

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

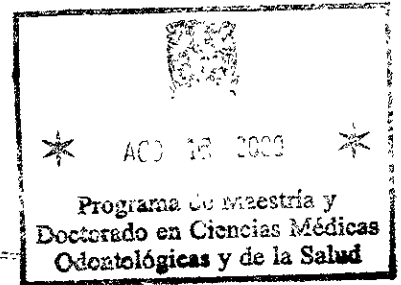
38

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL.

Los Caminos de Atención Psiquiátrica en Pacientes con Primer Episodio
Psicótico.

Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza.



TUTOR TEÓRICO

Dr. Héctor Ortega S.

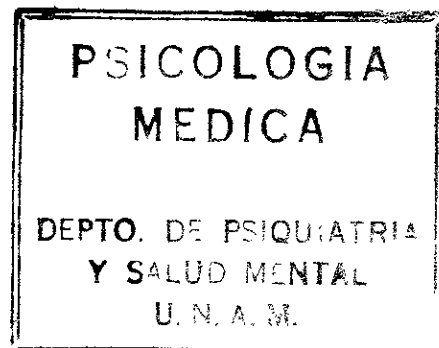
TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Rogelio Apiquian G.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE " ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRIA.



2000



287979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION.

El término de psicosis para los especialistas del área de la salud mental, hace referencia a un estado reversible o no de pérdida del contacto con la realidad, que para los legos tiene el sinónimo de "locura". Básicamente lo podemos definir como un conjunto de trastornos que afectan la forma y el contenido del pensamiento, así como la percepción y secundariamente la conducta y el funcionamiento global del individuo, con consecuencias sociales y económicas .

El fenómeno de la psicosis ha estado presente desde hace siglos, como parte de diferentes entidades que ahora identificamos como trastornos independientes, suponiendo que existen para ellos diferentes etiologías, presentaciones y pronósticos, sin embargo continúa siendo un tema de actualidad en la investigación psiquiátrica a través de sus diferentes formas de abordaje.

Kaplan **(1)**, en su texto menciona, que tradicionalmente el término de psicosis enfatizaba una pérdida del contacto con la realidad, y un deterioro del funcionamiento mental, caracterizado por delirios, alucinaciones, confusión y deterioro en la memoria. Menciona así mismo, que en los últimos 50 años, la palabra psicosis ha tenido dos acepciones; por una parte llegó a ser sinónimo de deterioro severo del funcionamiento personal y social, y desde el punto de vista psicodinámico, se ha utilizado para especificar un grado de regresión del yo.

La Asociación Psiquiátrica Americana **(2)**, lo define como un deterioro severo de la prueba de realidad; añade que la evidencia directa de la conducta psicótica es la presencia de delirios o alucinaciones (sin conciencia para quien los sufre que son causados por una enfermedad), dentro de cualquier trastorno psicopatológico.

El Manual diagnóstico y clasificatorio de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición, (DSM IV), **(3)** clasifica los trastornos psicóticos en las siguientes categorías: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme,

trastorno delirante en sus diferentes tipos, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a alguna enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico no especificado; así mismo dentro de la clasificación de los trastornos afectivos existe el episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos, así como el trastorno bipolar con síntomas psicóticos.

La frecuencia de los trastornos psicóticos varía ampliamente en los diferentes estudios, sin embargo, entre las más recientes investigaciones de primer episodio psicótico se encontraron las siguientes distribuciones: Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos 12%, trastorno bipolar con síntomas psicóticos 16%, esquizofrenia 21%, trastorno esquizofreniforme 3.2%, trastorno esquizoafectivo 5%, trastorno delirante primario 4%, psicosis no especificadas 8%. **(4)**

Existen pocos estudios que evalúan el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas psiquiátricos y la búsqueda de atención especializada, tampoco hay datos sobre los factores que pudieran estar relacionados con este periodo.

Las investigaciones recientes sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, sugieren que el diagnóstico y tratamiento temprano, se relaciona con un mejor pronóstico a corto y largo plazo, así como con una posible modificación de la historia natural de la enfermedad. El retardo en la búsqueda del tratamiento adecuado de estos pacientes ha llamado la atención, y ha conducido al desarrollo de estudios, que evalúan la duración de la psicosis no tratada, resultando ser considerablemente más larga en la mayoría de los casos, con promedios que van desde 51 hasta 156 semanas, **(5)**.

Dicho retardo se asocia con variables como un pobre funcionamiento premórbido, sin embargo, en estos estudios nunca se ha evaluado la influencia de la red familiar, ni el concepto de enfermedad mental, ni la escolaridad familiar y menos, la disponibilidad de servicios psiquiátricos.

ANTECEDENTES

Estudios de Primer Episodio Psicótico

El curso natural de diversos trastornos psicóticos, entre ellos la esquizofrenia, puede ser evaluado a través de estudios longitudinales. Ram y col, (6), valoraron las características y las limitaciones de tipo de estudios en los trastornos mencionados. Señalan que desde la perspectiva epidemiológica, la mayoría de los estudios longitudinales, tiene serias limitaciones metodológicas en el muestreo, el diagnóstico y el procedimiento en la recolección de datos, pero la falla principal radica en identificar una cohorte de pacientes que sea homogénea con respecto a la enfermedad estudiada. Concluyen que existen 3 estrategias para captar muestras homogéneas en etapas tempranas de la enfermedad: a) estudios comunitarios, b) estudios de seguimiento de grupos de alto riesgo ; y, c) estudios de primer contacto con servicios psiquiátricos.

Un problema frecuentemente encontrado en la investigación de la esquizofrenia, es la amplia variabilidad de los hallazgos reportados, esta variabilidad se atribuye comúnmente a la heterogeneidad del síndrome esquizofrénico, además de la amplia discrepancia en las definiciones y los criterios usados para los diagnósticos en las poblaciones de estos estudios.

Los estudios de *primer episodio psicótico* tienen por objetivo, evaluar a aquellos pacientes que por primera vez acuden un centro psiquiátrico dado en busca de atención para el cuadro psicótico actual.

Keshavan y Schooler, (7), señalan que los estudios de primer episodio, permiten obtener y estandarizar conceptos y definiciones sobre la historia natural del trastorno investigado, ya que excluyen los efectos que la cronicidad y la institucionalización tiene sobre el curso de la enfermedad, permiten determinar el momento y la forma de inicio, tanto de los síntomas prodrómicos, como los psicóticos. Por otro lado, permiten

detectar la influencia de factores biológicos o psicosociales en la etiología y fisiopatogenia del trastorno. Así mismo tienen valor en la investigación biológica, ya que eliminan el efecto de los psicofármacos, y por último, incrementan el entendimiento sobre la variabilidad de la morbilidad clínica observada en los primeros años posteriores al inicio del trastorno.

Hass y Sweney , (8) agregaron que la sintomatología clínica de los pacientes estudiados durante su primer episodio no se encuentra afectada por la influencia del tratamiento médico, de la disfunción social secundaria, de la progresión de la enfermedad y de la contaminación del reporte retrospectivo.

Libertman (9) añade que estos estudios, además, ofrecen la oportunidad de investigar las características de la respuesta familiar en torno a la enfermedad.

Particularidad interesante de los estudios de primer episodio, es que evalúan el periodo prodrómico, y la significancia del mismo. Cameron en 1938 señaló que la detección temprana del trastorno previene una enfermedad posterior seria; Fallon (10) y Birchwood (11) concluyen que la detección temprana previene la disrupción psicosocial.

Herz (12) y Birchwood , (13), mencionan la importancia del prodromo como parámetro temprano para determinar recaída.

Yung (14), por su parte, define al prodromo como el periodo previo al trastorno psicótico, que representa un cambio en la experiencia y la conducta previa del individuo. Señala que este periodo en la esquizofrenia, puede ser visto de 2 formas: a) donde los síntomas prodrómicos son una forma temprana del trastorno psicótico ; o bien, b) donde estos síntomas constituyen un síndrome que confiere vulnerabilidad al sujeto para el desarrollo de la esquizofrenia. Por otro lado, señala la importancia de este periodo en ~~el~~ pronostica a largo plazo.

Además desarrolla el concepto de psicosis no tratada, que establece como el periodo comprendido desde el inicio de los síntomas psicóticos hasta el inicio del tratamiento.

Profundizando en la importancia del prodromo, De Lisi, **(15)** resalta importancia de la edad en el inicio de la esquizofrenia. Menciona que la edad de inicio es el único parámetro que aisladamente podría arrojar pistas sobre la etiología de la esquizofrenia. Las definiciones previas sobre la edad de inicio, se basaban en la presencia de síntomas positivos que claramente se correlacionaban con la edad de la primera hospitalización. Los síntomas negativos, de inicio más insidioso y más difícil de reconocer, son el punto crucial para determinar el origen del proceso patológico. Por otro lado se observan consistentemente diferencias de género en la edad de la primera hospitalización, los porcentajes de incidencia específicos para la edad y la edad del paciente cuando aparecen los primeros síntomas. Estas diferencias parecen ser específicas para la esquizofrenia, y se han planteado algunas teorías sociales y hormonales para explicarlo.

Otra posibilidad importante de los estudios de primer episodio psicótico, además de las ya mencionadas, es la evaluación de los déficits cognitivos iniciales y los que se presentan en la evolución del trastorno, permitiendo así determinar si son inherentes a la enfermedad, o son el resultado de un deterioro, aún más, permiten explorar, si éste está relacionado a una detección y tratamiento tardío o inadecuado.

Mc Glashan y Fenton **(16)**, muestra evidencias de un deterioro progresivo del funcionamiento intelectual, en muchos trastornos psicóticos, sin embargo no se ha determinado la incidencia, ni la severidad y ni el curso de este proceso. Existe un acuerdo acerca de que el deterioro severo podría ocurrir dentro de los primeros 5 años de la enfermedad, y que posteriormente puede permanecer estable o incluso mejorar ligeramente.

Bilder y col , (17) en el reporte de su estudio sobre los déficits intelectuales en los pacientes con primer episodio de esquizofrenia, señala que si bien está documentado que una alta proporción de pacientes con este trastorno presentan, deficiencias intelectuales, poco se ha estudiado la forma de distinguir entre los déficits que reflejan un desarrollo anormal y aquellos que indican un deterioro de habilidades adquiridas previo al inicio de la enfermedad. Partiendo de esta premissa estudia 3 grupos de sujetos: a) pacientes de primer episodio de esquizofrenia, b) pacientes con esquizofrenia crónica c) un grupo control sano. Se establecieron los diagnósticos a través de entrevistas directas y con base en los criterios diagnósticos de investigación (RDC), se aplicaron escalas de SADS. y WAIS como . Los autores señalan que sus resultados son consistentes con la hipótesis de que los pacientes con esquizofrenia pueden sufrir tanto de defectos tempranos del desarrollo intelectual, como un deterioro posterior.

Pollack y col (18) reportaron que entre el 50 y 80% de los pacientes con esquizofrenia, mostraron deterioro a través de pruebas neuropsicológicas, sin embargo poco se sabe sobre las diferencias entre los déficits que reflejan el desarrollo anormal, y los provocados por el deterioro posterior.

Kirch y cols., (19) consideran que es necesario incrementar la investigación en aquellos pacientes con primer episodio psicótico, plantean directrices de evaluación, como la necesidad de criterios operacionales, para indicar el inicio, el fin y la recaída de un episodio, consideraciones de criterios de inclusión y exclusión relacionados con la edad y el género, la comorbilidad con el abuso de sustancias, el diseño de estudios de seguimiento, y el incremento en la colaboración entre diferentes grupos de investigadores.

Retomando las aportaciones que hacen Keshavan y Schooler (7) , sobre la importancia de los estudios de primer episodio en la esquizofrenia, conviene señalar la necesidad de definir la variables que requieren los estudios de primer episodio y proponen

hipótesis tentativas que deben ser revisadas y probadas. Las variables que proponen son las siguientes: a) el inicio de las características clínicas (primeros síntomas psiquiátricos, primeros síntomas prodrómicos, primeros síntomas psicóticos, primer contacto con los servicios de salud mental, b) forma de inicio c) criterios diagnósticos formales, d) entrevistas estructuradas, e) procesos diagnósticos, f) estabilidad diagnóstica, g) criterios de exclusión y h) severidad de la enfermedad

CAMINOS EN BUSCA DE ATENCION PSIQUIÁTRICA.

Podemos definir los caminos hacia la atención psiquiátrica como las rutas que siguen los usuarios de los servicios psiquiátricos, en busca de la atención especializada para los diferentes trastornos de la salud mental; la investigación de estas rutas involucra variables como el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera búsqueda de atención, quien la brinda o a quien se recurre en primera instancia, cual es el síntoma que los obliga a buscarla, y las diferencias sociodemográficas en la forma en que se busca, entre otras.

El retardo en la búsqueda de tratamiento adecuado en pacientes con trastornos psicóticos, ha llamado la atención y ha conducido al desarrollo de estudios que evalúan la duración de la psicosis no tratada, resultando que esta es considerablemente larga en la mayoría de estos estudios, con promedios de 51 hasta 156 semanas. (5)

Este retardo se asocia con variables como un pobre funcionamiento premórbido, sin embargo en estos estudios no se ha evaluado la influencia de la red familiar, el concepto de enfermedad mental, ni la escolaridad familiar, tampoco la disponibilidad de servicios psiquiátricos, entre otras variables.

