



Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Medicina

Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Trayectoria, procedencia y obstáculos en la búsqueda del tratamiento para los enfermos mentales de la población atendida en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Presenta la Tesis para Obtener el diploma de especialista en Psiquiatría:

Dr. Jesús Arreola Villaseñor

Dr. Andrés Roche Bergua.

Asesor teórico

Soc. Juana Freyre Galicia.

Asesor metodológico

México D.F. Junio del 2014



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.

Índice.

Resumen.....	4
Marco teórico.....	6
Justificación.....	10
Planteamiento del problema.....	19
Objetivo particular.....	19
Hipótesis.....	20
Variables.....	20
Criterios de selección.....	22
Procedimiento.....	23
Plan de análisis.....	23
Consideraciones bioéticas.....	24
Resultados.....	25
Discusión.....	36
Conclusión.....	39
Bibliografía.....	42
Anexos.....	47

Tablas

Detección y acciones al inicio de la enfermedad. Tabla 1.....	30
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica. Tabla 2.....	32
Actitud actual ante la enfermedad. Tabla 3.....	34
Parentesco y nivel académico del acompañante. Tabla 4.....	35

Gráficas

Proporción por sexo. Gráfica 1.....	25
Ocupación. Gráfica 2.....	26
Lugar de residencia de los pacientes estudiados. Gráfica 3.....	26
Escolaridad. Gráfica 4.....	27
Estado civil. Gráfica 5.....	28
Diagnósticos encontrados en la muestra de pacientes estudiados. Gráfica 6.....	29
Tipo de síntomas detectados al inicio de la enfermedad. Gráfica 7.....	30
Síntomas por los cuales buscan atención psiquiátrica. Gráfica 8.....	31

Anexos

Cedula trayecto en la búsqueda de tratamiento.....	47
Hypothesis Test Sumary.....	50
Consentimiento informado de familiares y paciente.....	53

Agradecimientos.

A la Soc. Juana Freyre Galicia y al Dr. Andrés Roche Bergua por su valiosa colaboración para la elaboración de este trabajo.

A todas las personas que de forma directa e indirecta han sido parte de mi formación, en especial a mi familia, ya que siendo mi origen y destino, no imagino fortuna más grande para mi desarrollo que la bondad de mi madre, la protección de mi padre y la complicidad de mis hermanos.

Resumen.

Introducción. El retraso en la atención de los enfermos mentales depende de distintos factores como la edad de inicio de la enfermedad, el nivel socio económico y cultural, el nivel académico de los pacientes y familiares, las barreras físicas, la falta de conocimiento de la enfermedad por los médicos no psiquiatras, el estigma hacia los enfermos mentales, la centralización de los servicios de salud mental, entre otros. El problema de la accesibilidad a los servicios médicos psiquiátricos es un problema de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud ha hecho diez recomendaciones a México y otros países de Latinoamérica para mejorar la accesibilidad a la atención psiquiátrica a los pacientes, misma que será posible lograr siempre y cuando se conozcan las dificultades del acceso a dicho servicio.

Objetivos: Encontrar cuál es la trayectoria, procedencia y obstáculos de una muestra de pacientes que se atendieron en los servicios de consulta externa y urgencias de este hospital, ya que la accesibilidad a los servicios de atención psiquiátrica son base para tratamiento y pronóstico del enfermo mental.

Material y métodos: La información se obtuvo con una cédula de 22 reactivos aplicada a pacientes que acudieron en compañía de familiares; para tener mayor certeza de los datos aportados por ambos, la información fue captada por un solo entrevistador con el fin de disminuir el sesgo que pudiera darse al ser más de uno el que aplique dicho instrumento, actividad que se llevó a cabo de diciembre del 2013 a marzo del 2014.

Los datos obtenidos se sometieron a análisis estadístico descriptivo paramétrico en las variables cuantitativas y no paramétrico para variables cualitativas, para obtener las variables de información se aplicó anova y alfa (exponencial), a fin de determinar si existen diferencias significativas en las

formas para resolver el problema psiquiátrico. Para localizar los factores de riesgo se utilizó análisis de momios, la estadística se procesó mediante el paquete spss versión 20.

Resultados. Se aplicó la Cédula de trayecto en la búsqueda de tratamiento a 91 pacientes, encontrándose que el 59 % de los pacientes atendidos fueron mujeres, que el 27.5% de los pacientes atendidos fueron estudiantes, 59% eran residentes del D.F. El nivel académico encontrado en 31.9% fue de licenciatura, el 58% eran solteros, los diagnósticos principalmente encontrados fueron trastornos en el afecto (CIE 10 F30-F39). Se encontró que los síntomas detectados al inicio de la enfermedad fueron de tipo afectivo, contrastando con los síntomas por los que fueron traídos a atención medica que fueron autoagresiones en el 34.1%. El orden en que buscaron la atención medica fue primero consejo de familiares en un 65.9%, y solo al principio acudieron al psiquiatra el 2.2%. En el orden de búsqueda se encuentra en tercer lugar la atención psiquiátrica, representando por el 27.5% de los sujetos que buscan atención.

Conclusión: se encuentra que el principal factor que influye en la búsqueda de atención psiquiátrica es el desconocimiento de la enfermedad mental y los síntomas iniciales. Aunque el paciente es el primero en identificar los síntomas, no los identifican como una enfermedad mental, sino como parte de la cotidianidad, esto apoyado por la actitud de los familiares al observar dichos síntomas. Acudiendo a consulta cuando se pone en riesgo la integridad del paciente o la de otras personas. La mayoría de los pacientes captados al azar fueron originarios del Distrito Federal, por lo que podemos concluir que la cercanía a este hospital es un factor positivo para la pronta atención del paciente. Se concluye también que en mayor proporción los pacientes atendidos son estudiantes, y la escolaridad promedio es de licenciatura o licenciatura trunca. La principal etapa en la que acuden a consulta es la etapa de adultos jóvenes que se relaciona de manera importante con la vida productiva.

Palabras clave: Búsqueda, trayectoria, síntomas, atención.

Marco teórico.

Un trastorno mental se describe como un síndrome, ya que es un conjunto de signos y síntomas que juntos ocasionan una afección reconocible.

Un trastorno mental no siempre se detecta y es difícil para los médicos no psiquiatras, ya que los pacientes son algo más que un conjunto de signos y síntomas; Karl Meninger describió hace más de 35 años la tendencia a coleccionar síntomas y sus efectos posibles de deshumanización, también escribe que el paciente no es un conjunto de 5 síntomas para hacer un diagnóstico, considerando que la tendencia a tabular los estados de la enfermedad era antiética con la comprensión de la persona que experimenta la enfermedad, y quitaba énfasis con el enfoque compasivo del paciente. Según lo antes dicho la descripción de los signos y síntomas constituyen la ciencia de la psiquiatría y haciendo referencia a los que dijo el médico y filósofo William Oster: “solo se aprende mediante la experiencia; no se hereda; no se puede conocer; no se puede dar a conocer. Aprende a ver, aprende a oír, aprende a sentir, aprende a oler y sepas que solo mediante la práctica puedes convertirte en un experto” (30).

En 1988 en un estudio se concluyó que los resultados apuntan al problema de la accesibilidad (Accesibilidad es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y los de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención). Siguiendo a este autor, el problema analítico se expresaría en la siguiente pregunta: ¿qué características o circunstancias obstaculizan la búsqueda y obtención del servicio?: Los obstáculos se clasifican en diferentes tipos: ecológicos, que incluyen distancia y tiempo de transporte; financieros, culturales, organizativos entre otros. Al respecto, también es importante resaltar que la atención del tipo de morbilidad reportada no recae por completo en el personal médico, sino en profesionales del campo de la educación y psicología, por lo que un programa para atender esta situación no sólo requeriría actividades en el

área de educación a la población, sino también disponibilidad de recursos humanos interdisciplinarios adecuados al tratamiento integral de estas afecciones, considerando de manera enfática la formación de grupos de autoayuda. La magnitud e importancia de la atención temprana es un problema de salud pública, ya que los sujetos afectados están en mayor riesgo de presentar, a la larga, otras patologías como las adicciones y trastornos en su adaptación a la sociedad. Dentro de los obstáculos en relación con la primera búsqueda de atención, se resalta el aspecto financiero, ya que el 80 por ciento de la población atendida en el centro de salud informó un ingreso menor de dos salarios mínimos. A esto se encuentra asociado implícitamente el nivel educativo. De esta manera, se delimita que en el retraso observado también incide el obstáculo financiero ⁽²⁾ ⁽¹³⁾.

Según Stolkiner cuando alguna característica multidimensional se transforma en un obstáculo se lo denomina "barreras de accesibilidad". Se identificaron cuatro dimensiones: a) geográfica; b) económica; c) administrativa – organizacional y d) sociocultural ⁽¹³⁾.

El trayecto en la búsqueda de atención psiquiátrica es el recorrido que sigue un paciente para poder acceder a tal servicio, en dicho trayecto se encuentran involucrados las barreras y las personas que se encuentran durante la búsqueda del servicio, entre los que se encuentran las barreras culturales, económicas, físicas, transculturales, administrativas y el subjetivismo del paciente y familiares.

La procedencia de los usuarios se define como el lugar en donde residen y sin cambiar su lugar de vivienda acuden a consulta psiquiátrica a esta institución, siendo así uno de los principales problemas la centralización de los servicios de atención psiquiátrica.

Actitud: un estudio publicado en 2007, titulado "Percepción de obstáculos a la utilización de servicios de salud mental en los Estados Unidos, Ontario y los Países Bajos", informó que las barreras de actitud suelen deberse a que los estadounidenses no buscan atención de salud mental.

Estas barreras incluyen la creencia de que la enfermedad mental se resolverá por sí misma y no creer que la atención psiquiátrica sea beneficiosa.

Preocupaciones financieras y la disparidad: muchas personas no buscan atención de salud mental por razones financieras. La falta de cobertura de seguro de salud o una cobertura que deja una gran cantidad de deudas al paciente, lleva a muchos a evitar la búsqueda de atención.

