



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

FACTORES ASOCIADOS EN LA TRANSICIÓN AL  
ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA DESDE UN PRIMER  
EPISODIO PSICÓTICO

FACTORS ASSOCIATED IN THE TRANSITION TO THE  
SCHIZOPHRENIA SPECTRUM FROM A FIRST PSYCHOTIC  
EPISODE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
PSIQUIATRÍA

AUTOR

KEVIN JAIME ANCHANTE PALOMINO

ASESOR

PAOLA ALBINAGORTA ARIZA

LIMA – PERÚ

2024

# FACTORES ASOCIADOS EN LA TRANSICIÓN AL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA DESDE UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	6%
2	Daniela Parra Dunoyer, Luis Miguel Vélez Vélez, Oscar Julián Vargas Muñoz, Clara Catalina Cossio Uribe et al. "Trayectoria diagnóstica posterior al primer episodio psicótico en pacientes de un centro de tercer nivel del Oriente antioqueño", Revista Colombiana de Psiquiatría, 2023 Publicación	2%
3	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO Trabajo del estudiante	1%

6	Andreas Marneros, Frank Pillmann, Annette Haring, Sabine Balzuweit, Raffaella Blöink. "¿Son las manifestaciones psicopatológicas del trastorno psicótico agudo y transitorio diferentes a las de los trastornos esquizofrénico y esquizoafectivo?", <i>European psychiatry (Ed. Española)</i> , 2020 Publicación	1 %
7	Rubén Valle. "Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: propuesta de implementación en Perú", <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 2020 Publicación	1 %
8	Federica Gullo, Laura García-Alba, Amaia Bravo, Jorge F. del Valle. " The psychosocial adjustment of care leavers in their transition to adult independent living ( ) ", <i>International Journal of Social Psychology</i> , 2023 Publicación	1 %
9	<a href="https://cdn.www.gob.pe">cdn.www.gob.pe</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="https://dspace.unach.edu.ec">dspace.unach.edu.ec</a> Fuente de Internet	1 %
12	<a href="https://www.cochranelibrary.com">www.cochranelibrary.com</a> Fuente de Internet	1 %

13	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	1%
14	<b>www.scielo.br</b> Fuente de Internet	<1%
15	<b>Augusto Castagnini, Aksel Bertelsen, German E. Berrios. "Incidencia y estabilidad diagnóstica de los trastornos psicóticos agudos y transitorios CIE-10", Psiquiatría Biológica, 2008</b> Publicación	<1%

Excluir citas    Apagado  
Excluir bibliografía    Apagado

Excluir coincidencias    Apagado

## 1. RESUMEN

Los trastornos psicóticos agudos y transitorios (ATPD) que desarrollarán un trastorno del espectro de la esquizofrenia cuentan con factores sociodemográficos y clínicos no claramente determinados, algunos estudios han asociado el sexo masculino, la edad más joven y el consumo de sustancias a esta conversión, pero los resultados son variados. El objetivo del estudio es determinar los factores asociados que influyen en la conversión diagnóstica desde un primer episodio psicótico hasta un diagnóstico de esquizofrenia. Se realizará un estudio analítico, tipo cohorte retrospectivo. Se tomará como población la totalidad de pacientes nuevos con diagnóstico de primer episodio psicótico atendidos por emergencia, consultorio externo de adultos y hospitalización en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi desde enero de 2014 hasta enero de 2020. Cinco investigadores revisarán las historias clínicas y recopilará la información desde el diagnóstico inicial del primer episodio psicótico en trastorno psicótico agudo (F23) hasta la fecha límite (31 de enero del 2020) o hasta la conversión diagnóstica de esquizofrenia o trastornos del espectro de esquizofrenia (F20-F29) a excepción del grupo de F23 según la clasificación del CIE-10. Se realizará estadística descriptiva como frecuencia, moda, media aritmética y desviación estándar para los datos de la población que será objetivo de estudio además de gráficos estadísticos hechos en Microsoft Excel. Entonces nos preguntamos ¿Qué factores influyen en la conversión diagnóstica de un primer episodio psicótico hasta un diagnóstico de espectro en esquizofrenia?