Loncon y cols., (20) realizaron una revisión de la literatura, y concluyeron que prácticamente no existe información sobre la forma en que los pacientes con trastornos psicóticos buscan atención; sin embargo plantean un modelo de investigación en esta línea, señalando que debe ponerse atención a la evaluación de las siguientes áreas: el reconocimiento de la enfermedad por el enfermo, las trayectorias que siguen, y las formas de referencia para llegar a la atención especializada.

hipótesis tentativas que deben ser revisadas y probadas. Las variables que proponen son las siguientes: a) el inicio de las características clínicas (primeros síntomas psiquiátricos, primeros síntomas prodrómicos, primeros síntomas psicóticos, primer contacto con los servicios de salud mental, b) forma de inicio c) criterios diagnósticos formales, d) entrevistas estructuradas, e) procesos diagnósticos, f) estabilidad diagnóstica, g) criterios de exclusión y h) severidad de la enfermedad

CAMINOS EN BUSCA DE ATENCION PSIQUIÁTRICA.

Podemos definir los caminos hacia la atención psiquiátrica como las rutas que siguen los usuarios de los servicios psiquiátricos, en busca de la atención especializada para los diferentes trastornos de la salud mental; la investigación de estas rutas involucra variables como el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera búsqueda de atención, quien la brinda o a quien se recurre en primera instancia, cual es el síntoma que los obliga a buscarla , y las diferencias sociodemográficas en la forma en que se busca, entre otras.

El retardo en la búsqueda de tratamiento adecuado en pacientes con trastornos psicóticos, ha llamado la atención y ha conducido al desarrollo de estudios que evalúan la duración de la psicosis no tratada, resultando que esta es considerablemente larga en la mayoría de estos estudios, con promedios de 51 hasta 156 semanas. **(5)**

Este retardo se asocia con variables como un pobre funcionamiento premórbido, sin embargo en estos estudios no se ha evaluado la influencia de la red familiar, el concepto de enfermedad mental, ni la escolaridad familiar, tampoco la disponibilidad de servicios psiquiátricos, entre otras variables.

Loncon y cols., **(20)** realizaron una revisión de la literatura, y concluyeron que prácticamente no existe información sobre la forma en que los pacientes con trastornos psicóticos buscan atención; sin embargo plantean un modelo de investigación en esta línea, señalando que debe ponerse atención a la evaluación de las siguientes áreas: el reconocimiento de la enfermedad por el enfermo, las trayectorias que siguen, y las formas de referencia para llegar a la atención especializada.

El estudio más amplio sobre el tema de los caminos de atención psiquiátrica, fue una investigación multicéntrica organizada por la OMS en 1988 (21), llevada a cabo en instituciones psiquiátricas de 11 países (Cuba, Checoslovaquia, España, India, Indonesia, Kenia, México, Pakistán, Portugal, Reino Unido y Yemen) con 1554 pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos, tanto psicóticos como no psicóticos. Los pacientes incluidos fueron aquellos que se refirieron a cada centro participante, durante el lapso de un mes. Se incluyó a aquellos que no habían recibido tratamiento psiquiátrico en el año previo, fueron entrevistados con un formato inicial especialmente preparado que proporcionaba información sobre los sitios de atención previos, la longitud del trayecto en semanas, el principal problema presentado, el principal diagnóstico y la duración del viaje para llegar al sitio de atención, la duración total de los síntomas, las variables sociodemográficas. Además se hizo un diagnóstico en base al ICD 10.

Las rutas tomadas por cada paciente individual, se constituyeron en diagramas de rutas para cada centro participante. La duración en tiempo de las rutas, se compararon entre los diferentes grupos diagnósticos. Se estimó el número de psiquiatras por millón de habitantes, haciendo una corrección para el número de psiquiatras en cada centro de acuerdo a la proporción de pacientes que veían dentro y fuera de su área.

Se observó la presencia de un patrón frecuente en las rutas de atención, y que fue visto en los 4 centros europeos y en Cuba (es en este último país donde existe el mayor número de psiquiatras por millón de habitantes, 56 / 1,000 000), donde la mayoría de los pacientes acudieron primero a un médico general y de aquí fueron referidos a los servicios psiquiátricos. En México se determinó que el 24% de estos individuos llegan directamente de la comunidad a los servicios psiquiátricos, el 54% proviene referidos de médicos generales, el 14% de médicos de hospitales y el 1% de curanderos nativos que no los refieren. Los retardos en cada centro varían desde 1 semana en Kenia hasta 32 semanas en México.

El 80% de los pacientes de todos los centros, consultaron primero a alguno de los siguientes 3 tipos de contactos: médico general de atención primaria, médico general de hospital o curandero local. Una vez que se establece el primer contacto, los envíos a los servicios psiquiátricos son más cortos en todos los centros cuando provienen de un médico de atención primaria o de hospital que cuando son de un curandero local. En cuanto a los grupos diagnósticos, se encontró que los individuos con trastornos psicóticos, incluida la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, presentó retardos significativamente más cortos que el grupo no psicótico, en España, Kenia, Portugal y Reino Unido; en los otros centros fueron también más cortos pero no significativamente.

Como síntomas específicos los más frecuentemente encontrados fueron ansiedad, trastornos de conducta, depresión, problemas orgánicos y psicosis.

La mayoría de los pacientes de casi todos los centros habían recibido algún tratamiento, entre el 25 y 60% se les prescribió algún psicofármaco, especialmente hipnótico - sedantes. 216 recibieron tratamiento para el síntoma físico, 53 antidepresivos, 30 NLP, 216 ansiolíticos, otras formas de tratamiento encontradas en algunos países fueron la medicina nativa con diferentes proporciones que van desde el 6% en Manchester, hasta el 52% en Indonesia ; soporte espiritual con 12% en Indonesia y 16% en India; medicina alternativa con 6% en la India, consejo con 6% en Indonesia y 12% en la Havana.

Aunque De Lisi, (15) aborda el tema del prodromo en su artículo sobre la significancia de la edad en el inicio de la esquizofrenia, proporciona también datos importantes que propone están relacionados con el retardo en la búsqueda de atención, al señalar que la edad de inicio, se definía previamente por la presencia de los síntomas positivos, y que esta se correlaciona claramente con la edad de la primera hospitalización; señala sin embargo, y que en este momento depende de otros factores como la disponibilidad de servicios psiquiátricos, la tolerancia familiar o el reconocimiento de los síntomas que requirieran atención psiquiátrica y la presencia o no de conducta agresiva o peligrosa.

Larsen, Glashan y Conrad (22) estudiaron a 43 pacientes con edades entre 15 y 55 años con diagnóstico de esquizofrenia, como parte de un programa de detección y tratamiento temprano en Rogland Noruega. Evaluaron la severidad de la enfermedad, el funcionamiento psicosocial previo, el estresor y forma de inicio, así como la duración de la psicosis no tratada (DPNT). Encontraron las siguientes diferencias significativas: las mujeres tenían mayor escolaridad que los hombres, la edad media de inicio para las mujeres fue de 29.7 años vs 24.5 para los hombres, el GAF en el año previo a la hospitalización fue de 64 para las mujeres vs 52 para los hombres; la DPNT fue de 39 semanas para las mujeres vs 154 para los hombres. De acuerdo al planteamiento del estudio, los autores dividieron la DPNT en : a) corta, menor de un año y b) larga, mayor de un año; así, encontraron que en el grupo "a" se encontraban el 80% de las mujeres vs el 39% de los hombres y en el grupo "b" se encontraban el 20% de las mujeres vs 61% de los hombres.

Concluyen finalmente que existe la tendencia de los servicios de salud primaria a no prescribir NLP, así como a no referir a los servicios psiquiátricos. Así mismo afirman que existe una correlación negativa entre los puntajes del GAF y la escala de Strauss Carpenter con la duración de la psicosis no tratada. También se observó una correlación entre una larga DPNT y la presencia previa de síntomas negativos, mencionando que los síntomas de curso temprano son ignorados, escondidos o mal explicados.

Horwitz (23) propone que las causas para el retardo en la búsqueda de atención son 2 : a) creencias culturales sobre la ineficiencia e indeseabilidad de los servicios de salud mental y, b) la dificultad de acceso a estos servicios.

Perkins y Moodley en (24) investigaron la forma de percibir los problemas psiquiátricos de pacientes internados, estudiaron a 52 sujetos con edades entre 18 y 65 años, que fueron admitidos consecutivamente a su servicio psiquiátrico en Londres, con la siguiente distribución diagnóstica, 25.5% con trastorno bipolar, 40.4% con alguna forma de esquizofrenia, 27.7% con depresión. El 80.8 % se encontraban solteros, divorciados

o viudos, el 75% estaban desempleados, el 84.6% tenían antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas previas.

A todos los sujetos se les entrevistó dentro de la primera semana de admisión, se les aplicó una entrevista estructurada, se les preguntó al ingreso si consideraban que tuvieran algún problema de salud mental, cual era el principal si es que existía, que ayuda habían buscado hasta entonces y quien había estado involucrado en su admisión.

Sus resultados mostraron que el 58% negaba la presencia de síntomas psiquiátricos, de estos el 14.4% negaba tener cualquier tipo de problema y el 40.4% pensaba que tenían problemas físicos o sociales. Se encontraron diferencias significativas en los problemas reportados al momento del diagnóstico, ($P= 0.01$) Una alta proporción de pacientes con esquizofrenia o TBP dijo que no tenía ninguna clase de problemas, La mayoría de los diagnosticados como deprimidos y el 41.7% de los que padecían esquizofrenia, reconocían tener problemas psiquiátricos, mientras que solo el 25% de los que tenían TBP consideraban tener alguna clase de problemas. Una amplia proporción de estos pacientes (38.4% se presentó directamente al servicio psiquiátrico como primera ruta. Una proporción que los autores consideraron alarmante 23.1% fueron referidos desde el sistema policiaco - legal y una tercera parte de estos casos la policía había recibido un llamado de familiares o amigos del paciente, el 15.4% fueron referidos por médicos generales. Encontraron diferencias en las rutas de atención de acuerdo a los grupos etarios, así los jóvenes (considerados menores de 30 años) eran referidos más frecuentemente por servicios policiacos, en contraste con los mayores de 30 años referidos por médicos generales o servicios psiquiátricos domiciliarios.

Sartorius y col (25), investigaron en 1986 la relación entre las manifestaciones tempranas y la incidencia de primer contacto en los pacientes con esquizofrenia en las diferentes culturas. En el contexto de un estudio colaborativo con la OMS, 12 centros investigadores en 10 países (India, Colombia, Irlanda, EUA, Nigeria, URSS, Japón, Reino Unido y Checoslovaquia), durante un periodo de captación de 2 años, se

identificó a un total de 1379 personas que hacían contacto por primera vez en su vida con algún tipo de " agencia de ayuda" , por la presencia de síntomas psicóticos.

Estos individuos encontraron criterios para diagnosticar esquizofrenia y trastornos psicóticos no afectivos, se evaluaron con los siguientes instrumentos: entrevista de búsqueda, Examen del estado actual (PSE), entrevista de la historia personal y psiquiátrica, entrevista de diagnóstico y pronóstico. Las características sociodemográficas, mostraron 745 hombres y 634 mujeres, la mayoría provenientes de niveles socioeconómicos bajos, predominantemente solteros, El 36% mostraron un inicio agudo, el 18% fue subagudo y el 35% insidioso.

Con rangos entre el 52 en India y 94% en Checoslovaquia, los pacientes tuvieron un contacto previo a la captación con profesionales médicos (psiquiatras o médicos generales), alternativas de atención fueron curadores tradicionales o religiosos, en el 28% de los pacientes en India,31% en Nigeria. En todos los centros de los países subdesarrollados y en Honolulu, los pacientes tuvieron patrones complejos de contactos, que incluían agencias médicas y alternativas.

Las razones para buscar ayuda fueron marcadamente similares a través de las diferentes culturas. En el 90% de todos los casos estuvieron relacionados con aparición o exacerbación de conducta percibida como bizarra, discurso incomprensible y deterioro del funcionamiento rutinario previo. Violencia, intento suicida o autolesiones jugaron un papel importante en la búsqueda del primer contacto en el 25% de los casos de los países en desarrollo y en una décima parte de los países desarrollados.

Lobel, Jeffrey y col. en 1992 (26) realizaron un estudio en 70 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, seguidos por 3 años, con tratamiento estandarizado y evaluaciones periódicas. Encontraron que la duración media de los síntomas psicóticos antes del tratamiento fue de 52 semanas, que estaba precedido por un sustancial periodo de síntomas prodrómicos y concluyen que el retardo en el tratamiento, se relaciona con un mayor tiempo de sintomatología y un menor grado de remisión.

