

A. Pedrós¹
J. Martí²
G. Gutiérrez¹
J. M. Tenías³
S. Ruescas⁴

Estabilidad diagnóstica y pronóstico a 2 años de episodios psicóticos agudos

¹Servicio de Psiquiatría
Hospital Lluís Alcanyis
Xàtiva (Valencia)

²Unidad de Salud Mental
Onteniente (Valencia)

³Servicio de Medicina Preventiva
Hospital Lluís Alcanyis
Xàtiva (Valencia)

⁴Unidad de Salud Mental
Xàtiva (Valencia)

Introducción. El término psicosis aguda representa un grupo de psicosis de inicio y resolución rápida. Los criterios diagnósticos actuales adolecen de uniformidad, representando un conjunto heterogéneo de psicosis. Aunque la forma de presentación clínica puede ser similar, la evolución y el pronóstico pueden ser muy diferentes. La detección de posibles factores de riesgo de cronicidad es de especial importancia, pudiendo realizar una intervención precoz y así minimizar las consecuencias negativas de la enfermedad.

Metodología. Estudio prospectivo a 2 años de una muestra final de 48 pacientes diagnosticados de psicosis aguda en el ingreso. Se recoge información sobre la evolución y seguimiento del paciente en la Unidad de Salud Mental y analizan los factores sociodemográficos y clínicos del episodio psicótico índice, que puedan predecir un cambio en el diagnóstico durante el período de estudio.

Resultados. Ninguna de las variables sociodemográficas o clínicas estudiadas presenta capacidad de predecir un cambio en el diagnóstico, salvo la presencia de un delirio de control durante el episodio índice. El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme o psicótico no especificado pronostica una evolución hacia esquizofrenia o psicosis afectiva, mientras el trastorno psicótico breve o inducido por sustancias presentan un mejor pronóstico, tendiendo a mantener el mismo diagnóstico a los 2 años.

Conclusión. A los 2 años, de una forma difícilmente predecible, una fracción importante de los pacientes diagnosticados inicialmente de psicosis aguda evoluciona hacia un diagnóstico de esquizofrenia o psicosis afectiva.

Palabras clave:
Trastornos psicóticos. Psicosis reactiva breve. Trastornos esquizofreniformes. Estudios de seguimiento.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(5):245-251

Correspondencia:
Alfonso Pedrós Roselló
Servicio de Psiquiatría
Hospital Lluís Alcanyis
Xàtiva (Valencia)
Correo electrónico: pedros_alf@gva.es

Two-year diagnostic stability and prognosis in acute psychotic episodes

Introduction. The term acute psychosis represents a group of rapid-onset and recovery psychosis. The current diagnostic criteria are not uniform and represent a heterogeneous set of psychoses. Although their form of clinical presentation may be similar, their evolution and prognosis are very different. It is very important to detect the possible factors of chronicity in order to make an early intervention and thus to diminish the negative consequences of the disease.

Methodology. We conducted a 2 year prospective study in 48 patients diagnosed with acute psychosis in their first admission. Data was collected on the evolution and follow-up of the patient in the Mental Health Unit and the sociodemographic and clinical factors of the psychotic index episode that could predict a change in the diagnosis during the two years follow-up were analyzed.

Results. None of the sociodemographic or clinical variables studied could predict a change in the diagnosis, except for the presence of a control delusion during the index episode. The diagnosis of schizophreniform or not otherwise specified psychotic disorders predicts an evolution towards schizophrenia or affective psychosis while a brief or substance-induced psychotic episode has a better prognosis, with a tendency to maintain the same diagnosis in the 2 years of follow-up.

Conclusion. After 2 years of follow-up, an significant number of the patients initially diagnosed of acute psychosis evolved towards a diagnosis of schizophrenia or affective psychosis in a difficult-to-predict way.

Key words:
Psychotic Disorders. Brief reactive psychosis. Schizophreniform disorders. Follow-up studies.