**Palabras clave: trastornos psicóticos agudos y transitorios, esquizofrenia, primer episodio psicótico**

## 2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicóticos agudos y transitorios (ATPD) son una categoría compuesta creada en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en la cual incluye diferentes términos de psicosis agudas, como la bouffée délirante francesa, las psicosis cicloides alemanas, "psicosis psicógenas" escandinavas y las "psicosis atípicas" japonesas. (1) Los ATPD se definen como afecciones psicóticas caracterizadas por un inicio agudo (menos de 2 semanas) y una remisión rápida de entre 1 a 3 meses, además de presentar eventos estresantes agudos dentro de las dos semanas anteriores a la aparición del trastorno psicótico (2). La categoría diagnóstica de ATPD de la CIE-10 incluye seis subtipos categorizados por sus características principales como: 'trastorno psicótico polimórfico agudo sin síntomas de esquizofrenia' (F23.0) o 'trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia' (F23.1), la cual incluye conceptos como bouffée délirante y psicosis cicloide; "trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico" (F23.2); "trastorno psicótico agudo predominantemente delirante" (F23.3), y los subtipos de ATPD 'otros' y 'no especificados' (F23.8-9). (3)

La identificación de personas con diagnóstico de ATPD que desarrollarán esquizofrenia o algún trastorno del espectro de la esquizofrenia (F20- F29) tienen gran importancia debido al pronóstico, la mortalidad, las necesidades sociales, la necesidad de atención médica especializada y la necesidad de una intervención temprana oportuna. (4) Un metaanálisis informó sobre la estabilidad diagnóstica después de un primer episodio psicótico concluyendo que en promedio el diagnóstico cambió de ATPD a esquizofrenia en un 21% de las veces y desde un trastorno psicótico no especificado hasta esquizofrenia en un 30% de las veces.

Entre el 30 a 60% de los pacientes mantuvieron el mismo diagnóstico durante un promedio de 4 a 5 años de seguimiento y permanecieron con el diagnóstico de trastorno psicótico agudo. (5)

Se han estudiado una serie de factores sociodemográficos y clínicos de riesgo para la conversión a esquizofrenia sin encontrarse un efecto moderador claro; algunos estudios han asociado la edad más joven y el sexo masculino como asociados a la progresión de un trastorno psicótico crónico (6). Otros estudios han reconocido una serie de factores ambientales, incluidos los factores parentales y el origen étnico como positivos para la aparición de esquizofrenia en poblaciones de riesgo. (7-8)

Se ha vinculado la psicosis inducida por sustancias (SIP) como un factor pronóstico en la particular conversión a esquizofrenia (9). La tasa de conversión aproximada del SIP a esquizofrenia es de 25% para cualquier tipo de sustancia y para el cannabis es de 34%, mientras que la tasa de conversión para otras psicosis breves, atípicas y no especificadas varió entre 30 a 46%. La tasa de incidencia de psicosis inducida por cannabis ha aumentado en los últimos años, mientras que la tasa de incidencia de psicosis inducida por alcohol ha disminuido. (10)

Dentro de América Latina se han realizado muy pocos estudios enfocados de esta manera, el más reciente fue realizado en Colombia (2022) en donde evaluaron la trayectoria diagnóstica posterior al primer episodio psicótico y encontraron que para la conversión a esquizofrenia fue más frecuente en hombres, con antecedentes psiquiátricos personales y mayor cantidad de días de psicosis no tratada (11). En Perú no se han realizado estudios previos para evaluar factores de riesgo en conversión a trastorno de esquizofrenia; hay un estudio previo que evalúa los

factores asociados al funcionamiento global, pero en pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia y no buscan relación con primer episodio psicótico (12).