Cole y col en 1995 (27) realizaron un estudio sobre las rutas de atención de pacientes con primer episodio psicótico, comparando grupos étnicos; fueron estudiados 93 pacientes, a quienes se entrevistó en el momento del primer contacto, se obtuvo información que fue corroborada y completada por los familiares cercanos, se evaluó el modo de inicio, primer signo de enfermedad mental, encontrando que el 55.59% consultó a un servicio de salud o social en su primer contacto, sin diferencias entre grupos étnicos. Los profesionales de la salud mental fueron los más frecuentemente involucrados, sin diferencias tampoco entre grupos étnicos. Las admisiones obligatorias que fueron la forma de contacto del 31% de los pacientes, ocurrieron más frecuentemente entre la población negra con 28%, asiáticos y otros con 19% sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. Los factores significativamente asociados con la admisión obligatoria fueron vivir en un asilo, lejos de la familia, ausencia de intervención de algún médico general en el trayecto, ausencia de familiares o amigos involucrados en la búsqueda de ayuda. El retardo entre el inicio del primer signo de enfermedad, (definido por los autores como un cambio grueso en la personalidad o la conducta) y la presentación al servicio psiquiátrico, solo se relacionó significativamente con la variable de ser soltero, con $P= 0.002$. Al compararlos por grupos diagnósticos, esquizofrénicos y no esquizofrénicos, no se encontraron diferencias significativas.

Horwitz en 1977 (28) estudió las diferencias entre sexos de las rutas de acceso a los servicios psiquiátricos en una población altamente circunscrita de 120 pacientes que excluía a aquellos con tratamiento psiquiátrico previo, población no blanca, niveles sociales diferentes a las clases III y IV de la clasificación de Hollinshed, a quienes nunca habían estado casados. Los investigadores encuentran diferencias entre los sexos que los hacen concluir que el proceso de control social y cultural influye en la búsqueda de ayuda y los patrones de clasificación por los cuales hombres y mujeres inician tratamiento psiquiátrico. Las mujeres, dice el autor, más frecuentemente que los hombres, perciben y reconocen que tienen problemas emocionales, hablan sobre ellos con su familia, amigos, compañeros de trabajo y profesionales. Ya que sus problemas son más visibles, la información sobre psiquiatras y temas de ayuda profesional son

más accesibles para ellas. En adición no se resisten a buscar ayuda para la resolución de estos problemas.

Balenstein y col. en 1994 **(29)**, utilizando el mismo método del estudio de la OMS, estudiaron los caminos de atención en Verona, Italia; señalan en primer término el número de psiquiatras por habitantes en esta región, que correspondió a 94 / 1,000 000. De los 116 sujetos que solicitaron atención psiquiátrica por primera vez, el 92% visitó a un médico, de estos, el 36% llegó de forma directa a los servicios psiquiátricos comunitarios. Los problemas presentados para iniciar la primera búsqueda fueron: síntomas depresivos en un 30%, síntomas ansiosos con 30%, síntomas psicóticos en 9.5%, síntomas somáticos en 7.7% , dentro de éstos, principalmente trastornos del sueño, intento suicida 6%.

Los intervalos entre el inicio del cuadro y la llegada a los servicios psiquiátricos en semanas de acuerdo al grupo de síntomas fueron los siguientes: síntomas depresivos 12 semanas, síntomas de ansiedad 14.5 semanas, síntomas psicóticos 10 semanas.

Una de las variables menos estudiadas, es el la influencia del concepto de la enfermedad mental del paciente y los individuos de su entorno, sobre la forma en que buscan atención para los trastornos psiquiátricos, aun los 2 estudios transculturales parecen olvidar esta cuestión.

Gureje O, y colaboradores en su artículo, " Caminos de atención psiquiátrica en Ibdan, Nigeria **(30)**, concluyen que las vías que los pacientes siguen para obtener atención psiquiátrica, reflejan la naturaleza de los servicios disponibles y las concepciones populares sobre la enfermedad mental, tras encontrar que la mayoría de los sujetos estudiados recurren inicialmente a los sanadores tradicionales y religiosos, y son estos pacientes quienes presentan mayor retraso para consultar los servicios psiquiátricos.

Hallazgos similares encuentra Abinud en 1995 **(31)** en otra población de Nigeria, al evaluar a 238 pacientes en su primer contacto con los servicios psiquiátricos, encontró

que el 40% de estos pacientes acudían en primer lugar a los cuidadores tradicionales o religiosos, eran significativamente más hombres que mujeres y de religión musulmana, concluye que la familia juega un papel importante en la forma en que se busca atención para este tipo de trastornos.

Pizza en 1996 (32), realiza un estudio epidemiológico observacional que pretende describir las características clínico-demográficas del proceso de decisión del primer contacto psiquiátrico. En los resultados encontró que los principales usuarios de los servicios psiquiátricos de acuerdo a grupos diagnósticos por él establecidos, fueron las psicosis esquizofrénicas con 20%, seguidas por las psicosis orgánicas y los trastornos neuróticos, de los que no brinda porcentajes. Encontró en su población factores significativamente asociados con ser usuario a largo plazo de estos servicios, como: inicio de síntomas antes de los 55 años, no estar casado, vivir solo, sin red de apoyo y padecer algún tipo de psicosis funcional.

Un factor que se debe tener en cuenta, al analizar los factores asociados al retardo en la búsqueda de atención especializada, es la disponibilidad de servicios, reportes de De la Fuente R., en 1988, señalan que existe un total de 16 hospitales psiquiátricos en la república, los cuales son insuficientes, mal distribuidos y con pocos recursos. Se cuenta con una cama psiquiátrica disponible por cada 5,453 habitantes en el D.F. ; una cama por cada 55, 315 habitantes en la zona norte y centro y una cama por cada 44, 115 habitantes en las zonas sur y sureste de la República. 96 hospitales generales 198 clínicas y centros de salud cuentan apenas con los servicios mínimos de consulta externa psiquiátrica. (33)

EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL Y SU INFLUENCIA EN LA FORMA DE BUSQUEDA DE AYUDA .

Los dificultades en la atención de los problemas de salud mental en México, como en otras partes del mundo, no son solo el resultado de los presupuestos insuficientes dedicados al sector salud, ni en la forma de distribución de estos, sino que radican también en la forma de acercamiento de la población a estos servicios especializados, cabe señalar que poca información se encuentra al respecto.

Una de las hipótesis, del presente estudio, plantea que la forma en la que se busca atención especializada ante una enfermedad mental, depende de diversas variables, como el tipo específico de enfermedad, el sexo, la edad de inicio, la escolaridad, el funcionamiento premórbido, además de la forma en la que, el paciente y las personas que componen su entorno más cercano (familiares y amigos), conceptúan a la enfermedad mental.

Esta forma de buscar ayuda hace referencia a una serie de procesos que van desde la manera en la que individuo y su entorno se percatan de los cambios conductuales, temperamentales o de pensamiento, la manera de interpretarlos, y de definirlos como un síntoma, hasta el modo de determinar a quien se acudirá para solucionarlos.

Angel y Thoits (34) investigaron el impacto de la cultura en la estructura cognitiva de la enfermedad. La literatura documenta el hecho de que la cultura forza las opciones perceptuales, explicatorias y conductuales que los individuos tienen en su disposición para entender y responder a la enfermedad. Los autores tiene 2 propuestas en desarrollo de un modelo de impacto de la cultura en la estructura cognitiva, la cual media la interpretación de los estados emocionales y físicos por el individuo. Numerosos estudios revelan que existe una correspondencia imperfecta entre el hecho clínico de la enfermedad y la experiencia subjetiva del enfermo, así, mientras que las características clínicas de la enfermedad son culturalmente invariables, la experiencia fenomenológica es altamente variable. Los autores emplean el término *síntoma* en el sentido médico como un indicador de enfermedad subyacente.

Establecen el punto crucial de su discusión proponiendo que no todos los cambios en la experiencia física o emocional, son interpretados como síntomas. Incluso la vasta

mayoría de tales cambios son rutinariamente ignorados o tomados con poca importancia.

Los autores proponen un modelo de influencia cultural en la interpretación de la enfermedad a través de 3 pasos secuenciales a) la percepción de cambios físicos o emocionales, b) la evaluación y clasificación de tales cambios físicos o psicológicos como serios o triviales y c) el decidir un curso de acción .

A) Atender o Ignorar el cambio

En este modelo, de los autores proponen que el cambio debe pasar por un filtro perceptual, que es dirigido por estructuras cognitivas específicas, que permiten al individuo atender solo a la información que es relevante en un momento en particular, sin embargo generalmente solo se atiende a los cambios gruesos del estado fisiológico. Esto se complica por el hecho de que si detecta los cambios, ser impreciso para reportarlos. Los cambios se detectan con menos dificultad, cuando son no placenteros, o incluso intensos, prolongados, inesperados, y recurrentes.

Existe evidencia que la forma de atender a tales cambios esta culturalmente influenciada, estudios sugieren que los grupos culturales difieren en la forma en que enseñan a sus individuos a monitorear los estados corporales ; por ejemplo, Hansell y Mechjanic encontraron tras sus investigaciones, que las tendencias a la introspección, (altamente relacionadas con al autoconciencia), fueron más comunes entre mujeres y en individuos judíos, que entre los hombres e individuos no judíos, y que estas conductas se relacionaban con experiencias de socialización, más temprana.

B) Evaluación y Clasificación de los síntomas.

Un cambio fisiológico o emocional puede ser interpretado como normal o bien como un síntoma de patología subyacente. Un factor que influye en clasificarlo como normal o no, es la ocurrencia de este como parte de una constelación de cambios, así un cambio aislado es menos frecuente que sea visto como un síntoma, a menos que sea particularmente molesto o persistente. Algunos cambios anormales también están asociados con la experiencia pasada.

Una vez interpretado como síntoma, el foco de atención cambia a la naturaleza del trastorno subyacente. Mas evaluaciones son hechas en términos del trastorno, más que en términos del síntoma. Los autores señalan que miembros de culturas tradicionales tienden a diferenciar menos entre síntomas físicos o emocionales. Por otro lado los cambios emocionales son frecuentemente interpretados como síntomas psicológicos en sociedades tradicionales y modernas.

En esta segunda fase, la cultura también juega un papel importante, Aunque la experiencia emocional o física pueda ser reconocida como significativa y problemática, la posibilidad de reportarla o expresarla en público, puede ser baja. Hoschild, ha demostrado la existencia de normas, que guían la expresión de sentimientos a otros, como la no permisividad a los hombres para llorar o demostrar afecto en público, por considerarse inapropiadas en las sociedades occidentales.

La categorización de los síntomas está influenciada por creencias culturales y sociales concernientes a la anatomía, fisiología y etiología de las enfermedades, la cual puede cambiar como resultado de la experiencia y la educación.

C) Búsqueda de ayuda.

La respuesta al trastorno, depende de evaluaciones previas concernientes a la naturaleza, severidad, cronicidad, causa, posibilidad de contagio, responsabilidad personal, y pronóstico entre otras. Según los autores, las personas podrían retardar la búsqueda de ayuda si se trata de enfermedades socialmente no deseables, como enfermedades venéreas o trastornos psiquiátricos. La sociología médica, generalmente reconoce que la información y consejo de familiares y amigos, es relevante en la decisión de buscar atención, pero la complejidad potencial del proceso cognitivo y el impacto sutil de la cultura en este proceso no ha sido adecuadamente conceptualizado.

En 1994, Silberman y Andrade (35) , trataron de determinar el significado psicológico y social de la salud y enfermedad mental, para lo cual estudiaron a un grupo de 160 estudiantes de diversos grados escolares, que incluían alumnos de primaria,

secundaria, preparatoria y licenciatura, agrupándolos en diversos niveles educativos, escogidos aparentemente de forma arbitraria. La mitad de sexo masculino y la mitad femenino, todos pertenecientes a nivel socioeconómico medio. Para investigar los conceptos, se valieron de la *técnica de redes semánticas*, que consiste básicamente en solicitar a los individuos de la muestra que elaboren una lista de palabras definidoras de un concepto y las jerarquicen de acuerdo a su cercanía con el concepto definido. El análisis de las respuestas se hace en base con el valor ponderado que le es asignado a cada una de las palabras definidoras que se generan, permitiéndoles, según las autoras obtener un análisis cuantitativo y cualitativo de la forma en que los sujetos tienen representada la información. Las autoras investigaron 9 conceptos: salud mental, enfermedad mental, locura, depresión, angustia, neurosis, psicosis, psicólogo y psiquiatra.

Los resultados (presentados en forma inadecuada en las tablas al colocar en forma invertida el símbolo que debería p menor, y por lo tanto no concordantes con el texto), señala que encontraron diferencias significativas por nivel escolar entre los cuatro grupos en todos los conceptos.

Específicamente en el término de salud mental, fue definido básicamente como salud general, y palabras como equilibrio, bienestar, felicidad, tranquilidad, cuerdo e inteligencia.

El concepto de enfermedad mental, fue definida por todos los grupos como locura, desequilibrio, enfermedad e incapacidad. Locura fue definida como enfermedad, desequilibrio, trastorno, desorden, miedo, angustia, tonto y anormal. Psicosis fue definido a decir de las autoras como locura, enfermedad, trastorno, desequilibrio, e incluso términos relacionados con una famosa película que lleva este título.

