%20Valle%20Sanabria%2c%20J.%20%282024%29%20Eficacia%20de%20la%20Terapia%20Cognitivo-Conductual%20en%20la%20Psicosis..pdf

64. Malla A. Reducing Duration of Untreated Psychosis: The Neglected Dimension of Early Intervention Services. Am J Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 3 Jun 2025]; 179(4): [Aprox. 3 p.]. Disponible en: https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ajp.20220154

65. Østergaard SD, Foldager L, Mors O, Bech P, Correll CU. The Validity and Sensitivity of PANSS-6 in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Study. Schizophr Bull [Internet]. 2018 [citado 3 Jun 2025]; 44(2): [Aprox. 10 p.] Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5814988/pdf/sbx076.pdf

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Imilsis Regla Thomas-Varona (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Administración del Proyecto. Visualización. Redacción–borrador original. Redacción. revisión y edición).

Liuba Yamila Peña-Galbán (Conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Supervisión. Validación. Redacción-borrador original. Redacción, revisión y edición).

Oscar Suárez-Oviedo (Análisis formal. Supervisión. Validación. Redacción–borrador original. Redacción, revisión y edición).

Ludmila Casa-Rodríguez (Validación. Visualización. Redacción–borrador original. Redacción, revisión y edición).

Aylen de la Caridad Mota-Alonso (Análisis formal. Investigación. Supervisión. Validación. Redacción -borrador original. Redacción, revisión y edición).

Roberto Antonio Columbié-Guilarte (Recursos. Supervisión. Validación. Redacción– borrador original. Redacción, revisión y edición)

(cc) BY-NC