

Factores que determinan la gravedad de presentación clínica del primer episodio psicótico*

Juan Fernando Cano Romero¹

Rodrigo Nel Córdoba Rojas²

Marco Aurelio Fierro Urresta³

Ricardo Cendales⁴

Claudia Rocío Vanegas⁵

Mónica Giovanna Olmos Leal⁶

Marcela Alzate⁷

Ana Fernanda Olarte Armenta⁸

Resumen

Introducción: El primer episodio psicótico, en muchas ocasiones, es la forma en que comienza la esquizofrenia. Identificar potenciales indicadores de su desenlace es uno de los temas de investigación más novedosos en la psiquiatría actual. *Objetivo:* Establecer los factores que predicen la gravedad de la presentación clínica en los pacientes que presentan un primer episodio psicótico. *Métodos y materiales:* Se incluyeron todos los pacientes que fueron atendidos en tres centros de atención psiquiátrica en Bogotá, entre el 1° de febrero de 2004 y el 1° de agosto de 2006. Previa toma de consentimiento informado con los familiares, se hizo una descripción de las características demográficas, el cuadro clínico, el nivel de calidad de vida y el funcionamiento social y laboral de los pacientes en la primera visita. También se caracterizaron los antecedentes personales y familiares, el consumo de sustancias psicoactivas, el tiempo de evolución del pródromos y la duración de los síntomas psicóticos antes del inicio del tratamiento. Los datos se analizaron con el software SPSS haciendo uso de

.....

* El presente artículo se hizo como parte de la investigación "Determinación de los predictores del desenlace clínico y del funcionamiento social y ocupacional de pacientes a quienes se les diagnostica un primer episodio psicótico: una clave para la optimización del pronóstico". No se contó con ningún tipo de beneficio económico para la realización de la investigación o del artículo. Todos los autores pertenecen al Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso (Cisne). El artículo fue presentado a manera de póster en el XLV Congreso Nacional de Psiquiatría, donde fue resaltado con el premio al mejor póster. Uno de los autores, Mónica Olmos, labora como asesora médica de neurociencias y farmacovigilancia de Laboratorios Organon-andina.

¹ Médico psiquiatra de la Universidad de Antioquia, psiquiatra investigador del Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso (Cisne).

² Médico psiquiatra de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, director general del Cisne, docente de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

³ Médico psiquiatra de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, fellowship en estimulación eléctrica transcraneana, psiquiatra investigador del Cisne, docente de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

la estadística descriptiva; la exploración de factores asociados con la severidad del cuadro se hizo por medio de estadística inferencial. *Resultados:* Se incluyeron 82 pacientes en el periodo descrito; la edad media fue de 21,6 años; 57,3% de los pacientes eran afiliados al régimen subsidiado y 57,3% habían cursado secundaria. Más del 75% de los pacientes fueron clasificados de acuerdo con la experiencia del clínico como marcada o gravemente enfermos. Ninguna de las variables exploradas se encontró significativamente asociada con la gravedad del cuadro.

Palabras clave: trastornos psicóticos, esquizofrenia, escalas del estado mental

Title: Determinant Issues in Clinical Severity of First Episode Psychosis

Abstract

Introduction: First Episode Psychosis (FEP) many times is the beginning of schizophrenia. Identifying potential indicators of its outcome are one of the most novel themes in psychiatry. *Objective:* To establish predictive factors within the clinical presentation of patients with First Episode Psychosis. *Methods:* Patients attending three different psychiatric facilities in Bogotá were included between February 1, 2004 and August 1, 2006. Prior written informed consent was obtained from relatives. Sociodemographic and clinical characteristics were described, as were quality of life and occupational functioning. Some other relevant conditions were also described, such as personal and family history, psychoactive substance use, duration of prodromal symptoms and duration of untreated psychosis (DUP). Data were analyzed using SPSS by means of descriptive and inferential statistics. *Results:* 82 patients were included in the described period. Mean age was 21,6 years and 57,3% had an intermediate educational level. Over 75% of the patients were classified by the treating doctor according to his/her experience as markedly or extremely ill. None of the explored variables were associated with the severity of the first psychotic episode.

