

11241



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LA
ASISTENCIA POR PRIMERA VEZ A UN HOSPITAL
EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
PSIQUIATRIA
PRESENTA:**

NOMBRE: DRA. ANELL VICENTA CASTAÑO SUAREZ

ASESORES:

ASESOR TEORICO:

DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH ZIBACH

**ASESOR METODOLOGICO
DR. JORGE PEÑA ORTEGA**

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA
POR PRIMERA VEZ A UN HOSPITAL PSIQUIATRICO EN PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS.**

Anell V. Castaño
Suárez
14 abril 09

Dr. Miguel Krassoievitch Zibach
Médico Adscrito al Departamento de
Psicología y Salud Mental, Facultad de
Medicina, UNAM.

Dr. Jorge Peña Ortega
Jefe del Servicio de Psiquiatría del
Hospital General "Manuel Gea González", SS.
Médico Adscrito al Departamento de
Psicología y Salud Mental, Facultad de
Medicina, UNAM.

Dra. Anell Vicenta Castaño Suárez
Médico Residente
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

INDICE

I.	MARCO TEORICO	4
	• ENFERMEDAD MENTAL Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICO	4
	• PRIMER EPISODIO PSICÓTICO Y SU ATENCION	11
II.	OBJETIVOS	17
III.	HIPÓTESIS	18
IV.	MATERIAL Y METODOS	19
V.	RESULTADOS	22
VI.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
VII.	BIBLIOGRAFÍA	39
VIII.	ANEXOS	42

MARCO TEORICO

La esquizofrenia constituye un problema sanitario, afecta a cerca del 1% de la población. Su inicio es generalmente en la juventud, interfiriendo en su potencial psicosocial y funcional. ⁽¹⁾ A pesar del gran avance en la psiquiatría, aún se sigue observando un retraso en la búsqueda de atención especializada la cual se encuentra afectada por diferentes factores. Para tener mejor conocimiento sobre los caminos utilizados en la búsqueda de atención especializada, es importante conocer el conocimiento que tiene la población sobre la enfermedad mental y la accesibilidad a los servicios de salud.

ENFERMEDAD MENTAL FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Podemos definir los caminos hacia la atención psiquiátrica, como las rutas que siguen los usuarios de los servicio psiquiátricos en la búsqueda de atención especializada. El conocimiento de estas rutas involucra variables como el síntoma que obliga a buscar la ayuda, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera atención, factores sociodemográficos entre otros. El retardo en la búsqueda de atención especializada ha despertado interés y ha conducido al desarrollo de estudios que describen los caminos utilizados en la búsqueda de atención psiquiátrica. ⁽²⁾

Los trastornos mentales han adquirido recientemente la categoría de enfermedad y como tales son susceptibles de tratamiento. Una visión general de la enfermedad mental se realiza gracias a que la Organización Mundial de la Salud, destaca la necesidad de considerar la discapacidad como factor presente en estos trastornos que influye en los días de vida productiva y no solo por el riesgo de muerte prematura. ⁽³⁾

Sin embargo esta nueva concepción no se ve reflejada en la modernización de los servicios ya que la atención en salud mental sigue siendo deficiente. ⁽³⁾

Se sabe que la primera forma de ayuda en la atención de trastornos mentales es la medicina general, atención que en la mayoría de las veces suele ser insuficiente, inadecuada para su detección, tratamiento y/o canalización a los servicios especializados. (4)

En el pasado los problemas de salud mental que con mayor frecuencia requerían de atención eran los trastornos crónicos, sin embargo en la actualidad la atención se encuentra enfocada en la prevención y tratamiento oportuno de los trastornos de reciente diagnóstico. Para cubrir estas necesidades se requiere de mayor número de centros en donde se proporcione el primer nivel de atención. (5)

Sin embargo, se ha documentado que la búsqueda de ayuda en los servicios de salud mental de primer nivel es baja y el número de casos que se ven en el tercer nivel de atención es mayor en comparación con el primero. Lo que indica que no es el primer nivel de atención la principal vía de acceso al sistema de salud para estos problemas como se pretende. (5,6)

Este problema de salud no es exclusivo de nuestro país. La Organización Mundial de la salud en 2001 dedicó su reporte anual a la Salud Mental en un esfuerzo por colocarla en el centro de la agenda de salud y desarrollo. invitando a los gobiernos a colaborar en la iniciativa de salud mental, para recabar información que pudiera ser útil en la planeación de medidas útiles en este campo. (4)

Como parte de los estudios realizados para evaluar los caminos seguidos en búsqueda de atención, México participó junto con 10 países, en un proyecto internacional coordinado por la OMS. Entre los principales resultados se observa que México tiene un número muy bajo de psiquiatras en comparación con otros países. Por otra parte, se hizo evidente que México tiene el retraso más grande entre la primera aparición de los síntomas y la primera búsqueda de ayuda, pero esta primera búsqueda generalmente se hace en un servicio de salud mental, sin pasar por el primer nivel de atención. (6,7)

Es conocido que en nuestro país los servicios de salud mental presentan grandes limitaciones. Como parte del sistema general de salud, se distribuyen en una red estratificada (IMSS, ISSSTE y SS), en la que persiste una gran dificultad en cuanto a sus recursos y a la calidad de sus servicios. Por lo general, la población no derechohabiente es relegada a servicios de menor calidad. Es por esto que a la desigualdad en la distribución social, hay que agregar una desigualdad en materia de servicios. (6,8)

Por otra parte, se ha documentado el retraso en la búsqueda de atención, mismo que facilita la progresión de patologías a las que se suman desventajas, incapacidades y complicaciones tanto médicas como sociales. Prevenir que estas condiciones se sigan repitiendo es el reto de la atención primaria y para ello, es menester educar a la población para la búsqueda de atención oportuna, como hacer disponibles y accesibles los servicios de salud. La estrategia de contar con servicios primarios adecuados y servicios de psiquiatría en hospitales generales, con capacidad para brindar atención e internamientos breves parece ser una alternativa adecuada. (8,9)

Los aspectos psicosociales de la salud en general y las necesidades en el área de la salud mental, han sido estimadas como abrumadoras y de gran magnitud en toda América Latina, incluyendo a México. Las acciones en prevención primarias están dirigidas a fortalecer aquellas condiciones y conducta que favorezcan la salud, y a detectar oportunamente. Para ello es indispensable conocer los factores y condiciones que influyen positiva y negativamente en el proceso salud-enfermedad mental. (10)

En el caso de los trastornos mentales, la conducta asumida ante la enfermedad por las personas que la padecen y por los adultos allegados o responsables de su cuidado ha sido poco explorada, a pesar de la importancia que ésta tiene para el proceso de búsqueda de atención. (10)

La mayor parte de los estudios realizados en nuestro país han sido fundamentalmente descriptivos, transversales y no direccionales. La evaluación acerca del peso de los factores de riesgo se ha analizado en forma parcial y con limitaciones. Por ello es preciso ampliar el conocimiento acerca de la naturaleza y curso de este tipo de trastornos, teniendo como base, que por lo general la población no acostumbra solicitar ayuda cuando se trata de una enfermedad mental. Existen diferencias entre las necesidades en la población y el tipo de ayuda que se ofrece, además del temor generado por la estigmatización o el desconocimiento de los beneficios obtenidos por la atención médico-psiquiátrica. (3,11)

Una serie de investigaciones han sido elaboradas para determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en la población que acude a solicitar atención en los servicios médicos de diversas instituciones. Por lo que toca a la detección de trastornos por parte de los médicos generales, se ha encontrado como en otros países, que el médico general sólo identifica entre una tercera parte y la mitad de los pacientes que requieren alguna forma de tratamiento. Esta identificación depende del patrón sintomatológico manifestado por el paciente, de la cronicidad de sus molestias y de la experiencia del médico general. El tipo de casos identificados por los médicos generales en el centro de salud, en su mayoría

corresponden a trastornos de larga duración como la distimia, episodios depresivos recurrentes y la dependencia al alcohol. (6,12)

Estudios realizados en la población urbana del país han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales: familiares y/o amigos, sacerdotes y ministros, automedicación y sólo secundariamente acuden con el médico general o un servicio especializado. También se ha documentado una elevada utilización de la medicina alternativa. En 1999 Caraveo reportó que en la Ciudad de México, tan solo el 20% de las personas con un trastorno depresivo buscaban algún tipo de atención. (8)

Los reportes nacionales e internacionales muestran que las mujeres acuden con mayor frecuencia que los hombres a los servicios de salud de primer nivel de atención, ya sea por problemas de salud general o problemas emocionales. También se han reportados diferencias en la distribución de patologías por sexo, en las mujeres es más frecuente la depresión y los intentos de suicidio, mientras que en los hombres es más común el consumo y dependencia de sustancias. (8)

En 1998 México participó en un estudio multicéntrico coordinado por la Organización Mundial de la Salud, con el objeto de fomentar el desarrollo de los servicios de salud mental y mejorar la calidad de la atención. En una primera etapa denominada "Los caminos seguidos por los pacientes psiquiátricos en busca de atención" mostró que la mayoría de los pacientes atendidos en servicios especializados, habían tenido contacto previo con el médico general o con otro servicio de salud. No obstante, se detectó un notable retraso para la primera búsqueda de atención como para el arribo a los servicios de salud. Para los trastornos más frecuentes en la infancia, el promedio osciló entre 52 y 468 semanas. Para los trastornos más frecuentes en los adultos el promedio fue de 22 a 52 semanas. Estos resultados fueron corroborados con una réplica del estudio en una ciudad fronteriza de nuestro país. De estos resultados se desprende la necesidad de educar a la población para identificar oportunamente este tipo de trastornos, y por otra parte, la necesidad de capacitar a los médicos generales y familiares, en la identificación y manejo de los casos no complicados, así como en la identificación y referencia de los casos más severos. (6)

