

Tasa de egreso hospitalario por trastorno psicótico agudo y transitorio en Chile, 2021-2024

Hospital discharge rate for acute and transient psychotic disorder in Chile, 2021–2024

Paula Milne Morales^{ID}, Francisca Andrea Trocoso Jara^{ID},

Rosario Bianchi Blanco^{ID}, Victoria Rodríguez Uribe^{ID}.



REVISTA ANDES

Citar como: Milne Morales, P., Trocoso Jara, F. A., Bianchi Blanco, R., Rodríguez Uribe, V. Tasa de egreso hospitalario por trastorno psicótico agudo y transitorio en Chile, 2021-2024. *Revista Andes [Internet]*. 2026 [citado el 30 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/articulo/view/136>

Recibido : 13/07/2026

Aceptado : 15/10/2026

Publicado : 30/10/2026



© Los autores, 2026.
Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

*Correspondencia:
Paula Milne M.
p.milne.m@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El trastorno psicótico agudo y transitorio (TPAT) es un cuadro psicótico de inicio abrupto y remisión rápida que con frecuencia requiere hospitalización. En Chile, los egresos por este diagnóstico se informan solo como recuentos, lo que impide compararlos entre años, sexos o grupos de edad, y contrastarlos con la literatura internacional. El objetivo fue estimar la tasa de egreso hospitalario por TPAT en personas de 20 años o más en Chile entre 2021 y 2024, y describirla según sexo, grupo etario y días de estadía. **Metodología:** Estudio descriptivo y transversal de los egresos con diagnóstico principal F23 (CIE-10) registrados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, con la población estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas como denominador. **Resultados:** Se registraron 1.385 egresos. La tasa media anual fue de 2,33 por 100.000 habitantes de 20 años o más (intervalo de confianza del 95%: 2,21-2,46), similar en hombres y mujeres, también al estandarizar por edad (2,33 y 2,31 por 100.000, respectivamente). El grupo de 20 a 29 años presentó las tasas más altas (5,13 en hombres y 3,48 en mujeres por 100.000). La estadía media fue de 15,87 días, similar entre sexos. **Discusión:** La concentración en adultos jóvenes y la escasa diferencia entre sexos se alejan del predominio femenino clásico, pero coinciden con series clínicas recientes. **Conclusión:** Los egresos por TPAT en Chile se concentran en adultos jóvenes, información útil para planificar la hospitalización psiquiátrica.

Palabras clave: Trastornos Psicóticos, Alta del Paciente, Epidemiología, Salud Mental, Chile.

ABSTRACT

Introduction: Acute and transient psychotic disorder (ATPD) is a psychotic condition of abrupt onset and rapid remission that often requires hospitalization. In Chile, discharges for this diagnosis are reported only as counts, which prevents comparisons across years, sexes or age groups, and with the international literature. The aim was to estimate the hospital discharge rate for ATPD among people aged 20 years or older in Chile between 2021 and 2024, and to describe it by sex, age group and length of stay. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional study of discharges with a principal diagnosis of F23 (ICD-10) recorded by the Department of Health Statistics and Information, using the population estimated by the National Institute of Statistics as denominator. **Results:** A total of 1,385 discharges were recorded. The mean annual rate was 2.33 per 100,000 inhabitants aged 20 years or older (95% confidence interval: 2.21-2.46), similar in men and women, also after age standardization (2.33 and 2.31 per 100,000, respectively). The 20-29 age group showed the highest rates (5.13 in men and 3.48 in women per 100,000). Mean length of stay was 15.87 days, similar between sexes. **Discussion:** The concentration in young adults and the small difference between sexes depart from the classic female predominance but are consistent with recent clinical series. **Conclusion:** ATPD discharges in Chile are concentrated in young adults, information that is useful for planning psychiatric hospitalization.

Keywords: Psychotic Disorders, Patient Discharge, Epidemiology, Mental Health, Chile.