Key words: Psychotic Disorders, schizophrenia, mental status schedule

-
- ⁴ Médico epidemiólogo de la Universidad El Bosque, especialista en estadística de la Universidad Nacional de Colombia, epidemiólogo del Cisne, docente de posgrado en epidemiología en la Universidad El Bosque.
 - ⁵ Médica psiquiatra de la Universidad Nacional de Colombia, psiquiatra investigadora del Cisne, psiquiatra del Hospital Santa Clara, docente de la Universidad El Bosque.
 - ⁶ Médica psiquiatra, especialista en epidemiología de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, diplomada en psicofarmacología de la Universidad El Bosque, psiquiatra investigadora del Cisne, docente de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
 - ⁷ Médica psiquiatra de la Pontificia Universidad Javeriana, epidemióloga de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, maestría en epidemiología de la Universidad de la Frontera, en Temuco (Chile); psiquiatra investigadora del Cisne, docente de la Universidad de la Sabana.
 - ⁸ Psicóloga clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, maestría en salud mental y neurociencias de la Universidad de Oberta, en Barcelona (España); coordinadora de investigaciones del Cisne.

Introducción

El *primer episodio psicótico* (PEP) es un cuadro de tipo sindromático que se aclara, en lo que se refiere a un diagnóstico específico, sólo después de seguir la evolución clínica en el tiempo, por lo que puede sufrir grandes modificaciones, por lo menos, a lo largo del primer año. En muchas ocasiones, es la forma en que comienza la esquizofrenia. Identificar indicadores de dicho desenlace facilitaría la labor del clínico, ya que dispondría de un mayor conocimiento acerca de la evolución de los trastornos psicóticos y podría realizar intervenciones tempranas con el fin de disminuir la discapacidad que pudiera producirse (1-7).

En los últimos años se han producido importantes avances en el tratamiento farmacológico, biológico y psicosocial del primer episodio psicótico; con ellos, se ha conseguido mejoría sintomática a corto plazo y una adecuada recuperación funcional. Sin embargo, una proporción importante de pacientes termina con un resultado pobre en el mediano y largo plazo (1,8-13). Al parecer, la mejoría a corto plazo no se acompaña de la detención en el proceso patológico subyacente, de ahí que los buenos resultados iniciales no se mantengan a través del tiempo. Cobra importancia, entonces, estudiar los factores que modifican el curso de la enfermedad, especialmente aquellos que tienen mayor impacto, con el fin de buscar medidas terapéuticas apropiadas (14,15).

Objetivos

Describir las características clínicas y demográficas de un grupo de pacientes atendidos por un primer episodio psicótico en los servicios de psiquiatría del Hospital Occidente de Kennedy, la Clínica Campo Abierto y el Hospital de Santa Clara, entre el 1.º de febrero de 2004 y el 1.º de agosto de 2006. También se pretende explorar los factores asociados con la gravedad de presentación del cuadro clínico.

Métodos y materiales

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se incluyeron todos los pacientes que asistieron a los servicios de psiquiatría del Hospital Occidente de Kennedy, la Clínica Campo Abierto y el Hospital de Santa Clara para la atención de un primer episodio psicótico. Se presume que en estos tres centros se atiende, aproximadamente, el 35% de los casos incidentes de PEP en Bogotá.

Se incluyeron pacientes de entre 15 y 35 años de edad, cuyos familiares permitieran la participación en el estudio y lo manifestaran expresamente por medio de la firma del consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con antecedentes de retardo mental, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos psicóticos o afectivos y pacientes en quienes, durante la evolución del cuadro, se documentase que el primer episodio psicótico

era debido a un trastorno afectivo, enfermedad médica general o consumo de sustancias psicoactivas. También se excluyeron a los pacientes con síntomas psicóticos de más de seis meses de evolución antes del diagnóstico de PEP.

