



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Título:

Duración de la psicosis no tratada en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Presenta la Tesis para obtener el Diploma
de Especialista en Psiquiatría:

Dr. Rafael Buchan López

Asesor Teórico

Dr. Fernando Corona Hernández

Asesor Metodológico

Dra. Josefina Patricia Anzaldo Juárez

México, C. Méx., mayo de 2016



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	iii
Introducción	1
Marco teórico	2
Metodología	
Justificación	7
Planteamiento del Problema	8
Objetivos	
General	9
Específicos	9
Hipótesis	10
Variables	10
Muestra	14
Criterios de selección (inclusión y exclusión)	14
Tipo de estudio	15
Análisis estadístico	15
Procedimiento	16
Resultados	17
Discusión	26
Conclusiones	31
Referencias bibliográficas	35

Lista de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes.

Tabla 2. Características de los cuidadores primarios.

Tabla 3. Nivel máximo de estudios de los cuidadores primarios.

Tabla 4. Edad de inicio y Duración de Psicosis no Tratada.

Tabla 5. Diagnóstico y Duración de Psicosis no Tratada por diagnóstico.

Lista de gráficos

Gráfico 1. Frecuencia de edad en el grupo de mujeres.

Gráfico 2. Frecuencia de edad en el grupo de hombres.

Gráfico 3. Nivel máximo de estudios en mujeres.

Gráfico 4. Nivel máximo de estudios en hombres.

Gráfico 5. Religión que profesan los pacientes.

Gráfico 6. Ingresos mensuales por familia.

Gráfico 7. Porcentaje de pacientes que recibieron atención médica previa a un diagnóstico y al inicio de un tratamiento específico.

Resumen

Introducción. Los trastornos del espectro esquizofrénico afectan al 0.55-1% de la población mundial. La atención psiquiátrica de estos pacientes se ha encaminado en la intervención temprana en la atención primaria al observarse que la duración de la psicosis no tratada (DPNT) es un factor asociado al pronóstico de estos pacientes. Sin embargo, existen pocos estudios previos realizados en la población mexicana que exploren la DPNT y las variables que en ella impactan. Objetivo. Conocer la DPNT en pacientes con un trastorno psicótico (no afectivo) y las variables sociodemográficas que se mencionan en la literatura con un probable impacto para una intervención temprana. Muestra. Se seleccionó una muestra no probabilística y por cuota de los expedientes clínicos de 100 pacientes (50% hombre y 50% mujeres) que acudieron al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para diagnóstico o seguimiento de un trastorno psicótico en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015. Resultados. Se encontró en la mujeres que la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 21.5 ± 5.3 años con una DPNT promedio de 42.7 ± 48.8 meses; mientras que en los hombres la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 18.7 ± 4.4 años con una DPNT promedio de 36.9 ± 30.5 meses. Conclusiones. Este estudio refleja que tanto los pacientes como sus familiares, así como los médicos de atención primaria, no identifican tempranamente las manifestaciones de las enfermedades mentales, por lo que no acuden, o son canalizados, a buscar ayuda especializada. Se observa además que las enfermedades mentales aún no se encuentran dentro de las prioridades del Sistema de Salud mexicano, lo que dificulta la formación de recursos humanos en la materia y la atención integral y multidisciplinaria de los pacientes.

Palabras clave: trastorno psicótico, esquizofrenia, duración de psicosis no tratada.

Introducción

Dentro del quehacer diario de la atención primaria es cada vez más frecuente la atención de pacientes con problemas de tipo psicosocial, refiriéndonos con ello a pacientes con alguna enfermedad mental o una situación de estrés sociocultural ⁽¹⁾. En algunos estudios realizados en España se describe que la prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria se sitúa entre un 24 y un 30% del total ^(2,3) de consultas. Sin embargo, sólo entre un tercio y la mitad de los casos son reconocidos correctamente por el médico de atención primaria ⁽⁴⁾.