Introducción

El trastorno psicótico agudo y transitorio (TPAT) es un cuadro psicótico no afectivo que aparece de forma abrupta, alcanza su máxima intensidad en pocos días y remite en semanas¹. No encaja del todo en la esquizofrenia ni en los trastornos del ánimo; por ello, sus criterios diagnósticos difieren según el sistema de clasificación. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su 10.^a revisión (CIE-10), exige un inicio en menos de dos semanas y una duración menor a uno o tres meses, mientras que la 11.^a revisión (CIE-11) restringe el diagnóstico a la forma polimórfica y elimina otros subtipos. Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en su 5.^a edición (DSM-5), lo denomina “trastorno psicótico breve” y exige una duración de entre un día y menos de un mes, con retorno completo al funcionamiento previo, sin requerir necesariamente un inicio tan abrupto².

La remisión del cuadro y el retorno al funcionamiento premórbido son los rasgos que distinguen al trastorno psicótico agudo y transitorio de la esquizofrenia, y se asocian a un mejor pronóstico sintomático a corto plazo³.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios, los episodios afectivos con síntomas psicóticos, la psicosis inducida por sustancias y la psicosis secundaria a una condición médica general^{1,2}. Su diferenciación es clínicamente relevante, dado que la estabilidad diagnóstica del trastorno psicótico agudo y transitorio no es alta. En el metaanálisis de Castagnini y colaboradores, que reunió 25 estudios, un 25% de los pacientes evolucionó a esquizofrenia y trastornos relacionados y un 12% a trastornos afectivos en un seguimiento promedio de 6,3 años, con la mayor variabilidad diagnóstica durante los primeros 12 a 18 meses². En la misma línea, Kathfar y colaboradores observaron que la estabilidad descendió de 59% a los seis meses a 41% al año⁴, y Moradizadeh y colaboradores registraron un cambio de diagnóstico en el 47% de los pacientes durante la primera hospitalización⁵.

Para explicar su origen se ha propuesto un modelo de estrés-vulnerabilidad, según el cual la predisposición familiar aumentaría la reactividad emocional frente a eventos adversos⁶. Entre los factores asociados se han

descrito estresores psicosociales recientes, como el duelo, la pérdida del trabajo o de la pareja y la migración, además de antecedentes familiares de TPAT, trastorno bipolar o esquizofrenia⁶. Sin embargo, este modelo cuenta con un respaldo empírico limitado y no se ha aplicado de forma amplia, por lo que la etiología del cuadro sigue sin establecerse^{2,6}.

En la fase aguda, los antipsicóticos son la base del tratamiento y pueden requerirse antes de establecer la etiología del cuadro; ante la agitación, la prioridad es resguardar la seguridad del paciente y de terceros⁷. Muchos pacientes requieren hospitalización por conducta desorganizada, escasa conciencia de enfermedad o conductas agresivas o suicidas⁶. Por esa razón, el egreso hospitalario ofrece una ventana útil, aunque parcial, para observar la carga asistencial del cuadro.

En el plano internacional, la epidemiología de los trastornos psicóticos es heterogénea y depende en buena medida de la fuente de datos. La revisión sistemática de Jongsma y colaboradores estimó una incidencia combinada de 26,6 por 100.000 personas-año para el conjunto de estos trastornos, con un riesgo mayor en hombres para los cuadros no afectivos⁸. Para el TPAT en particular, Castagnini y Foldager, a partir del registro psiquiátrico nacional de Dinamarca, reportaron una incidencia de 6,7 por 100.000 personas-año, sin diferencias entre hombres y mujeres⁹.

Estos datos contrastan con los del estudio multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud analizado por Susser y Wanderling, en el que la psicosis aguda remitente no afectiva fue cerca de dos veces más frecuente en mujeres y alrededor de diez veces más incidente en países en desarrollo que en países industrializados¹⁰. Esa evidencia sustenta buena parte del perfil clásico atribuido al cuadro, más frecuente en mujeres durante la adultez temprana y media y con tasas mayores en países de ingresos bajos y medios⁶.

En Latinoamérica, la información específica sobre el TPAT es escasa, y los estudios sobre hospitalización psiquiátrica suelen agruparlo con la esquizofrenia y otros trastornos delirantes. En Chile, la aproximación poblacional más cercana proviene del estudio de González-Medina y colaboradores, que, a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, estimó una prevalencia de vida de experiencias de tipo psicótico de 12,9%, más alta entre los 18 y 24 años¹¹. Estas experiencias, como las alucinaciones aisladas, son

frecuentes en población sana y no equivalen a un diagnóstico de TPAT.

El Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, disponibiliza anualmente los egresos hospitalarios del país según diagnóstico¹². Sin embargo, esos reportes entregan recuentos absolutos, que no permiten comparar años ni grupos con estructuras poblacionales distintas. Hasta donde pudimos revisar, no existe una caracterización publicada que exprese los egresos por TPAT en Chile como tasas específicas por sexo y edad, ni que describa su estadía hospitalaria. Esa es la brecha que aborda este trabajo: transformar un registro administrativo en indicadores poblacionales comparables, que permitan medir la demanda de hospitalización psiquiátrica aguda y compararla con la evidencia internacional.

Elegimos el período 2021-2024 porque correspondía a los años más recientes disponibles en el DEIS al momento del análisis, dejando fuera 2020, año en que la pandemia por COVID-19 cambió de forma notoria la actividad hospitalaria.

El objetivo general de este estudio fue estimar la tasa de egreso hospitalario por trastorno psicótico agudo y transitorio en personas de 20 años o más en Chile durante el período 2021-2024. Como objetivos específicos nos planteamos caracterizar la tasa según sexo y grupo etario, describir el promedio de días de estadía hospitalaria y compararlo entre hombres y mujeres.

Metodología

Este estudio tuvo un diseño observacional, descriptivo y transversal, basado en los registros de egresos hospitalarios de Chile entre 2021 y 2024, con el propósito de describir la distribución de los egresos, sin buscar relaciones causales ni identificar factores de riesgo asociados.

La unidad de análisis fue el egreso hospitalario y no la persona. Dado que la base pública del DEIS no contiene un identificador único, una misma persona pudo contribuir con más de un egreso durante el período. El universo del estudio correspondió a la totalidad de los egresos registrados en establecimientos públicos y

privados del país entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2024 con diagnóstico principal de trastorno psicótico agudo y transitorio, código F23 de la CIE-10.

Este código comprende seis subcategorías: F23.0, trastorno psicótico agudo polimorfo, sin síntomas de esquizofrenia; F23.1, trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia; F23.2, trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico; F23.3, otro trastorno psicótico agudo, con predominio de ideas delirantes; F23.8, otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, y F23.9, trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado. Se incluyeron los egresos con diagnóstico principal en cualquiera de ellas, fecha de egreso dentro del período y edad de 20 años o más al momento del egreso.

La restricción a personas de 20 años o más se debe a que el estudio se centró en la psiquiatría de adultos, cuyos criterios y dispositivos de hospitalización son distintos a los infanto-juveniles, y a que las bases del DEIS agrupan la edad en tramos decenales, lo que deja en los 20 años el punto de corte más cercano a la adultez.

Los datos de egresos se obtuvieron de las bases públicas del DEIS¹². Las bases de 2021 a 2023 forman parte de la serie publicada en la sección de datos abiertos del DEIS, mientras que la de 2024 se consideró preliminar y podría experimentar ajustes. La extracción se realizó el 6 de abril de 2026, filtrando por código diagnóstico, año de egreso, sexo y edad; los denominadores poblacionales se obtuvieron el 5 de octubre de 2026.

Como denominador se utilizó la población estimada de 20 años o más de cada año, desagregada por sexo y grupo etario, según las Estimaciones y Proyecciones de Población base 2024 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), elaboradas a partir del Censo de Población y Vivienda 2024¹³. Esta serie entrega la población residente a mitad de cada año, lo que permite asignar a cada año del período su propio denominador.

Las variables analizadas fueron el año de egreso, el sexo, el grupo etario en tramos decenales desde 20-29 hasta 80 años o más, y los días de estadía hospitalaria registrados por el DEIS. Las tasas se calcularon con las siguientes fórmulas, con el mismo subgrupo en numerador y denominador en cada desagregación:

$$\text{Tasa de egreso: } \frac{\text{Nº de egresos por TPAT anual}}{\text{Población de 20 años o más}} \times 100.000$$

$$\text{Tasa media: } \frac{\text{Total egresos 2021} - 2024}{\text{Suma población anual 2021} - 2024} \times 100.000$$

Como la estructura etaria difiere entre hombres y mujeres y cambia con los años, se calcularon además tasas estandarizadas por edad mediante el método directo, con la población de 20 años o más de ambos sexos del período 2021-2024 como población estándar multiplicado por la proporción del tramo etario.