Los datos se recolectaron en un formato estandarizado específicamente diseñado para el proyecto, en el cual se dio especial importancia a características sociodemográficas, presentación del cuadro clínico, tiempo de evolución de los síntomas positivos, presencia y duración de síntomas prodrómicos, alteraciones del desarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes personales médicos y de enfermedad mental, así como antecedentes familiares. Se utilizaron las escalas de psicopatología PANSS (escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia) y BPRS (escala breve de evaluación psiquiátrica), la escala de gravedad CGI (escala de impresión clínica global), los instrumentos de funcionamiento global GAF y MCAS y la escala de calidad de vida QLS. Los pacientes fueron evaluados el día del ingreso, y a partir de ahí de manera consecutiva los días 4, 7, 14, 28, 42 y 56. Después del segundo mes se realizaron evaluaciones mensuales hasta completar un año de seguimiento. Este artículo describe los hallazgos del estudio correspondientes a la primera visita.

La aplicación de escalas se hizo por parte de psiquiatras entrenados para esta investigación. Con el fin

de disminuir el sesgo de medición, se evaluó la concordancia interobservador para cada uno de los ítems de las escalas por medio del uso del coeficiente de correlación de Spearman. Los psiquiatras participantes fueron reentrenados hasta lograr coeficientes de correlación superiores al 0,8.

Se utilizó la versión traducida al español de los siguientes instrumentos:

- Escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS, por sus siglas en inglés): evalúa el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia y la psicopatología general; fue elaborada por Kay y colaboradores en 1986. Es de tipo heteroaplicada, con 30 ítems y respuestas clase Likert.
- Escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS, por sus siglas en inglés): fue elaborada por Overall y Gorham y publicada en 1962. Evalúa los cambios sintomáticos experimentados en los pacientes psiquiátricos. Es de tipo heteroaplicada, con 18 ítems clase Likert.
- Escala de impresión clínica global (CGI, por sus siglas en inglés): fue desarrollada por Guy; evalúa la gravedad y mejoría del cuadro clínico. Es de tipo heteroaplicada y consta con sólo 2 ítems.
- Escala multinoma de habilidades comunitarias (MCAS, por sus siglas en inglés): fue elaborada por Barker y colaboradores en 1994,

consta de 17 ítems en cuatro subescalas, que incluyen: interacción con el funcionamiento, ajuste al diario vivir, competencias sociales y problemas comportamentales. Es de tipo heteroaplicada con respuestas clase Likert en escala de 1 a 5.

- Escala de calidad de vida (QLS): diseñada originalmente por Heinrichs y colaboradores en 1984, para la evaluación del síndrome deficitario de la esquizofrenia, ampliamente usada como indicador de calidad de vida. Consta de 21 ítems, agrupados en cuatro categorías: funciones intrapsíquicas, relaciones interpersonales, rol instrumental y uso de objetos comunes y actividades cotidianas.

Los datos se analizaron con el *software* SPSS versión 13. Se usaron medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de proporciones para las variables categóricas. La exploración de factores asociados con la gravedad del cuadro clínico se hizo por medio de estadística inferencial, con la aplicación de pruebas de Anova o *t de student* para comparación de medias y de *ji al cuadrado* o Fisher para comparación de proporciones. Para la comparación de medias se escogió cada prueba con la validación previa de los supuestos de normalidad y varianzas homogéneas, por medio de las pruebas de Shapiro Wilks y Levene, respectivamente. Cuando no se cumplían estos supuestos se emplearon las

pruebas no paramétricas de Kruskal Wallis o de Mann Whitney. Para todos los análisis se consideraron significativos aquellos valores del error tipo I inferiores a 0,05.

El protocolo fue aprobado por los comités de ética de cada una de las instituciones participantes. A pesar de que este estudio se clasifica como de riesgo mínimo, se obtuvo un consentimiento informado con los familiares del paciente. Se observó el cumplimiento de las guías de buena práctica clínica y de los preceptos éticos establecidos para la investigación biomédica a escalas nacional e internacional.