Auto-percepción pobre: a diferencia de las enfermedades físicas, es la naturaleza de muchas enfermedades mentales que el paciente no se dé cuenta de que está enfermo. Creyendo que su comportamiento, las emociones y el estado mental son normales, puede experimentar una vida de pensamiento desordenado que podría ser mejorado con el tratamiento adecuado. La intervención familiar es fundamental para el éxito de la estabilización de la enfermedad en estos casos (15,16).

Accesos limitados: algunos estadounidenses tienen poco acceso a servicios de salud mental debido a que viven en un entorno rural. Otros no pueden obtener logísticamente el tratamiento debido a la falta de transporte o el trabajo abrumador y las responsabilidades del hogar. En algunas áreas, un profesional de salud mental está disponible, pero la hospitalización psiquiátrica no. Las clínicas pueden tener listas de espera tan largas que las personas con enfermedades mentales renuncian a recibir atención (15-16).

Estigma: afecta causando vergüenza y miedo de lo que otros puedan pensar con respecto a la enfermedad mental, lo que determina muchas veces el solicitar o continuar con los servicios que necesitan (15,16).

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se atienden cuadros agudos y crónicos de enfermedades mentales y trastornos del comportamiento, su labor está dirigida a población abierta, así como atender servicios subrogados del ISSSTE y PEMEX. Al ser este un hospital centralizado tiene como área de influencia todo el territorio nacional, la función de este está dirigido a la atención

integral de usuarios de los distintos servicios y que cursan con cuadros agudos, así como en la planeación adecuada del control de los padecimientos, con el fin de abatir conflictos relacionados con la reinserción familiar y social de los usuarios, por ello es de vital importancia realizar estudios para evaluar las dificultades a las que habrá de enfrentarse tanto el usuario de nuestros servicios, su familia, la unidad hospitalaria y la sociedad toda, con el fin de lograr una mejor rehabilitación a la población que se atiende las cuales en ocasiones habitan áreas que carecen de infraestructura en materia de servicios de salud mental (29).

La expansión de los servicios de salud mental en la atención primaria y su integración en servicios de salud general señalan una dirección ya consistente asumida en las políticas sanitarias en Argentina, en donde afirman que los procesos de territorialización contribuyen a facilitar la accesibilidad a los cuidados requeridos. La circulación de los usuarios entre los niveles del sistema de salud es fluida y significativa, por lo que se debe fomentar la referencia y contra-referencia de pacientes atendidos en este hospital (32).

La cédula que se usó en el estudio ya ha sido aplicado en dos ocasiones y pese a no haber sido sometida a análisis estadístico para medir su validez, sí sirve para coleccionar información de tipo descriptivo útil para este estudio.

Justificación.

El tiempo que tarda un enfermo mental desde que inicia su enfermedad hasta que recibe atención es un periodo en que el paciente se deteriora, al igual que deteriora su círculo social, este tiempo se ve afectado por varios factores demográficos, síntomas con los que se manifiesta la enfermedad, edad de inicio de la enfermedad, las acciones que toman los familiares y pacientes con respecto a sus síntomas, alternativas que plantea la familia y el paciente para iniciar el tratamiento.

La enfermedad mental a diferencia de otro tipo de enfermedades inicia mucho antes de que se den los síntomas, esto hace a los pacientes más vulnerables a ser diagnosticados de una forma inadecuada, o tratados de formas incorrectas, en el 2005 el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos llevó a cabo una encuesta sobre cuantos estadounidenses desarrollaran una enfermedad mental a lo largo de su vida, según los resultados más del 50 % lo hará, el trastorno mental más frecuente fue la depresión con un 17%, cualquier trastorno de ansiedad que representó el 28.8%, cualquier trastorno del estado de ánimo que fue del 20.8%, trastorno del control de los impulsos que fue del 24 %, trastorno por consumo de sustancias que afectó al 14.6% ⁽³¹⁾. Una vez que hay conductas detectadas como anormales los familiares toman algún tipo de medida para las mismas, pero mientras los síntomas no sean identificados como anormales serán pasados por alto y se tomarán como parte del contexto cultural en donde se vive .

Una de las deficiencias más claras en la atención de la salud en México reside en su incapacidad para enseñar a la comunidad a identificar de manera expedita y oportuna el trastorno mental. La planeación de programas preventivos debería partir del reconocimiento de este fenómeno y abrir espacios eficientes que alerten a la sociedad de la importancia que tiene vigilar la higiene mental y no solo los trastornos físicos a los que se les ha dado mayor difusión.

Con este estudio se pretende resaltar la relevancia de conocer los factores que condicionan largos periodos de duración de la enfermedad sin tratar. A su vez, se ha visto que la duración de la enfermedad sin tratar es mayor en aquellos casos de comienzo insidioso en los que se dan cambios en el funcionamiento menos manifiestos. También en aquellos casos con aislamiento social o una mala red de apoyo social. Factores estos que se convierten en barreras para el establecimiento de contacto, los procesos de identificación y en última instancia para recibir un adecuado tratamiento. Otros factores que influyen en la mayor duración de la enfermedad sin tratar, tienen que ver con factores socioculturales tales como estigma, la accesibilidad a la asistencia sanitaria, la capacidad de manejo de la enfermedad mental por los profesionales y en última instancia el grado en que las familias, las personas cercanas y los propios afectados perciben el problema ⁽¹⁾ ⁽¹³⁾.

Es importante estudiar las variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, área de residencia y estatus socioeconómico entre otros, además: a) Primera búsqueda de ayuda y subsecuentes hasta arribar al servicio. b) Manifestaciones clínicas presentadas en cada búsqueda de atención. c) Tiempo transcurrido desde el inicio del padecimiento hasta la primera decisión de buscar ayuda. d) Tiempo transcurrido desde ésta hasta ser atendido por el servicio de psiquiatría, f) Diagnóstico psiquiátrico, g) Tipo de síntomas detectados al inicio, h) El parentesco de quien detecta los síntomas, i) Acciones tomadas por familiares y por el propio paciente, j) Alternativas que se toman en cuenta para iniciar la atención, k) Nivel académico de la personas que toma las decisiones de atención del paciente, entre otros ⁽²⁾ ⁽¹³⁾.

En Chile, en el 2004, se hizo un estudio retrospectivo a quienes se les diagnosticó un primer episodio de esquizofrenia, en cinco centros de atención especializada en psiquiatría. Según lo señalado por pacientes y familiares, las razones por las que no continuaron los controles y/o tratamientos fueron:

en primer lugar la propia resistencia del paciente, en segundo lugar problemas relacionados con el sistema sanitario, y en tercer lugar las opiniones y creencias de la propia familia (4).

Se sabe que las familias de personas con trastorno mental y el propio paciente, tardan demasiado tiempo en darse cuenta de su padecer y aun más, tarda la toma de decisiones para la búsqueda de soluciones a su problema de salud, lo que retrasa o imposibilita el tratamiento, trayendo consigo gran cantidad de complicaciones, no solo para el paciente y su familia, sino para toda la comunidad que no estando acostumbrada a la manifestaciones de la enfermedad mental, defenderá el confinamiento como un derecho de las familias que quieren escapar del deshonor, aparte de que el internamiento de los pacientes no es el objetivo final de los médicos psiquiatras ni del sistema de salud, parece ser el objetivo final de la sociedad en la que se desenvuelven. "Aquello que se denomina una bajeza, se halla en la misma altura que las acciones que el orden público no puede tolerar... Se diría que el honor de una familia exige que se haga desaparecer de la sociedad a quien, por sus costumbres viles y abyectas, hace enrojecer a sus parientes" (6).

Si bien es cierto que la comunidad no tiene obligación de saber qué es la enfermedad mental, es indispensable encontrar alternativas para enseñarle que existen signos y síntomas que deben tomarse en cuenta para decidir la búsqueda de ayuda efectiva, "todas las sociedades son capaces de reconocer ciertos comportamientos como extraños o patológicos", quizá el problema no es sólo identificar el trastorno sino difundir que existe tratamiento para dicha situación (6) (5).

En el 2000-2001 se realizó un estudio transversal en el que se registró la procedencia de los pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" durante ese período; resultando en primer lugar el Distrito Federal, seguido por el Estado de México, después el estado de Morelos y

posteriormente el estado de Guerrero. Los estados que menos atención psiquiátrica solicitaron fueron Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua y Yucatán. Del Distrito Federal dentro de las delegaciones que más solicitaron el internamiento fueron Iztapalapa en primer lugar, seguido de Gustavo A. Madero, en tercer lugar Cuauhtémoc, después Coyoacán y Tlalpan. La delegación que menos atención solicitó fue Milpa Alta. Con respecto al estudio anterior se concluye que el primer lugar de donde acuden pacientes a servicios de atención psiquiátrica es el D.F, seguido del Estado de México, lo cual tiene que ver con las dificultades en la búsqueda de atención y las distancias que tienen que recorrer los usuarios, además de los gastos que para ello deben destinar con el fin de recibir la atención requerida, aparte de mencionar que es probable que el traslado de las comunidades más lejanas no sea necesario al contar con recursos para la atención psiquiátrica (30).(5), (28).

En ese mismo estudio, se reporta en personas trabajadoras que tener un hijo con enfermedad mental es uno de los principales factores que causan el ausentismo laboral de los padres, y que dichas faltas laborales son poco reconocidas o aceptadas por los empleadores, pues no entienden por qué este tipo de trastornos pueden requerir de vigilancia de los padres al hijo enfermo (10).

Los problemas de salud mental constituyen una de las causas principales de discapacidad en el mundo. Un gran porcentaje de las personas con trastornos mentales en el mundo no recibe atención apropiada a pesar de los avances en nuevos tratamientos para las enfermedades mentales (apoyo psicológico, social, así como medicinal) y como consecuencia de ello, sufre en silencio. En los países desarrollados esto se puede deber a la estigmatización de las enfermedades mentales, que lleva a la reticencia de pedir ayuda por cualquier tipo de problema de salud mental. Otro motivo importante podría ser que los servicios de atención primaria de salud proporcionan formación y destrezas que resultan inadecuadas para la detección y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental, lo que causa un abismo en el tratamiento de la enfermedad mental (11) (12).