El análisis fue descriptivo. Para las tasas se estimó un intervalo de confianza del 95% (IC95%) asumiendo una distribución de Poisson para el número de egresos; en las tasas estandarizadas, el IC95% se obtuvo a partir de la varianza ponderada de las tasas específicas. La estadía se resumió mediante promedio y desviación estándar (DE), además de mediana y rango intercuartílico (RIC), dada la asimetría habitual de esta variable. El procesamiento se realizó en Microsoft Excel.

El estudio no requirió evaluación por un comité de ética, ya que utilizó bases de datos públicas y anónimas, sin información que permita identificar a las personas.

Resultados

Entre 2021 y 2024 se registraron 1.385 egresos hospitalarios por trastorno psicótico agudo y transitorio en personas de 20 años o más, sin registros con información incompleta en las variables de interés. La *Tabla N°1* presenta el número de egresos, la población utilizada como denominador y las tasas anuales según sexo.

Año	Sexo	Egresos (n)	Población ≥20 años*	Tasa por 100.000	IC95%
2021	Hombres	175	7.079.459	2,47	2,12-2,87
	Mujeres	174	7.458.046	2,33	2,00-2,71
	Total	349	14.537.505	2,40	2,16-2,67
2022	Hombres	171	7.182.561	2,38	2,04-2,77
	Mujeres	174	7.570.188	2,30	1,97-2,67
	Total	345	14.752.749	2,34	2,10-2,60
2023	Hombres	203	7.282.204	2,79	2,42-3,20
	Mujeres	164	7.675.934	2,14	1,82-2,49
	Total	367	14.958.138	2,45	2,21-2,72
2024	Hombres	143	7.378.378	1,94	1,63-2,28
	Mujeres	181	7.777.459	2,33	2,00-2,69
	Total	324	15.155.837	2,14	1,91-2,38
2021-2024	Hombres	692	28.922.602	2,39	2,22-2,58
	Mujeres	693	30.481.627	2,27	2,11-2,45
	Total	1.385	59.404.229	2,33	2,21-2,46

Tabla N°1. Egresos hospitalarios por trastorno psicótico agudo y transitorio, población de 20 años o más y tasa de egreso por cada 100.000 habitantes, según año y sexo en Chile, 2021-2024. Fuente: Elaboración propia.

La tasa media del período fue de 2,33 egresos por cada 100.000 habitantes de 20 años o más (IC95%: 2,21-2,46). El valor anual más alto se observó en 2023, con 2,45 por cada 100.000, y el más bajo en 2024, con 2,14 por cada 100.000, sin una tendencia sostenida al alza o a la baja. En hombres, la tasa media fue de 2,39 por cada 100.000 (IC95%: 2,22-2,58) y en mujeres de 2,27 por cada 100.000 (IC95%: 2,11-2,45). La tasa masculina superó a la femenina en 2021, 2022 y 2023, mientras que en 2024 la relación se invirtió (*Figura N°1*).

Al estandarizar por edad, las tasas del período fueron similares en hombres (2,33 por cada 100.000; IC95%: 2,16-2,50) y en mujeres (2,31 por cada 100.000; IC95%: 2,14-2,48), y la tasa total anual se mantuvo entre 2,15 y 2,46 por cada 100.000 habitantes.