Psicólogo parece ser definido como un doctor, maestro, amigo, loquero. Psiquiatra lo definen también como un doctor que ayuda, profesionalista, maestro, relacionado con locos, asuntos de la mente y medicamentos.

Al análisis de este estudio se encuentran una serie de deficiencias que afectan gravemente la interpretación de los resultados. Desde el punto de vista metodológico,

resulta inadecuada la selección de la muestra estudiada, se escogió solo el nivel socioeconómico medio, obviando los otros dos estratos socioeconómicos en que la población se encuentra típicamente dividida, olvidando que el grueso de nuestra población está representada por el nivel socioeconómico bajo, con sus subtemas; al hacer esto no considera que el nivel socioeconómico podría ser una variable con importante influencia y la deja fuera del estudio.

Un aspecto igualmente grave, es intentar equiparar a individuos estudiantes de diferentes niveles educativos, con individuos adultos con diferentes niveles escolares, sin tomar en cuenta, que más que diferentes escolaridades, se trata de diferentes grupos etarios, y por lo tanto distintos niveles de pensamiento, de amplitud de vocabulario y de experiencia con situaciones o personas que tengan que influyan en la formación de estos conceptos. Así dos variables las compacta en una.

Ante esto, los resultados que muestran una aparente diferencia significativa entre los diferentes niveles educativos no es de forma alguna válida.

JUSTIFICACION.

La frecuencia de los trastornos psicóticos varía ampliamente en los diferentes estudios, sin embargo, entre las más recientes investigaciones de primer episodio psicótico se encontraron las siguientes distribuciones: Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos 12%, trastorno bipolar con síntomas psicóticos 16%, esquizofrenia 21%, trastorno esquizofreniforme 3.2%, trastorno esquizoafectivo 5%, trastorno delirante primario 4%, psicosis no especificadas 8%. **(4)**

Los trastornos psicóticos, especialmente, la esquizofrenia, producen un deterioro global y un alto costo en los servicios requeridos, por ejemplo, en Estados Unidos, el 35% de los gastos en salud mental están dedicados a los pacientes con esquizofrenia, la gran mayoría de las camas de los hospitales psiquiátricos, son ocupadas por estos pacientes, y entre el 33 y 50% de los vagabundos sin hogar, son esquizofrénicos.

Estudios recientes señalan el hecho de que la intervención terapéutica temprana en los pacientes con trastornos psicóticos, especialmente con esquizofrenia, disminuye el grado de deterioro individual provocado por la propia psicopatología del trastorno, y como consecuencia disminuye también el deterioro psicosocial. **(5)** Dicho retardo se asocia con variables como pobre funcionamiento premórbido sin embargo, nunca se ha evaluado la influencia de la red familiar, ni del concepto de enfermedad mental, ni de la escolaridad familiar, y menos de la disponibilidad de se servicios.

Estudios que investiguen las trayectorias que los pacientes siguen en busca de atención, nos pueden proporcionar, información sobre la forma en la que estos pacientes definen enfermedad mental, la manera en la éstos y los individuos de su entorno inmediato identifican un cambio en su estructura psíquica o en su conducta, en la interpretación que hacen de este y como se relaciona ésto con el nivel sociocultural, con la forma de enfrentarse a la enfermedad y con la disponibilidad de los servicios psiquiátricos en nuestro país entre otras variables.

El obtener estos datos, podría permitir el replanteamiento de estrategias encaminadas a proporcionar atención oportuna a estos individuos, con el fin de evitar el deterioro inherente al trastorno, el deterioro social secundario y la hospitalización.

OBJETIVOS.

- 1.- Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con primer episodio psicótico incluidos en este estudio.
- 2.- Describir y comparar el funcionamiento premórbido y psicosocial de los pacientes del estudio.
- 3.- Enlistar y describir cuales son las rutas de atención que siguieron los pacientes de este estudio.
- 4.- Determinar la relación entre las variables clínicas, sociodemográficas, los grados de funcionamiento premórbido y el ajuste psicosocial con el patrón de la trayectoria.
- 5.- Proponer un instrumento que evalúe al forma en que el paciente y sus familiares conciben a la enfermedad mental y a los servicios de salud mental.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Es un estudio comparativo, mixto - retrospectivo, transversal -. Se dividirá arbitrariamente a los pacientes en dos grupos de acuerdo a parámetros previamente establecidos en: a) Duración de la psicosis no tratada larga y b) duración de la psicosis no tratada corta, para comparar como se relaciona esta duración de este periodo, con las variables que se mencionan en los objetivos.

OBJETIVOS.

- 1.- Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con primer episodio psicótico incluidos en este estudio.
- 2.- Describir y comparar el funcionamiento premórbido y psicosocial de los pacientes del estudio.
- 3.- Enlistar y describir cuales son las rutas de atención que siguieron los pacientes de este estudio.
- 4.- Determinar la relación entre las variables clínicas, sociodemográficas, los grados de funcionamiento premórbido y el ajuste psicosocial con el patrón de la trayectoria.
- 5.- Proponer un instrumento que evalúe al forma en que el paciente y sus familiares conciben a la enfermedad mental y a los servicios de salud mental.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Es un estudio comparativo, mixto - retrospectivo, transversal -. Se dividirá arbitrariamente a los pacientes en dos grupos de acuerdo a parámetros previamente establecidos en: a) Duración de la psicosis no tratada larga y b) duración de la psicosis no tratada corta, para comparar como se relaciona esta duración de este periodo, con las variables que se mencionan en los objetivos.

MATERIAL Y METODO.

Población Estudiada.

Se estudiaron a 60 pacientes del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión.

- * Pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante primario, trastorno psicótico secundario a condición médica, trastorno psicótico secundario a uso de sustancias, episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos, trastorno bipolar con síntomas psicóticos.
- * Cualquier sexo
- * Edades entre 15 y 65 años
- * Primera admisión a un servicio psiquiátrico para recibir tratamiento especializado por la presencia de síntomas psicóticos.
- * Condiciones que les permitan cooperar en el estudio.

Criterios de Exclusión.

- * Pacientes con antecedentes de tratamiento por trastorno psiquiátrico similar al actual.
- * Pacientes que hayan recibido tratamiento farmacológico con neurolépticos y prescrito por un servicio de psiquiatría para manejo del cuadro psicótico por un periodo mayor de un mes antes del contacto con este instituto.
- * Pacientes con retraso mental, demencia, delirium, dificultad para comunicarse y cooperar en el estudio.

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS Y ENTREVISTAS UTILIZADAS.

1.- Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría. (Schedules for the Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN).

Es una entrevista semiestructurada, creada por la OMS y la Administración de alcohol y drogas de los Estados Unidos (ADAMHA), la cual es compatible con los dos principales sistemas de clasificación psiquiátrica internacional. Se realizó tomando como base la entrevista del estado actual (PSE), que es una cuestionario, integrado también por preguntas semiestructuradas. Está integrado por 3 partes, a) PSE, b) un listado de reactivos conocido como ICG- list, que es un validador externo de la información y se obtiene de expedientes clínicos, otros médicos y otros informantes. c) Cédula de información clínica (CLINFO), que investiga el nivel intelectual, aspectos de la personalidad, alteraciones del funcionamiento social y diagnóstico clínico. Puede cubrir 3 periodos de la vida, que son el episodio actual, el episodio más representativo, a lo largo de la vida. (OMS 1992) (36)

Al ser una entrevista semiestructurada debe ser aplicada por psiquiatras con experiencia psicopatológica, la información se procesa en el programa Catego 5.

La confiabilidad del sistema SCAN se ha demostrado en diversos estudios con valores de kappa .70 . Vázquez - Barquero (37)

2.- Escala de Ajuste Premórbido para pacientes con Esquizofrenia.

Evalúa el funcionamiento del individuo en 4 etapas del ciclo vital, infancia, adolescencia temprana, adolescencia tardía y edad adulta, en 4 esferas de la vida, que son: socialización, relaciones de amistad, relaciones fuera del núcleo familiar, y vinculación

psicosexual. Finalmente tiene un apartado para el funcionamiento global máximo previo al inicio de la enfermedad.

La validación de la escala realizada por los mismos autores, se comprobó en base a la diferencia de los puntajes obtenidos en las diferentes subescalas y los globales, entre 2 poblaciones, controles normales y pacientes con esquizofrenia. Para la confiabilidad interevaluador el coeficiente de correlación intraclass para los 2 fue de $r = 0.85$. Cannon-Spoor (38).

3.- Escala de Funcionamiento Psicosocial.

Se realiza en forma de una entrevista semiestructurada, que está compuesta por 5 áreas de evaluación: ocupacional, social, económica, sexual y familiar. Cada una tiene 5 categorías: 1. muy satisfecho, 2 satisfecho, 3 neutral o indiferente, 4 insatisfecho, 5 muy insatisfecho. El periodo de evaluación puede variar de acuerdo al tipo de estudio que se pretenda realizar. Se califica cada área y se obtiene un promedio global. El promedio de "1", indica un adecuado funcionamiento, mientras que el de 5 traduce un mayor deterioro del funcionamiento. La validación de la escala, realizada por el mismo autor, reportó un alto grado de confiabilidad y validez. Valencia (39)

4.- Cuestionario "Trayectorias de atención psiquiátrica".

Se desarrolló para evaluar las actitudes hacia el enfermo mental y los servicios psiquiátricos. Este cuestionario que tiene como base el *Formato de datos clínico demográficos*, desarrollado por Apiquian (40) para este estudio de primer episodio psicótico, se compone de 8 secciones. Tiene su origen en la Cédula de entrevista diseñada por la OMS para investigar los caminos de atención de los pacientes en busca de ayuda especializada. Gater R., 1991. (41)

De este formato, utilizamos la sección de "datos generales", que es una ficha de identificación completa a la que se añadieron los siguientes reactivos: a) máxima escolaridad familiar en años, b) la pertenencia a algún servicio de seguridad social .

Se utilizó la sección de diagnóstico y tratamiento a la que se añadió el reactivo de la forma de inicio del cuadro. Finalmente se utilizó la sección de " Contactos Previos con Servicios de Salud Mental", que incluye los reactivos de los servicios a los que se acudió, quien los refirió, cual era el problema que los orilló a buscar ayuda y cual fue el tratamiento recibido. Se agregaron los siguientes reactivos a) cuantas veces consultó a cada servicio, b) la escolaridad de quien lo refirió a cada servicio y c) si acudió por voluntad propia o forzado a cada centro de atención.

El resto de las preguntas que se añadieron, fueron para tratar de investigar el concepto de enfermedad mental tanto en el paciente como en su familiar, y las opiniones sobre los servicios psiquiátricos en 2 momentos, previos al inicio del trastorno y posterior a la desaparición de los síntomas psicóticos. Algunas de estas preguntas tiene su base en el SIDI sección N.

5. Escala de Síntomas Positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS).

Es una escala que mide severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Consta de 30 reactivos, de los cuales, 7 constituyen la escala positiva, que incluye, delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad, suspicacia y grandiosidad ; 7 reactivos más conforman la escala negativa, evalúan, afecto aplanado o inapropiado, retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática, dificultades en el pensamiento abstracto, para la conversación fluida y pensamiento estereotipado. Los 16 reactivos restantes conforman la escala de psicopatología general, que valora preocupación, ansiedad, tensión, depresión, sentimientos de culpa, retraso motor, manierismos, alteración de la voluntad, evitación social activa, falta de juicio, alteración de la voluntad, falta de cooperación, contenido de pensamientos inusuales, desorientación, deficiente control de impulsos, y preocupación somática. Cada apartado

es calificado de acuerdo a la severidad desde 1 igual a ausente, hasta 7, extremadamente severo. El punto de corte es 60. (42)

PROCEDIMIENTO.

A todos los pacientes se les aplicó una entrevista estructurada (SCAN), para establecer los diagnósticos arriba mencionados. Así mismo se les aplicará el formato de datos clínico-demográficos y el cuestionario "Trayectorias de Atención". Se registraron las características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil.

A todos los pacientes se les aplicó la escala de PANSS para ver la severidad de los síntomas psicóticos; también se les aplicaron las escala de ajuste premórbido y de funcionamiento psicosocial.

Se determinó el tiempo de evolución transcurrido entre el inicio del trastorno y el contacto con un servicio especializado (duración de la psicosis no tratada); para esto se definen los términos de síntomas premórbidos, prodrómicos y psicóticos, como base para establecer el inicio de los trastornos considerados dentro del espectro psicótico.

Se interrogó a los pacientes y a los familiares que tenían mayor conocimiento de la evolución del trastorno, sobre cuales fueron los caminos de atención que siguió el paciente y cual fue la sintomatología que lo llevó a su búsqueda, utilizando la entrevista diseñada por la OMS, que fue incluida en el formato de datos clínico - demográficos.