Según un reporte, los chilenos no recibieron atención psiquiátrica aceptando necesitarla por las siguientes razones: poca conciencia de enfermedad en pacientes, carga financiera, temor al diagnóstico, restricciones de tiempo, desconfianza del personal de salud, prejuicios sobre el tratamiento y el diagnóstico, no saben a dónde asistir y falta de medios de transporte ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾.

La Organización Mundial de la Salud ha sugerido diez recomendaciones, que pueden ser aplicadas en México, a fin de reducir las deficiencias de tratamiento en la salud mental, mismas que han sido sugeridas a otros países de Latinoamérica: 1) Hacer que el tratamiento para salud mental sea más accesible en la atención primaria, 2) Asegurar que los fármacos psicotrópicos que sean necesarios, se encuentren prontamente disponibles en todas las áreas de atención de salud, 3) Llevar la atención desde las instituciones hacia la atención comunitaria. 4) Educar a la población, 5) Involucrar a las familias, comunidades y consumidores en el mejoramiento del sistema de atención de salud, 6) Expandir los programas nacionales de atención de salud mental, 7) Aumentar y mejorar la capacitación profesional en la atención de salud mental, especialmente para niños y adultos mayores, 8) Aumentar los vínculos con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, 9) Proporcionar monitoreo del sistema de salud mental por medio de indicadores de calidad, 10) Apoyar una mayor investigación ⁽⁷⁾.

También se ha descrito como factor de protección en la adherencia terapéutica a la experiencia familiar con el trastorno mental, donde pacientes con familiares con enfermedades mentales (que han recibido previamente tratamiento) y nivel educativo elevado favorece la atención inmediata de la enfermedad mental ⁽²⁶⁾.

La experiencia subjetiva de enfermedad está influida por factores socioculturales; es el contexto sociocultural en el cual el sujeto vive que le da guías en términos de qué hacer cuando siente dolor o disconformidad, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, de qué hacer cuando alguien requiere ayuda y de lo que se espera de los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de la cultura. En este sentido, cada cultura tiene su propio «lenguaje del dolor»; en algunos grupos se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad, pero en otros lo opuesto es lo que se espera (Kleinman 1982,1986) (29).

Existe evidencia de que en algunos contextos socioculturales; la somatización es entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo y la disconformidad que resulta de estos problemas. El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios (con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, etc.) no sólo es un método aceptable, sino que al mismo tiempo es la forma más efectiva de obtener ayuda. La somatización llega a ser una conducta normal y el modo creado y positivamente sancionado por el grupo en el intento de adaptar el sí mismo al medio ambiente sociocultural. Existe una definición social y cultural de los síntomas en cada contexto sociocultural en el cual cada ser humano vive. Esta definición es aprendida a través del proceso de socialización. Durante este proceso cada persona es enseñada acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad (29).

La búsqueda de ayuda médica, la cual resulta de la experiencia de sentirse enfermo, es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; existe un darse cuenta que algo está

ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual y social.

En síntesis, la experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas a la enfermedad) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda) es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Este proceso es influido y moldeado por el específico contexto sociocultural dentro del cual vive el sujeto (26).

Cuando se trata de problemas emocionales o conductuales se acude más frecuentemente a la familia o a sí mismo, esta última acción se ha definido como una forma de autocuidado, en tercer lugar acuden a curanderos o médicos no psiquiatras, las instituciones de salud no son contempladas como alternativas de solución en tanto tengan ofertas poco atractivas y prácticas poco resolutivas para la comunidad. Estas comunidades están constituidas por millones de mexicanos que no tienen acceso a atención médica psiquiátrica, porque aun cuando los trastornos mentales sean la cuarta causa de pérdida de años de vida saludable, las barreras para conseguir atención psiquiátrica son muy importantes (27).

Una de las enfermedades más prevalentes como la depresión, incluso se reporta que en México, no es tratada por falta de habilidades del médico de primer contacto para identificar dicha enfermedad, por lo que los adultos tardan entre 2 y 5 años en buscar atención profesional, siendo la medicina alternativa o tradicional una opción para el inicio del tratamiento, llegando a ser muchas veces la única forma de tratamiento por los obstáculos antes dichos, por este motivo el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez” es centro de atención de pacientes de zonas urbanas y rurales por lo que mediante los servicios de atención ambulatoria como el de psiquiatría comunitaria tiene la labor no solo de atención si no de educar a profesores, padres de familia, trabajadores sociales, psicólogos y

médicos no psiquiatras, con el fin de identificar de forma oportuna signos y síntomas de enfermedades mentales más frecuentes, así como disminuir prejuicios sociales respecto al trabajo que realizan los profesionales de salud mental y las instituciones que atienden este tipo de afecciones (27) (28) (29).

Consecuencias del retardo en el inicio del tratamiento psiquiátrico.

Este retraso en el diagnóstico y el inicio no oportuno de un tratamiento específico se ha asociado con un mayor tiempo para lograr la remisión de los síntomas y con una pobre respuesta al tratamiento con antipsicóticos. Dichos hallazgos sustentan la hipótesis de que la presencia de síntomas psicóticos por un tiempo prolongado condicionan un daño biológico, generando el predominio de síntomas negativos y disfunciones cognoscitivas, manifestaciones que presentan respuesta parcial al tratamiento farmacológico disponible en la actualidad (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24).

Cameron es quien estudia a detalle la fase prodrómica y evalúa por primera vez el impacto de la duración de la psicosis no tratada, mencionando que 32.4% de los pacientes presentaban síntomas psicóticos durante seis o más meses antes de su primera admisión y observó que 83% de estos pacientes presentaban una fase prodrómica pre-psicótica (15) (16). En México el tiempo promedio de psicosis sin tratar fue de 7 meses.

No enfrentar las brechas de tratamiento tiene graves implicancias para la salud pública. La pobreza, el bajo nivel social, insuficientes logros educacionales, son consecuencias posibles derivadas de no tratar enfermedades mentales. Las enfermedades no tratadas pueden producir deterioro en la función familiar, creciente número de embarazos de adolescentes y en aumento violencia doméstica. Los

trastornos psiquiátricos también tienen un impacto negativo en la calidad de vida, aumentando los índices de mortalidad, aparte del suicidio (7).

La duración de la psicosis no tratada es un importante factor asociado al pronóstico. El modelo de los estudios de detección temprana permite reducir el tiempo que tarda en tratarse la psicosis, e identificar oportunamente a los pacientes que han tenido el primer episodio psicótico (14).

Los pacientes y familiares, con frecuencia acuden de primera instancia a las personas que consideran más preparadas, aunque no se conoce el trayecto que siguen, con frecuencia son: educadores, médicos de primer contacto, psicólogos y trabajadores sociales, en caso de conductas de riesgo solicitan ayuda policiaca, en el mejor de los casos ellos refieren al paciente a un lugar de atención psiquiátrica, cuando no se identifica como tal, se presentara un obstáculo más en la atención.

Entre la información que se aporta en esta tesis se encuentran 22 datos, como lugar de residencia, escolaridad del paciente y del familiar, estado civil del paciente, edad en que aparecieron los síntomas, tipo de síntomas detectados al inicio de la enfermedad y quien la detectó, las acciones tomadas por familiares y pacientes con respecto de la conducta alterada, el orden de la búsqueda de atención como consejo de familiares, consejo de amigos, consejo religioso, consejo médico, visita a curandero, visita a brujo, exorcismo, consulta a médico general, consulta psicológica, tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención recibida.

Dicha información es de importancia para planear los programas de salud pública en el área de salud mental con el fin de hacer más eficiente la intervención médica.

Planteamiento del problema.

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, a partir de una cédula de trayectoria en la búsqueda de tratamiento en enfermos mentales, de una muestra de pacientes que acudieron por vez primera, a consulta (reportados por el servicio como de primera vez, sea en Consulta Externa o Servicio de Urgencias) al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de diciembre del 2013 a marzo del 2014.

Objetivos.

Objetivo General: conocer las dificultades que tienen los pacientes psiquiátricos para recibir tratamiento oportuno y adecuado a sus problemas de salud.

Objetivos Particulares:

- 1- Conocer las limitantes que refieren presentar los enfermos mentales para recibir atención psiquiátrica.
- 2- Conocer el nivel socioeconómico y sociocultural, así como los obstáculos para obtener atención de los servicios de salud mental, la edad de inicio del padecimiento, las acciones tomadas por la familia y el enfermo ante los síntomas de inicio, así como otros factores que influyen en el tiempo que tarda una persona en recibir atención psiquiátrica.
- 3- Asociar la relación de variables para identificar cuáles son los obstáculos que más influyen para retrasar la solicitud de atención adecuada.
- 4- Proponer modificaciones al proceso de atención a fin de agilizar la atención.

Hipótesis.

Hi: Entre más obstáculos en la búsqueda de atención psiquiátrica, mayor es el tiempo que tardan en recibir atención especializada.

Ho: La cantidad de obstáculos en la búsqueda de atención psiquiátrica no aumenta el tiempo para recibir atención especializada.

Hi: El nivel socioeconómico y cultural bajo aumenta la cantidad de tiempo para atención especializada.

Ho: El nivel socioeconómico y cultural bajo no influye en el tiempo para recibir atención especializada.

Hi: Sí el motivo de atención es un síntoma francamente psicótico modifica la búsqueda de atención especializada.

Ho: Sí el motivo de atención es un síntoma francamente psicótico no modifica la búsqueda de atención especializada.

Cuadro de variables.