En México (1998) con una muestra de hogares a nivel nacional, recabando la necesidad y utilización de los servicios de salud, y encontró que los familiares y amigos constituyeron el primer recurso al cual acude la población cuando presenta problemas emocionales, la automedicación fue el segundo recurso, los sacerdotes y ministros el tercero. Las razones más importantes por las cuales las personas no solicitaron o tardaron en solicitar ayuda, fueron de tipo personal y tienen que ver con los prejuicios y el desconocimiento de la atención psiquiátrica. En cuanto al tipo de tratamiento especializado recibido, domina el uso de

psicofármacos, en un número mínimo se practicó la psicoterapia. Las comparaciones por nivel de escolaridad permitieron detectar a la población que se podría considerar como de alto riesgo, la de mujeres de baja escolaridad que desarrollan depresión moderada. Dicha mujeres solicitan menos ayuda a familiares y amigos, acuden más a servicios no especializados como son los dispensarios ya que con frecuencia perciben que los servicios especializados no están disponibles y temen requerir de una larga espera, sienten que nadie las puede ayudar, cuenta con escasa red de apoyo para el cuidado de sus hijos, la ayuda formal que reciben en la mayoría de las veces es farmacológica. Los varones con esta categoría diagnóstica y con baja escolaridad no solicitan ayuda por no saber a donde acudir y consideran que cuesta mucho. (6)

En 1992 se profundiza la utilización de los servicios de salud mental por la población femenina en una zona rural, teniendo como objetivo identificar las fuentes de ayuda y los medios utilizados para resolver los problemas relacionados con la salud mental. En las comunidades rurales la carencia de servicios especializados en salud mental es más evidente, lo que obliga a las personas que los necesitan a buscar servicios alternativos. Se entrevistó a 200 mujeres provenientes de una zona rural de Jalisco, casadas, católicas, con hijos y una edad promedio de 34 años. Los datos se obtuvieron a través de la aplicación de un cuestionario y se encontrando que la mayoría de las entrevistadas indicó que cuando tiene algún problema emocional o de "nervios", principalmente acuden en busca de ayuda con un familiar quien generalmente le proporciona consejos. Los remedios caseros ocuparon el segundo lugar, la asistencia al centro de salud o dispensario médico ocupó el tercer lugar y la búsqueda de asistencia moral (sacerdotes) el cuarto lugar. (8)

Al profundizar datos sobre atención psiquiátrica en la población mexicana, Caraveo en una serie de investigaciones ha reportado lo siguiente:

- En 1990 se realizó un estudio cuya finalidad fue conocer el camino recorrido desde el inicio del padecimiento hasta su llegada por primera vez a un servicio de psiquiatría, tomando como muestra una población de la Ciudad de México, la cual contaba con un Centro de Salud (CS) y un Hospital general de Zona (HGZ, IMSS). Se identificaron variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, lugar de residencia y nivel socio-económico además; datos como antecedentes psiquiátricos familiares, primera búsqueda de ayuda y tiempo transcurrido hasta recibir atención por el servicio de psiquiatría y su diagnóstico. Se encontró lo siguiente, con respecto al sexo, el mayor porcentaje de hombre fue atendido en el HGZ, aunque la diferencia no es significativa.

De acuerdo al área de residencia una mayor proporción de pacientes atendidos en el CS pertenecían al área de estudio, en comparación del HGZ que provenían de colonias alejadas a la zona en donde se encontraban los servicios de salud. En el ingreso económico, se observó un marcado nivel de pobreza en los pacientes que acuden al CS. En el grupo de edad se observó que en su gran mayoría las personas que acuden a solicitar ayuda a un centro de salud son menores de edad en comparación con el HGZ. La primera búsqueda de ayuda correspondió a la asistencia con un médico general en los paciente derechohabientes. Los pacientes atendidos en el CS acudieron directamente al servicio de psiquiatría en un porcentaje del 42.4%. Los trastornos de ansiedad y depresivos fueron más frecuentes en los pacientes atendidos en el IMSS y las quejas somáticas en el CS. Los antecedentes psiquiátricos en familiares en primero y segundo grado fueron muy similares para ambos grupos de pacientes. Por último, el promedio de semanas transcurridas entre el inicio del padecimiento y la primera búsqueda de ayuda fue mayor en las personas que acuden al CS (21 y 467 semanas), sin embargo el promedio de retraso desde la primera búsqueda de atención hasta el arribo al servicio de psiquiatría fue más alta en el HGZ.⁽¹³⁾

- En otro estudio de 1995 realizado en el Ciudad de México y cuya finalidad era determinar la morbilidad psiquiátrica y la búsqueda de ayuda, las categorías diagnósticas incluidas fueron los trastornos de ansiedad, las fobias y el trastorno obsesivo compulsivo. En la búsqueda de ayuda se encontraron las siguientes opciones: 1) médico no psiquiatra; 2) quiroprácticos y homeópatas; 3) especialista en salud mental; 4) otros profesionales; que incluyeron sacerdotes; rabinos, consejeros y enfermeras; 5) curanderos, naturistas, espiritistas, yerberos, psíquicos, astrólogos y hueseros. Los resultados reportaron que el 28.7% de una población entre los 18 y 65 años, han cursado a lo largo de su vida con algún tipo de trastorno psiquiátrico, y el 9.5% ha presentado dos o más trastornos psiquiátrico a lo largo de su vida. La proporción de personas afectadas que buscaron ayuda nunca rebaso el 50% de los casos, y en general fueron las mujeres las que la solicitaron con mayor frecuencia ayuda, acudiendo generalmente con el grupo de médicos y profesionales de la salud. ⁽¹⁴⁾

Con datos más recientes, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en el 2000, cuya población blanco fue no derechohabiente, que tenía un hogar fijo y vivía en una zona urbana, con una edad de 18-65 años. Se presentaron los siguientes datos sociodemográficos básicos: alrededor del 54% de

la muestra fueron del sexo femenino, y el 40% de la muestra se ubicó en el grupo de edad de 18-29 años. La muestra refleja el bajo nivel educativo del país, casi 68% de la población contaba solo con estudios de primaria completa y sólo el 12% completo estudios universitario. Con una prevalencia de trastornos mentales, el 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos mentales registrados en la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª. Revisión). Entre los más comunes encontramos los trastornos de ansiedad (14.3%), seguidos por los trastornos asociados al consumo de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). En relación al sexo, los hombres presentan mayor prevalencia para la presencia de cualquier trastorno en comparación con las mujeres. (4,15)

EL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO Y SU ATENCION

Los primeros estudios para conocer etiología y evolución de los pacientes psicóticos se realizaron en pacientes crónicos, utilizando generalmente criterios diagnósticos no estandarizados y muestras heterogéneas, lo que representa un problema metodológico muy importante. Recientemente se han desarrollado estudios denominados "de primer episodio psicótico", en los que se analizan directamente en las etapas tempranas del trastorno, permitiendo conocer las características y el curso de este tipo de trastornos. (16,17)

En la actualidad, se utilizan principalmente tres estrategias para identificar a los pacientes que atraviesan por su primer episodio psicótico: 1) estudios prospectivos comunitarios, 2) seguimiento de la muestra con alto riesgo, y 3) identificación de los pacientes que recurren a los servicios médicos por primera vez en búsqueda de ayuda. Está última resulta ser la más accesible, de menor costo y la más efectiva para obtener amplias muestras de pacientes y sirve como base para continuar estudios prospectivos. (16)

En la década de los 90's la OMS realizó un estudio longitudinal prospectivo en pacientes esquizofrénicos en 10 países, utilizando los lineamientos de la estrategia de primer contacto con los servicios de salud. Se encontró que para este tipo de trastornos la mayor proporción era de hombres jóvenes y solteros. El 25% de los paciente nunca habían tenido una actividad remunerada. La mayoría de los pacientes vivían en condiciones socioeconómicas promedio, y el nivel de escolaridad fue muy variado. La frecuencia de esquizofrenia fue similar en todos los centros, con un valor aproximado de 1:10 000 habitantes, desarrollándose a edades más tempranas en el sexo masculino en relación al femenino. (16)

Resultados similares fueron reportados en un estudio de North Wick Park (EUA), en donde se incluyeron 253 pacientes con un primer episodio de esquizofrenia. Se encontró que la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino, con una edad promedio de 25 años, cerca de la mitad de ellos vivían solos, con un nivel escolar bajo y con un inicio insidioso de su enfermedad. (16)

En otro estudio realizado en Suffolk, Nueva York, se evaluaron pacientes que cursaban con un episodio psicótico y que ingresaron por primera vez a un hospital. El diagnóstico más común fue la esquizofrenia, seguid por el de

psicosis afectiva, sin encontrarse diferencias clínicas entre los diferentes diagnósticos. (16)