INTRODUCCIÓN

Existe un grupo de psicosis donde el inicio y resolución, orientan hacia un mejor pronóstico que otros tipos de psi-

cosis. Este grupo de psicosis, al menos inicialmente, difieren de la esquizofrenia y psicosis afectivas, tanto a nivel de su sintomatología como de su pronóstico. Sin embargo, no existen unos criterios diagnósticos internacionalmente consensuados (DSM-IV y ICD-10) que ayuden a la identificación y seguimiento de estos pacientes. En este sentido, un episodio psicótico agudo puede ser el inicio de una psicosis afectiva, esquizofrenia o incluso mantenerse como posteriores episodios psicóticos agudos bien definidos. La estabilidad diagnóstica de la psicosis ha sido analizada en numerosos estudios¹⁻⁴.

La importancia de intervenciones tempranas en los trastornos psicóticos ha sido reflejada en diversos estudios^{5,6}. En este sentido, resulta esencial la identificación de factores que puedan predecir la posible evolución hacia una psicosis crónica.

El objetivo de este estudio es describir el seguimiento de un grupo de pacientes con psicosis aguda, evaluar la estabilidad diagnóstica tras 2 años de evolución e identificar si existen factores que se asocien a un cambio de diagnóstico.

METODOLOGÍA

Muestra

Pacientes que ingresan en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva (Valencia) durante los años 1996-2002 por presentar un episodio psicótico agudo, y que al alta son diagnosticados de psicosis breve, psicosis no especificada y psicosis inducida por sustancias según criterios DSM-IV. Los episodios psicóticos deben cumplir además los siguientes criterios: inicio agudo (menor a 4 semanas), con o sin factores desencadenantes y sin haber recibido tratamiento neuroléptico previo al ingreso. Los criterios de exclusión son: diagnóstico previo de psicosis crónica, pudiendo haber sido diagnosticados previamente de episodios psicóticos agudos y la sospecha de que el episodio actual tenga un origen orgánico (no por sustancias). Asimismo, se estudia un grupo de pacientes con episodios esquizofreniformes según criterios DSM-IV que precisan de ingreso durante el mismo período.

En el primer estudio la muestra se encuentra integrada por 58 pacientes que al alta son diagnosticados de psicosis aguda. Para el seguimiento se eliminan ocho pacientes que no pertenecen a nuestra área y que habían precisado de ingreso en nuestro servicio al no disponer de camas en su zona de residencia. De esta manera, la muestra para el seguimiento es de 50 pacientes. Se produjo una pérdida de dos casos (uno por fallecimiento y otro por abandono tras el alta hospitalaria). Finalmente, se recoge información de 48 pacientes, que conforman la muestra de estudio.

Procedimiento

En el ingreso se obtiene información clínica y sociodemográfica. Estos resultados se presentan en un trabajo previo⁷. El diagnóstico se realiza a partir de las entrevistas clínicas con el paciente y familiares durante el ingreso, para ello se diseña una entrevista estructurada para valoración de episodios psicóticos agudos (EEVEPA), donde se recoge información tanto a nivel clínico como sociodemográfico. El diagnóstico definitivo se lleva a cabo tras una segunda valoración, realizada por un panel de dos psiquiatras, debiendo existir un consenso para la formulación del diagnóstico según criterios DSM-IV.

A los 2 años del alta hospitalaria se realiza una valoración de la evolución de cada paciente. La información referente al tratamiento y evolución tras el alta hospitalaria, se obtiene mediante un Cuestionario Estructurado de Seguimiento (CES), diseñado por los investigadores y completado a través del estudio de la historia clínica y del psiquiatra de referencia en la Unidad de Salud Mental (USM).

Variables estudiadas

Se completa el CES, donde se recoge información sobre tiempo de seguimiento en USM, tratamiento en este tiempo (fármacos, dosis y duración), duración del episodio índice, posible cambio de diagnóstico (DSM-IV), presencia de nuevos episodios psicóticos, acontecimientos vitales estresantes y consumo de drogas durante el período de seguimiento.