Posteriormente se dividió la muestra de pacientes en dos grupos, de acuerdo a la duración de la psicosis no tratada, estos grupos fueron a) Duración de la psicosis no tratada larga, aquella con un tiempo de evolución mayor de un año, y b) Duración de la psicosis no tratada corta, con un tiempo de evolución de hasta un año o menor. Se realizó una comparación entre estos dos grupos para las variables clínicas y sociodemográficas.

es calificado de acuerdo a la severidad desde 1 igual a ausente, hasta 7, extremadamente severo. El punto de corte es 60. (42)

PROCEDIMIENTO.

A todos los pacientes se les aplicó una entrevista estructurada (SCAN), para establecer los diagnósticos arriba mencionados. Así mismo se les aplicará el formato de datos clínico-demográficos y el cuestionario "Trayectorias de Atención". Se registraron las características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil.

A todos los pacientes se les aplicó la escala de PANSS para ver la severidad de los síntomas psicóticos; también se les aplicaron las escala de ajuste premórbido y de funcionamiento psicosocial.

Se determinó el tiempo de evolución transcurrido entre el inicio del trastorno y el contacto con un servicio especializado (duración de la psicosis no tratada); para esto se definen los términos de síntomas premórbidos, prodrómicos y psicóticos, como base para establecer el inicio de los trastornos considerados dentro del espectro psicótico.

Se interrogó a los pacientes y a los familiares que tenían mayor conocimiento de la evolución del trastorno, sobre cuales fueron los caminos de atención que siguió el paciente y cual fue la sintomatología que lo llevó a su búsqueda, utilizando la entrevista diseñada por la OMS, que fue incluida en el formato de datos clínico - demográficos.

Posteriormente se dividió la muestra de pacientes en dos grupos, de acuerdo a la duración de la psicosis no tratada, estos grupos fueron a) Duración de la psicosis no tratada larga, aquella con un tiempo de evolución mayor de un año, y b) Duración de la psicosis no tratada corta, con un tiempo de evolución de hasta un año o menor. Se realizó una comparación entre estos dos grupos para las variables clínicas y sociodemográficas.

Análisis Estadístico.

Primero se realizó una estadística descriptiva, con frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.

Para la comparación de las variables categóricas se utilizó χ^2 y para las variables continuas la "T" de student .

Para analizar el contraste entre grupos, se utilizó el ANOVA.

Para describir el comportamiento de las rutas de contacto, se utilizaron las curvas de sobrevida de Mantel Haenszel .

RESULTADOS

La presentación de los resultados consta dos partes, la primera describe los resultados de las evaluaciones que se completaron en el total de la muestra conformada por 60 pacientes, y la comparación de los grupos de psicosis no tratada larga y corta.

La segunda parte presenta los resultados obtenidos con el "Cuestionario Trayectorias de Atención" que se aplicó a 26 pacientes de esta muestra total.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.

La muestra total fue de 60 pacientes, de los cuales 31 fueron hombres (51.7%) y 29 mujeres (48.3%) . La edad promedio fue de 27.6 años, con rango de 16 a 47 años. Para las mujeres la edad media fue de 28.8 años y para los hombres de 26.45 años, sin que estas diferencias sean significativas. Al momento de captación al estudio, 14 individuos tuvieron pareja (23.3%), vs 46 sin pareja (76.7%).

Tabla 1. Distribución por Sexo

SEXO	N	(%)
Masculino	31	(51.7%)
Femenino	29	(48.3%)

Evaluamos el nivel socioeconómico en base a 3 categorías, alto, medio y bajo. 29 se clasificaron como pertenecientes al nivel medio (48.3%) y 31 al nivel bajo (51.7%), y ninguno al alto.

Tabla 2. Nivel Socioeconómico

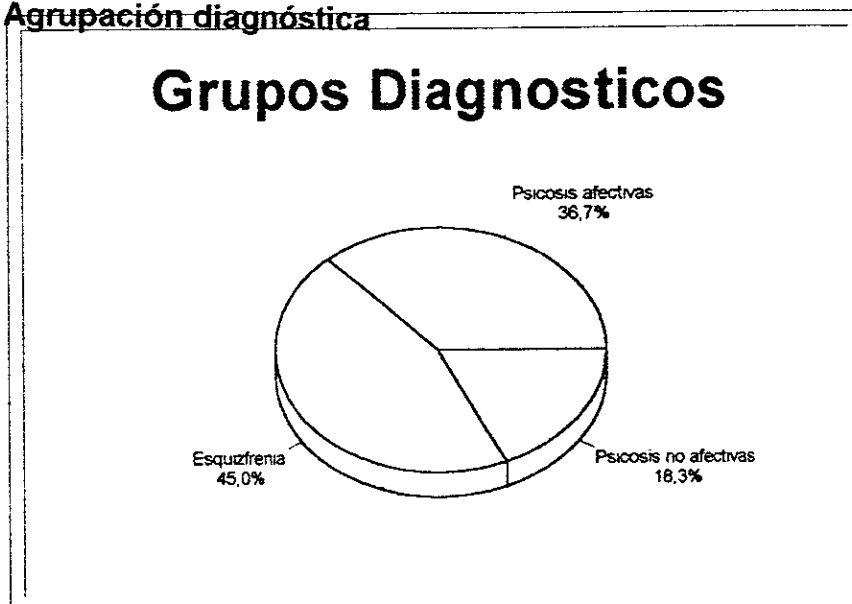
NIVEL SOCIOECONÓMICO	N	(%)
Alto	0	(0%)
Medio	29	(48.3%)
Bajo	31	(51.7%)

La escolaridad de los pacientes tuvo una media de 10.87 años, con desviación estándar de 1.57, y rango de 2 a 19 años. La ocupación se distribuyó dentro de 6 categorías: al hogar estaban dedicados 7 pacientes (11.7%); 13 fueron estudiantes (21.7%), 10 empleados u obreros no calificados (16.7%), 5 empleados u obreros calificados (8.3%), 3 profesionistas o empleadores (5%) y 22 pacientes sin ocupación alguna (36.7%). Así se encontró que 38 pacientes (63.3%) tenían algún tipo de ocupación, y 22 (36.7%) sin ella.

DISTRIBUCIÓN DIAGNOSTICA.

Con base en la sistema diagnóstico propuesto, el SCAN, se obtuvieron los siguientes diagnósticos: 4 pacientes con trastorno psicótico secundario a epilepsia del lóbulo temporal (6.7%), 14 con esquizofrenia paranoide crónica (23.3%), 2 con esquizofrenia desorganizada (3.3%), 6 con esquizofrenia indiferenciada (10%), 5 con trastorno esquizofreniforme (8.3%), uno con trastorno psicótico breve (1.7%), 3 con trastorno delirante primario (5%), 3 con trastorno esquizoafectivo (5%), 14 con episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos (23%), 8 con trastorno bipolar con síntomas psicóticos (13.3%), 1 con trastorno psicótico no especificado (1.7%). Estos diagnósticos tuvieron una reorganización en 3 grupos: Grupo I Psicosis afectivas 22 (36.7%), Grupo II Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme 27 (45%) y Grupo III, con otras psicosis no afectivas 11 (18.3%). Gráfica 1.

Gráfica 1. Agrupación diagnóstica



CARACTERISTICAS CLÍNICAS

La edad de inicio del trastorno fue en promedio a los 25.8 años, con un rango de 4 a 47 años, no se encontró una diferencia significativa entre sexos. El tiempo medio de evolución fue de 69.2 semanas, con rango de 1 a 520 semanas. En cuanto a la forma de manejo 33 pacientes requirieron hospitalización (55%) y 27 siguieron un tratamiento a través de la consulta externa (45%).

La severidad de los síntomas psicóticos fue evaluada con la escala de PANSS, y se muestran en la tabla 3. El funcionamiento premórbido y el ajuste social se presentan en las tablas 4 y 5 respectivamente.

Tabla 3. Severidad de los Síntomas Psicóticos, por PANSS

	PUNTUACIONES PANSS	
	PROMEDIO	SD
Escala Positiva	24.25	6.0
Escala Negativa	20.8	6.72
Escala Psicopatología general	45.7	8.18
PANSS Total	91.2	16.35

Tabla 4. Funcionamiento Premórbido.

AREAS	PUNTAJES	PROMEDIO
	SD	
Ocupacional	4.2	1.06
Social	3.2	0.78
Económica	3.6	0.9
Sexual	3.5	1.02
Familiar	2.7	0.9

Tabla 5. Ajuste Premórbido

AREAS	PROMEDIO	SD
Infancia	0-19	0.15
Adolescencia temprana	0.21	0.13
Adolescencia tardía	0.28	0.18
Edad adulta	0.27	0.23
General	0.38	0.28
Total	0.28	0.13

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN.

Para evaluar las trayectorias de atención, se utilizó un formato diseñado por la OMS, que está contenido en el formato de datos clínico demográficos, a través del cual se investigó en cada uno de los cuatro contactos que contempla, a quien acudió cada paciente en busca de atención, quien lo envió, cual fue el problema principal que lo condujo a buscar atención y que tratamiento le dieron. El tiempo promedio de intervalo desde el inicio de los síntomas hasta la búsqueda de atención especializada, tuvo una media de 69.2 semanas, con rango de 1 a 520 semanas. El número total de contactos a los que acudieron los pacientes solicitando atención, tuvo una media de 2.48, con desviación estándar de 3.34, con rango de 1 a 11 contactos.

Descripción de los contactos.

Primer contacto

En la primera trayectoria de atención, 25 pacientes acudieron directamente con un psiquiatra (41.7%), 17 con médico no psiquiatra (28.3%), 13 con psicólogo (21.7%), y 5 pacientes con otros consultantes (8.3%).

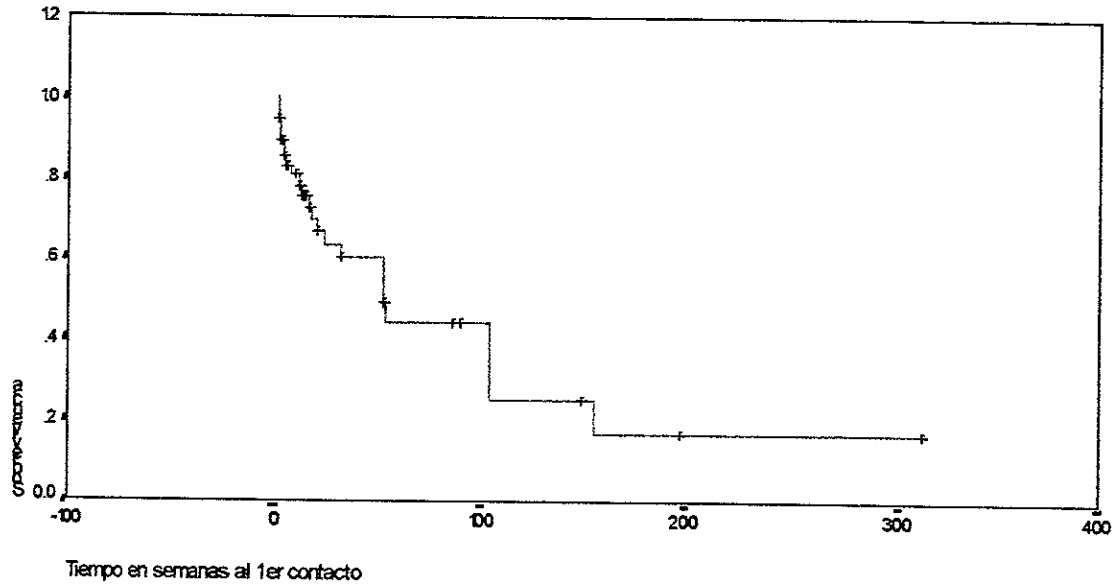
El tiempo medio de evolución desde el inicio de los síntomas a la llegada al primer contacto fue de 34.68 semanas, con un rango de 1 a 312 semanas.

En este primer contacto las personas que los enviaron buscar ayuda fueron los siguientes: no profesionistas de la salud (amigos, familiares, sacerdotes o trabajadoras sociales) a 37 pacientes (71.2%), un médico general a 4 pacientes, (7.7%) un psicólogo a 3 pacientes (5.8%) y un psiquiatra particular canalizó a un paciente a este instituto (1.9%) .

Los problemas principal por los que solicitaron la ayuda en este primer contacto, fueron los siguientes : 28 pacientes (46.7%) por síntomas psicóticos, 26 (43.3%) por síntomas afectivos, de ansiedad o somáticos, y 2 (10%) por problemas auto y heteroagresivos.

Curva de Supervivencia para la Atención Psiquiátrica

n=60



Segundo Contacto

De los 60 pacientes de la muestra, 42 tuvieron que recurrir a una segunda trayectoria de atención, de estos, 22 (52.4%) acudieron con psiquiatra ; 7 (16.7%) con médico no psiquiatra, 6 (14.3%) con psicólogo y 7 (16.7%) con otro tipo de consultantes como curanderos, "practicantes de medicina alternativa" o sacerdotes. Para el segundo contacto, el tiempo medio fue de 53.19 semanas, con un rango de 2 a 312 semanas.