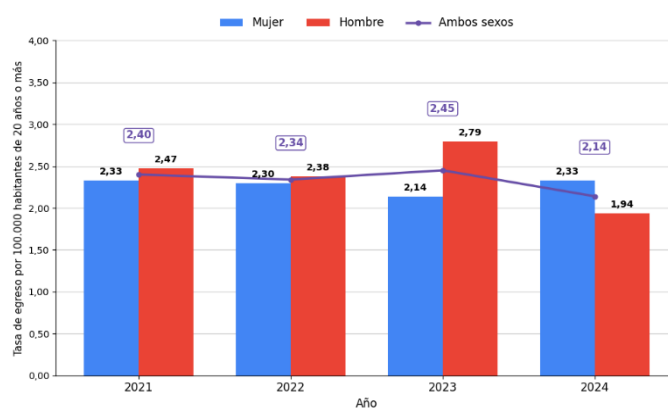


Figura N°1. Tasa de egreso hospitalario por trastorno psicótico agudo y transitorio por cada 100.000 habitantes de 20 años o más, según sexo y año, Chile, 2021-2024. Fuente: Elaboración propia.

Según grupo etario, el tramo de 20 a 29 años presentó las tasas medias más altas en ambos sexos, con 5,13 por cada 100.000 hombres y 3,48 por cada 100.000 mujeres. Desde ese tramo, las tasas descendieron de manera progresiva con la edad, hasta 0,11 por cada 100.000 hombres y 0,40 por cada 100.000 mujeres en el grupo de 80 años y más. Los hombres presentaron tasas superiores a las mujeres entre los 20 y 39 años; desde los 40 años, en cambio, las tasas femeninas fueron más altas en todos los tramos (*Figura N°2*).

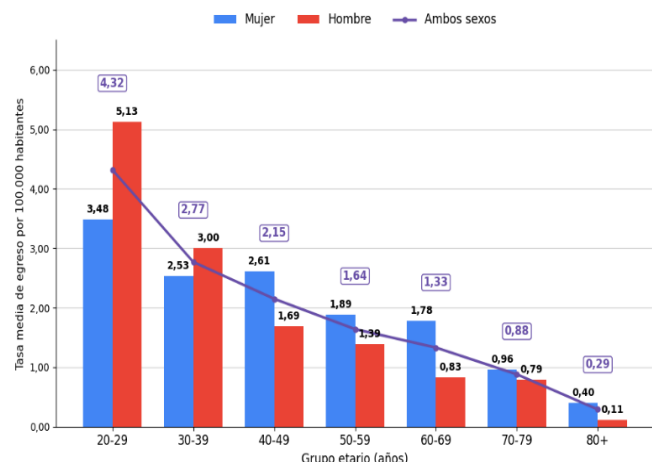


Figura N°2. Tasa media de egreso hospitalario por trastorno psicótico agudo y transitorio por cada 100.000 habitantes, según grupo etario y sexo, Chile, 2021-2024. Fuente: Elaboración propia.

El promedio de estadía del período fue de 15,87 días (DE: 19,28), con una mediana de 10 días (RIC: 4-21). En hombres, el promedio fue de 15,92 días y la mediana de 10 días; en mujeres, de 15,82 y 11 días, respectivamente. Por año, la estadía se mantuvo estable en 2021 y 2022, con 15,51 y 15,48 días, respectivamente; alcanzó su valor más bajo en 2023, con 14,09 días, y el más alto en 2024, con 18,69 días (*Figura N°3*).

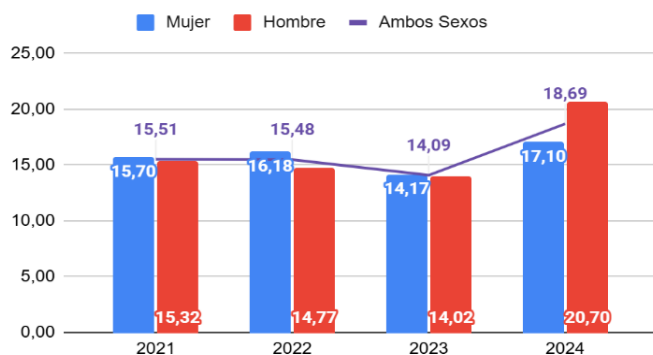


Figura N°3. Promedio de días de estadía hospitalaria según sexo y año, Chile, 2021-2024. Fuente: Elaboración propia.

Al desagregar por sexo y año, el promedio más alto correspondió a hombres en 2024, con 20,70 días, y el más bajo a hombres en 2023, con 14,02 días, una diferencia de 6,68 días. En los hombres de 2024, sin embargo, la mediana fue de 12 días y la DE de 29,62 días, con una estadía máxima de 241 días. En mujeres, los oscilaron entre 14,17 días en 2023 y 17,10 días en 2024.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran cuánto se hospitaliza el trastorno psicótico agudo y transitorio en adultos chilenos, no cuántas personas lo presentan.