Análisis estadístico

Se realiza un estudio estadístico encaminado a analizar la evolución diagnóstica y la posible influencia de determinadas variables, con el objetivo de poder realizar un modelo predictivo de pronóstico. Las diferentes variables del estudio se resumen con los estadísticos descriptivos correspondientes: medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas; frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se lleva a cabo un análisis bivalente relacionando diferentes características del episodio psicótico índice con el cambio de diagnóstico durante el seguimiento. Los contrastes de variables se realizan con prueba de chi cuadrado o el test exacto de Fisher, según las condiciones de aplicación.

Finalmente, se explora la contribución independiente de cada variable con el cambio de diagnóstico mediante un análisis multivariante de regresión logística. Se comprueba además la capacidad pronóstica del modelo final mediante la estimación del área bajo la curva ROC. Valores altos (cerca de 1) de esta área nos indican que podemos confiar en la utilización de estas variables para predecir un posible cambio de diagnóstico en el futuro. Todos los cálculos estadísticos se realizan con el programa STATA versión 9.0.

RESULTADOS

Variables del período de seguimiento

Un 50% de los pacientes presenta una remisión del episodio psicótico índice en menos de 2-3 meses, mientras que en un 36% la duración es superior a 6 meses e incluso sin remisión durante el tiempo de estudio. A pesar de existir una remisión completa en pocos meses en la mitad de ellos, un 60,4% mantiene el seguimiento en la USM durante los 2 años de estudio. Un 74% de los pacientes reciben tratamiento con neurolépticos a dosis baja o media. Un 39,6% de los pacientes presenta, al menos, un nuevo episodio psicótico durante los 2 años siguientes. Una mayoría (62,5%) no refiere ningún tipo de acontecimiento vital durante este período de tiempo (tabla 1).

Tabla 1	Descripción de variables del período de seguimiento a 2 años	n (%)
Seguimiento tras el alta hospitalaria		
	Durante < 3 meses	10 (20,8%)
	Durante 3-12 meses	6 (12,5%)
	Durante > 12 meses	3 (6,25%)
	Durante todo el tiempo	29 (60,4%)
Tratamiento farmacológico		
	Sin tratamiento	1 (2%)
	Neuroléptico dosis bajas*	20 (40%)
	Neuroléptico dosis medias*	17 (34%)
	Neuroléptico dosis altas*	4 (8%)
	Reducción progresiva	5 (10%)
	Benzodiazepinas	1 (2%)
Remisión clínica		
	En menos 2-3 meses	25 (50%)
	En más de 3 meses	5 (10%)
	En más de 6 meses	9 (18%)
	Sin remisión clínica	9 (18%)
Nuevos episodios psicóticos agudos		
	No	29 (60,4%)
	Entre 1 y 2	17 (35,4%)
	3 o más	2 (4,2%)
Acontecimientos vitales estresantes		
	No	30 (62,5%)
	1	10 (20,8%)
	2 o más	8 (16,7%)
Tipo de acontecimiento vital estresante		
	Laboral	8 (16,7%)
	Económico	4 (8,2%)
	Familiar	13 (26,5%)
	Enfermedad	2 (4,1%)
Drogas		
	Consumo actual	22 (39,3%)
	Alcohol	8 (14,3%)
	Politoxicomanía	17 (30,4%)

* Dosis baja: dosis equivalente a menos de 10 mg de haloperidol. Dosis media: dosis equivalente entre 11 y 20 mg de haloperidol. Dosis alta: dosis equivalente a más de 20 mg de haloperidol.

Cambio de diagnóstico en los 2 años de seguimiento

El 43,8% de los pacientes cambia de diagnóstico, mientras que el 56,2% mantiene el diagnóstico inicial de psicosis aguda. Entre aquellos que experimentan un cambio en el diagnóstico, un 47,6% son diagnosticados de trastorno esquizofrénico, un 19% de trastorno esquizoafectivo y un 14% de trastorno bipolar (tabla 2).

Los pacientes con un diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme o psicosis no especificada experimentan mayormente un cambio en el mismo (57,1% y 58,3%, respectivamente), frente a los diagnosticados de trastorno psicótico breve o psicosis inducida por drogas (35,7% y 12,5%, respectivamente). El 50% de los pacientes diagnosticados de esquizofreniforme evoluciona a esquizofrenia durante los 2 años siguientes. El resto de pacientes con psicosis agudas evoluciona de forma más diversa, siendo diagnosticados de trastornos psicóticos o afectivos crónicos, así como psicosis aguda (tabla 2).