Variable	Definición	Tipo de variable	Nivel de medición	Parámetros
Diagnóstico	Según la Clasificación Internacional CIE-10	Independiente	Cualitativa Nominal	CIE-10
VARIABLES sociodemográficas.	Características sociales, educativas, económicas y de residencia de cada individuo.	Independiente	Cualitativas Ordinal y nominal según el caso.	Grado escolar, nivel de trabajo social, (entidad federativa de origen)
Motivo de atención (tipo de síntomas).	Manifestación de una enfermedad.	Dependiente	Cualitativa Nominal	Según CIE-10
Edad de inicio del padecimiento mental.	Edad de primer síntoma de la enfermedad.	Dependiente	Cuantitativa Continua	Años cumplidos

Orden de búsqueda de atención.	Personas o instancias a las que acude al presentar los primeros síntomas.	Independiente	Cualitativo Nominal	Orden cronológico según instrumento
Acciones tomadas hacia los síntomas.	Lo que se hizo para intentar erradicar el problema	Independiente	Cualitativo Nominal	Orden cronológico según instrumento
Nivel académico de la persona que busca la atención.	El grado de estudios en el responsable directo y/o del paciente. Años de educación forma	Independiente	Cuantitativo Continua	Grado escolar.
Tiempo de Atención especializada	Meses o años que tarda el paciente en ser atendido por médico psiquiatra, a partir de que aparecen los problemas psiquiátricos	Dependiente	Cuantitativa Continua	Años.
Obstáculos en la búsqueda de la atención	Son aquellas condiciones geográficas, económicas, administrativa – organizacionales y socioculturales que impiden el acceso adecuado y expedito a los servicios médico especializados en la atención de un problema de salud económicas,	Independiente	Cualitativa nominal	Obstáculo geográfico: reside en una localidad que carece de servicios psiquiátricos Económicas: carece de recursos y/o seguridad social para conseguir la atención médica Administrativo-organizacional: se cierran espacios de atención psiquiátrica en localidades, los médicos de primer contacto no reconocen el padecimiento Socioculturales: la educación formal o la idiosincrasia impide la toma de

				decisiones eficientes a la familia o paciente(acuden a instancias mágico- religiosas)
--	--	--	--	--

Criterios de selección.

Para obtener la información se usó el muestreo intencional no probabilístico, por tiempo; es decir los participantes fueron aquellos pacientes y sus familiares responsables, que visitaron por primera vez la institución en búsqueda de solución a su problema de salud mental, a los servicios de pre-consulta y urgencias, entre el mes de diciembre de 2013 a marzo de 2014. Para la selección de los participantes se utilizaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión para pacientes: pacientes que acudieron por vez primera con familiar responsable a consulta externa, Servicio de urgencias y que tuvieron capacidad para responder el cuestionario aparte de haber aceptado voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de Inclusión para familiares: que no padeciera retraso mental o situación psiquiátrica que le impidiera responder el cuestionario; que haya aceptado participar voluntariamente.

Criterios de exclusión para pacientes: pacientes que no acudieron con familiar responsable o tuvieran como responsable a personal adscrito a institución asilar; pacientes que se hayan presentado en estado confusional o psicótico que impidió la aplicación del cuestionario; pacientes que no hayan aceptado firmar el consentimiento informado, pacientes subsecuentes y menores de edad

Criterios de Exclusión para familiares: responsables de paciente que no conocían la evolución de la enfermedad mental de su paciente o menores de edad.

Procedimiento

Se obtuvo autorización por parte de los comités de Investigación y Ética en investigación del hospital para realizar el estudio; posterior a ello se solicitó por escrito a los jefes de servicio su anuencia para recabar los datos y la instrucción del uso de espacios que ellos consideraron adecuados, con la finalidad de evitar interrupciones en el servicio. Se habló con los familiares de los pacientes para solicitar la participación de ambos y obtener la firma de consentimiento informado, después se obtuvo la del paciente. Esta se llevó a cabo de diciembre del 2013 a marzo del 2014, de 7 a 8 de la mañana en Consulta Externa con pacientes que acudieron a pre consulta y por las tardes y fines de semana en el servicio de Urgencias a pacientes quienes acudieron con familiares por vez primera.

Se realizó entrevista a pacientes y familiares y se hizo el llenado de la cedula que tiene 22 reactivos y una duración de aplicación de aproximadamente de 20 minutos. La cédula fue llenada por el investigador principal.

Plan de análisis.

Los datos se sometieron a análisis estadístico descriptivo paramétrico en las variables cuantitativas y no paramétrico para variables cualitativas, para obtener las variables de información se aplicó anova y alfa (exponencial 2), a fin de determinar si existen diferencias significativas en las formas de resolver el problema psiquiátrico.

Para localizar los factores de riesgo se utilizó análisis de momios, la estadística se procesó mediante el paquete SPSS versión 20.

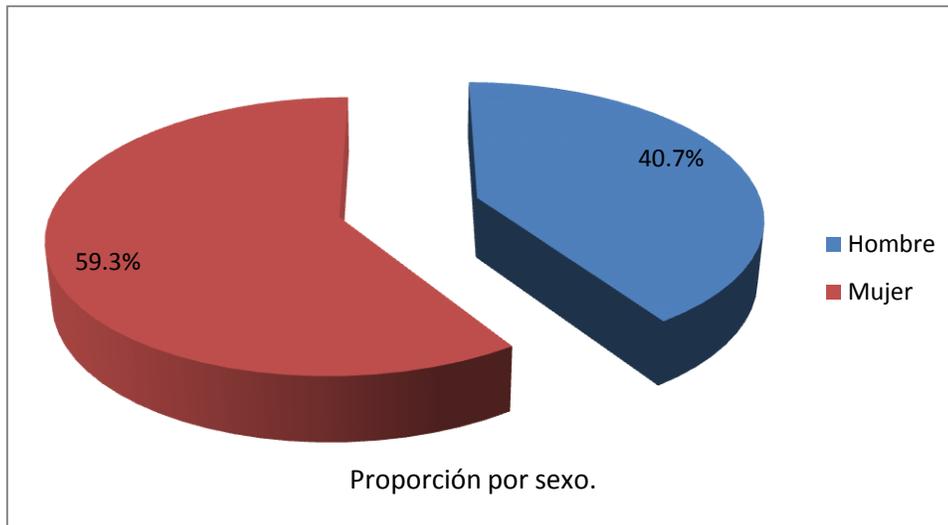
Consideraciones bioéticas.

Se garantizó la confidencialidad de la información adquirida a familiares y pacientes, se contó con el consentimiento informado los participantes, se respetó a quien no quiso participar en la prueba o a quien ya iniciada decidió no continuar con la participación. Este estudio está clasificado en el Reglamento de investigación de la Ley General de Salud, como una investigación de bajo riesgo, por lo que la integridad de los pacientes será conservada en todo momento. La colección de datos se realizó evitando en todo momento la interrupción de actividades del servicio.

Resultados.

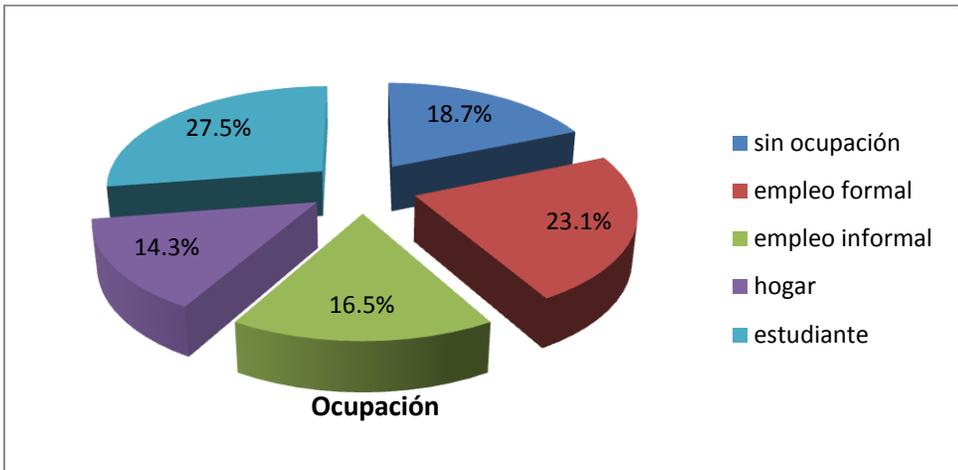
Se aplicaron 91 cédulas que correspondieron a 54 mujeres y 37 hombres (gráfica 1), sometidos los datos a chi-cuadrada se encuentra una significancia estadística del .093 que indica baja probabilidad de que se atiendan en 50% hombres y 50% mujeres. La media de edad para los hombres fue de 32.7 años (D.S. 11.8), y en las mujeres de 31.9 años (D.S. 10.4); Es importante mencionar que los rangos de edad de la muestra oscilaron entre los 18 y 69 años, y el rango de edad en donde se encuentra mayor proporción de pacientes atendidos fue de los 18 a los 25 año.

Gráfica 1. Proporción por sexo. (n= 91)



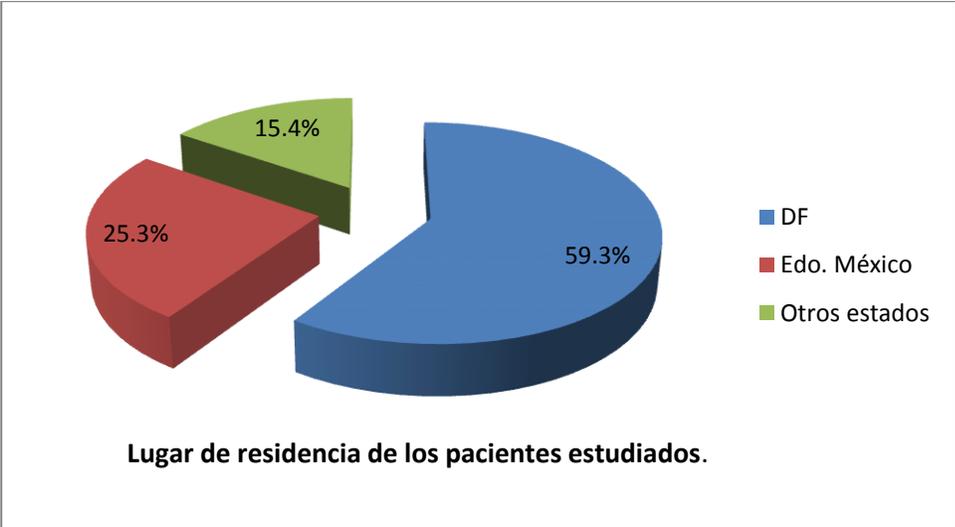
En cuanto a la ocupación se observó que el porcentaje más alto pertenece a estudiantes siendo de 27.5%, seguido de personas sin ocupación que fue del 18.7 % y quedando en tercer lugar las personas con empleo informal siendo del 16.5 % (gráfica 2). Es importante decir que la categoría de ocupación de los pacientes no es relevante para ser atendidos en este hospital ya se encuentra un nivel de significancia del .227.