Resultados

Entre febrero de 2004 y agosto de 2006 se reclutaron 82 pacientes elegibles para el estudio; 41 pacientes (50%) en la Unidad de Salud Mental de Floralia, 28 pacientes (34,1%) en la UIC Campo Abierto y 13 pacientes (15,9%) en la Clínica Santa Clara.

Características demográficas

La mayoría de los pacientes fueron hombres, solteros, de estrato socioeconómico bajo, con un nivel escolar máximo de secundaria y beneficiarios del régimen subsidiado de salud (Tabla 1).

Características clínicas

De acuerdo con la clasificación de la escala CGI-S, la mayoría de

los pacientes fueron clasificados por los investigadores como marcada o gravemente enfermos.

El análisis gráfico de las escalas de gravedad del cuadro clínico PANSS y BPRS resultó congruente con los resultados del CGI-S (Figura 1). Sin embargo, esta relación no resultó ser tan clara cuando se analizó la gravedad de la afectación funcional y el nivel de calidad de vida (Figura 2).

Respecto al tiempo de evolución del cuadro clínico, se encontró que nueve pacientes fueron llevados para atención médica el mismo día de inicio de los síntomas positivos; entre los 73 pacientes que presentaron síntomas positivos antes del día de ingreso, la duración promedio de los mismos antes del diagnóstico fue de 32,89 días (desviación estándar 33,2 días); entre los 56 pacientes

en quienes se pudo documentar la presencia de síntomas prodrómicos, el tiempo medio de evolución de los mismos antes del diagnóstico fue de 36,2 meses (desviación estándar de 69,3 meses). El 75% de los pacientes tenían un tiempo de evolución de los síntomas positivos inferior a 20 días, y el 25% de los pacientes tenían un tiempo de evolución de los síntomas prodrómicos inferior a los 23,5 meses.

Afectación funcional y nivel de calidad de vida

Las escalas de funcionamiento global y habilidades comunitarias mostraron una afectación importante de la funcionalidad en más del 75% de los pacientes; una situación similar se encontró para el nivel de calidad de vida (Tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio

Variable	Niveles	n	Porcentaje (%)
Edad	<20	35	42,7
	21-25	33	40,2
	26-30	8	9,8
	>30	6	7,3
Sexo	Masculino	60	73,2
	Femenino	22	26,8
Estado civil	Soltero	67	81,7
	Casado	3	3,7
	Separado	5	6,1
	Unión libre	7	8,5
Estrato	Uno	12	14,6
	Dos	31	37,8
	Tres	14	17,1
	Sin información	25	30,5
SGSS	Subsidiado	47	57,3
	Contributivo	5	6,1
	Vinculado	17	20,7
	Particular	2	2,4
	Sin información	11	13,4

Figura 1. Gravedad del cuadro clínico documentada por las escalas PANSS y BPRS y su relación con la escala CGI-S

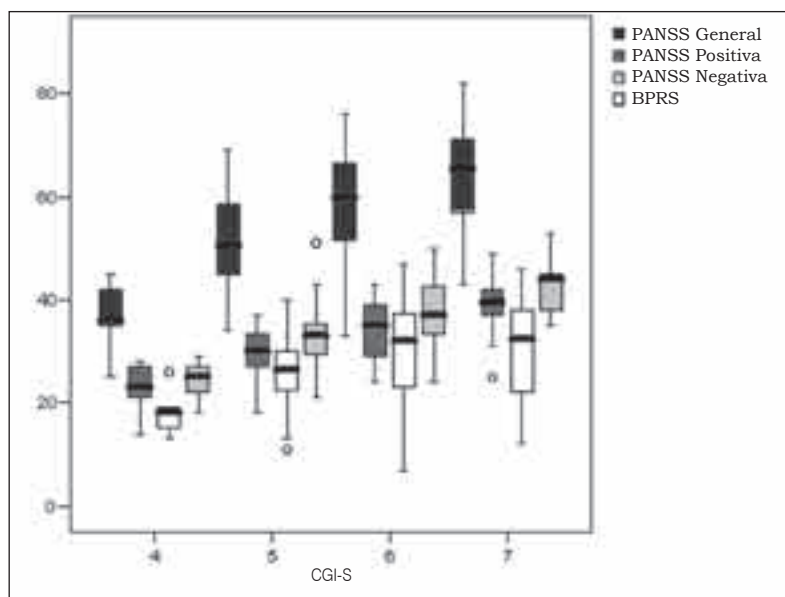


Figura 2. Afectación del nivel funcional y del nivel de calidad de vida documentado por medio de las escalas GAF, MCAS y QLS y su relación con la escala CGI-S