En el segundo contacto 35 pacientes, (58.3%) presentaron síntomas afectivos, ansiosos o de sueño como problema que condujo a búsqueda de atención, 20 pacientes (33.3%) síntomas psicóticos, 5 pacientes (8.3%) conductas auto y heteroagresivas.

Tercer Contacto

27 pacientes tuvieron un tercer contacto de atención, y de éstos, 18 (66.7%) acudieron con psiquiatra, 6 (22.2%) con médicos no psiquiatras, 2 (7.4%) con psicólogo, y 1 (3.7%) con otros. Los problemas referidos como causa de búsqueda de ayuda en este contacto fueron los síntomas psicóticos en 15 pacientes (55.6%), conductas auto y heteroagresivas en 2 pacientes (7.4%), y síntomas afectivos, ansiosos en 10 pacientes (37.3%).

Para los pacientes que tuvieron un tercer contacto, el tiempo medio de evolución entre el inicio de los síntomas y a la llegada a este contacto fue de 55.85 semanas, con un rango de dos a 312 semanas.

Cuarto Contacto

De los 60 pacientes, 14 tuvieron por lo menos a un cuarto contacto, recordando que el rango de contactos fue de 1 a 11. Estos 14 pacientes llegaron en su último contacto al IMP. El tiempo medio fue de 99 semanas, con un rango de 5 a 520 semanas.

Los problemas que los llevaron a buscar esta atención fueron los síntomas psicóticos en 9 pacientes (69.2%) y los síntomas afectivos y ansiosos en 4 pacientes (30.8%).

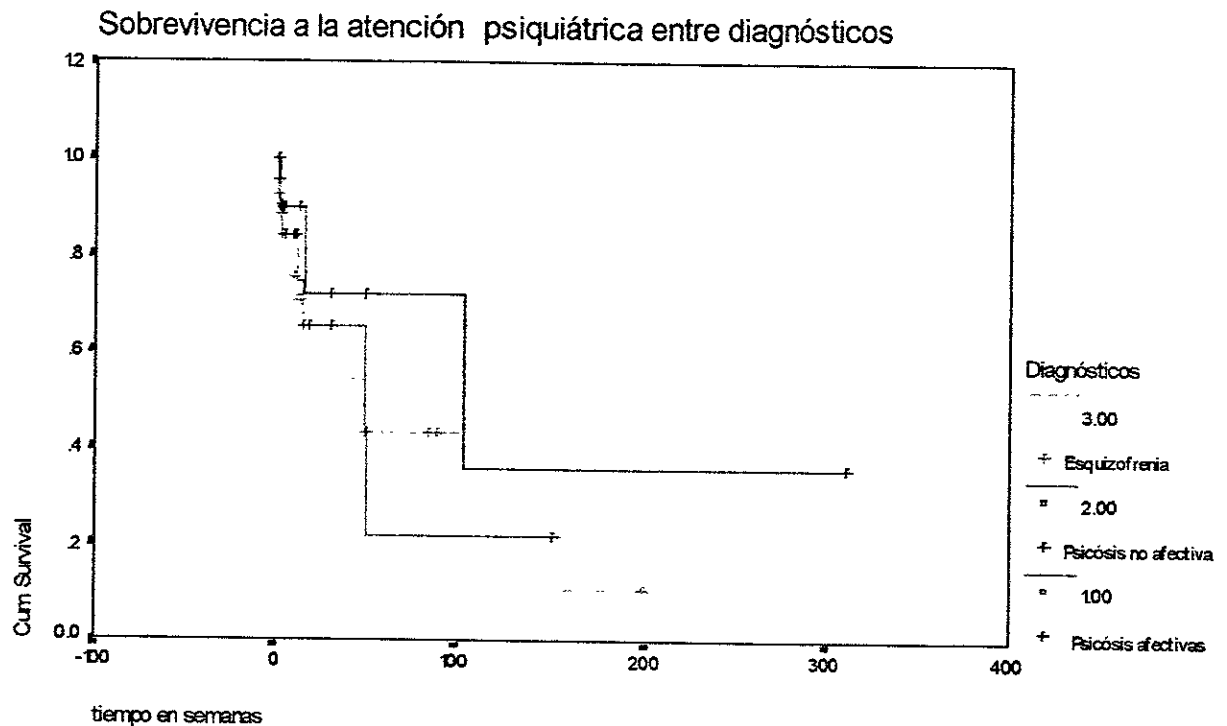
Las tablas 6 y 7 resumen la descripción de las trayectorias seguidas y cuales fueron los problemas que las originaron, y la gráfica 2 describe el periodo de tiempo entre el inicio de los síntomas y la llegada al servicio especializado, entre los diferentes grupos diagnósticos.

Tabla 6. Trayectorias de Atención.

CONTACTOS	PSIQUIATRA	MEDICO	NO	PSICOLOGO	OTRAS
	N (%)	PSIQUIATRA		N (%)	N (%)
		N	(%)		
Primer contacto n= 60	25 (41.7%)	17	(28.3%)	13 (21.7%)	5 (8.3%)
Segundo contacto n= 42	22 (52.4%)	7	(16.7 %)	6 (14.3%)	7 (16.6%)
Tercer contacto n= 27	18 (66.7%)	6	(22.2%)	2 (7.4%)	1 (3.7%)
Cuarto contacto n= 14	14 (100%)	0	(0 %)	0 (0%)	0 (0%)

Tabla 7. Problemas que los obligaron a buscar ayuda.

CONTACTOS	SÍNTOMAS	SÍNTOMAS AFECTIVOS	CONDUCTAS AUTO
	PSICÓTICOS	Y DE ANSIEDAD	Y
	N (%)	N (%)	HETEROAGRESIVAS
			N (%)
Primer contacto n= 60	28 (46.7%)	26 (43.3%)	6 (10%)
Segundo contacto n= 42	20 (33.3%)	35 (58.3%)	5 (8.3%)
Tercer contacto n= 27	15 (55.6%)	10 (37 %)	2 (3.3%)
Cuarto contacto n= 13	9 (69.2%)	0 (0 %)	4 (30.8%)



COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS DE “PSICOSIS NO TRATADA LARGA Y CORTA”.

De acuerdo a lo planteado en los antecedentes y el procedimiento, la muestra se dividió en 2 conforme a la duración de la psicosis no tratada (DPNT), en dos : a) Duración de la psicosis no tratada larga mayor de 1 año y b) Duración de la psicosis no tratada corta, hasta un año o menos.

Dentro del grupo de psicosis no tratada corta estuvieron 50 pacientes, (83.3%), y en el grupo de psicosis no tratada larga, estuvieron 10 pacientes, (16.6%). La comparación en cuanto a las características sociodemográficas, entre estos dos grupos, no mostró diferencias. Tabla 8

Tabla 10- Escala de Funcionamiento psicosocial entre los 2 grupos de DPNT

AREAS	DPNT CORTA		DPNT LARGA		SIGNIFICANCIA P=
	PROMEDIO	SD	PROMEDIO	SD	
Ocupacional	4.27	1.06	4.31	1.11	0.91
Social	3.28	0.80	3.23	0.71	0.84
Económico	3.60	0.98	3.76	0.74	0.631
Sexual	3.48	1.03	3.92	0.93	0.22
Familiar	2.62	0.87	3.33	0.89	0.02 *

P < 0.05

Tabla 11. Escala de Ajuste premórbido entre los 2 grupos de DPNT.

AREAS	DPNT CORTA		DPNT LARGA		SIGNIFICANCIA P=
	PROMEDIO	SD	PROMEDIO	SD	
Infancia	0.19	0.16	0.38	0.65	0.10
Adolescencia Temp.	0.20	0.13	0.47	0.65	0.01*
Adolescencia Tardía	0.27	0.18	0.50	0.62	0.04*
Edad adulta	0.25	0.21	0.58	0.71	0.01*
Escala global	0.36	0.18	0.68	0.65	0.003*
Total	0.99	4.68	0.53	0.15	0.76

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO TRAYECTORIAS DE ATENCION.

La segunda parte de los resultados, incluye la descripción de los hallazgos del cuestionario aplicado en 26 pacientes ; como se mencionó en la descripción de las escalas, este cuestionario consta de preguntas que se añadieron a la parte de trayectorias de atención del formato de datos clínico demográficos.

En primer lugar se evaluó la forma de inicio del trastorno, 15 pacientes tuvieron un inicio insidioso (57.6%), vs 11 pacientes con inicio súbito (42.3%). En cuanto a pertenencia a algún tipo de seguridad social, 6 pacientes, (23.1%) fueron derechohabientes , y 20 (76.9%) no contaban con ningún tipo de seguridad social al momento de la capitación en el estudio.

Se evaluó la aceptación de tratamiento en cada uno de los 4 primeros contactos detalladamente evaluados, así en el primer contacto, 16 pacientes (61.5%) acudieron voluntariamente, y 10 (38.5%) acudieron forzados. Tuviron un segundo contacto 21 de los 26 ; 13 (59.1%) fueron voluntariamente y 9 (40.9%) fueron forzados. A un tercer contacto acudieron 15 de los 26, y de estos 8 (53.3%) voluntarios y 7 (46.7%) forzados. Finalmente a un cuarto contacto en busca de atención especializada y que fue necesariamente este instituto, llegaron 8 de los 26, y de estos 3 (37.5%) voluntarios y 5 (62.5%) forzados.

Se evaluaron en el cuestionario los factores que los pacientes asociaban a la tardanza en la búsqueda de ayuda ; 5 pacientes (19.2%) mencionaron que no sabían a quien acudir ; 18 pacientes (69.2%) no reconocieron los cambios o problemas como signo de enfermedad, un paciente (3.8%), pensó que nadie le podría ayudar ; uno más (3.8%) mencionó miedo al tratamiento; y finalmente un paciente más (3.8%), mencionó que el servicio especializado no estaba disponible.

Al evaluar que pensaban estos pacientes sobre el origen de los síntomas que los llevaron a buscar ayuda antes de acudir al IMP, uno, el (3.8%) , consideró un origen

físico, 7 (26.9%) mencionaron origen mental, 5 (19.3%) opinaron a favor de un origen sobrenatural, 6 (23%) señalaron un origen relacionado a dificultades interpersonales o laborales, 4 (15.38%) los consideraba normales y 3 pacientes 11.5% no los podía explicar.

Similarmente se interrogó a un familiar de cada paciente sobre el origen de los síntomas que los llevaron a buscar ayuda antes de iniciar el tratamiento. Ellos contestaron de la siguiente manera: 4 (17.4%) consideraron el origen como un problema físico, 10 (43.5%) mencionó un origen mental, 2 (8.7%) mencionaron un origen sobrenatural, 4 (17.4%) por problemas interpersonales o laborales y 3 (13%) no los podían explicar.

De la misma forma, posterior al tratamiento, se reevaluó a los pacientes preguntando cual creían que era el origen de los síntomas que los habían obligado a buscar ayuda. Dos (7.7%) contestó que eran de origen físico, 21 (80.8%) reconoció un origen mental, y 3 (11.5%) secundario a problemas interpersonales o laborales. En cuanto a los familiares a esta misma pregunta respondieron, a favor del origen mental 22 (91.7%) y 2 (8.3%) por problemas interpersonales o laborales.

Se evaluaron bajo las mismas condiciones, a que le atribuían los pacientes y familiares el origen de los síntomas prodrómicos. Los pacientes contestaron 3 (11.5%) de origen físico. 2 (7.7%) de origen mental, 3 (11.5%) de origen sobrenatural, 7 (26.9%) de origen interpersonal o laboral, 10 (38.5%) de origen económico y 1 (3.8%) no los podía explicar.

Los familiares contestaron de la siguiente manera: 5 (20%) por origen físico, 1 (4%) mental, 3 (11.5%) origen sobrenatural, 8 (32%) por problemas interpersonales o laborales, 4 (16%) por problemas económicos y 4 (16%) no los podía explicar.

La experiencia del paciente con personas con problemas mentales se evaluó con 3 preguntas, a) conocían antes de enfermarse a alguna persona con problemas similares a los suyos, b) en caso a afirmativo a quien, y c) que pensaban de ella.

De los 26 pacientes que fueron evaluados con este cuestionario, 20 (76.92%), contestaron no y 6 (23.76%) contestaron sí; de estos 6, 2 fueron familiares, 3 amigos y

3 conocidos, uno opinó que se trataba de un loco, 3 de un enfermo mental, 1 de persona agresiva o peligrosa y 1 de una persona embrujada.

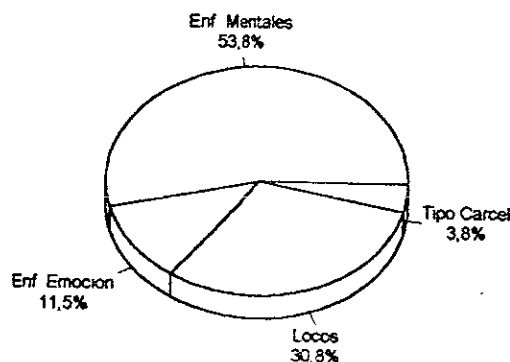
A la misma serie de preguntas, los familiares respondieron : 21 no conocían a persona alguna con problemas similares, y 5 sí, de estos 3 fueron familiares y 2 amigos, uno de ellos opinó que se trataba de un loco y 4 de enfermos mentales.