Variables sociodemográficas, clínicas y cambio de diagnóstico en los 2 años de seguimiento

No se observa ningún tipo de relación entre las variables sociodemográficas estudiadas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral) y el cambio de diagnóstico. Respecto a la edad, no se encuentran diferencias significativas entre los pacientes que no cambian (media 27,5 años; desviación estándar [DE] 9,2 años) y los que sí cambian de diagnóstico (media 28,8 años; DE = 8,2 años) ($p = 0,62$).

La sintomatología durante el episodio psicótico agudo no se asocia a un cambio en el diagnóstico en los 2 años, al menos de forma significativa. Sin embargo, se puede destacar que la presencia de un delirio de control muestra una relación casi significativa con el cambio en el diagnóstico posterior ($p = 0,06$), frente a los demás delirios posibles. Esta situación se produce, en menor intensidad, con la existencia de alucinaciones cenestésico-corporales ($p = 0,22$), una conducta de retraimiento ($p = 0,23$) y la presencia de un humor caracterizado por el miedo y la angustia ($p = 0,13$) (tabla 3).

Los acontecimientos vitales no parecen determinar un cambio en el diagnóstico ($p = 0,78$). Asimismo, no se encuentra relación con la existencia de conciencia de enfermedad durante el episodio psicótico agudo ($p = 0,72$), así como tampoco con el tipo y dosis de neuroléptico utilizado durante el episodio índice y un cambio en el diagnóstico en los 2 años ($p = 0,91$).

Se observa una relación significativa ($p = 0,002$) entre la presencia posterior de nuevos episodios psicóticos agudos y el cambio en el diagnóstico durante el seguimiento. De esta manera, cuantas más recaídas psicóticas presente, más probabili-

Tabla 2		Cambio de diagnóstico a los 2 años	
Diagnóstico inicial	Cambio de diagnóstico n (%)	Diagnóstico a los 2 años	n (%)
Trastorno psicótico por drogas (8)	1 (12,5 %)	Trastorno esquizofrénico paranoide	1 (12,5 %)
	Trastorno psicótico breve (14)	5 (35,7 %)	Trastorno esquizofrénico paranoide
Trastorno esquizofreniforme (14)		8 (57,1 %)	Trastorno esquizoafectivo
	Trastorno bipolar		1 (7,1 %)
	Trastorno por ideas delirantes		1 (7,1 %)
	Trastorno psicótico no especificado		1 (7,1 %)
	Trastorno esquizofrénico paranoide		4 (28,6 %)
	Trastorno esquizofrénico desorganizado		2 (14,3 %)
Trastorno psicótico no especificado (12)	7 (58,3 %)	Trastorno esquizoafectivo	1 (7,1 %)
		Trastorno esquizofrénico indiferenciado	1 (7,1 %)
		Trastorno psicótico por drogas	1 (8,3 %)
		Trastorno esquizoafectivo	2 (16,6 %)
		Trastorno esquizofrénico indiferenciado	1 (8,3 %)
		Trastorno bipolar	2 (16,6 %)
		Trastorno disociativo	1 (8,3 %)

dades tiene de cambiar de diagnóstico (24,1% los que no presentaron nuevos episodios frente al 70,6% y 100% de quienes presentaron 1, 2, 3 o más episodios, respectivamente).

Perfil de pacientes con cambio de diagnóstico a los 2 años

En el modelo multivariante las variables que muestran una relación de forma independiente con el cambio de diagnóstico son un diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (*odds ratio* [OR] = 3,75; intervalo de confianza [IC] del 95% igual que 0,91-16,74; $p = 0,079$) o trastorno psicótico no especificado (OR = 3,76; IC del 95% igual que 0,80-17,60; $p = 0,093$) y la presencia de un delirio de control durante el episodio índice (OR = 4,18; IC del 95% igual que 0,85-20,43; $p = 0,077$). La capacidad de discriminación del modelo es moderada, con un área bajo la curva ROC de 0,73.