Las intervenciones dentro de los primeros años de un primer episodio psicótico son importantes para una evolución favorable posterior, las unidades de intervención temprana en psicosis brindan una atención oportuna e integral durante esta fase y permiten mejorar el pronóstico a corto plazo y largo plazo (13). Además, estos programas son más efectivos que los cuidados estándares (tratamiento farmacológico y hospitalización breve) mejorando los síntomas y recobrando la funcionalidad del paciente, siendo mejores de manera costo- efectivos (14). El Perú se encuentra en actual proceso de reforma en salud mental y el proceso de implementación de estos programas se ha realizado de manera lenta. Se debe concientizar a las autoridades en salud mental para poder generar una difusión en centros comunitarios. (15)

Entonces nos preguntamos ¿Qué factores influyen en la conversión diagnóstica de un primer episodio psicótico hasta un diagnóstico de espectro en esquizofrenia?

Los estudios hasta la actualidad no definen claramente cuáles son las diferencias entre los usuarios que luego de un primer episodio psicótico progresan a un trastorno del espectro de esquizofrenia de los que no lo hacen; los resultados son variables. Esto permitiría identificar las personas con mayor riesgo y proponer intervenciones tempranas más oportunas para una mejor evolución clínica y disminuir el deterioro crónico asociado.

### **3. OBJETIVOS**

- General: Determinar los factores que influyen en la conversión diagnóstica desde un primer episodio psicótico hasta un diagnóstico de esquizofrenia.
- Específicos:
  - Determinar el tiempo promedio de conversión de primer episodio psicótico a esquizofrenia
  - Establecer la relación de consumo de sustancias en la conversión de primer episodio psicótico a esquizofrenia
  - Explorar las características sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, nivel de instrucción, estado civil) en la conversión de primer episodio psicótico a esquizofrenia
  - Diferenciar las dosis de medicación antipsicótica de los pacientes que cambian de diagnóstico a esquizofrenia desde un primer episodio psicótico de los que no lo hacen.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODO**

##### **a) Diseño del estudio:**

Estudio analítico, tipo cohorte retrospectivo, en el que se analizarán datos históricos de pacientes tratados en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

##### **b) Población:**

Se tomará como población la totalidad de paciente que ingresan por primera vez con diagnóstico de primer episodio psicótico (F23) atendidos por emergencia o

consultorio externo en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi desde enero de 2014 hasta enero de 2020. A ellos se le realizará un seguimiento en su historial clínico de 4 años.

Se trabajará con la totalidad de la población, no se obtendrá una muestra.

Criterios de Inclusión:

- Paciente adulto entre 18 à 65 años con diagnóstico de Trastorno Psicótico Agudo y transitorio según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) que incluyera desde F23.0 hasta el F23.9.
- Atención por emergencia o consultorio externo del INSM HDHN entre enero de 2014 hasta enero de 2020.
- Contar con seguimiento posterior al diagnóstico inicial, ya sea por emergencia, consultorio externo u hospitalización.

Criterios de Exclusión:

- Antecedente de esquizofrenia
- Antecedente de psicosis secundaria a causa orgánica
- Antecedente de psicosis secundaria a trastorno por consumo de sustancias previo al primer episodio psicótico
- Paciente que no recibieron seguimiento posterior al diagnóstico inicial.
- Paciente con consumo de sustancias psicoactivas en últimos 2 meses previos al primer episodio psicótico.

### **c) Muestra**

Se usará toda la población a estudiar, siendo un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando a aquellos que cumplan con los criterios de inclusión.

**d) Definición operacional de variables:**

Se adjunta cuadro en ANEXOS

**e) Procedimientos y técnicas:**

Se pedirá la autorización correspondiente a la Dirección de Investigación y Oficina Ejecutiva del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” para poder tener acceso al archivo central durante el tiempo definido para la selección de pacientes según el cronograma establecido.

Se pedirá a la oficina de estadística la información de las historias clínicas cuyos usuarios tengan el diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio según la codificación del CIE-10.

Cinco investigadores revisarán las historias clínicas y recopilarán la información desde el diagnóstico inicial del primer episodio psicótico hasta la fecha límite (31 de enero del 2024) o hasta el diagnóstico de esquizofrenia o trastornos del espectro de esquizofrenia (F20-F29) a excepción del grupo de F23 según la clasificación del CIE-10.