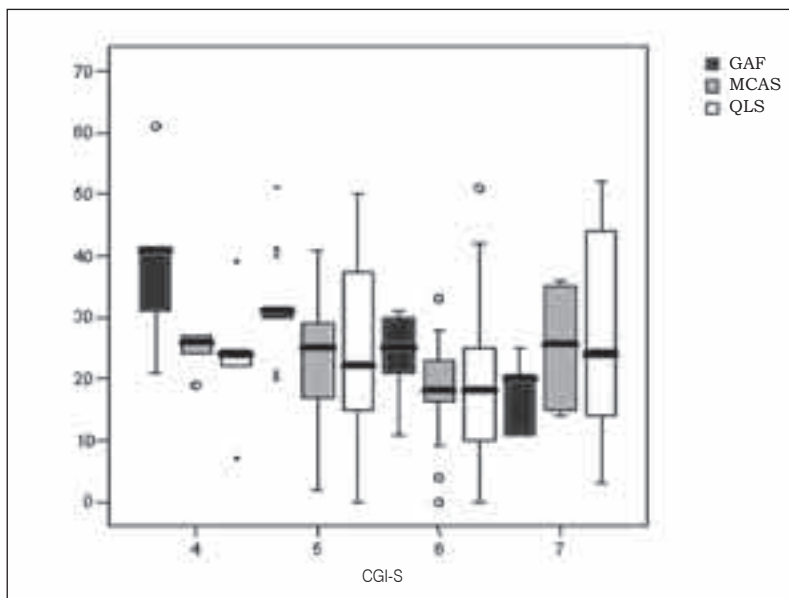


Tabla 2. Evaluación de las escalas de funcionalidad y calidad de vida

Escala	Percentil 5	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
QLS	3,2	13,0	21,0	28,0	49,0
GAF	11,0	20,8	30,0	31,0	41,0
MCAS	9,2	17,0	21,5	27,3	35,0

QLS: Escala de calidad de vida

GAF: Escala de funcionamiento global

MCAS: Escala de habilidades comunitarias

Antecedentes personales

Resultó de gran relevancia el alto índice de consumo de sustancias psicoactivas, en particular, de marihuana. Se destacó, también, la temprana edad media de inicio para todas las sustancias y el alto promedio de consumo mensual observado para el caso de la marihuana (Tabla 3). Otro hallazgo relevante fue el relacionado con el consumo de alcohol; en promedio, cada paciente se embriagó durante el año inmediatamente anterior 5,07 veces. El 29,3% de los sujetos tuvieron cuatro o más episodios de beodez durante el año inmediatamente anterior y la edad media al momento de la primera embriaguez fue a los 13,7 años.

Con respecto a los antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas (Tabla 4), se encontró que la esquizofrenia y el abuso de sustancias psicoactivas fueron los dos antecedentes más frecuentes entre los familiares de primer o segundo grado de los pacientes reclutados.