DISCUSIÓN

Muestra

La muestra presenta un tamaño pequeño, situación habitual en este tipo de estudios^{4,8}. Existe un predominio de varones⁷, frente a lo observado en otros trabajos^{1,9}. La pérdida es baja para las dificultades que conlleva un seguimiento a 2 años. Algunos estudios de primeros episodios psicóticos obtienen una tasa de abandono del tratamiento en el primer año entre un 45-60%¹⁰⁻¹².

A pesar de observarse una remisión completa del episodio índice en 2-3 meses en la mitad de los pacientes, un 60,4%

mantiene seguimiento en la USM durante todo el periodo de seguimiento. Esta situación se explica inicialmente por el porcentaje de pacientes (39,6%) que vuelve a presentar una recaída psicótica en este tiempo. En este sentido, Jäger realiza un seguimiento entre 3 a 7 años a 73 pacientes diagnosticados de psicosis aguda transitoria obteniendo un 58% de recaídas⁸.

Una mayoría (74%) de los pacientes es tratada con dosis baja o media de neuroléptico durante el seguimiento, frente a un menor porcentaje (34%) observado en otros estudios⁸.

Evolución del diagnóstico de psicosis aguda

Casi la mitad de los pacientes cambia de diagnóstico en los 2 años de seguimiento. La mayoría evoluciona hacia un diagnóstico de trastorno psicótico o afectivo crónico, siendo el diagnóstico de esquizofrenia el más frecuentemente realizado. Aquellos que inicialmente se diagnostican de trastorno esquizofreniforme o psicosis no especificada, cambian de diagnóstico en más de la mitad de los casos. Frente a ello, el diagnóstico de psicosis breve y sobre todo la psicosis inducida por drogas, mantienen un diagnóstico más estable¹³. Sin embargo, Elhamaoui realiza un seguimiento durante 2 años a 47 pacientes con un primer episodio de psicosis breve, obteniendo un cambio de diagnóstico en el 70%⁹.

Variables sociodemográficas, clínicas y cambio de diagnóstico a los 2 años

Ninguna variable sociodemográfica parece influir a la hora de presentar una evolución o pronóstico diferente. Suda et al. observan una diferencia en el género, de forma

Tabla 3		Relación entre variables clínicas y cambio de diagnóstico a los 2 años		
Variable	n	Pacientes que cambiaron de diagnóstico n (%)		p
Delirio				0,44
No	1	1 (100 %)		
Sí	47	20 (42,6 %)		
Tipo de delirio				
Perjuicio-daño	40	16 (40 %)		0,22
Autorreferencia	31	14 (45,2 %)		0,79
Control	10	7 (70 %)		0,06
Influencia	11	6 (54,6 %)		0,41
Megalomaniaco	5	3 (60 %)		0,64
Místico-religioso	10	5 (50 %)		0,65
Erótico	2	1 (50 %)		1,0
Filiación	7	3 (42,9 %)		0,96
Alteración de percepción				0,72
No	15	6 (40 %)		
Sí	33	15 (45,5 %)		
Tipo de percepción				
Auditivos	27	11 (40,7 %)		0,63
Visuales	7	2 (28,6 %)		0,44
Olfativos	1	1 (100 %)		0,44
Cenestésico-corporales	7	5 (71,4 %)		0,22
Desrealización-despersonalización	7	3 (42,9 %)		1,00
Alteración de la conducta				
Sí	48	21 (43,8 %)		
Tipo de conducta				
Inquietud, hiperactividad	33	15 (45,4 %)		0,72
Agresividad	14	4 (28,6 %)		0,17
Desorganización	20	9 (45 %)		0,88
Retraimiento	14	8 (57,1 %)		0,23
Alteraciones del lenguaje				0,63
No	21	10 (47,6 %)		
Sí	27	11 (40,7 %)		
Tipo de alteración				
Verborrea	11	4 (36,4 %)		0,57
Disgregación	21	8 (38,1 %)		0,49
Incoherencia	1	0		1,00
Alteración vida instintiva				0,31
No	4	3 (75 %)		
Sí	44	18 (40,9 %)		
Tipo de alteración				
Insomnio	43	17 (39,5 %)		0,15
Anorexia	12	7 (58,3 %)		0,24
Ideación o intentos de suicidio	10	6 (60 %)		0,24
Alteraciones del humor				1,0
No	1	0		
Sí	47	21 (44,7 %)		
Tipo de humor				
Deprimido	16	7 (43,8 %)		1,00
Maniaco	12	4 (33,3 %)		0,40
Irritabilidad	23	10 (43,5 %)		0,97
Miedo-angustia	26	14 (53,9 %)		0,13
Alteraciones de la conciencia				0,23
No	23	8 (34,8)		
Sí	25	13 (52 %)		
Tipo de alteración				
Perplejidad	19	10 (52,6 %)		0,32
Confusión	14	8 (57,1 %)		0,23
Desorientación T-E y persona	4	3 (75 %)		0,31