En un estudio realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1997, se valoró en forma integral a un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico, y cuyo objetivo fue describir las características sociodemográficas y clínicas. Se incluyeron 50 pacientes (24 hombres y 26 mujeres), con una edad promedio de 15-65 años, que acudieron por primera vez a un servicio especializado de psiquiatría, cumpliendo con los criterios diagnósticos para cualquier trastorno psicótico incluido en el DSM-IV (Manual de Diagnóstico Estadístico en su 4ta. Edición). El diagnóstico inicial se efectuó a través del Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN), además de la aplicación de un cuestionario para recabar los datos clínicos y sociodemográficos. Dentro de los factores sociodemográficos se reportó una edad promedio de 28 años, con tendencia a ser mayor en las mujeres. La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja en el momento de hacer la evaluación (72%), predominando los sujetos pertenecientes a los niveles socioeconómicos bajo (46%) y medio (52%). Un poco más de la mitad de los pacientes tenía algún tipo de ocupación. La escolaridad promedio fue de 11 años. Los diagnósticos se agruparon de la siguiente forma: grupo I esquizofrenia (36%); grupo II psicosis no afectivas (30%) y grupo III psicosis afectivas (34%). Dentro de las características clínicas, la edad de inicio del padecimiento fue alrededor de 27 años, las mujeres tendieron a iniciarlo a una edad más avanzada. El tiempo de evolución fue de 64 semanas, siendo más prolongado en el sexo masculino. Un poco más de la mitad de los pacientes se hospitalizó (60%). En el 66% de los pacientes se encontró que alguno de sus familiares en primer grado tenía el antecedente de haber padecido una enfermedad psiquiátrica. La sintomatología reportada previa al episodio psicótico reportadas con mayor frecuencia fueron las alteraciones conductuales (18%) y las afectivas (26%). La severidad del cuadro clínico registrada por la Escala PANSS total fue de 91.24. (16)

Los estudios de primer episodio psicótico sugieren que el tiempo promedio entre el inicio de la psicosis y el primer tratamiento efectivo frecuentemente es largo, con un promedio estimado de 1-2 años, y en algunas ocasiones hasta de 3 años, indicándonos que algunos de los pacientes con enfermedad mental pueden interactuar dentro de la sociedad por un largo tiempo, con una diversidad de causas para el retardo del diagnóstico de su enfermedad. (18,19)

Una de las metas de los programas sociales es reducir el tiempo de inicio del tratamiento. Sin embargo investigaciones realizadas han demostrado que el conocimiento y la necesidad de ayuda entre los individuos con primer episodio psicótico es mínimo. La gente que desarrolla un desorden mental tiende a acudir con un médico general, antes de acudir con un psiquiatra para la atención de su problema mental. (19)

El retardo en el inicio del tratamiento, se relaciona con la severidad de los síntomas, la respuesta al tratamiento, el número de recaídas, así como en el nivel de vida. (16)

Los factores que influyen en la demora de atención especializada se relacionan con la identificación de la enfermedad mental, el escaso conocimiento que tiene el médico general de la enfermedad y su tratamiento, la severidad de el trastorno mental, el uso de sustancias, la red de apoyo familiar, la accesibilidad a los servicios de salud y su estigma. (19)

El conocimiento sobre la relación que tienen las diferencias culturales en el inicio de la psicosis y su tratamiento aún no son del todo conocidos. Existe antecedentes de estudios realizados un en mismo país con diferentes grupos étnicos, pero no la comparación entre dos o más países. En base a lo anterior en 2002 se realizó un estudio comparativo entre dos países europeos: España y Finlandia. Que presentan factores socioculturales diferentes. El estudio intentó determinar si estas diferencias influyen en la edad de inicio y tiempo transcurrido para la búsqueda de ayuda durante el primer episodio psicótico. La obtención de los datos fue registrada al momento de llegar al servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico. Se definió a la psicosis sin tratamiento como el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas psicóticos y su inicio de tratamiento, sin existir diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en relación a la edad, sexo, nivel educativo y sociocultural. Las diferencias se registraron en su estado civil; en Finlandia la mayoría se encontraban casados, pero en España los pacientes presentaban mayor apego a su familia. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de inicio, la edad de inicio y diferencias entre las variables sociodemográficas. Sin embargo la relación familiar juega un rol importante en la conducta seguida para la búsqueda de ayuda primaria. (18)

Las causas de la esquizofrenia son fuertemente discutidas. Los factores genéticos y las alteraciones del neuro-desarrollo son generalmente consideradas como factores predisponentes para su desarrollo. También se han considerado factores sociales dentro de su etiología, proponiéndose una explicación biopsicosocial. (20,21)

En estudios realizados en el Reino Unido, se observa una elevada incidencia de esquizofrenia entre su población de origen afro-caribeña, en comparación a la población blanca. (20,22)

En base a la evidencia asociada entre el grupo étnico y esquizofrenia, se realizó un estudio en el Reino Unido, registrando los casos de primer contacto, de tres grupos étnicos (blancos, afro-caribeños y asiáticos) y la relación existente

para el desarrollo de esquizofrenia. Se encontró que la frecuencia de incidencia para esquizofrenia fue mayor en el grupo afro-caribeño, con un promedio de edad entre los 18-29 años, observando una tendencia a vivir solos en casas comunitarias. Estos resultados sugieren la relación que podría tener el grupo étnico en la presentación de una enfermedad mental, y en la búsqueda de la atención psiquiátrica. (23)

El entendimiento de cómo los factores sociodemográficos influyen en los caminos para la atención psiquiátrica es central para la evaluación de los servicios de salud. Investigaciones realizadas en Londres, sobre los pacientes de origen afro-caribeño, reportan que independientemente de los diagnósticos y factores sociodemográficos, representan el grupo de población que mayor porcentaje de ingreso hospitalario presenta cuando acude a los servicios de urgencia, en comparación con el grupo caucásico. Algunos autores han reportado que existe una desventaja en el acceso a los servicios de psiquiatría asociado al grupo étnico, sugiriendo que este factor puede influir negativamente en los caminos de la atención psiquiátrica. (24)

Otras de las causas por las cuales existe una elevada frecuencia de ingreso en hospitales psiquiátricos, en los paciente afro-caribeños, puede deberse a que un gran número de trastornos psicóticos son atendidos en un servicio de urgencias por primera vez, siendo uno de los grupos que mayor tiempo tarda en acudir a solicitar ayuda de tipo psiquiátrica. Algunos autores sugieren que el estereotipo racial de los pacientes afro-caribeños puede generar amenaza o temor en los servicios de urgencias y ser un factor que interviene en la decisión de su ingreso hospitalario. (24)

Otras investigaciones han demostrado una asociación entre el porcentaje de trastornos psicóticos y el índice de privación social, como es el desempleo, la sobrepoblación y la nula red de apoyo familiar. Esto puede ser útil para el entendimiento de la prevalencia entre la psicosis y el internamiento obligatorio en pacientes afro-caribeños. El estudio de primer inicio puede ayudarnos en el entendimiento de la relación entre factores y los caminos seguidos para la búsqueda de primera atención en un servicio de salud mental. (24)

La mayoría de las investigaciones internacionales se han enfocado en realizar comparaciones entre los pacientes afro-caribeños y blancos, con escasa mención de otros grupos étnicos.(24)

Cole también realizó estudios para determinar si el grupo étnico influía en el tipo de camino recorrido para la obtención de atención en el primer brote psicótico. El estudio se realizó en un Hospital Psiquiátrico de Londres, incluyendo a todos

los pacientes que acudieron por primera vez al servicio de urgencias, a los cuales se les diagnosticó un trastorno psicótico, registrando las principales características sociodemográficas. Se encontró una diversidad de grupos étnicos entre los pacientes valorados, (blancos, afro-caribeños, africanos, hindúes, pakistaníes y otros grupos). La mayoría de los pacientes acudieron a un centro de salud como primer punto de ayuda, sin existir una diferencia asociada a su grupo étnico y es el médico general el primer punto de contacto, con un tiempo de demora de aproximadamente un mes. Se concluyó a diferencia de otros reportes, que el grupo étnico no es un factor determinante en la búsqueda de atención en pacientes con primer un brote psicótico. (23)

Para entender mejor la relación existente entre la atención psiquiátrica y el grupo étnico Burnett y cols. diseñaron un estudio de dos años, incluyendo a personas entre 16-65 años, provenientes de dos distritos de Londres, que tienen un importante porcentaje de habitantes asiáticos (19%) y afro-caribeños (13%). Asistían por primera vez a un servicio psiquiátrico con la presencia de síntomas psicóticos. Y se valoraron los caminos de atención recorridos, y sus principales características sociodemográficas. El número de pacientes para los tres grupos étnicos valorados (blancos, asiáticos y afro-caribeños) fueron similares, predominando en un 65% el número de hombres, con una edad mayor observada en el grupo asiático. En el nivel educativo no hubo diferencias, la mayoría de los pacientes no sobrepasaba la educación secundaria, con un nivel de desempleo mayor en los afro-caribeños y con un mayor porcentaje a vivir solos. A los médicos generales acudió el mayor porcentaje como primera búsqueda de ayuda (46%) entre los grupos examinados, sin embargo pacientes desempleados y con antecedentes legales, acudieron primeramente a buscar apoyo con la policía. El porcentaje de admisión hospitalaria fue del 28%, sin encontrarse diferencias significativas entre grupo étnico y características sociodemográficas. (20)

Los resultados reportados por Burnett sugieren que la diferencia étnica por sí sola no es un factor predisponente para la búsqueda de atención especializada en los pacientes con primer episodio psicótico y en su ingreso hospitalario. Sin embargo factores como el desempleo, el nivel educativo y la red de apoyo social, son predisponentes para un ingreso hospitalario. (24)

Comparaciones realizadas para determinar el grado de satisfacción en los servicios de salud mental, no reportaron diferencias entre los diferentes grupos étnicos y el camino para la búsqueda del primer contacto entre los servicios de psiquiatra. Sin embargo en los pacientes negros, se encontró que había una tendencia a la insatisfacción de la atención psiquiátrica recibida. (24)

Los resultados reportados en Inglaterra, son similares a los reportados en Estados Unidos en relación al grupo de pacientes afro-americanos e hispanos, que cursan con una enfermedad mental. Existen en ellos una menor probabilidad para acudir a los servicios de salud mental de primer nivel, pero con mayor probabilidad en la asistencia a los servicios de urgencia en comparación con los paciente caucásicos. (24)

Algunos estudios desarrollados en los EUA informan una sobreutilización de los servicios de hospitalización y una subutilización de los servicios psiquiátricos de consulta externa por parte de la población de origen hispánico. (7)

En base a lo anterior se puede observar que la atención de las personas con enfermedad mental sigue siendo insuficiente. En la mayoría de los casos la puerta de entrada es la medicina general. Esta atención generalmente se encuentra influenciada por factores culturales y sociales, los cuales se ven reflejados en el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y su primera atención.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Identificar las condiciones sociodemográficas que influyen para que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia acudan a un Hospital Psiquiátrico por primera vez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la forma en la que influyen factores como edad, sexo y escolaridad en pacientes con esquizofrenia para su asistencia a un hospital psiquiátrico.
2. Determinar si existen diferencias entre el tiempo transcurrido para la búsqueda de atención respecto al sexo y ocupación.