Finalmente se evaluó en pacientes y sus familiares, si previamente a acudir a este instituto, conocían de forma directa a psiquiatras u hospitales psiquiátricos. Entre el grupo de pacientes, 6 (23%) respondieron que sí, y 20 (76.92%) que no. Al pregunta sobre cual servicio conocían, 3 pacientes, el (11.5%) respondió que un psiquiatra privado, 2, el (7.5%) conoció el Hospital Fray Bernardino Alvarez, uno, el (3.8%) un hospital granja y 21 el 80.8% conocía de forma indirecta (por televisión o referencias).

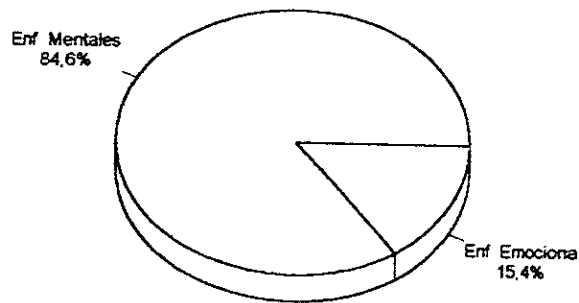
A la pregunta de cual era la opinión de los pacientes sobre los servicios psiquiátricos, antes de acudir a este instituto, 14 pacientes (53.8%), consideraba que eran sitios para enfermos mentales, 3 (11.5%) sitios o personas, encargadas del cuidado de personas con problemas emocionales o nerviosas, 8 el (30.8%), opinaron que se trataba de lugares o para tratar locos o "enfermos incurables" y un paciente pensaba que se trataba de sitios "tipo cárceles, donde se internaba a gente que no lo necesitaba".

Posterior al tratamiento, los pacientes opinaron de esta institución psiquiátrica que era un sitio para tratar enfermedades mentales 22 con (84.6%) y 4 pacientes (15.4%), que eran sitios para tratar enfermedades emocionales o nerviosas.

Opinion Previa sobre Servicios Psiquiatricos.



Opinion de Servicios Psiquiatricos Posterior a IMP



- Al evaluar estas variables con los familiares, 9 (34.6%), respondieron que conocían previamente un servicio de psiquiatría y 17 (65.4%) que no. Dos familiares, el (7.7%), conoció el hospital Fray Bernardino Alvarez, 4, el (15.4%) un hospital granja y 20 familiares el (76.9%) lo conocían de forma indirecta, (TV o referencias). Previamente a que estos pacientes recibieran tratamiento especializado, los familiares opinaron que se trataban de sitios o personas encargadas del cuidado de los enfermos mentales, 18 (72%), uno pensaba que se trataba de personas o sitios encargadas del tratamiento de las personas con enfermedades nerviosas o emocionales y 6 (24%), consideró que eran personas o sitios encargadas de cuidar a los "locos". Posterior al tratamiento, 22 (88%) de los familiares, consideró que los servicios psiquiátricos eran personas o sitios que cuidaban de enfermos mentales, 2 (8%) para personas con enfermedades emocionales o nerviosas y solo una (4%) pensó que eran personas o sitios al cuidado de los "locos".

DISCUSION.

Es conveniente recordar en este momento, que la población total del estudio fue de 60 pacientes, en quienes se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas mencionadas previamente, y que solo a una parte de la muestra, a 26 pacientes, se les aplicó el "Cuestionario Trayectorias de Atención Psiquiátrica", por lo que los resultados de esta parte se presentan solo de forma descriptiva, y finalmente como una propuesta para la evaluación de la influencia de las variables investigadas, sobre las trayectorias de atención en los trastornos psicóticos.

Si bien el hospital donde se realizó la investigación, es una institución de concentración a nivel de la república y efectivamente en el estudio están incluidos pacientes del interior, el tamaño de la muestra es pequeño, como para hacer generalizaciones sobre algunos de nuestros hallazgos.

Desde el punto de vista sociodemográfico, observamos que el 51.7% de la muestra estuvo integrada por hombres, y el 48.3% restante por mujeres, sin que esto represente una diferencia significativa. Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura internacional, como en el trabajo de Bromet y col (4). En cuanto a la edad de inicio, el promedio de nuestros pacientes fue de 25.8 años, similar a los estudios reportados también Bromet (4) y Tohen (42).

La gran mayoría de los pacientes (76.7%), se encontraron sin pareja al momento de la inclusión en el estudio, característica presentada ampliamente en la literatura internacional.

En cuanto al nivel socioeconómico, todos los pacientes pertenecieron a niveles socioeconómicos medio y bajo, y ninguno al alto, lo que consideráramos es el resultado del tipo de población que atiende el instituto.

La escolaridad tuvo un promedio de 10.87 años, si bien esto difiere de lo reportado en la literatura, consideramos que es el resultado del inicio tardío del trastorno en varios de los pacientes, lo que probablemente les permitió un adecuado funcionamiento en el área escolar previo al inicio de su padecimiento.

En el tema referente a la ocupación, encontramos que una amplia proporción de los pacientes (63.3%), tenían alguna actividad, esto es diferente de lo reportado en la literatura; un hecho que influye es la categorización de las ocupaciones en este estudio, que incluye tanto el trabajo de las amas de casa, como el de los estudiantes, conformando éstos un 33.4% de los pacientes con ocupación, además de otro porcentaje de pacientes no especificado, donde se incluyeron subempleos en la clasificación de "empleados u obreros no calificados". De esta forma en la categoría de los desempleados, se encontraron únicamente aquellos pacientes que no tenía verdaderamente ocupación alguna. Un hecho que no se investigó, pero que resultaría interesante sería el tiempo que llevaban sin ocupación, lo que nos proporcionaría información sobre la repercusión del padecimiento, en esta área.

En cuanto a la distribución diagnóstica, encontramos un 36.6% de pacientes con algún tipo de esquizofrenia, al rededor de 10% con trastorno esquizofreniforme, 5% con trastorno delirante primario, 5% con trastorno esquizoafectivo, 23% con episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos, 13.3% con trastorno bipolar con síntomas psicóticos y 6.7 con trastorno psicótico secundario a epilepsia del lóbulo temporal. Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura internacional, encontramos ligeras diferencias con el trabajo de Bromet, que reporta el episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos con 12% de los casos.

En el área de las características clínicas, encontramos que la edad de inicio del trastorno entre nuestros pacientes fue de 25.8 años, similar a la edad reportada por Tohen (42), de 28 años. No se encontraron diferencias significativas en la edad de inicio entre los sexos.

La gravedad de los síntomas psicóticos evaluada con la escala de PANSS, mostró una severidad importante a través de un promedio del PANSS total de 91.2, recordando que el punto de corte es de 60. En cuanto al funcionamiento psicosocial, este se observa deteriorado en todas las áreas, pero especialmente en el área ocupacional y económica y con el menor grado de deterioro en el área familiar ; esto parece estar relacionado con el hecho de que en la familia se toleran más los cambios conductuales y deficiencias en el rendimiento, lo que no ocurre en el ambiente externo, especialmente en el ámbito laboral, con la consecuente repercusión en el funcionamiento económico. De igual forma el promedio del ajuste premórbido, mostró ser deficiente, especialmente en las etapas de la adolescencia tardía y en el área general.

Uno de los puntos cruciales de esta investigación fue la evaluación de las trayectorias de atención seguidas por los pacientes. El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto fue de 34.68 semanas, sin embargo este periodo se alargó cuando se evaluó la llegada hasta la atención especializada , que tuvo un promedio de 69.2 semanas. Nuestros hallazgos en el primer contacto son similares a lo reportado en la literatura internacional. Aunque se evaluaron de manera detallada solo los 4 contactos más importantes, (considerando éstos como aquellos que el paciente así consideraba, o bien, en los que había recibido algún tipo de "ayuda", más que la simple visita), se preguntó sobre el número total de contactos, teniendo éste, un promedio de 2.48 contactos, con un rango de 1 a 11. Este dato es importante, ya que entre más contactos no especializados se tuvieron, más se retrasó la llegada al servicio especializado y por lo tanto la atención adecuada.

Si bien en cada uno de los cuatro contactos, un porcentaje de pacientes llegó a los servicios psiquiátricos, la gran mayoría asistieron con otros consultantes, lo que refleja en alguna medida, el desconocimiento del sitio adecuado, para acudir . Así mismo , en los cuatro contactos, las referencias a la siguiente atención, fueron hechas en su mayoría por personas no profesionistas de la salud, como amigos, familiares, o sacerdotes, reflejando esto, el hecho, de a quienes son los primeros en dirigirse los pacientes ante estos problemas, como una forma de obtener ayuda.

De los 60 pacientes, 42 (70%) tuvieron un segundo contacto, 27 (45%) un tercer contacto y 13 (21.6%) por lo menos un cuarto contacto. Mostrando también esto el retraso a la llegada de atención especializada, por un lado, y por otro que los consultantes o no identifican el problema, o bien desconocen los sitios de canalización especializada.

En el estudio más amplio sobre trayectorias en pacientes psiquiátricos, se reportan promedios de 32 semanas entre el inicio de los síntomas y la llegada a la atención especializada, con un 24% de arribo directa a los servicios especializados en los dos centros mexicanos evaluados en este estudio, esto resulta de la posibilidad que tienen los pacientes de acudir a una institución especializada, sin requerir referencias para un tercer nivel, lo que no ocurrió en los centros de los otros países. (21).

Al evaluar cual fue el síntoma principal que los llevó a buscar ayuda, encontramos que en todos los contactos, excepto en el segundo, fueron los síntomas psicóticos, los principales indicadores de ayuda, ya que son éstos los más disruptivos, solo precedidos por las conductas agresivas, pero estas estuvieron presentes en pocos pacientes.

Al análisis de las curvas de sobrevivencia, encontramos que quienes tienen retardos más largos, son aquellos pacientes que integran el grupo de las psicosis no afectivas, con diagnósticos como el trastorno delirante primario, que dadas sus características clínicas es menos notorio y deteriorante fuera del área de afección específica; los que llegan más rápido, son los que padecen psicosis afectivas, suponemos que esto, está relacionado a un deterioro más rápido y marcado del funcionamiento previo. En una etapa intermedia en el retraso, se encuentra el grupo de la esquizofrenia, la cual, como se sabe ampliamente, tiene una evolución más insidiosa y por lo tanto más difícil de detectar, otra variable que pudiera estar relacionada, es la propia sintomatología, como la tendencia al aislamiento y las dificultades de comunicación, que retrasan la búsqueda de ayuda.

Otro punto importante fue la evaluación del periodo de psicosis no tratada y su clasificación en larga y corta, así como su relación con las variables clínicas y sociodemográficas. Se encontró solo una tendencia a la significancia en el estado civil entre estos dos grupos para las variables sociodemográficas.

En el Análisis de las variables clínicas fueron significativas las diferencias entre los dos grupos en el área familiar de la escala de funcionamiento psicosocial, mostrando un mayor deterioro la DPNT larga. En la escala de ajuste premórbido se encontraron diferencias significativas en las áreas adolescencia temprana, tardía, edad adulta y la escala global, con peores ajustes en la DPNT larga.

Estas diferencias significativas nos traducen la importancia de estas variables como factores pronósticos, ya que aquellos pacientes con peores funcionamientos en estas áreas, tuvieron un mayor retardo. De igual forma se presentó una correlación significativa entre la escala positiva del PANSS y la DPNT larga, sin embargo este hecho llama la atención, ya que los pacientes que se encontraban francamente más psicóticos se tardaran más en recibir tratamiento, cuando teóricamente se esperaría lo contrario, o bien que un mayor puntaje de los síntomas negativos, se relacionara directamente a un mayor retraso del tratamiento ; podríamos pensar que probablemente el momento de la llegada a nuestro servicio, fue consecuencia de una exacerbación de la sintomatología positiva, en pacientes con una larga evolución de la psicosis.

Finalmente al análisis de la segunda parte de los resultados, podemos señalar, que el cuestionario desarrollado para este estudio, propone una serie de preguntas que intentan valorar el concepto de enfermedad mental, el del origen de los síntomas psiquiátricos ; sin embargo, dado el tamaño de la muestra, los análisis estadísticos intentados no mostraron diferencias significativas. A pesar de ello, descriptivamente nos permiten observar las opiniones de los pacientes y sus familiares respecto las variables señaladas. Encontramos que un alto número de los pacientes, no reconocen los cambios de su pensamiento, estado anímico o conducta como un síntoma y por lo tanto no lo relacionan con un estado patológico ; por otro lado, no identifican el origen mental de los síntomas, sino preferentemente reportan un origen relacionado a

circunstancias interpersonales o laborales, o a cambios "normales" o físicos. Probablemente, esto está relacionado con el hecho de que cuando se detectan, este tipo de cambios, las explicaciones tienden a darles en un sentido psicológico y no fisiológico como si no se tratara de una enfermedad.