Gráfica: 2. Ocupación. (n=91)



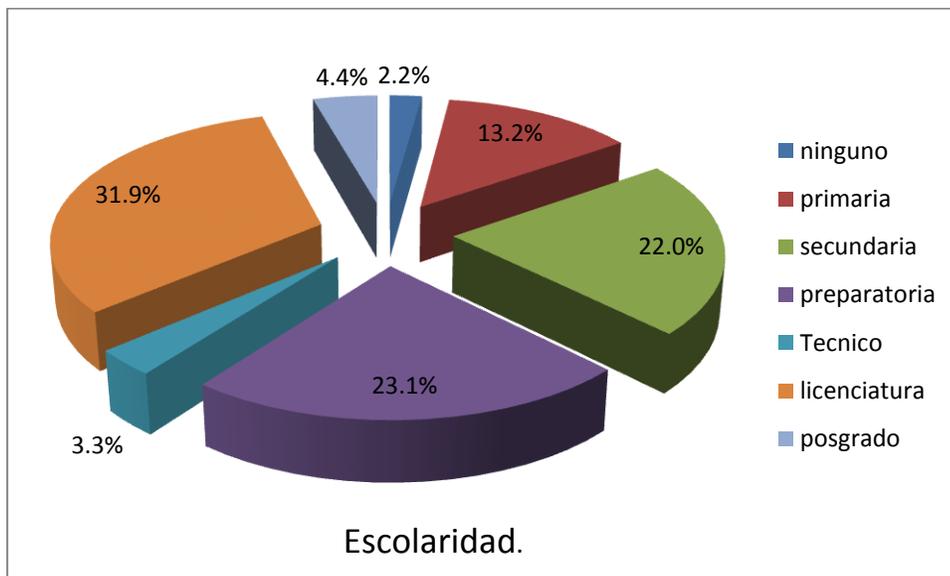
Tratándose del lugar en donde residían los pacientes; el 59% fue del D.F., el 25.3 % residían en el Edo. Méx. Y sólo el 15 % residía en otros lugares (Gráfica 3). El dato anterior valorado mediante chi-cuadrada nos da una alta significancia la cual es de .000, lo que nos indica que ser residente del Distrito Federal aumenta la probabilidad de ser atendido en este hospital.

Gráfica 3. Lugar de residencia de pacientes estudiados. (n=91)



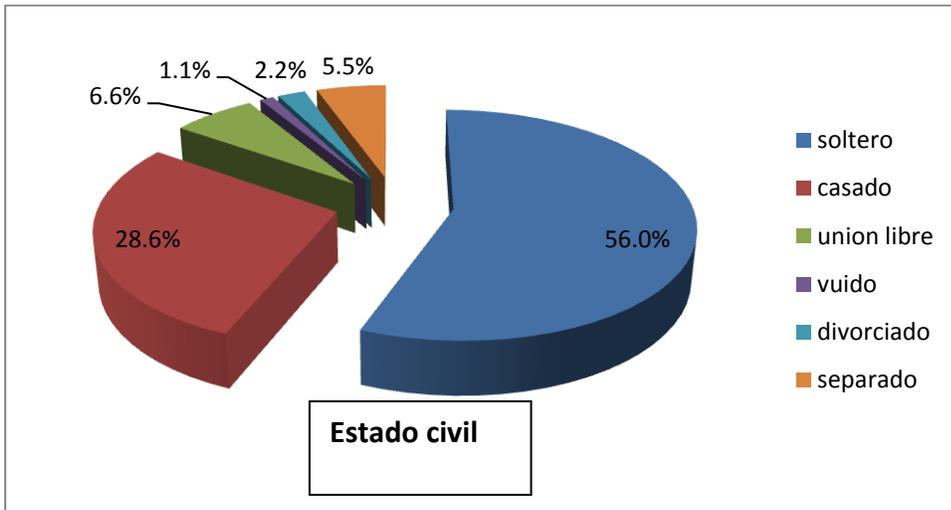
De acuerdo a la escolaridad de los pacientes se encontró que el 31.9% tenían estudios de licenciatura, seguidos de quienes tenían estudios de preparatoria los cuales representaron el 23.1%, después de quienes tenían estudios de secundaria representando el 22 % de la muestra (Gráfica 4). Mediante el análisis de los datos anteriores por chi-cuadrada se concluye que la escolaridad de los pacientes se encuentra en igual probabilidad, observándose una alta significancia del dato la cual es de .000.

Gráfica 4. Escolaridad de los sujetos estudiados. (n=91)



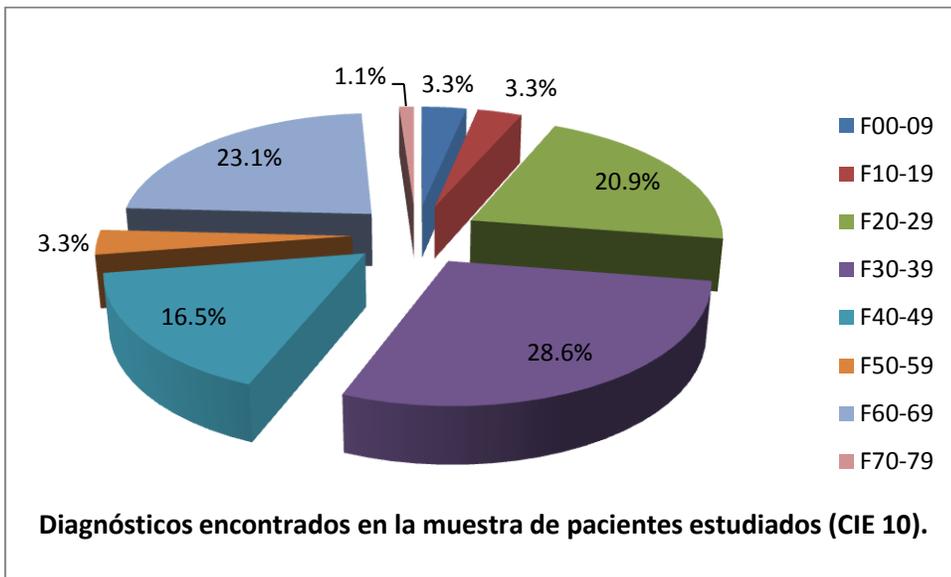
En cuanto al estado civil se encontró que el 56 % de la muestra captada eran solteros, el 28 % casados, el resto en unión libre, viudos, divorciados o separados (Grafica 5). El estado civil de los pacientes mediante chi-cuadrada se encuentra en igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .000.

Gráfica 5. Estado civil. (n=91)



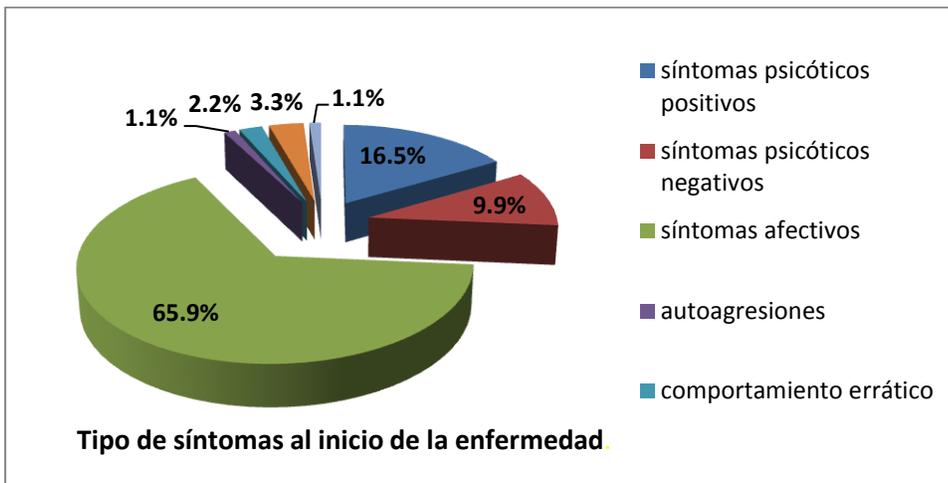
El diagnóstico por el cual fueron atendidos por vez primera en este hospital, fueron los trastornos afectivos (CIE 10: F30-F39) representando el 28.6%, seguidos del 23.1% por trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (CIE 10: F60-F69), en tercer lugar se encontraron trastornos psicóticos y trastornos de ideas delirantes (CIE 10: F20-F29) representando el 20.9 % (Gráfica 6). El diagnóstico que se encontró en los pacientes evaluados mediante chi-cuadrada se encuentra en igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .000.

Gráfica 6. Diagnósticos encontrados en la muestra de pacientes estudiados (CIE 10). (n=91)



La edad de inicio de los síntomas de los pacientes captados osciló desde los 4 hasta los 63 años. Para los hombres se encontró una media de 26.41 años (D.S. 12.2), para las mujeres se encontró una media 25.22 años (D.S. 11.9). Los síntomas con que iniciaron los pacientes su enfermedad fueron de tipo afectivo en el 65.9%, seguidos por síntomas psicóticos positivos en un 16.5 % y síntomas psicóticos negativos en un 9.9% (Gráfica 7). Los tipos de síntomas con que iniciaron los pacientes la enfermedad fueron evaluados por chi-cuadrada y se encuentra en igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .000.