Factores asociados con la gravedad del cuadro clínico

Se conformaron dos grupos de pacientes de acuerdo con la clasificación de la escala CGI-S; el de pacientes moderadamente enfermos (CGI 4 y 5) y el de pacientes gravemente enfermos (CGI 6 y 7). El primer grupo estuvo compuesto por 37 pacientes (45,1 %), los restantes 45 pacientes (54,9 %) conformaron

Tabla 3. Antecedentes personales de consumo de SPA

Variable	Niveles	n	%	Media de edad al inicio	Media de consumo en el último mes
Consumo vida cocaína	No	71	86,6	17,7	0,5
	Sí	11	13,4		
Consumo vida basuco	No	68	82,9	16,9	1,1
	Sí	14	17,1		
Consumo vida marihuana	No	45	54,9	15,3	6,1
	Sí	37	45,1		
Consumo vida inhalantes	No	68	82,9	16,2	1,8
	Sí	14	17,1		

Tabla 4. Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas

Tipo de antecedente	Familiar							
	Madre	Padre	Herma- nos	Tíos	Abuelo materno	Abuela materna	Abuelo paterno	Abuela paterna
Esquizofrenia	1	2	3	4	0	0	0	0
Trastorno afectivo bipolar	1	0	1	1	1	0	0	0
Trastorno depresivo mayor	1	2	0	3	0	1	0	0
Trastorno de ansiedad	0	1	0	0	0	0	0	0
Suicidio	0	0	2	4	2	0	0	0
Abuso-dependencia de SPA	0	7	4	6	1	0	2	0
Hospitalización mental	0	0	2	1	0	0	0	0
Otras enfermedades psiquiátricas	5	1	3	4	0	3	1	3
No aplica	0	0	0	60	0	0	0	0
Sin información	2	5	1	1	1	1	3	3

el segundo grupo. Se exploró cada una de las variables previamente descritas para identificar aquellas variables que podrían estar asociadas con la gravedad del cuadro clínico.

Aunque el tiempo de evolución tanto de los síntomas prodrómicos como de los síntomas positivos fue ligeramente inferior entre los pacientes gravemente enfermos, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Ninguna de las variables exploradas se encontró significativamente asociada con la gravedad del cuadro clínico (Tabla 5).

Discusión

En el presente estudio se incluyeron únicamente pacientes con primer episodio psicótico que no reunían criterios para esquizofrenia según el DSM-IV. Por tanto, sus diagnósticos fueron trastorno psicótico breve y trastorno esquizofreniforme. En otros artículos publicados acerca del mismo tema se encuentran tres situaciones distintas:

1. No se hace ninguna clarificación al respecto. 2. Se incluyen pacientes con y sin diagnóstico de esquizofrenia. 3. Además de los anotados en el numeral anterior, se incluyen pacientes cuyo primer episodio es de tipo afectivo, bien sea maniaco o depresivo. Todo ello da lugar a datos que no son necesariamente comparables con la población del presente estudio (9,15,16).

Pero más allá de lo anterior, entre mayor y más variados son los diagnósticos en un primer momento, menor la posibilidad de encontrar correlaciones significativas con la evolución a largo plazo. Por este motivo, se consideró conveniente enfocarse en un grupo más específico y poco estudiado, como el de quienes tienen un primer episodio psicótico, pero sin reunir los criterios para esquizofrenia.

En el presente estudio, la población comparte las características demográficas encontradas en la mayoría de estudios acerca del primer episodio psicótico: mayor prevalencia en personas jóvenes, en

Tabla 5. Exploración de factores asociados con la gravedad del primer episodio psicótico

Variable la variable	Niveles de enfermos	Moderadamente enfermos	Gravemente	p
Sexo	Masculino	67,6	77,8	0,299*
	Femenino	32,4	22,2	
Estado civil	Soltero	78,4	84,4	0,459**
	Casado	2,7	4,4	
	Separado	10,8	2,2	
	Unión libre	8,1	8,9	
Estrato	Uno	13,5	15,6	0,982*
	Dos	37,8	37,8	
	Tres	16,2	17,8	
	Sin información	32,4	28,9	
SGSS	Subsidiado	62,2	53,3	0,709**
	Contributivo	8,1	4,4	
	Vinculado	18,9	22,2	
	Particular	2,7	2,2	
	Sin información	8,1	17,8	
Nivel escolar máximo alcanzado	Primaria	16,2	22,2	0,214*
	Secundaria	54,1	60,0	
	Técnica	10,8	13,3	
	Universitaria	18,9	4,4	
Consumo vida cocaína	No	81,1	91,1	0,185*
	Sí	18,9	8,9	
Consumo vida basuco	No	81,1	84,4	0,772*
	Sí	18,9	15,6	
Consumo vida marihuana	No	54,1	55,6	0,892*
	Sí	45,9	44,4	
Consumo vida inhalantes	No	78,4	86,7	0,321*
	Sí	21,6	13,3	
Mediana de evolución de síntomas prodrómicos (meses)		7,80 meses	5,85 meses	0,405***
Mediana de evolución de síntomas positivos (días)		30,25 días	15,0 días	0,416***