La tasa varió poco de un año a otro y no mostró una tendencia clara. Es más baja que la incidencia de 6,7 por 100.000 personas-año que Castagnini y Foldager describieron en Dinamarca⁹, aunque la comparación tiene límites: aquel estudio contabilizó casos nuevos en un registro psiquiátrico, mientras que aquí se cuentan altas hospitalarias, que pueden repetirse en una misma persona y no incluyen los cuadros tratados de forma ambulatoria.

En cuanto al sexo, las tasas crudas de los hombres fueron algo mayores en tres de los cuatro años, pero la diferencia fue estrecha, se invirtió en 2024 y prácticamente desapareció al estandarizar por edad, lo que indica que respondía en parte a la mayor proporción de mujeres en los tramos de más edad. Lejos del predominio femenino que describieron Susser y Wanderling¹⁰, el resultado se acerca a la ausencia de diferencias que reportaron Castagnini y Foldager⁹, mientras que las series clínicas de Moradizadeh y colaboradores⁵ y de Kale y colaboradores¹⁴ muestran mayoría masculina. Este diseño no permite explicar esas discrepancias; una posibilidad es que el umbral de hospitalización difiera entre sexos, de modo que, si en las mujeres el cuadro tiende a ser más estable, como sugieren Castagnini y colaboradores², sus ingresos podrían estar subrepresentados.

El hallazgo más consistente fue la concentración de egresos entre los 20 y 29 años. Este resultado concuerda con Moradizadeh y colaboradores⁵, que ubican el cuadro en la adultez temprana y media, y con la mayor frecuencia de experiencias de tipo psicótico entre los 18 y 24 años que observaron González-Medina y colaboradores¹¹. Desde los 40 años, en cambio, las tasas femeninas superaron a las masculinas, lo que recuerda el perfil clásico descrito por Susser y Wanderling¹⁰; con tan pocos egresos en las edades mayores, sin embargo, este dato debe tomarse con cautela.

Una estadía media cercana a 16 días es aproximadamente la mitad de la que informaron Moradizadeh y colaboradores⁵. Más que a diferencias clínicas, que aquí no se evaluaron, esa distancia probablemente se deba al funcionamiento de cada sistema de salud: la disponibilidad de

camas, los criterios de alta o la profundidad del estudio diagnóstico. Por lo mismo, la duración del ingreso no puede leerse como un indicador de gravedad ni de pronóstico. El aumento del promedio en 2024, más marcado en hombres, no se tradujo en un cambio de la mediana, por lo que se explica más bien por unas pocas hospitalizaciones excepcionalmente largas.

El principal valor de este trabajo está en su fuente. Los registros del DEIS cubren la red pública y la privada, y al combinarlos con la población estimada para cada año, las tasas pueden compararse entre períodos, sexos y tramos de edad sin depender de un denominador fijo.

Conviene tener presente que la base registra egresos y no personas, por lo que un paciente rehospitalizado se cuenta más de una vez, lo que puede inflar las tasas e impide estimar incidencia. Un sesgo similar, inherente a la fuente de información, proviene de los traslados entre establecimientos y de los cambios de unidad dentro de un mismo recinto, que pueden generar más de un egreso para un mismo paciente y una misma patología. Influye también cómo se codifica el diagnóstico al alta, sobre todo en un cuadro que cambia de rótulo con frecuencia. A esto se suma que la base de 2024 es preliminar y carece de variables clínicas, y que por diseño quedaron fuera los episodios de inicio adolescente y no fue posible distinguir entre el sistema público y el privado.

Para la práctica clínica, saber que la demanda se concentra en adultos jóvenes es un hallazgo útil, ya que orienta la planificación de camas psiquiátricas de corta estadía y su coordinación con los programas de primer episodio psicótico. Lo que estos registros no permiten responder es cuántos pacientes vuelven a hospitalizarse o terminan con otro diagnóstico; para eso habría que vincular los egresos con las personas mediante identificadores anonimizados. Asimismo, sería pertinente evaluar cómo se comportan estas cifras tras la adopción de la CIE-11.