Gráfica 7. Tipo de síntomas detectados al inicio de la enfermedad. (n=91)



Los síntomas al inicio de la enfermedad fueron detectados principalmente por los pacientes con un 60.4%, seguido de familiares con el 37.4 %. Estos síntomas evaluados por chi-cuadrada tienen igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .000. Al inicio de la enfermedad 67% de los pacientes no toman alguna acción con respecto de los síntomas que presenta, solo el 22% refieren haber buscado atención de forma propositiva. Los datos anteriores evaluados por chi-cuadrada tienen igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .000. Las acciones tomadas por los familiares al inicio de la enfermedad es la búsqueda de atención en un 44%, seguidos de un 41.8 % que no toma ninguna acción al inicio de la enfermedad, mientras que el 14.3% refiere rechazo al enfermo al inicio de los síntomas (Tabla 1). Las acciones tomadas por los familiares al inicio de la enfermedad fueron evaluadas por chi-cuadrada y se encuentran en igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .001.

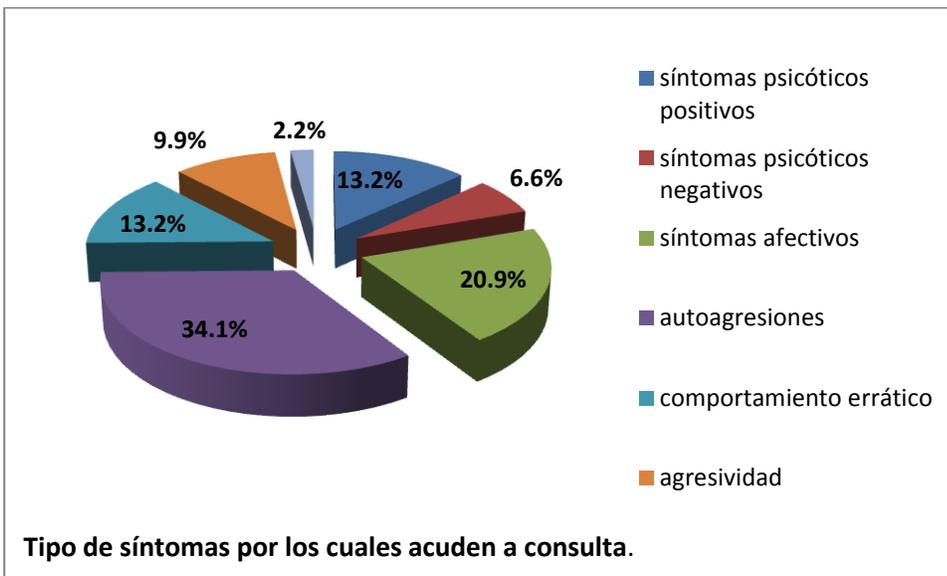
Tabla 1. Detección y acciones al inicio de la enfermedad. (n=91)

Quien detecta los síntomas al inicio de la enfermedad.	Fx.	%
Familiares	34	37.4
Pacientes	55	60.4
Amigos	2	2.2

Acciones tomadas por pacientes con respecto a su enfermedad.	Fx	%
Búsqueda de atención.	40	44.0
ninguna	38	41.8
rechazo	13	14.3
Acciones tomadas por familiares al inicio de la enfermedad	Fx.	%
Búsqueda de atención	40	44.0
Ninguna	38	41.8
Rechazo	13	14.3

Los tipos de síntomas por los que acuden a consulta a este hospital fueron autoagresiones en un 34.1%, seguido de síntomas afectivos en un 20.9% y en tercer lugar por síntomas psicóticos positivos en un 13.2% (Gráfico 8). Los tipos de síntomas por los que acuden a consulta los pacientes fueron evaluados por chi-cuadrada y se encuentra en igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .000.

Gráfica 8. Tipo de síntomas por los que acuden a consulta. (n=91)



Cuando se decidieron a buscar atención ya sea pacientes y/o familiares refieren que el 65.9 % su primera opción fue el consejo de familiares, mientras que el 15% acude con médico general, seguido por el 8% quienes recurrieron a amistades y solo el 6.6% acuden con un psicólogo de primera instancia entre otras, y solo el 2.2% acude al psiquiatra de primera instancia. La segunda opción en la búsqueda de atención a la salud mental fue consejo de amigos con un 42.9%, seguida la atención con médico general con un 13.2% y el 12% refiere haber acudido con un psicólogo, solo el 12.1 % acude en segundo orden con un psiquiatra. La tercera opción en la búsqueda de atención se encuentra el médico psiquiatra con un 27.5%, mientras que el 17% prefirieron acudir con el médico general como tercera opción. Siguiendo el orden de búsqueda en la cuarta opción 14.3 % de los pacientes refieren haber acudido con un psiquiatra, el 11% refieren haber acudido con psicólogo y el 11% con médico general como cuarta opción. En la quinta opción el 19.8% refiere haber buscado atención con médico psiquiatra, seguido del 8% quien acudió con psicólogo. En la sexta opción de búsqueda de atención el 7.7% refiere haber buscado atención con médico psiquiatra. En la séptima opción el 8.8% refiere haber acudido con un psiquiatra. En orden número ocho de la búsqueda de atención el 4.4% refiere haber acudido con médico psiquiatra. La en orden de búsqueda número nueve refieren haber acudido con médico psiquiatra solo el 4.4 % (Tabla 2). Los datos anteriores fueron evaluados mediante chi-cuadrada, en donde se observa que la probabilidad en el orden de la búsqueda de atención es igual, observándose una alta significancia, la cual es del .000.

Tabla 2. Orden de búsqueda de atención psiquiátrica. (n=91)

Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 1.	Fx.	%
Consejo familiares	60	65.9
Consejo amigos	8	8.8
Médico general	14	15.4

Psiquiatra	2	2.2
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 2.		
Consejo amigos	39	42.9
Médico general	12	13.2
Psicólogo	11	12.1
Psiquiatra	11	12.1
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 3.		
Consejo religioso	13	14.3
Visita curandero	8	8.8
Médico general	16	17.6
Psicólogo	8	8.8
Psiquiatra	25	27.5
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 4.		
Visita brujo	4	4.4
Médico general	10	11.0
Psicólogo	10	11.0
Tratamiento naturista	4	4.4
Psiquiatra	13	14.3
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 5.		
Médico general	5	5.5
Psicólogo	8	8.8
Psiquiatra	18	19.8
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 6.		
Médico general	4	4.4
Psicólogo	5	5.5
Tratamiento naturista	4	4.4
Psiquiatra	7	7.7
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 7.		
Médico general	3	3.3
Psicólogo	2	2.2
Psiquiatra	8	8.8
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 8.		
Psiquiatra	4	4.4
Orden de búsqueda de atención psiquiátrica 9.		
Psiquiatra	2	2.2

El 93.4 % de los pacientes incluidos en el estudio recibió atención psiquiátrica por vez primera en los últimos 5 meses. La actitud actual de los familiares con respecto a la enfermedad del paciente es de

apoyo en la búsqueda de atención en el 81%, seguido del rechazo al paciente con el 12% de los familiares entrevistados. Los datos anteriores evaluados mediante chi-cuadrada tienen igual probabilidad, observándose una alta significancia, la cual es del .000.. Actualmente la actitud de los pacientes con respecto a su enfermedad es cooperadora en el 72.5%, seguido del 17.2 % de los pacientes que rechazan la atención medica psiquiátrica. El 53 % de los pacientes y/o familiares refieren seguirán el tratamiento de forma institucional, el 30.8% refiere continuara en servicio privado (Tabla 3).

Tabla 3. Actitud actual ante la enfermedad (n=91)

Fecha de primera consulta psiquiátrica	Fx.	%
Últimos 5 meses	85	93.4
Más de 5 meses	6	6.6
Actitud actual de los familiares con respecto a la enfermedad del paciente.		
Rechazo	11	12.1
Búsqueda de atención	74	81.3
Ninguna	6	6.6
Actitud actual del paciente con respecto a la enfermedad		
Ninguna	9	9.9
Cooperador	66	72.5
Rechazo	16	17.6
Seguimiento terapéutico		
Ninguna	7	7.7
Seguimiento en institución	49	53.8
Seguimiento en servicio privado	28	30.8
Seguimiento alternativo	7	7.7

La persona que más frecuentemente acompaña al paciente a consulta a este hospital es en primer lugar el padre ocupando el 33 %, seguido de algún hermano o hermana con el 25%, en el 19% de los casos el acompañante no es familiar. El nivel académico de las personas que acompañan al paciente y

que pueden decidir por él es de secundaria con el 34.1%, seguido de personas con licenciatura con el 28.6% (Cuadro 4).

Tabla 4. Parentesco y nivel académico del acompañante. (n=91)

Parentesco de quien acude con el paciente.	Fx.	%
Madre	6	6.6
Padre	30	33.0
Hermanos	23	25.3
Pareja	14	15.4
Otros	18	19.8
Nivel académico de quien toma la decisión de acompañar al paciente o traerlo.		
Ninguno	2	2.2
Primaria	12	13.2
Secundaria	31	34.1
Preparatoria	6	6.6
Técnico	12	13.2
Licenciatura	26	28.6
Posgrado	2	2.2

Dentro del estudio realizado ningún paciente reconoce pertenecer a alguna etnia.

Discusiones.