que en su mayoría son mujeres quienes permanecen en el grupo de psicosis aguda, aunque la diferencia no es significativa¹⁴. No obstante, los resultados respecto al género son contradictorios¹⁵⁻¹⁹.

Ningún síntoma en el episodio psicótico índice se relaciona con la evolución o cambio posterior de diagnóstico. Tan solo se puede mencionar la presencia de un delirio de control inicial como posible factor predictor de cambio diagnóstico. No existe un consenso respecto a la psicopatología existente durante el episodio psicótico y su pronóstico, si bien se tiende a considerar que la presencia de síntomas negativos es el factor predictor más significativo¹⁸. En este sentido, Jäger distingue durante el ingreso un grupo de pacientes con psicosis transitorias y síntomas depresivos y negativos que en los años posteriores son diagnosticados de esquizofrenia⁸. En el estudio llevado a cabo por Suda et al. no existen diferencias en la severidad y duración de los síntomas durante el ingreso, entre los pacientes que desarrollan esquizofrenia y los que no lo hacen a los 5 años¹⁴.

No se ha descrito una diferencia psicopatológica significativa entre las psicosis agudas transitorias y otras psicosis como esquizofrenia, esquizoafectivo y bipolar; salvo que en las primeras los cambios de humor y delirios son más rápidos, así como una mayor presencia de ansiedad²⁰. Cuesta describe que la existencia de pensamiento maniaco pronostica una buena respuesta al tratamiento neuroléptico²¹. En este sentido, la presencia de alteraciones afectivas en los primeros episodios psicóticos se relaciona con una mejor respuesta al tratamiento²². En nuestro estudio no se han podido confirmar estos hallazgos.

La existencia de conciencia de enfermedad durante el episodio psicótico agudo no influye en el pronóstico, en contra de lo señalado por algunos autores, en los que la conciencia de enfermedad es el mejor predictor de respuesta al tratamiento^{23,24}. En nuestro estudio, se trata de pacientes con psicosis aguda, que por definición presentan una duración de la psicosis no tratada (DUP) corta, siendo dados de alta en su mayoría con conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

La existencia de recaídas psicóticas conlleva un cambio en el diagnóstico, proporcional al número de ellas. En este sentido, Suda realiza un seguimiento durante 5 años a 25 pacientes con diagnóstico de psicosis aguda transitoria, destacando que aquellos que evolucionan hacia una esquizofrenia presentan mayor número de recaídas psicóticas durante el período de estudio¹⁴. En un seguimiento a 5 años, Robinson obtiene una tasa de recaída del 89%¹⁷.

CONCLUSIONES

A los 2 años, casi la mitad de los pacientes diagnosticados inicialmente de psicosis aguda evolucionan hacia un diagnóstico, en su mayoría, de esquizofrenia o psicosis afectivas.

Las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas presentan una baja capacidad para predecir el cambio de diagnóstico. Tan solo la existencia de un delirio de control inicial parece relacionarse con una evolución posterior hacia psicosis crónica.