*** Prueba de Mann-Whitney, ** Prueba exacta de Fisher, * Ji cuadrado

solteros y en hombres que en mujeres. Algunos autores han encontrado una edad promedio mayor, lo que puede explicarse por la exclusión de pacientes con esquizofrenia, ya que en ellos la duración del periodo de la psicosis no tratada es mayor (17).

Características clínicas

De acuerdo con la escala CGI-S (impresión clínica global-gravedad),

la mayoría de los pacientes obtuvieron puntaje mayor a 4 (marcada o gravemente enfermos). En otras escalas que evalúan la intensidad de los síntomas (PANSS y BPRS), los puntajes también fueron elevados y coinciden con los del CGI-S. Datos similares a los hallados por Payne y colaboradores (17) y por Malla y colaboradores (5).

Entre los 56 pacientes en quienes se documentaron síntomas prodró-

micos, el tiempo medio de evolución fue de 36,2 meses (desviación estándar de 69,3 meses). En el 75% de los casos fue inferior a 23,5 meses. La duración del pródromo es menor a la reportada en los demás estudios (8,9,18-20), en gran parte explicable por la selectividad en el diagnóstico de ingreso, específicamente la exclusión de personas con esquizofrenia y trastornos afectivos.

Afectación funcional y nivel de calidad de vida

Las escalas de funcionamiento global y habilidades comunitarias mostraron una afectación importante de la funcionalidad en más del 75% de los pacientes; situación similar se encontró para el nivel de calidad de vida. Estos datos son compartidos con la mayoría de estudios similares (5,21-24).

Antecedentes personales

Hubo un alto índice de consumo de sustancias psicoactivas, en particular, de marihuana. Para todas las sustancias se destaca la temprana edad media de inicio. En marihuana fue de 15,3 años. En el último mes el promedio de consumo para esta misma sustancia fue de 6,1 veces. Al comparar las cifras con otros estudios publicados se encontró que en estos últimos el antecedente de abuso de sustancias fue más frecuente: entre el 60% y el 70% de los pacientes (7,25), aunque similar

en cuanto a la mayor proporción en consumo de marihuana (25).

Factores asociados con la gravedad del cuadro clínico

Se exploró cada una de las variables previamente descritas para identificar aquellas que podrían estar asociadas con la gravedad del cuadro clínico. Aunque el tiempo de evolución de los síntomas prodrómicos y de los síntomas positivos fue ligeramente inferior entre los pacientes gravemente enfermos, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

De otra parte, ninguna de las otras variables se encontró significativamente asociada con la gravedad del cuadro clínico en el momento de la hospitalización. Se desconoce si el pronóstico a largo plazo del primer episodio psicótico está o no relacionado con la gravedad de dicho episodio, lo que muestra la necesidad de realizar un seguimiento adecuado y a largo plazo con el fin de responder este interrogante.

Limitaciones

En la etapa de reclutamiento, varios familiares se mostraron reacios a facilitar la participación de tres pacientes en el estudio debido, en parte, al temor a la estigmatización y a la creencia errónea de una resolución inmediata y definitiva del episodio sin necesidad de ningún tipo de seguimiento.

Algunos de los pacientes ingresaron al estudio luego de 24 a 48 horas de tratamiento farmacológico, lo que obligó a utilizar información de la historia clínica y de los allegados con el fin de completar las escalas. Ocho de los pacientes había recibido tratamiento antipsicótico previo al inicio de las observaciones, lo que puede modificar la gravedad de presentación del episodio.