Este cambio de diagnóstico puede ocurrir durante un nuevo ingreso hospitalario o durante el seguimiento ambulatorio.

El consumo de sustancias se determinará en base a los resultados toxicológicos de análisis de orina y antecedentes personales del paciente en el historial clínico. Se considerarán las siguientes sustancias: cannabinoides, opioides, anfetaminas y derivados, cocaína y alcohol.

La dosis de medicación antipsicótica prescrita al alta se comparará con la dosis equivalente de clorpromazina: dosis baja (menos de 200mg/día), dosis media (entre 200mg y 500mg/día) y dosis alta (más de 500 mg/día).

**f) Aspectos éticos del estudio:**

Se someterá el protocolo al comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Instituto Nacional de Salud Mental. Se pretende mantener la confidencialidad de la información, utilizando la codificación de los registros con clave, del cual solo los investigadores tendrán permiso y acceso, teniendo conocimiento de la identidad de los usuarios.

**g) Plan de análisis:**

Se realizará un análisis descriptivo, se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas; además frecuencia y porcentaje para variables cualitativas.

Se realizará un análisis bivariado, se usarán pruebas de chi cuadrado para variables categóricas y pruebas t de Student para variables continuas.

Por último, se realizará un análisis multivariado, se utilizará la regresión logística para identificar factores independientes asociados a la conversión diagnóstica del espectro de esquizofrenia. Se calcularán riesgo relativo (RR) con intervalos de confianza del 95%.

Los resultados serán detallados usando gráficos estadísticos (barras, circular, columnas y líneas) en Microsoft Excel.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malhotra S, Sahoo S, Balachander S. Acute and transient psychotic disorders: newer understanding. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(11):113.
2. L. Widing, C. Simonsen, C. B. Flaaten. Premorbid characteristics of patients with DSM-IV psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry* 115 (2022) 152310
3. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva; 1992.
4. Fusar-Poli, P. Borgwardt, S. Bechdorf, A. Addington, J. Riecher Rossler, 2013. The Psychosis High-Risk StateA Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry* 70 (1), 107- 120
5. Fusar-Poli, P. Cappucciati, M. Rutigliano, G. Helsin, M. Stahl, 2016. Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *Schizophr. Bull.* 42(6), 1395-1406
6. Jennifer M. Hensel, Mariette J. Chartier, Okechukwu Ekuma, Leonard MacWilliam, Risk and associated factors for a future schizophrenia diagnosis after an index diagnosis of unspecified psychotic disorder: A population-based study. *Journal of Psychiatric Research* 114 (2019) 105–112
7. F. Queirazza, D. M. Semple, S. M. Lawrie Transition to schizophrenia in acute and transient psychotic disorders *Br. Journal of Psychiatry* (204) 299-305.
8. Juan F. Cano, Marco Fierro-Urresta, Claudia R. Vanegas, Marcela Alzate Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Rev. salud pública.* 9 (3):455-464, 2007
9. Fraser, S., Hides, L., Philips, L., Proctor, D., Lubman, D.I., 2012. Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. *Schizophr. Res.* 136, 110–115
10. J. Jeyapalan , P. Sassi, E. M. Rutz, J.Tiihonen. Characteristics of incident substance-induced psychosis compared to first-episode psychotic disorders: A nationwide register-linkage study from Sweden. *Schizophrenia Research* 264 (2024) 526–533
11. Daniela Parra. Luis Miguel Velez. Oscar Julian Vargas. Trayectoria diagnóstica posterior al primer episodio psicótico en pacientes de un centro de tercer nivel del oriente antioqueño. *Rev. Colombiana Psiquiat.* 2023.
12. Victoria Jeff Huarcaya. Factores asociados al funcionamiento global en pacientes con esquizofrenia de un hospital general del Perú. *Rev. Colombiana Psiquiat,* 2023.

13. Jeffrey A. Lieberman; Lisa B. Dixon; Howard H. Goldman 2013. Early Detection and Intervention in Schizophrenia A New Therapeutic Model. JAMA 310 (7) 689-690.