Conclusión

En Chile, entre 2021 y 2024, los egresos hospitalarios por trastorno psicótico agudo y transitorio en personas de 20 años o más se concentraron en adultos jóvenes, sobre todo entre los 20 y 29 años, y fueron disminuyendo con la edad. Las diferencias entre hombres y mujeres fueron pequeñas, cambiaron según el

año y el tramo etario y desaparecieron al estandarizar por edad, mientras que la estadía media fue parecida en ambos sexos.

El estudio entrega una primera línea de base, en tasas poblacionales, de la carga hospitalaria de este cuadro. Se recomienda que la planificación de los servicios de salud mental considere la mayor demanda de los adultos jóvenes, y que los próximos estudios sigan a las personas en el tiempo, incorporen variables clínicas y sociodemográficas y comparen los sistemas público y privado.

Referencias Bibliográficas

1. Castagnini AC, Berrios GE. Conceptual issues in acute and transient psychotic disorders. *Psychopathology* [Internet]. 2022 [citado el 10 de julio de 2026];55(1):10-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000520087>
2. Castagnini A, Foldager L, Caffo E, Berrios GE. The predictive validity and outcome of ICD-10 and DSM-5 short-lived psychotic disorders: a review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2022 [citado el 10 de julio de 2026];272(7):1157-1168. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01356-7>
3. Grover S, Kathiravan S. Acute and transient psychotic disorders: a review of Indian research. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 10 de julio de 2026];65(9):895-913. Disponible en: https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_254_23
4. Kathfar P, Jain P, Rastogi D, Niranjana V. Diagnostic stability of acute and transient psychotic disorders at a tertiary care center: a retrospective record-based study. *Cureus* [Internet]. 2025 [citado el 10 de julio de 2026];17(1):e77112. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.77112>
5. Moradizadeh N, Bauer J, Stenborg D, Baandrup L. Extended diagnostic evaluation and neuropsychiatric characteristics in acute and transient psychotic disorders - a descriptive analysis. *J Ment Health Clin Psychol* [Internet]. 2025 [citado el 10 de julio de 2026];9(2):28-36. Disponible en: <https://doi.org/10.29245/2578-2959/2025/2.1344>

6. Castagnini A, Galeazzi GM. Acute and transient psychoses: clinical and nosological issues. *BJPsych Adv* [Internet]. 2016 [citado el 10 de julio de 2026];22(5):292-300. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015198>
7. Vyas CM, Petriceks AH, Paudel S, Donovan AL, Stern TA. Acute psychosis: differential diagnosis, evaluation, and management. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2023 [citado el 10 de julio de 2026];25(2):22f03338. Disponible en: <https://doi.org/10.4088/PCC.22f03338>
8. 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 el 5 de octubre de 2026];4(5):e229-e244. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30056-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30056-8)
9. Castagnini A, Foldager L. Variations in incidence and age of onset of acute and transient psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2013 [citado el 5 de octubre de 2026];48(12):1917-1922. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0726-7>
10. Susser E, Wanderling J. Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis vs schizophrenia: sex and sociocultural setting. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994 [citado el 5 de octubre de 2026];51(4):294-301. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950040038005>
11. González-Medina GA, Corral SA, Castillo-Passi RI, Irarrazaval M, Maturana-Hurtado AJ, Gaspar PA. Lifetime prevalence of psychotic-like experiences and associated factors in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2025 [citado el 10 de julio de 2026];60(2):329-339. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02741-y>
12. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Bases de datos de egresos hospitalarios 2021-2024 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2026 [citado el 6 de abril de 2026]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>
13. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estimaciones y proyecciones de población 1992-2070, base 2024: base de datos [Internet]. Santiago: INE; 2026 [citado el 5 de octubre de 2026]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
14. Kale A, Basu D, Sahoo S, Minz RW. Immune-mediated inflammatory markers in acute and transient psychotic disorders-comparison with schizophrenia: an exploratory comparative study. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 10 de julio de 2026];17(2):183-191. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eip.13319>