La presente investigación tiene limitaciones metodológicas que no permiten la aplicación de modelos predictivos, por lo que se requiere diseñar futuras investigaciones de tipo cohorte en poblaciones con estas características.

Agradecemos a las instituciones en las cuales se llevó a cabo el presente estudio por su disposición y gran colaboración en el desarrollo del mismo. Los autores declaran que no existió ningún conflicto de intereses en esta investigación.

Referencias

1. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004 Mar;161(3):473-9.
2. Singh SP, Croudace T, Amin S, Kwieciniski R, Medley I, Jones PB, et al. Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service. *Br J Psychiatry* 2000 Mar;176:210-6.
3. Zhang-Wong J, Beiser M, Bean G, Iacono WG. Five-year course of schizophreniform disorder. *Psychiatry Res* 1995 Nov 29;59(1-2):109-17.
4. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, et al. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry* 1993 May;150(5):752-7.
5. Malla AK, Norman RM, McLean TS, MacDonald C, McIntosh E, an-Lashley F, et al. Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Jan;109(1):46-54.
6. Kalla O, Aaltonen J, Wahlstrom J, Lehtinen V, García C, I, González de CM. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2002 Oct;106(4):265-75.
7. Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S, et al. The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005 Aug;112(2):141-8.
8. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):53-9.
9. Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophr Bull* 1996;22(2):241-56.
10. Malla AK, Norman RM, Joober R. First-episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? *Can J Psychiatry* 2005 Dec;50(14):881-91.
11. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am J Psychiatry* 2005 Dec;162(12):2220-32.
12. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006 Mar;163(3):411-7.
13. Carbone S, Harrigan S, McGorry PD, Curry C, Elkins K. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: the impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand* 1999 Aug;100(2):96-104.
14. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry* 1999 Oct 1;46(7):899-907.

15. Menezes NM, Milovan E. First-episode psychosis: a comparative review of diagnostic evolution and predictive variables in adolescents versus adults. *Can J Psychiatry* 2000 Oct;45(8):710-6.
16. Proctor SE, Mitford E, Paxton R. First episode psychosis: a novel methodology reveals higher than expected incidence; a reality-based population profile in Northumberland, UK. *J Eval Clin Pract* 2004 Nov;10(4):539-47.
17. Payne J, Malla A, Norman R, Windell D, Nicole B. Status of first-episode psychosis patients presenting for routine care in a defined catchment area. *Can J Psychiatry* 2006 Jan;51(1):42-7.
18. Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2000 Sep 29;45(1-2):1-9.
19. McGorry PD. The influence of illness duration on syndrome clarity and stability in functional psychosis: does the diagnosis emerge and stabilise with time? *Aust N Z J Psychiatry* 1994 Dec;28(4):607-19.
20. Moller P. Duration of untreated psychosis: are we ignoring the mode of initial development?. An extensive naturalistic case study of phenomenal continuity in first-episode schizophrenia. *Psychopathology* 2001 Jan;34(1):8-14.
21. Linszen D, Dingemans P, Lenior M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001 Aug 1;51(1):55-61.
22. Malla A, Payne J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull* 2005 Jul;31(3):650-71.
23. Melle I, Friis S, Haahr U, Johannesen JO, Larsen TK, Opjordsmoen S, et al. Measuring quality of life in first-episode psychosis. *Eur Psychiatry* 2005 Nov;20(7):474-83.
24. Norman RM, Malla AK, Manchanda R, Harricharan R, Takhar J, Northcott S. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophr Res* 2005 Dec 15;80(2-3):227-34.
25. Wade D, Harrigan S, Edwards J, Burgess PM, Whelan G, McGorry PD. Course of substance misuse and daily tobacco use in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2006 Jan 31;81(2-3):145-50.

Recibido para evaluación: 1° de diciembre de 2006

Aceptado para publicación: 25 de enero de 2007

Correspondencia

Juan Fernando Cano Romero

Carrera 69 No. 170-40

Bogotá, Colombia

Correo electrónico: jota_efe_1@hotmail.com