14. S. K. Wa Chan, H. Y. V. Chan, Y. Liao a , Y. N. Suen. Longitudinal relapse pattern of patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorders and its predictors and outcomes: A 10-year follow-up study Asian Journal of Psychiatry 71 (2022) 103087

15. Rubén Valle. Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: propuesta de implementación en Perú. rev.colomb.psiquiatr. vol.49 no.3 Bogotá July/Sept. 2020

## 6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO POR UNIDAD	PRECIO TOTAL
Recolectores de información	Personas contratadas para recolectar información de las historias clínicas	5 personas	s/. 400	s/. 2000
Servicios Diversos	Uso de llamadas telefónicas, dinero para uso de medios de transporte	1 línea telefónica 1 teléfono	s/. 300	s/. 400
Materiales	Útiles de escritorio, hojas	500 unidades	s/.0.50 por copia	s/.250
Total				s/. 2650

La financiación final será autofinanciada por el investigador principal.

ACTIVIDAD	Junio - Agosto 2024	Agosto 2024	Agosto-Diciembre 2024	Enero 2025	Febrero-Marzo 2025

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	X				
APROBACIÓN DE PROTOCOLO		X			
RECOLECCIÓN DE DATOS			X		
PROCESAMIENTO DE LA BASE DE DATOS				X	
ANÁLISIS DE DATOS				X	
REDACCIÓN DE RESULTADOS					X
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS					X

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Escala de medición	Registro
Edad	Cuantitativa discreta	Años de vida	Razón	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa nominal	Según su género	Dicotómica	Masculino Femenino
Diagnóstico de Trastorno Psicótico agudo y transitorio con codificación CIE-10	Cualitativa nominal		Dicotómica	Si No
Comorbilidad psiquiátrica	Cualitativa	Trastornos mentales registrados con codificación CIE-10	nominal	Diagnósticos registrados bajo codificación del CIE-10
Comorbilidad no psiquiátrica	Cualitativa	Enfermedades no mentales registradas con codificación CIE-10	nominal	Diagnósticos registrados bajo codificación del CIE-10
Dosis de medicación antipsicótica	Cualitativa	Dosis de medicación antipsicótica prescrita al alta, dosis equivalente de clorpromazina	Ordinal	-dosis baja (menos de 200mg/día) -dosis media (entre 200mg y 500mg/día) - dosis alta (más de 500 mg/día).
Nivel de Instrucción	Cualitativa	Nivel de estudios concluidos por el paciente en estudio al momento de la recolección de información.	Ordinal	Registro de Historia Clínica

Estado Civil	Cualitativa	Estado marital del paciente en estudio.	Nominal	Registro de Historia Clínica
Conversión diagnóstica a espectro de Esquizofrenia	Cualitativa	Momento en el que se cambia de diagnóstico a f20-29 (según la clasificación CIE10). Se puede dar en emergencia, hospitalización o atención ambulatoria	Dicotómica	Registro de Historia Clínica  Si No
Tiempo de conversión diagnóstica a espectro de esquizofrenia	Cuantitativa	Cantidad de tiempo en años y meses en los pacientes que cambien de diagnóstico	Razón	Registro de Historia Clínica
Consumo de sustancias en los años posteriores al diagnóstico de trastorno Psicótico agudo y transitorio	Cualitativa	Tipos de sustancia psicoactiva consumidas durante el tiempo de seguimiento del paciente (cannabinoides, opioides, anfetaminas, cocaína, alcohol)	Nominal	Registro de Historia Clínica  Resultados de pruebas de orina realizadas
Antecedente de consumo de sustancias	Cualitativa	Tipo de sustancias psicoactiva consumida previo del diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio	Nominal	Registro de Historia clínica  Resultados de pruebas de orina realizadas

Edad de inicio	Cualitativa	Edad en que se realizó el diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio	Nominal	-menos de 31 años -31 años o más  Registro de Historia Clínica.
----------------	-------------	--	---------	--