Es preciso decir que la búsqueda de atención médica psiquiátrica se encuentra a expensas de varios factores, los cuales son dependientes y ajenos a la enfermedad, esto se ha encontrado en otros estudios, ⁽¹²⁾ en donde se ha llamado la falla en la búsqueda de atención. Es posible observar que en comparación de hombres y mujeres los que más se atendieron fueron mujeres, en cuanto a la ocupación se observó que, el promedio más alto eran estudiantes, el grado de estudio más prevalente fue licenciatura o licenciatura trunca, lo que se relaciona con mayor búsqueda de atención, observándose que a medida que aumenta el nivel educativo y sociocultural en los pacientes es más probable que acudan a consulta, esto relacionado con otros estudios, ^(1,13) en donde se hallaron distancias socio-culturales entre profesionales de la salud y los usuarios lo que relacionan con aumento en la dificultad para ser atendidos.

Se encuentra otro factor importante que es el lugar de residencia, ya que el 59 % de los pacientes atendidos son originarios del Distrito Federal, por la cercanía y la accesibilidad al servicio de atención psiquiátrica, lo encontrado en otros estudios, ⁽¹³⁾ es que la distancia entre el lugar de residencia y el lugar en donde serán atendidos representa un obstáculo importante en la búsqueda de atención. El segundo lugar en afluencia de pacientes se encuentra el Estado de México lo cual tiene relación con otros estudios hechos antes en este mismo Hospital, ⁽⁵⁾ en donde se observa al Estado de México, solo después del Distrito como uno de los principales lugares de afluencia de pacientes.

Se observa que el 56% de los pacientes atendidos son solteros lo que se ve también en diversos estudios, ^(4,26) en donde la mayoría de los pacientes son solteros y viven con familiares, principalmente con sus padres. Los diagnósticos que más se encontraron fueron los trastornos

afectivos en un 28.6%, los síntomas que prevalecen al inicio de la enfermedad son síntomas afectivos, sin embargo no fueron el principal motivo por el que acudieron a consulta, siendo este las autoagresiones, lo que concuerda con otros estudios, ^(1,4,26,32) en donde se menciona que los principales diagnósticos que se encuentran son trastornos en el afecto, pero los síntomas iniciales, así como los pródromos de trastornos psicóticos son tolerados por los pacientes y familiares, por desconocimiento de la enfermedad mental.

Sin embargo al igual que en este estudios, otros estudios ^(1,4,26) destacan que un inicio agudo de la enfermedad como síntomas psicóticos disminuyen el tiempo que tarda el paciente en ser atendido por médico psiquiatra.

La media de edad de inicio de los síntomas para los hombres fue de 26.4 años, y para las mujeres fue de 25.2 años, edad relacionada a la que fueron atendidos los pacientes en otros estudios, ⁽⁴⁾ cuando estos iniciaron con síntomas psicóticos. El promedio de edad a la que se atendieron los hombres fue de 32.7 años, en comparación con las mujeres que se atendieron en un promedio de edad de 31.9 años. Así pues, tardaron en atenderse los hombres un promedio de 6 años y las mujeres casi 7. Esto en contraste con 7 meses que reportaron otros estudios en donde la muestra fue solo de trastornos psicóticos ^(4,26). Los síntomas iniciales son detectados por los pacientes en un 60.4 %, y solo el 44% busca atención. Los familiares solo detectan los síntomas al inicio en un 37.4% de los casos lo que indica que la población no está lo suficientemente informada sobre la enfermedad mental, por lo que se propone en otros estudios, ^(1,5,26) la psico-educación como una forma de intervención temprana, ya que México no es el único país donde esto sucede.

Cuando deciden buscar atención pacientes y/o familiares, refieren que inician por pedir consejo a familiares sobre la enfermedad, seguida de consejo de amigos, solo el 27 % en tercer lugar considera acudir con médico psiquiatra, los demás, acuden con médico general o con otro médico no psiquiatra, psicólogos, etc. Lo anterior se observa en otros estudio realizado en México,^(1,32) en donde refieren que al inicio de la enfermedad aproximadamente el 80% de los pacientes acuden con médico general, psicólogo o a servicios alternativos. En otros estudios,⁽³²⁾ se demuestra que el contacto inicial, la continuidad de la atención y la búsqueda de integralidad son componentes que presentan desarrollos desiguales en cada uno de los contextos estudiados, al igual que en este estudio, lo que nos dice que no existe un buen sistema de referencia de otros médicos no psiquiatras a servicios de psiquiatría, al igual que como se ve en estudios realizados en otros países,⁽¹³⁾ en donde la estigmatización del enfermo mental influye en que el paciente niegue la enfermedad, retardando su atención.

La actitud actual de los familiares ante la enfermedad es de apoyo y de la mayoría de los pacientes es cooperadora. El 53% de los pacientes refiere continuarán su atención a nivel institucional y el 30.8% a nivel privado, aunque en el momento de la pregunta los pacientes y familiares refieren estar a la expectativa por la dificultad de acceso al servicio de salud, lo anterior comparado con lo que demuestran estudios previos ^(32,4), en donde las razones por las que no continuaron los controles y/o tratamientos fueron: en primer lugar la propia resistencia del paciente, en segundo lugar problemas relacionados con el sistema sanitario, y en tercer lugar las opiniones y creencias de la propia familia.

El nivel académico de quien decide acompañar al paciente o traerlo corresponde a una media de 34.1% de nivel secundaria, seguido de nivel licenciatura. Dentro de la muestra recolectada ninguna persona se asume perteneciente a alguna etnia.

Conclusiones:

En el estudio realizado fue posible observar que hay una diferencia mínima entre la cantidad de hombres y mujeres que se captaron, siendo mayor la cantidad de mujeres, la edad a la que se captaron tanto hombres y mujeres fue al principio de la tercera década de la vida, este dato es importante ya que coincide con la productividad de los pacientes y la afección al núcleo social al que pertenecen.

Se observó una relación franca entre el nivel educativo de los pacientes y la cercanía con los servicios de atención psiquiátrica lo que es determinante para la búsqueda de atención, el tiempo promedio que tardan en llegar a atención médica desde el inicio de la enfermedad está determinado por el poco conocimiento de la enfermedad mental y de sus manifestaciones iniciales, ya que estos síntomas la mayoría de los pacientes no los identifican como parte de una posible enfermedad, cuando los pacientes acuden a consulta es por autoagresiones o afección a nivel laboral, familiar, de pareja u otra área. En el caso en donde los pacientes acudieron por indicación de familiares es porque el paciente en la mayoría de los casos se encontró fuera del marco de la realidad. Por lo tanto podemos observar que uno de los principales problemas tiene que ver con la accesibilidad a los servicios de atención psiquiátrica, lo que nos indica que la política de salud debe modificarse con el fin de que más personas tengan mayores posibilidades de acceso, esto puede ser posible mediante la descentralización de los servicios de salud.

La detección y el tratamiento de pacientes emergentes con un primer episodio de psicosis en la comunidad es necesaria, ya que con esta acción logra: 1. Favorecer el acceso a tratamiento de pacientes con un primer episodio de psicosis y reducir el periodo sin tratamiento de los pacientes. 2. Dar atención y tratamiento a estos pacientes en los 3 primeros años de su enfermedad de forma

intensiva, multidisciplinaria y personalizada. 3. Atender de forma específica aspectos relacionados con: a. Mejoría del pronóstico y minimización de recaídas. b. Reincorporación laboral y funcional precoz. c. Tratamiento psicoterapéutico individualizado. d. Programas específicos de intervención en familias, de prevención de suicidio, adherencia al tratamiento y discontinuación de tratamiento.

El hecho de que al inicio de los síntomas los pacientes no lo identifiquen como el inicio de una enfermedad tiene que ver con el desconocimiento que existe de la enfermedad mental en nuestra población. Este desconocimiento no solo lo podemos ver en los pacientes o familiares, sino también en amigos e incluso en médicos no psiquiatras o en psicólogos que tienen poco conocimiento de la enfermedad mental, para ello es necesario implementar cursos a los cuales asistan trabajadores sociales, psicólogos, personal de enfermería, médicos no psiquiatras y maestros entre otros, con el fin de formarlos como promotores de salud mental y sean capaces de identificar signos y/o síntomas de la enfermedad mental para poder canalizarlos a las instituciones correspondientes, disminuyendo así el tiempo que tarda una persona desde el inicio de la enfermedad hasta el momento de ser atendido por médico psiquiatra.

Así pues observamos que los pacientes quienes identificaron en su mayoría los síntomas de la enfermedad mental acudieron a consejo de familiares, seguidos de consejos de amigos, así como médicos no psiquiatras, pasando por psicólogos y otro porcentaje menor decidieron tratarse con medicina alternativa.

Es importante mencionar que una vez que fue identificada la enfermedad mental como tal, la actitud de la familia ante la misma fue de apoyo, así como la actitud del paciente que fue receptiva en la

mayoría de los casos, lo que nos indica que el conocimiento de la enfermedad mental es determinante para tomar decisiones que puedan beneficiar directamente al paciente.

De los pacientes captados para dicho estudio ninguno se identificó como perteneciente a algún grupo étnico, lo que nos indica que las personas que pertenecen a algún grupo étnico tienen otras alternativas para tratar a personas que sufran alguna enfermedad mental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Vázquez-Baquero J.L. El modelo de intervención temprana en la enfermedad mental. *Psiquiatría Noticias*. 2008; OMS. www.fasestempranas.com/.
- 2- Caraveo-Anduaga J, Mas-Condes C. Necesidades de la población y desafío de servicios de salud mental. *Salud Pública Méx.* 1990;32:523-531.
- 3 –Rousseau JJ. El contrato social o principios del derecho político. Capítulo II; del principio de las sociedades. España, editorial Porrúa, Quinta edición año 2000.
- 4- Alvarado R, Sepúlveda R. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Proyecto: detección de factores clínicos y sociales que permitan la identificación temprana de personas que presentan un primer episodio de esquizofrenia. Programa de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Mayo 2004.
- 5- López Butrón MA, García Aguirre JL, Blanco Silvestre V, López Munguía F, Freyre Galicia J. Procedencia de los usuarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (2000-2001). (*Psiquis Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México* 2003; vol.12 Núm. 6 Nov-Dic Pág. 195-201.
- 6- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica tomo I, Pág. 121. España. Editorial: Fondo de cultura económica Primera edición en español en 1967.