El cuestionario investiga sobre los contactos previos con los servicios psiquiátricos. La gran mayoría de los pacientes y sus familiares no tuvieron conocimiento ni relación previa con personas que padecieran algún trastorno psiquiátrico, ni con instituciones de este tipo, mencionando más del 80% de ellos, tener un conocimiento indirecto, solo a través de referencias o de la televisión.

Aunque ni los pacientes ni sus familiares tuvieron algún tipo de terapia educativa, si fueron informados por los médicos investigadores, sobre las características de su diagnóstico, hipótesis etnológicas, pronósticos y necesidad de tratamiento, lo que parece verse reflejado en los cambios de opinión a las diferentes preguntas antes y después del tratamiento. Llama especialmente la atención, el cambio de respuesta sobre la opinión de los pacientes y familiares acerca de los servicios psiquiátricos, antes y después de su ingreso al estudio, ya que primero mencionaban que se trataban de sitios para locos, agresivos o cárceles, hasta en un 34.6%, sin embargo después del tratamiento, solo se opinó sobre estos servicios, como sitios para enfermos mentales 84.6% y para enfermos emocionales el 15.4%.

A través de esto observamos, como la educación o la experiencia, modifican la forma de interpretar y conceptualizan los cambios, síntomas y trastornos, como lo señalan ampliamente Angel y Thoits (34), en su estudio sobre la influencia cultural en la interpretación de los síntomas.

Las limitaciones del estudio, radican básicamente en el tamaño de la muestra que impide hacer generalizaciones, ni obtener otros resultados que pudieran ser significativos; sin embargo se aportan datos importantes sobre variables predictivas como el funcionamiento premórbido, y el ajuste psicosocial. Por otro lado se requiere ampliar del "Cuestionario Trayectorias de Atención Psiquiátrica" y realizar un estudio de confiabilidad.

CUESTIONARIO TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA.

1. No de caso _____ No de expediente _____
2. Nombre _____
3. Edad _____
4. Sexo 1) M___ 2) F___
5. Escolaridad en años _____
6. Estado Civil 1) Con pareja _____ 2) Sin pareja _____
7. Nivel Socioeconómico 1)Alto _____ 2)Medio _____ 3)Bajo _____
8. Ocupación _____

Diagnósticos

9. Eje I _____
10. Eje II _____
11. Eje III _____
12. Eje IV _____
13. Eje V _____
14. Forma de Inicio: 1)Insidioso _____ 2)Súbito _____
15. Máxima escolaridad familiar en años _____
16. Cuenta con seguridad social 1) Sí _____ 2) No___ Cuál _____

17. Caminos de Atención

	1a Búsqueda	2a Búsqueda	3a Búsqueda	4a Búsqueda
A quien acudió				
Hace cuantas semanas				
Cuantas veces lo consultó *				
Quien lo refirió				
* Escolaridad en años de quien lo envió				
* Acudió por voluntad o forzado.				
Cual era su principal problema				
Cual fue el tratamiento				

18. Porque tardo tanto tiempo en acudir a un tratamiento especializado

1. No sabía con quien acudir
2. No reconoció los problemas como síntomas de enfermedad
3. Pensó que nadie podría ayudarlo
4. Pensó que otra persona diferente a un médico podría ayudarla
5. Tenía pena de discutir el problema
6. Le preocupaba pensar que tuviera una enfermedad mental.
7. Temía sobre el tratamiento que le darían
8. Porque el servicio especializado no estaba disponible

19. Paciente. Antes de iniciar este tratamiento, a que le atribuía la presencia de los síntomas que lo motivaron a buscar ayuda. Pensó que eran causados por problemas de origen:

- 1) Físico ____ 2)Mental ____ 3)Sobrenatural____ 4) Problemas interpersonales o laboral ____ 5) Económicos ____ 6) Normal____ 7) No los podía explicar____

21. Familiar. Antes de iniciar el tratamiento, a que le atribuía la presencia de los síntomas que lo obligaron a buscar el tratamiento. Pensó que eran causados por problemas de origen:

- 1) Físico ____ 2)Mental ____ 3)Sobrenatural____ 4) Problemas interpersonales o laboral ____ 5) Económicos ____ 6) Normal____ 7) No los podía explicar____

22. Paciente. Actualmente (posterior al tratamiento) a que le atribuye la causa de los síntomas que lo obligaron a buscar tratamiento. Fueron causados por problemas de origen:

1) Físico ____ 2)Mental ____ 3)Sobrenatural____ 4) Problemas interpersonales o laboral ____ 5) Económicos ____ 6) Normal____ 7) No los podía explicar____

23. Familiar. Actualmente (posterior al tratamiento) a que le atribuye la causa de los síntomas que lo obligaron a buscar tratamiento. Fueron causados por problemas de origen:

1) Físico ____ 2)Mental ____ 3)Sobrenatural____ 4) Problemas interpersonales o laboral ____ 5) Económicos ____ 6) Normal____ 7) No los podía explicar____

24. Paciente. Que piensa de los síntomas iniciales (prodrómicos)

Eran causados por problemas:

1) Físico ____ 2)Mental ____ 3)Sobrenatural____ 4) Problemas interpersonales o laboral ____ 5) Económicos ____ 6) Normal____ 7) No los podía explicar____

25. Familiar. Que piensa de los síntomas iniciales (prodrómicos)

Eran causados por problemas:

1) Físico ____ 2)Mental ____ 3)Sobrenatural____ 4) Problemas interpersonales o laboral ____ 5) Económicos ____ 6) Normal____ 7) No los podía explicar____

26. Paciente. Antes de padecer estos problemas conoció a alguien que tuviera problemas similares

1) Si ____ 2)No ____

27. A quien 1)Familiar ____ 2)Amigo ____ 3) Conocido ____

28. Que pensaba de ellos

- 1) Estaba loco ____ 2) Enfermo ____ 3) Embrujado ____ 4) Peligroso ____
5) Agresivo ____

29. Familiar. Antes de padecer estos problemas conoció a alguien que tuviera problemas similares

- 1) Si ____ 2) No ____

30. A quien 1) Familiar ____ 2) Amigo ____ 3) Conocido ____**31. Que pensaba de ellos**

- 1) Estaba loco ____ 2) Enfermo ____ 3) Embrujado ____ 4) Peligroso ____
5) Agresivo ____

32. Paciente. Antes de acudir al IMP conocía personalmente a algún psiquiatra o institución psiquiátrica? (Si es por referencias o de forma indirecta, entonces contestar no y en la siguiente pregunta consignar 5)

- 1) Sí ____ 2) No ____

33. Cual

- 1) Psiquiatra particular ____ 2) Hospital psiquiátrico particular ____
3) HFBA ____ 4) Hospital granja ____ 5) Otros ____

BIBLIOGRAFIA.

1. Kaplan h., Sadock b. Comprehensive testbook of pssichiaatry VI pp 889-891.
2. Winokur and Clayton. The medica basis of Psychiatry. Second edition, edit. Saunders. pp 87-88.
3. Diagnostic and statistical Manual, (DSM IV) . American Psychiatric Asociation.
4. Bromet e, Schwartz J, Fenning S, Geller L, Jaandor I, Kovaaasnay b, Pato c, The epidemiology of psychosis. Sulfolk Conty Mental Healt. Schizophrenia Bulletin, 18, 2 : 243-253, 1992.
5. Larsen K, Mc Glashan T, Comrad L. First episode schizophrenia : Early course paraameter. Schizophrenia Bulletin, 22, 2 : 241-256, 1996.
6. Ram R, Bromet EJ, Eaton WW, Pato C, Schuartz JE. The Natural course of schizophrenia bulletin : A review of first admision studie. Schizophrenia bulletin 18 : 1185-207, 1992.
7. Keshavan NS, Schooler NR. First episode studies in schizophrenia. Criteria and characterization. Schizophreniaa Bulletin, 17 (1) : 51-67, 1991.
8. Haas GL, Sweenwy JA. Premorbid and onset features of schizophrenia. Schizophrenia bulletin 18 (3) : 3737-386, 1992.
9. Libertman Ja, Jody D, Geiser SH, Loebel AD. Time course and biological correlates of treatment responsee in firt episode schizophrenia. Archives general psychiatry.
10. Fallon IR, Early intervention for first episode of schizophrenia : A preliminary evaluation . Psychiatry 55 : 4-15, 1992
11. Birchwood M, Early intervenction in Schizophrenia : Theoretical background and clinical strategies. British Juornal of clinical Psychology 31 : 257-278, 1992.

12. Hertz MI, Melville C. Relapse in schizophrenia. Theoretical background
13. Birchwood M, The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *British Journal Psychiatry* 162 : 80-86, 1993.
14. Yuong AR, Mc Gorry PD, Mc Farlan CA. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*.
15. DeLisi L. The significance of age of onset schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 18, 2 : 209-213 1992.
16. Mc Glashan TH, Chesnut Lodge followup study : II longterm outcome of schizophrenia bulletin and affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 41 : 586-561, 1984
17. Bilder RM, Lipschutz- Broch, Reiter G, Geiser S, Mayerhoff D, Libertman. Intellectual deficits in schizophrenia first episode. *Schizophrenia bulletin* 18, 3 : 437-452., 1992.
18. Pollack R ; Beiser M. Establishing the onset of psychiatric illness *Am Journal Psychiatry*. 150, 9-12 1993.
19. Lincon, Mc Gorry P . Onset Psychiatric illness *Psychiatric Services*
20. Kirch D, Keith S, Matthews S. Research on first episode Psychosis : Report on a National Institute of Workshop *Schizophrenia bulletin* 18, 2 1979-1983, 1992.
21. Sartorius N, Jabelensky A, Korten A, Ernber G, Anker N. Early manifestations and first contact incidence in schizophrenian different cultures. A preliminary report. *Psychological medical* 119 : 909-928, 1986.
22. Goldstein JM, Gender D. Course of schizophrenia *American Journal Psychiatry*, 145, 684-89, 1988.
23. Horwitz A. Seeking and receiving mental health care. *Current Opinion in Psychiatry*, 9 : 1158-61, 1996.
24. Perkins R. Moodley P ; Perception of problems in psychiatric inpatients : denial, race and service usage. *Social, Psychiatry and epidemiology*. 28 : 189-93, 1993

25. Sartorius N, Jabelensky A, Korten A, Erben G, Anker M, Cooper J, Day R. Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine*, 16, 909-928, 1986.
26. Lobel A, Jeffrey J, Alvir J, Meyerhoff D, Geisels D, Duration of psychosis and outcome in first episode of psychosis. *Am journal Psychiatry* 149 : 9 1992.
27. Cole E, Learley G, King M, Johnson E, Pathways to psychiatric care for patients with a first episode of psychosis a comparison of ethnic groups. *British journal Psychiatry* 167 : 770-76, 1995.
28. Horwitz A. The pathways in to psychiatry treatment some differences between men and women. *Journal of health and social behavior* 18 : 1969-98, 1997.
29. Balenstein M, Boon M, Rodríguez A. Pathways to psychiatric care in south Verona Italy, *Psychological medicine*, 24 : 641-49, 1994.
30. Gureje O, Acha R, Pathways to psychiatric care in Ibadan, Nigeria. *Tropical and geographical Geographical Medicine* , 47, 3 : 125-29, 1995.
31. Abinud O. Pathways to mental health care in Nigeria. *Psychiatric service* 46, 8 : 125-29, 1995.
32. Pizza A. Community mental health services monitoring by the local informant systems *Epidemiological-Psychiatric*, 5, 1 : 45-58, 1996.
33. De la Fuente R, Semblanza de la Salud Mental en México. *Salud Pública de México*, 30 (6) : 6811-71, 1998.
34. Angel R, Thoits P, The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, medicine and Psychiatry* 11 ; 465-94, 1987.
35. Silbertman S, Andrade P, el significado psicologico y social de la salud y enfermedad mental. *Salud mental, Salud mental V* 17, 1 : 32-44, 1994.
36. World Health organization SCAN Schedules for clinical Assessment in neuropsychiatry. *Schedules W : H : O : GENEVA* 1992.

37. Vazquez-Barquero JL, Cuesta N, Herrerra-Castanedo S, Gaater L, La entrevista psiquiátrica
Revista de la asociación española de neUROPSIQUIATRÍA 13 : 19-35, 1993.
38. Canon-Spòor L, Potkins J, Measurment of premorbid adjustment in chronic schizzophreniaaaa.
Schizzophrenia Bulletin 8,3 : 470-89, 1982.
39. Valencia M, Rojas J, Gonzalez R, Evaluación del funcionamiento psicosocial
en paacientes en un ceentro e saalud. Salud Pública, México 31, 647-87, 1989.
40. Apiquian R, Estudio de primer epissodio psicótico Tesis de Maestría en Psiquiatría de la
UNAM
41. Gaater R, De Almeida B, Barrientos G, Caraveo J, The pathways to psychiatric care a
crosscultural study Pssychologicaal Medicine 21 : 2611-73, 1992
42. Kay SR, Opler LAA. Reability and validity of positive and negative syndrome Scale of
Psychiatric Reseaarch 23 : 99-110, 1988.