HIPÓTESIS

La asistencia a los servicios de salud por parte de la población es mínima. Múltiples factores influyen en esta situación: el entendimiento de la enfermedad mental, la accesibilidad a estos centros y atención previa por un médico general o con medicina alternativa.

En base a este conocimiento se determinará la influencia que tienen las características sociodemográficas en la asistencia por primera vez a un Hospital Psiquiátrico (Hospital (Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez) en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

H_0 = Los factores sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, escolaridad) no influyen en la búsqueda de atención a un Hospital Psiquiátrico por primera vez en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

H_A = Los factores sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, escolaridad) influyen en la búsqueda de atención a un Hospital psiquiátrico por primera vez en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

DISEÑO

El estudio realizado fue de tipo observacional, en el cual se conocieron las variables del experimento, participando el investigador en forma observacional y con la recolección de datos en forma transversal.

MATERIAL Y METODO

Para la realización de este estudio se incluyeron un total de 53 pacientes con esquizofrenia (35 hombres y 18 mujeres), que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los cuales recibieron por primera vez atención en un hospital especializado. El diagnóstico de esquizofrenia se realizó en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV (Manual de Diagnóstico Estadístico en su 4ta. edición). A todos los pacientes se les solicitó su colaboración a través de un consentimiento informado, previa información de la investigación a realizar.

Además se realizó un cuestionario para recabar las características sociodemográficas de las personas participantes con la finalidad de determinar el tipo de ayuda previamente recibida, el tiempo y el motivo de la tardanza para acudir a un hospital psiquiátrico.

Para determinar el grado de severidad de los síntomas se realizó la aplicación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS), que cuenta con traducción y validación al español. Consta de 30 reactivos, de los cuales siete constituyen la Escala Positiva que incluye delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad, suspicacia y grandiosidad; siete de la Escala Negativa, que evalúan afecto aplanado o inapropiado, retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática, dificultades en el pensamiento abstracto para la conversación fluida y pensamiento estereotipado, y 16 reactivos que componen la Escala de Psicopatología General que valora síntomas variados como son ansiedad, depresión, desorientación, preocupación, etc. En base a los grados de severidad se obtiene una puntuación total de cada sub-escala y una

escala global, siendo la calificación mínima de 30 puntos y la máxima de 210 en la calificación global. Se considera que una puntuación de 60 o más puntos indica la presencia de psicopatología que requiere de atención. (25,26,27)

Las variables incluidas en este estudio fueron de tipo independiente, que representan los factores sociodemográficos y se ven reflejadas en el tiempo transcurrido desde la presentación de la sintomatología y la búsqueda de ayuda en un hospital psiquiátrico por primera vez.

Criterios de inclusión

1. Pacientes con episodio psicótico que acudan por primera a un servicio de psiquiatría de segundo nivel.
2. Deberán de cumplir con los criterios diagnósticos para esquizofrenia estipulados en El Manual Diagnóstico Estadístico de las Enfermedades Mentales, Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).
3. Pacientes que sus condiciones físicas les permita participar en este estudio y deseen hacerlo, a través de un consentimiento informado y previa información de la investigación a realizar.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que sus características físicas les impida participar en la investigación (no poder contestar el cuestionario) o no deseen hacerlo.
2. Pacientes que cuenten con el diagnóstico de esquizofrenia, pero tengan el antecedente de haber acudido previamente a un hospital psiquiátrico.
3. Pacientes que presenten algún tipo de comorbilidad psiquiátrica.
4. Pacientes que tengan algún antecedente de alteración neurológica o médica.

VALIDACIÓN DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La descripción de las características sociodemográficas y la calificación obtenida en la Escala PANSS se realizó con frecuencias y porcentajes, utilizando tablas, gráficas (pastel y barras).

Como prueba de hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación o coeficiente de Pearson que nos permitió determinar la correlación existente entre las diferentes variables. La comparación entre los datos obtenidos entre el grupo de hombres y mujeres se realizó con la "t" de Student, reportados en forma de tabla.

CONSIDERACIONES ETICAS

La realización de esta investigación, cubre con los requerimientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Considerándose una investigación mínimo riesgo, que solo requiere consentimiento informado.

RESULTADOS

Del total de pacientes (n=53). El 66.03% fueron hombres (n=35) y 24.07% mujeres (n=18). Con un rango de edad entre los 19-56 años, con un promedio de 32.01 años (hombres 28.85 y mujeres 38.16). (Figura 1)

La calificación obtenida para la Escala PANSS con sus diferentes sub-escalas se muestra en la gráfica 1. Se puede observar valores promedios más altos en los hombres.

El 86% de los hombres se encontraba sin pareja. El 32% de las mujeres eran casadas, 28% solteras, 17% en unión libre, 17% madres solteras y un 6% viudas. (Figura 2 y 3)

En hombres y mujeres, la secundaria completa obtuvo el mayor porcentaje (28% hombres y 44% mujeres). (Figura 4 y 5)

El 100% de los hombres no contaba con ningún tipo de seguridad social. De las mujeres solo el 6% contaba algún tipo de seguro. (Figura 6 y 7)

La mayoría de los hombres (86%) se encontraba sin ocupación, el 6% se dedicaba al campo y otro 6% eran empleados. En las mujeres el 49% realizaban actividades de casa, 16% contaban con alguna clase de empleo, 6% se dedicaban al campo y el 28% no tenían ninguna ocupación. (Figura 8 y 9)

El 80% de los hombres eran católicos, contra un 83% de mujeres. (Figura 10 y 11)

El Estado de México registró el mayor porcentaje (40%) como lugar de procedencia para los hombres, seguido del D.F. (21%). En las mujeres el mayor porcentaje correspondió al D.F. con un 50%, Estado de México con 39% y Oaxaca 11%. (Figura 12 y 13)

El tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y búsqueda de ayuda en un hospital psiquiátrico, la mayor frecuencia fue de 0-3 años con un porcentaje de 55% hombres y 44%. (Figura 14)

La sintomatología observada en hombres y mujeres, fueron las ideas delirantes (H = 39%, M = 35%), irritabilidad y agresividad (H = 52%, M = 28%) con porcentajes similares agresividad y los errores de juicio y conducta (H = 14% y M = 11%). (Figura 15 y 16)

El desconocimiento de la enfermedad mental fue la causa principal para que hombres y mujeres se retrasaran en la búsqueda de atención psiquiátrica. (Figura 17 y 18)

El número de atenciones recibidas antes de buscar la ayuda en un hospital psiquiátrico fue de 2, que corresponde al 50% en hombres y mujeres. En los hombres el principal recurso de ayuda fueron las visitas al curandero y en un CECOSAM, con un 20% cada uno. En las mujeres el centro de salud obtuvo un 32% y el médico particular un 22%. (Figura 19 y 20%)

La forma de interpretar la enfermedad mental, para pacientes con un 37% como "no lo puede explicar" y en familiares como causa sobrenatural con un 44%. (Figura 21 y 22%)

GRAFICA 1: Escala PANSS (promedio de valores)

PROMEDIO			
ESCALA PANSS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
POSITIVO	23.085	22.055	22.730
NEGATIVO	20.485	18.055	19.600
PAT. GENERAL	43.028	41.611	42.543
TOTAL	86.228	80.055	84.133

Figura 1: PORCENTAJE HOMBRES/MUJERES Y GRUPO DE EDAD

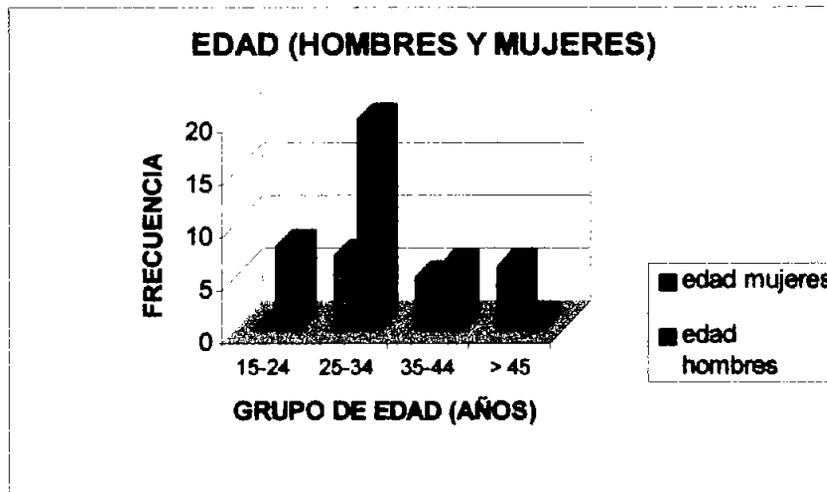
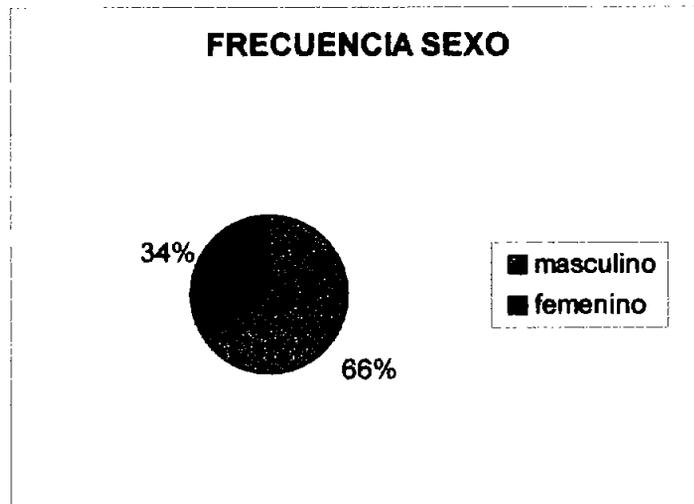