- 7- World Health Organization: The World Mental Health Report 2001: Mental Health: New Understanding New Hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
- 8- Saidivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatric Services* 2004; 55: 1; 71-6.
- 9- Vicente B, Kohn R, Saidivia S, Rioseco P, Torres S: Patrones de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública /Pan American Journal of PublicHealth*2005; 18(4-5): 263-70.
- 10- Murray CJL, López AD, Eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996
- 11- Vimal Kumar S, John RM. La detección de trastornos mentales en la atención primaria de la salud. *Psiquiatra consultor. Liverpool University.*
http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/IntegratingMentalHealthIntoPrimaryCare.pdf?nav_id=339
.
- 12- Kohn R, Saxena S, Levay I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of theWorldHealthOrganization*2004; 82:11; 858-66.
- 13- Elvia Bertullo V, Cano Memoni A, Apud I, Bianchi D. Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a un servicio de salud mental descentralizado en

montevideo y modelos de atención en salud mental. Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Montevideo, Uruguay. Abril 2012.

14-Apiquián-Guitart R, Fresán-Orellana A, García-Anaya M, Lóyzaga-Mendoza C, Nicolini-Sánchez H. Impact of the duration of untreated psychosis among patients with a first episode: A one year follow-up study. Subdirección de Psiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México D. F., 13 de enero de 2006.

15- Cameron D. E. Early diagnosis of schizophrenia by the general practitioner. 1938; 218:221-224

16- Cameron D. E. Early schizophrenia. Psychiatry 1938; 95:567-578

17-Loebel A.D, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff D I, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry 1992; 149(9):1183-1188.

18-Edwards J, Maude D, McGorry P.D, Harrigan S.M, Cocks J.T. Prolonged recovery in first-episode psychosis. Br J Psychiatry Suppl 1998; 172(33): 107-116.

19- Wyatt R.J. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. Schizophr Bull 1991; 17(2):325-351.

20-Waddington J.L, Youssef H.A, Kinsella A. Sequential cross-sectional and 10-year prospective study of severe negative symptoms in relation to 60.duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. Psychol Med 1995; 25(4):849-857.

21-Scully PJ, Coakley G, Kinsella A, Waddington JL. Psychopathology, executive (frontal) and general cognitive impairment in relation to duration of initially untreated versus subsequently treated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychol Med* 1997; 27(6):1303–1310.

22-Keefe RS, Silva SG, Perkins DO, Lieberman JA. The effects of atypical antipsychotics drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(2):201–222.

23-Waddington JL, Youssef HA, Dolphin C, Kinsella A. Cognitive dysfunction, negative symptoms, and tardive dyskinesia in schizophrenia. Their association in relation to topography of involuntary movements and criterion of their abnormality. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(10):907–912.

24- Meltzer HY. What's atypical about atypical antipsychotic drugs? *Curr Opin Pharmacol* 2004; 4(1):53–57.

25-Di Silvestre C. Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. Universidad de Chile.

26- Yu-Hai E, Eva Lai-Wah E, Yin-King M, Yeung WS, Wong CK, Chan WK. The impact of family experience on the duration of untreated psychosis (DUP) in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. May 2005, Volume 40, Issue 5, pp 350-356.

27-Mora Ríos J, Ito-sugiyama E. padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbana marginal. *Salud pública. México* 2005

- 28-Salgado de Ander N, Díaz Pérez MJ, González Vásquez. T. Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México, salud Pública México 2003.
- 29- Pérez López P, Huerta García Y, Freire Galicia J, García Aguirre JL. Trayecto en la búsqueda de atención psiquiátrica en pacientes atendidos en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. (2006) psiquis (México), vol. 17, num.1. 2008.
30. Kaplan y Sandock . Sinopsis de psiquiatría, Décima edición, año 2009, editorial lippincott páginas14 y 15.
31. Gerlero S, Augsburger A, Duarte M, Gómez R, Yanco D. Mental health and primary health care. Care accessibility, integrality and continuity in health centers, Argentina. Rev Argent Salud Pública, Vol. 2 - Nº 9, Diciembre 2011.
32. Berenzon S, Juárez F. Mental health services to poor patients with affective disorders in Mexico City. Rev. Saúde Pública 2015; 39(4):619-26.

ANEXOS

✓ Instrumento.

CÉDULA TRAYECTO EN LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO

CASO NUM: FECHA INGRESO: EXPEDIENTE:

PISO: DX DE PISO: Aplica:

1.- Nombre del paciente:

.....

2.- Edad: 3.- Sexo (H) (M) 4.- Ocupación:

.....

5.- Lugar de Nacimiento:

.....

6.- Lugar de

Residencia:.....

.....

7.- Escolaridad: a) Primaria, b) Secundaria, c) Bachillerato, d) Técnico, e) Licenciatura, f) Posgrado, g) Analfabeta

8.- Estado Civil: a) Soltero, b) Casado, c) Unión Libre, d) Viudo, e) Divorciado, f) Separado

9.- Tipo de vivienda: a) asilo, b) propia, c) rentada, d) prestada

10.- Edad en que aparecieron los síntomas:

11.- Tipo de síntomas detectados al inicio:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12.- La sintomatología fue detectada por: a) familiares, b) paciente, c) amigos, d) vecinos, e) otros:

13.- Acciones tomadas por familiares respecto de la conducta alterada:
.....
.....
.....
.....

14.- Acciones tomadas por el paciente respecto de sus síntomas:
.....
.....
.....
.....
.....

15.- Orden de la búsqueda de atención (NUMERE PROGRESIVAMENTE):

- () Consejo de familiares () Consejo de amigos
- () Consejo religioso
- () Consejo médico
- () Visita curandero () visita brujo (a)
- () Exorcismo
- () Consulta médico General. () Consulta psicológica
- () Naturista () consulta psiquiátrica.
- () Otro especifique:

16.- Fecha aproximada de la primera consulta con psiquiatra:.....

17.- Actitud actual de la familia respecto de la enfermedad del paciente:
.....

.....
.....
.....
.....
.....

18.- Actitud actual del paciente respecto de su enfermedad:

.....
.....
.....
.....
.....

19.- Alternativas que ha planteado la familia o el paciente para continuar la atención o cura del paciente:

.....
.....
.....
.....
.....

20.- Parentesco de la persona o personas que acuden habitualmente a visitar al paciente:

.....
.....
.....

21.- Nivel académico de la persona que toma las decisiones de atención del paciente:

- a) Primaria, b) Secundaria, c) Técnico, d) Bachillerato, e) licenciatura, f) posgrado,
- g) NINGUNA

22.- Pertenece a alguna etnia el paciente. (No), (si), cual:_____

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Edad is normal with mean 32.31 and standard deviation 10.96.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	.037	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Fecha de primera consulta psiquiátrica is normal with mean 1.07 and standard deviation 0.25.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The categories of Quien detecta los síntomas occur with equal probabilities.	logOne-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
2	The categories of Orden de búsqueda de atención 1 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
3	The categories of Orden de búsqueda de atención 2 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
4	The categories of Orden de búsqueda de atención 3 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
5	The categories of Orden de búsqueda de atención 4 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
6	The categories of Orden de búsqueda de atención 5 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
7	The categories of Orden de búsqueda de atención 6 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
8	The categories of Orden de búsqueda de atención 7 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
9	The categories of Orden de búsqueda de atención 8 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
10	The categories defined by Orden de búsqueda de atención 9 = 0,00 and 12,00 occur with probabilities 0,5 and 0,5.	One-Sample Binomial Test	.000	Reject the null hypothesis.
11	The distribution of Edad de inicio de síntomas is normal with mean 25.70 and standard deviation 12.07.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	.104	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The categories defined by Sexo = 1.00 and 2.00 occur with probabilities 0.5 and 0.5.	One-Sample Binomial Test	.093	Retain the null hypothesis.
2	The categories of ocupacion occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.277	Retain the null hypothesis.
3	The categories of Lugar Residencia occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
4	The categories of Escolaridad del paciente occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
5	The categories of Estado civil occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
6	The categories of Tipo de vivienda occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
7	The categories of Diagnostico actual occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
8	The categories of Tipo de sintomas al inicio de la enfermedad occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
9	The categories of Tipo de sintomas por los que acude a consulta occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
10	The categories of Quien detecta los sintomas occur with equal probabilities.	One-Sample Chi Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
11	The categories of Acciones tomadas por familiar al inicio occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.001	Reject the null hypothesis.
12	The categories of Acciones tomadas por el paciente al inicio occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
13	The categories of Actitud actual de familiares ante la enfermedad occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
14	The categories of Actitud actual del paciente ante la enfermedad occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
15	The categories of Alternativas de seguimiento terapeutico occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
16	The categories of Parentesco de quien acude con el paciente occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.001	Reject the null hypothesis.
17	The categories of Nivel academico de quien toma la decision de atencion occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	.000	Reject the null hypothesis.
18	The distribution of Edad is normal with mean 32.31 and standard deviation 10.96.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	.037	Reject the null hypothesis.
19	The distribution of Fecha de primera consulta psiquiatrica is normal with mean 1.07 and standard deviation 0.25.	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Secretaría de Salud

Comisión coordinadora de instituciones nacionales de salud y hospitales de alta especialidad

Servicios de atención psiquiátrica

Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Consentimiento informado del familiar y del paciente.

Con el fin de realizar un estudio de investigación titulado: “Trayectoria, procedencia y obstáculos en la búsqueda del tratamiento para los enfermos mentales de la población atendida en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”. El Ciudadano

(a) _____ quien se asume como paciente

quien acude a recibir atención a este hospital, acompañada

de _____

quien refiere se responsable del paciente aceptan de forma voluntaria participar en dicho proyecto respondiendo la cédula correspondiente, en el entendido que la información se maneja bajo los criterios que rigen el secreto médico.