Los diagnósticos iniciales de trastorno esquizofreniforme (llamadas esquizofrenias de buen pronóstico) o psicosis no especificada (conjunto de psicosis sin criterios definidos) predicen a los 2 años un cambio en el diagnóstico, tendiendo éste en la mayoría de ocasiones hacia esquizofrenia o psicosis afectiva. Frente a ello, al menos a los 2 años, los diagnósticos de trastorno psicótico breve o psicosis inducida por drogas muestran una mayor estabilidad. Estos resultados predicen un mejor pronóstico en aquellos pacientes que presentan un factor desencadenante del episodio psicótico, bien sea tóxico o estrés psicosocial.

Finalmente, la existencia de nuevos episodios psicóticos agudos incrementa la probabilidad de recibir el diagnóstico de psicosis crónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Susser E, Varma VK, Matoo SK, Finnerty M, Mojtabai R, Tripathi BM, et al. Long-term course of acute brief psychosis in developing country setting. *Br J Psychiatry* 1998;173:226-30.
2. Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I, Harrison G. Diagnostic stability of first-episode psychosis: Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry* 1999;175:537-43.
3. Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G; Craig T, Galambos N, et al. Congruence of diagnosis 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(6):593-600.
4. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(2):104-9.
5. McGlashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:197-352.
6. Phillips LJ, Yung AR, McGorry PD. Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(Suppl.):164-9.
7. Pedrós A, Tomás A, Tenias JM. Estudio de episodios psicóticos agudos. Análisis de características sociodemográficas, clínicas y valoración de factores predisponentes y desencadenantes. *An Psiquiatría* 2005;1:15-23.
8. Jäger M, Hintermayr M, Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. Course and outcome of first-admitted patients with acute and transient psychotic disorders. (ICD-10: F23). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:209-15.
9. El Hamoui Y, Yaalaoui S, Moussaoui D, Battas O. Étude de suivi sur deux ans patients présentant un accès psychotique aigu: modalités évolutives et pronostic. *Encephale* 2003;29:425-9.
10. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, et al. Medication adherent in psychosis: predictors and impact

- on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:203-10.
11. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(4):286-90.
 12. Mutsatsa SH, Joyce EM, Hutton SB, Webb E, Gibbins H, Paul S et al. Clinical correlates of early medication adherence: West London first episode schizophrenia study. *Acta Psychiatr Scand* 2003;1088(6):439-46.
 13. Amini H, Alagband-rad J, Omid A, Sharifi V, Davari-Ashtiani R, Momeni F, et al. Diagnostic stability in patient with first-episode psychosis. *Australas Psychiatry* 2005;13(4):388-92.
 14. Suda K, Hayashi N, Hiraga M. Predicting features of later development of schizophrenia among patients with acute and transient psychotic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:146-50.
 15. Crespo-Facorro B, Pelayo-Terán JM, Pérez-Iglesias R, Ramírez-Bonilla M, Martínez-García O, Pardo-García G, et al. Predictors of acute treatment response in patients with a first episode of non-affective psychosis: sociodemographics, premorbid and clinical variables. *J Psychiatr Res* 2007;41(8):659-66.
 16. Schaub A, Behrendt B, Brenner HD, Mueser KT, Liberman RP. Training schizophrenic patients of treatment response to the German version of the Symptom Management Module. *Schizophr Res* 1998;31:121-30.
 17. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, et al. Predictors of treatment response from the first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:544-9.
 18. Lieberman JA, Alvir JM, Koreen A, Geisler S, Chakos M, Sheitman B et al. Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1996;14:135-215.
 19. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychol Med* 2003;33:97-100.
 20. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzweit S, Bloink R. Is the psychopathology of acute and transient psychotic disorder different from schizophrenic and schizoaffective disorders? *Eur Psychiatry* 2005;20(4):315-20.
 21. Cuesta MJ, Peralta V, de León J. Schizophrenic syndromes associated with treatment response. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1994;18:87-9.
 22. Norman RMG, Lewis SW, Marshall M. Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *Br J Psychiatry* 2005;187(Supl. 48):19-23.
 23. Novak-Grubic V, Tavcar R. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry* 2002;17:148-54.
 24. Rittmannsberg H, Pachinger T, Keppelmuller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv* 2004;55(2):174-9.