Figura 2 y 3: ESTADO CIVIL

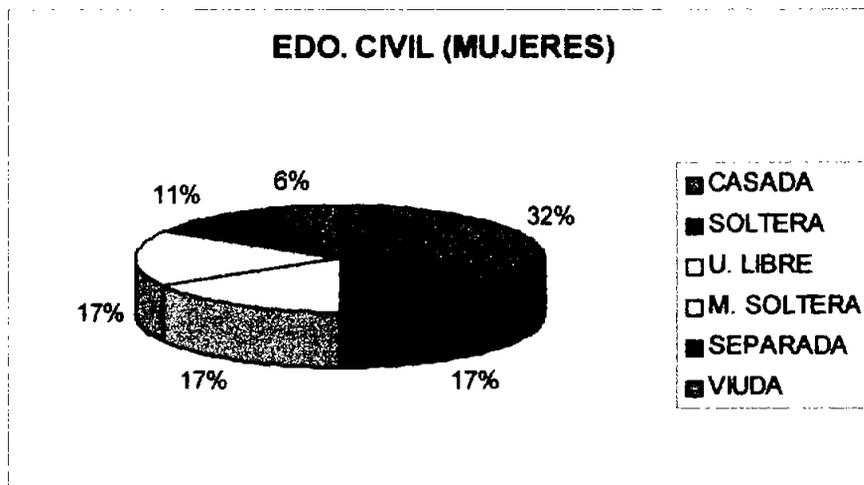
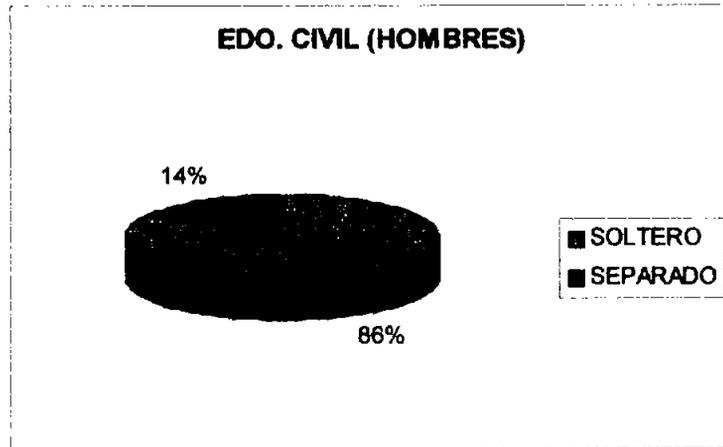


Figura 4 y 5: ESCOLARIDAD

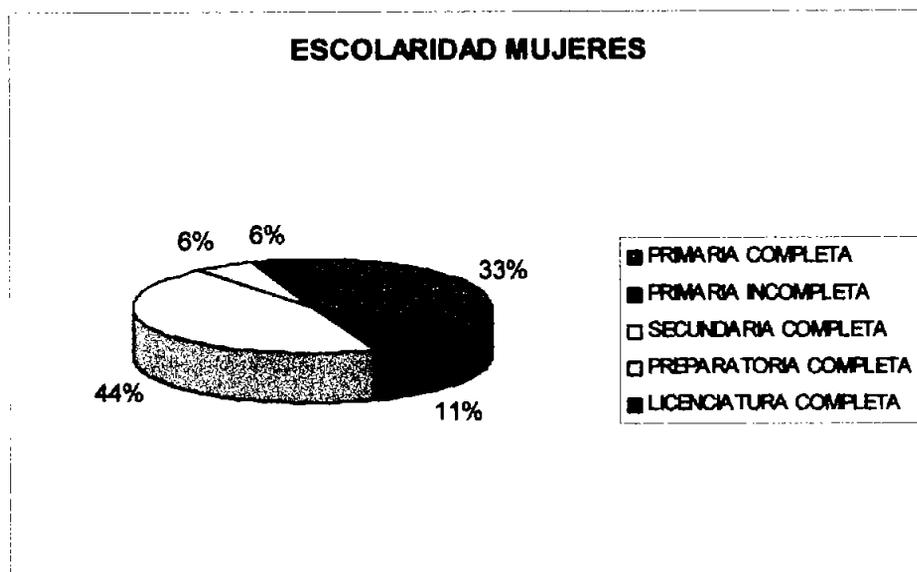
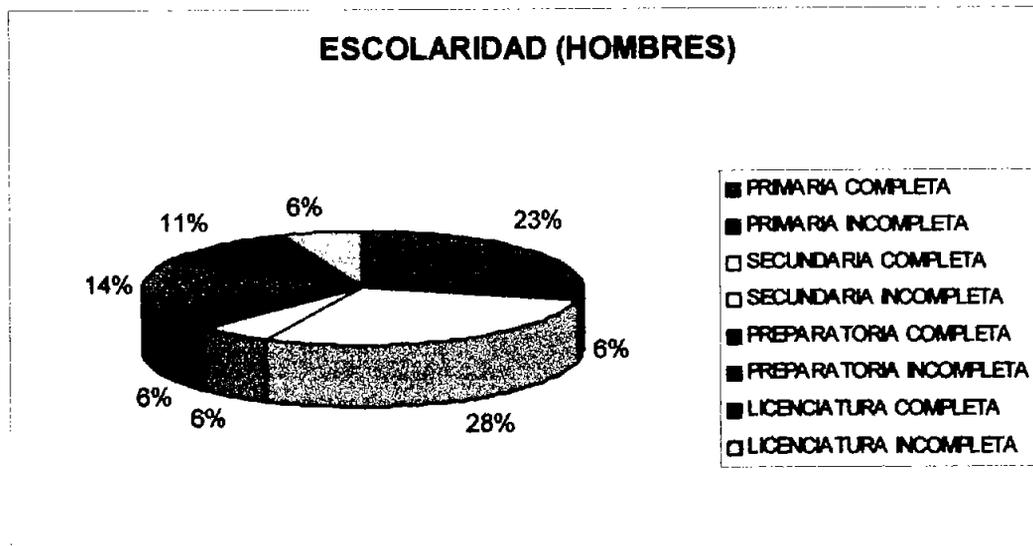


Figura 6 y 7: SEGURIDAD SOCIAL

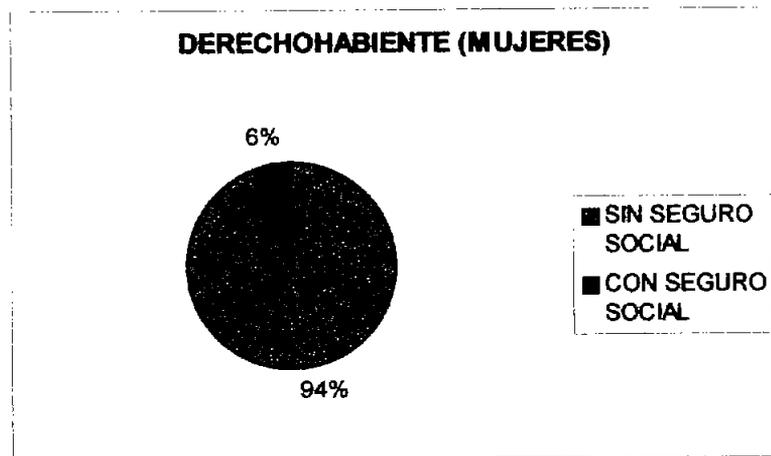
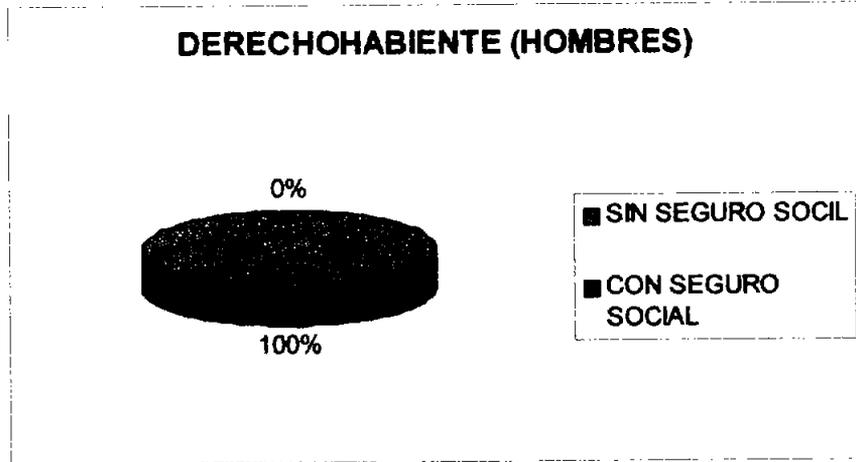


Figura 8 y 9: OCUPACIÓN

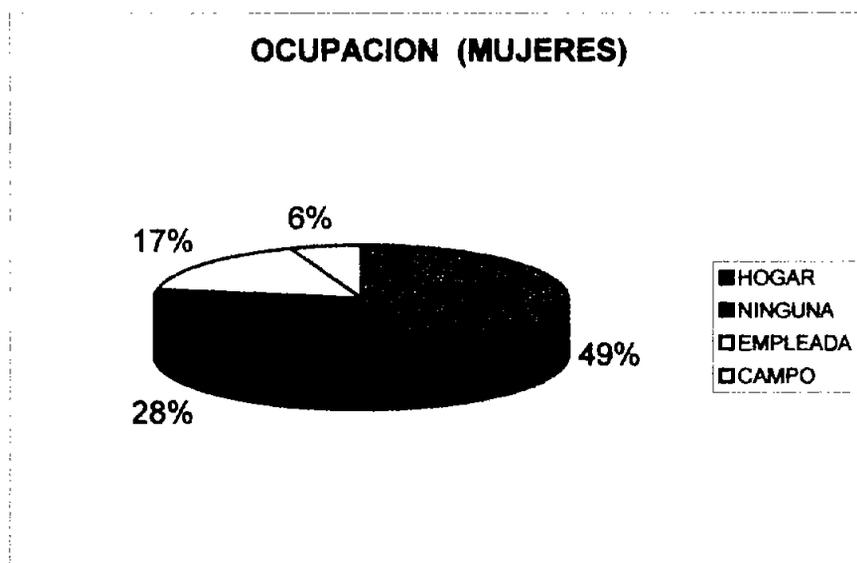
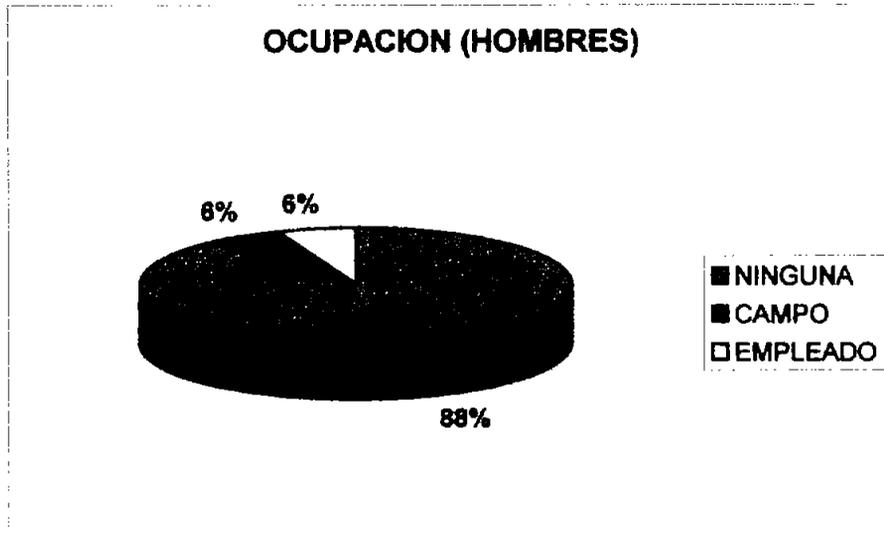


Figura 12 y 13: LUGAR DE RESIDENCIA

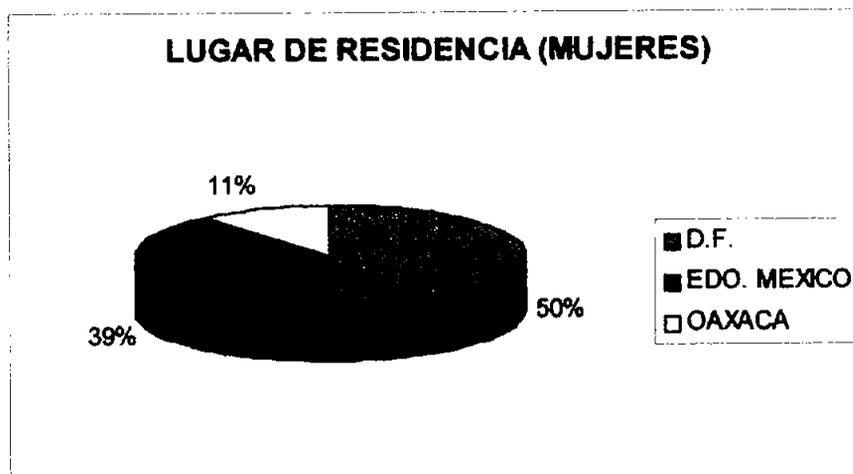
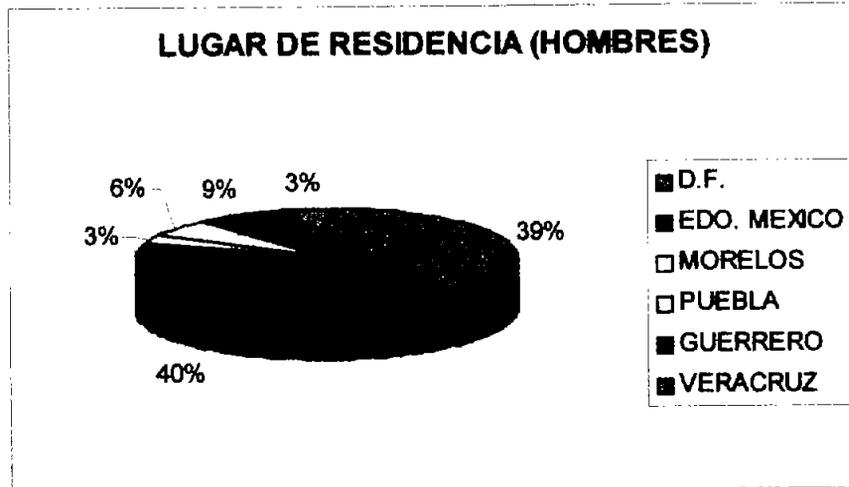


Figura 14: TIEMPO DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA Y ASISTENCIA A HOSPITAL PSIQUIATRICO

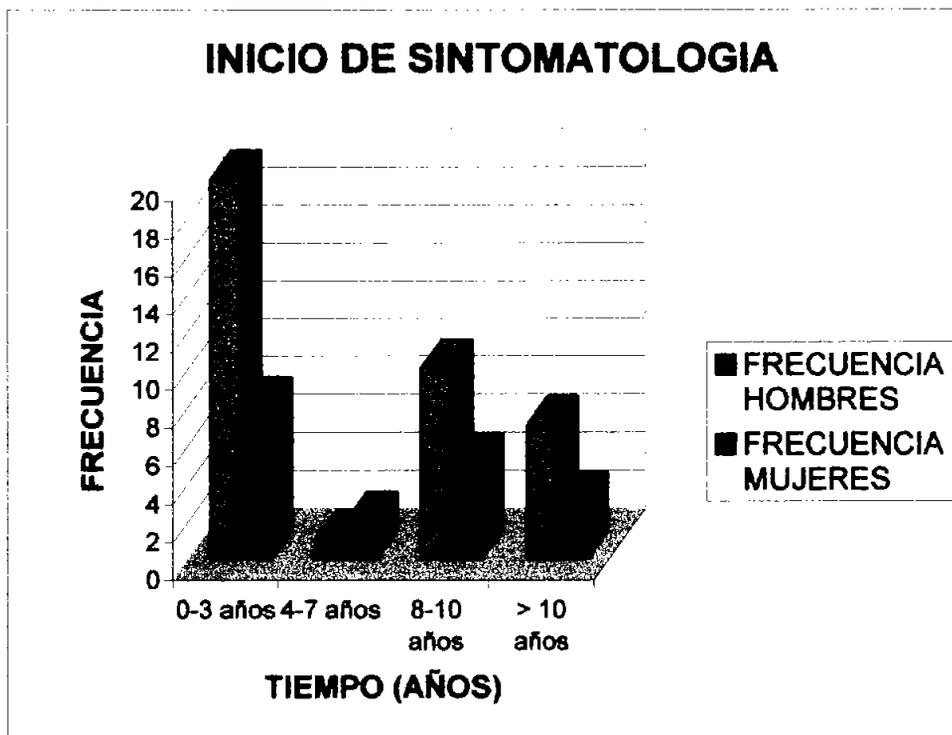


Figura 15 y 16: SINTOMATOLOGÍA INICIAL

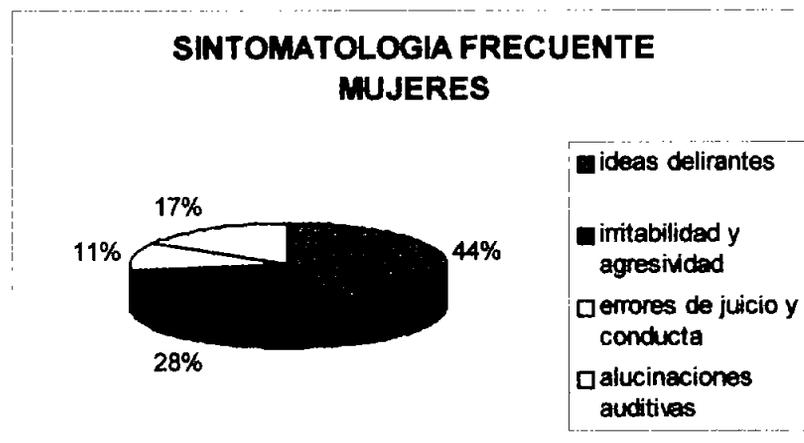
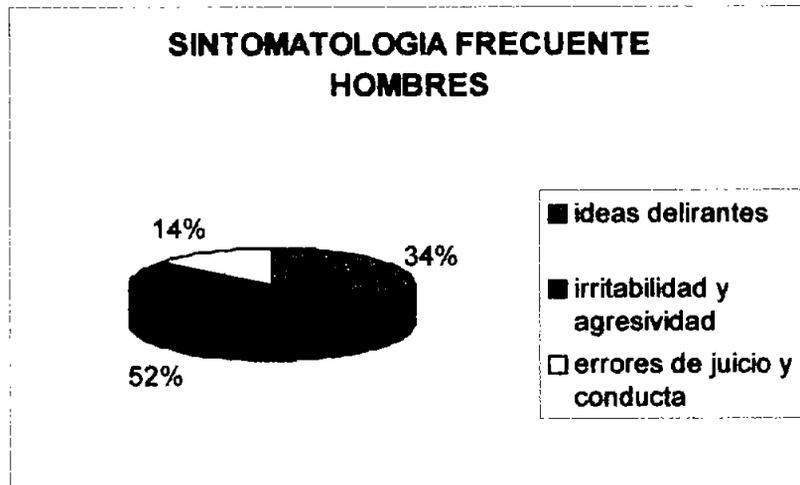


Figura 17 y 18: MOTIVO POR EL CUAL NO ACUDEN A UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

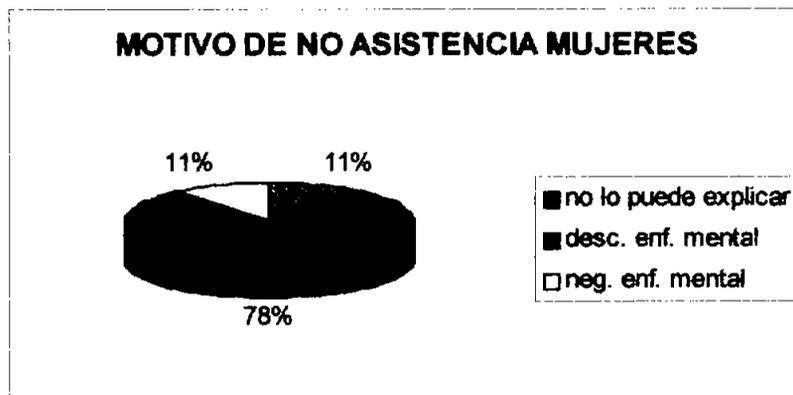
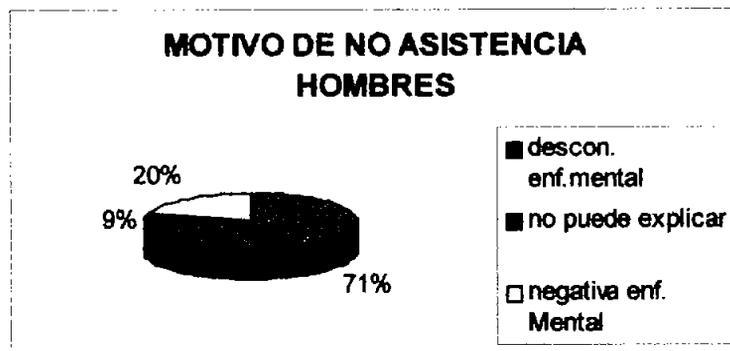


Figura 19 y 20: TIPO DE ATENCIÓN RECIBIDA ANTES DE ACUDIR A HOSPITAL PSQUIATRICO.

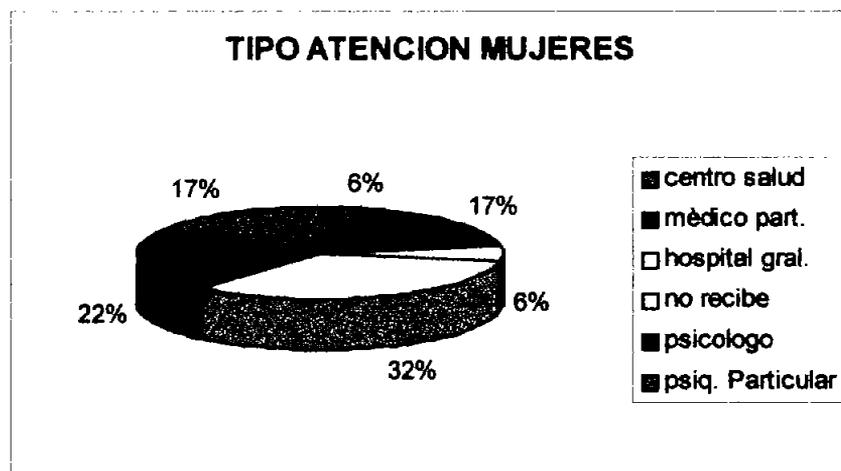
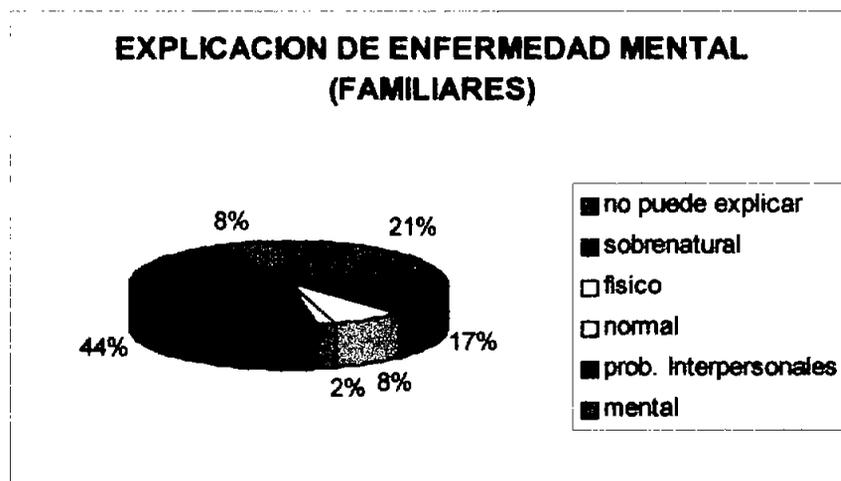
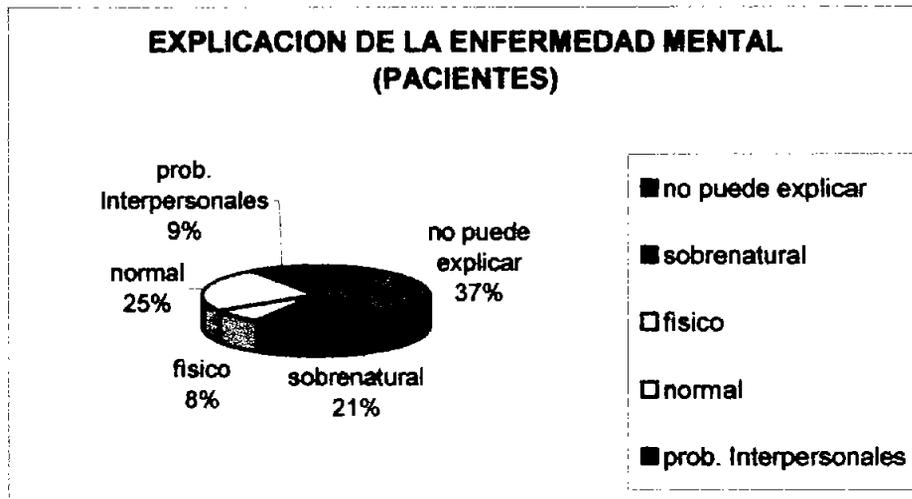


Figura 21 y 22: EXPLICACIÓN DE ENFERMEDAD MENTAL (PACIENTE Y FAMILIAR).



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para determinar si existía relación entre las variables sociodemográficas (edad, escolaridad y tiempo de inicio de la sintomatología) y los valores obtenidos en la Escala PANSS se determinó el coeficiente de correlación (Pearson), con los siguientes resultados significativos. (Gráfica 2)

El tiempo de inicio de la sintomatología fue la variable que mayor correlación presentó. Al compararla con la sub-escala Sintomatología positiva ($r=0.374$ $p=0.006$), sub-escala Patología General ($r=0.283$ $p=0.040$), PANSS Total ($r=0.375$ $p=0.006$) y edad ($r=0.641$ $p=0.000$), se encontró una relación directamente proporcional, lo que nos sugiere que puede ser un factor importante en la búsqueda de atención especializada.

Otra variable que también presentó correlación, pero de forma inversa fue la edad/no. de atención ($r=-0.284$ $p=0.040$).

Al realizar la prueba "t" Student, para determinar la diferencia entre el tipo de actividad y el tiempo de inicio de la sintomatología entre el grupo de hombres y mujeres para la búsqueda de ayuda psiquiátrica, los datos obtenidos reportaron diferencias no significativas. Para inicio de sintomatología ($t=0.7255$ $p=0.471$) y para ocupación ($t=0.913$ $p=0.365$)

GRAFICA 2: COEFICIENTE DE CORRELACION (Pearson)

		SPOS	SNEG	PG	TOTPANSS	EDAD	ESC	TIEMPOIN	No. ATENC
S POS	Pearson Correlation	1.000	.103	.465**	.642**	.056	-.133	.374**	-.055
	Sig. (2-tailed)		.464	.000	.000	.688	.344	.006	.697
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
S NEG	Pearson Correlation	.103	1.000	.406**	.676**	-.007	.044	.217	-.002
	Sig. (2-tailed)	.464		.003	.000	.961	.757	.119	.991
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
PAT GRAL	Pearson Correlation	.465**	.406**	1.000	.773**	-.043	.144	.283*	-.017
	Sig. (2-tailed)	.000	.003		.000	.757	.303	.040	.906
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
TOTAL PANSS	Pearson Correlation	.642**	.676**	.773**	1.000	.044	.038	.375**	.041
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.753	.788	.006	.770
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
EDAD	Pearson Correlation	.056	.007	-.043	.044	1.000	-.256	.641**	-.284*
	Sig. (2-tailed)	.688	.961	.757	.753		.064	.000	.040
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
ESCOLARIDAD	Pearson Correlation	-.133	.044	.144	.038	-.256	1.000	-.137	-.071
	Sig. (2-tailed)	.344	.757	.303	.788	.064		.328	.615
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
TIEMPO INICIO	Pearson Correlation	.374**	.217	.283*	.375**	.641**	-.137	1.000	-.180
	Sig. (2-tailed)	.006	.119	.040	.006	.000	.328		.197
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
No. ATENC	Pearson Correlation	-.055	-.002	-.017	.041	-.284*	-.071	-.180	1.000
	Sig. (2-tailed)	.697	.991	.906	.770	.040	.615	.197	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53

* Correlación significativa 0.01

** Correlación significativa 0.05

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al realizar la comparación de los resultados obtenidos con los reportados en la literatura, podemos observar similitudes y diferencias. En la distribución de acuerdo al sexo predominaron los hombres en un 66.03% que no es acorde con lo reportado en la literatura nacional o internacional, esta diferencia puede asociarse con el tamaño pequeño de la muestra y tipo de patología incluida en nuestro estudio, en donde solo valoramos a pacientes esquizofrénicos. (17)

La mayoría de los pacientes masculinos se encontraban solteros, concordando con otros estudios, y para las mujeres la mayoría se encontraba casada. El nivel de escolaridad en general fue bajo con un promedio de secundaria. El nivel socioeconómico aunque no se valoró en forma directa a través de un ingreso mensual, se puede inferir a partir del nivel escolar y la ocupación de los pacientes en la cual la mayoría se encontraba desempleado, lo que nos sugiere que un nivel socioeconómico bajo, situación similar a la reportada. (17,28)

La edad promedio encontrada fue mayor a la registrada (32 años), en comparación con el promedio reportado de 27 años, si consideramos que el inicio de la esquizofrenia es en la juventud. Debemos de tomar en cuenta que la edad de las mujeres participantes se encontraba en un rango mayor a los 30 años. (17)

En el tiempo, el promedio para la búsqueda de ayuda se encuentra reportado entre 1-3 años, pero en nuestro resultados se encontró un mayor porcentaje en el grupo de 0-5 años que puede estar relacionado con el conocimiento y la aceptación de la enfermedad mental que fueron las dos causas por las cuales no se recurrió a solicitar ayuda en un hospital psiquiátrico. Otra causa puede ser que la búsqueda de ayuda por lo general es en un centro de primer nivel (centro de salud o médico particular). En nuestro caso hubo diferencias en cuanto a hombres los cuales acudieron principalmente a un CECOSAM o en busca de medicina alternativa. Las mujeres acudieron a un centro de salud o médico particular como lo reportado en la bibliografía. (17,28)

Los datos obtenidos en este trabajo son similares a los reportados, sin tomamos en cuenta el tipo de enfermedad, las características de nuestro país y del hospital en donde se llevo a cabo. Además de tomar en cuenta las limitaciones del estudio como el tamaño de la muestra que es pequeña, proveniente de un solo dentro de atención y las diferencias entre el número de paciente en relación al sexo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan H., Sadock B. Tratado de Psiquiatría VII, 6ta. ed., Editorial Interamericana México 2000: 906.
2. Larsen K., Glashan T., Comrad L. First episode schizophrenia: Early course parameter. Schizophrenia Bulletin, 22(2);1996:241-256
3. Medina-Mora M. E., Berenzon S., López E., Caballero M. A., González J. El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultado de una población de escasos recursos. Salud Mental ,20 (Suplemento);1997:32-38.
4. Medina-Mora M. A., Borges G., Lara C., cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental, 26(4);2003:1-16.
5. León C. Perspectiva de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. Salud Mental, número especial 1999:48-55.
6. Lara M. A., Acevedo M. Patrones de utilización de los servicios de salud mental. Salud Mental 19(Suplemento);1996:14-18.
7. García S. Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental. Salud Mental 20(Suplemento);1997:39-46.
8. Lara M. A., Medina-Mora M., Salgado N., Acevedo M., Díaz M. J., Villatoro J. Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. Salud Mental 19(2);1996:42-49.
9. Norman R., Malla A. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. Psychological Medicine, 31;2000:381-400.

10. Caraveo J., Martínez N., Rivera B. Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental* 21(1);1998:48-57.
11. Angermeyer MC., Matschinger H., Riedel-Heller SG. What to do about mental disorder help-seeking recommendations of the lay public. *Acta Psychiatr Scand*, 103;2001:220-225.
12. Pini S., Piccinelli M., Zimmermann-Tansella. Social problems as factors affecting medical consultation: a comparison between general practice attenders and community probands with emotional distress. *Psychological Medicine*, 25;1995:33-41.
13. Caraveo J., Mas C. Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 32(5);1990:523-531.
14. Caraveo J., Colmenares E., Saldivar G. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a los largo de la vida. *Salud Mental*, número especial;1999:62-67.
15. Rojas G., Araya R., Fritsch R. Salud mental, problemas psicosociales y atención primaria de salud. *Acta psiquiátr psicol Am lat*, 46(2);2000:119-126.
16. Apiquián R., Páez F., Loyzaga C., Cruz E. Gutiérrez D., Suárez J., Ulloa R., Fresán A., Vallejo G., Nicolini H., Medina-Mora M. Estudio mexicano sobre el primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental* 20(Suplemento);1997:1-7.
17. Apiquián R., Fresán A., Ulloa R. Diagnóstico y tratamiento de los pacientes con primer episodio psicótico. *Salud Mental*, número especial;1999:79-87.
18. Kalla O., Aaltonen J., Wahlstrom J., Lehtinen V., García I., González M. Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain. *Acta Psychiatr Scand* 106;2002:265-275.
19. Addington J., Mastrigt S., Hutchinson J., Addington D. Pathways to care: help seeking behaviour in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 106;2002:358-364.

20. Mallet R., Leff J., Bhugra D., Pang D., Hua J. Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. *Soc psychiatr Psychiatr Epidemiol*, 37;2002:329-335.
21. Beiser M., Erickson D., Fleming J., Iacono W. Establishing the onset of Psychotic Illness. *Am J Psychiatry*, 150(9);1993:1349-1354.
22. Mahy G., Mallett R., Leff J., Bhugra D. First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *British Journal of Psychiatry*, 175;1999:28-33.
23. Cole E., Leavey G., King M., Johnson E., Hoar A. Pathways to Care for Patients with a First episode of psychosis A Comparison of Ethnic Groups. *British journal of Psychiatry* 167;1995:770-776.
24. Burnett R., Mallet R., Bhugra D., Hutchinson G., Der G., Leff J. The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multi-ethnic population. *Psychological Medicine*, 29;1999:475-483.
25. Herrera M., Torner C., González G., cols. Estudio de confiabilidad de la escala síntomas positivos y negativos (PANSS), para valorar esquizofrenia. *PSIQUIS vol2(2)*;1993:47-51
26. Apiquian R., Fresán A., Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español. *Ciencia y cultura Latinoamericana*, México D.F.;2000 pp 19-35.
27. Kay S., Fiszbein A., Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia, 13(2);1987:261-276.
28. Vázquez J., Núñez MJ., De la Varga M., Herrera S., Arenal G., The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings: *Acta Psychiatr Scand*, 91;1995:156-162

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a ____ de _____ de 2003.

Por medio de la presente acepto participar de manera voluntaria en la Investigación: factores Sociodemográficos que influyen en la Asistencia por Primera Vez a un Hospital Psiquiátrico en Pacientes con Esquizofrenia, que se realizará en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Considero que toda la información obtenida será confidencial y utilizada para fines de Investigación Científica.

Los procedimientos utilizados en esta investigación se apegaran a estrictas normas éticas que garantizan un mínimo riesgo en mi integridad como persona y paciente de esta Institución.

Sabiendo de antemano que participar o no, en dicha investigación no altera la atención y/o tratamiento prescrito.

NOMBRE _____

FIRMA (ACEPTACIÓN) _____

NOMBRE (TESTIGO) _____

FIRMA _____

NOMBRE (TESTIGO) _____

FIRMA _____

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Nombre _____

1. Edad _____

2. Sexo _____

3. Estado civil _____

4. Escolaridad _____

5. Ocupación _____

6. Religión _____

7. Lugar de origen _____

8. Lugar de residencia _____

9. Seguridad social _____

10. Tiempo de inicio de sintomatología _____

11. Cual _____ era _____ el _____ sintoma
principal _____

12. A _____ quien _____ acudió _____ por _____ primera
vez _____

13. Tipo _____ de
tratamiento _____

14. Otros tratamientos _____

15. Quien _____ sugirió _____ acudir _____ a _____ valoración _____ a
HPFBA _____

16. Motivo _____ por _____ el _____ cual _____ no _____ acudía _____ a
valoración _____

17. Como se visualiza la enfermedad mental:

a. Paciente _____

b. Familiar _____

ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA PANSS

Nombre del paciente _____ Evaluación _____
 Fecha _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

1 = ausente; 2 = mínimo; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente severo; 6 = severo; 7 = extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGICA GENERAL

G1	Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12	Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13	Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14	Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA	TOTAL	PERCENTIL
Positiva	_____	_____
Negativa	_____	_____
Psicopatología General	_____	_____
TOTAL	_____	