El médico de atención primaria ha dejado de ser un mero “filtro” hacia el tercer nivel de atención médica y en este momento es una figura clave en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales ⁽⁵⁾. Sin embargo, la relación entre el equipo de salud mental y el de atención primaria se considera insuficiente, a pesar de que ambos desarrollan su trabajo en la comunidad y tratan a pacientes comunes, así como enfermedades muy relacionadas entre sí ^(6,7).

Son muchos los factores que influyen en el reconocimiento de la enfermedad mental por el médico de atención primaria para un diagnóstico temprano, siendo la relación de los factores sociodemográficos, las capacidades y conocimientos propios del médico de atención primaria de crucial importancia para identificar un trastorno neuropsiquiátrico, e iniciar así un adecuado tratamiento enfocado a disminuir el deterioro que estos trastornos involucran; para, de ser necesario, realizar su canalización a un nivel especializado de atención médica ⁽⁸⁾.

En lo concerniente a un diagnóstico temprano y la oportuna intervención de los trastornos psicóticos, éste es un desafío transcendental para los servicios de salud en México, ya que éstos son fuente de discapacidad individual, estrés psicosocial y de catastróficos costos económicos familiares ⁽⁹⁾ , así como para los sistemas de atención médica en México ⁽¹⁰⁾ .

Marco Teórico

En el mundo los trastornos psicóticos, entre ellos los trastornos del espectro esquizofrénico, afectan al 0.55-1% de la población y, por lo general, se manifiestan inicialmente con un primer episodio de síntomas psicóticos en la adolescencia o la vida adulta temprana ⁽¹¹⁾ . Este período de la vida del individuo es de especial importancia, ya que en éste se estructura una parte importante de la vida social y profesional del individuo, y en muchos casos inclusive se constituye el sistema familiar. Así mismo, actualmente se observa que los trastornos psicóticos se encuentran entre las primeras 20 causas mundiales de años vividos con discapacidad (AVD) —encontrándose por arriba de la epilepsia, la cardiopatía isquémica y la enfermedad de Alzheimer—, y es por sus características clínicas y epidemiológicas que su impacto entre los pacientes conlleva una importante relevancia individual y social.

El principal problema asociado a estos trastornos es la incapacidad que ocasionan en diferentes áreas del funcionamiento general, por lo que la Organización Mundial de la Salud considera a la esquizofrenia, de forma específica, como un problema de salud pública, situándola como la novena causa de discapacidad en el mundo ⁽¹²⁾ .

Por otro lado, con una atención médica de rutina menos del 20% de los pacientes logran una recuperación completa después de un primer episodio psicótico ⁽¹³⁾ y menos del 30% logran un desarrollo laboral significativo o una educación adecuada para su edad ⁽¹⁴⁾, siendo esto último un factor que impacta en el ámbito sociocultural y en el desarrollo económico de los individuos y de su entorno ⁽⁹⁾.

Desde hace una década, gracias al aumento en la investigación en el campo de la esquizofrenia, la atención psiquiátrica de estos pacientes se ha encaminado a generar los medios necesarios para una intervención temprana desde la atención primaria, pues se ha observado que este tipo de intervención puede mejorar significativamente el pronóstico de los pacientes. Con base en la literatura mundial, se describe que en los primeros 2 a 5 años después del inicio del trastorno psicótico se da gran parte del deterioro clínico y psicosocial, observándose un tercio de los suicidios en este grupo de pacientes ⁽¹⁵⁾; se dan las primeras hospitalizaciones, reingresos por recaídas y, en algunos grupos, es importante el problema de violencia con la intervención final del sistema jurídico como mediador. De forma significativa, también se identifica la presencia de disfunción neurocognitiva, incluyendo funciones visoespaciales, funciones ejecutivas, memoria y atención cognición social, en este periodo ^(16,17).

Es por esto que algunos autores han planteado la hipótesis de un período crítico, en el que los esfuerzos de una prevención secundaria se podrían aprovechar para limitar las disfunciones a largo plazo, además de modificar varios factores pronósticos como el abuso de sustancias ⁽¹⁸⁾. Esta hipótesis, a su vez, ha estimulado una rica variedad de enfoques para la intervención temprana de estos trastornos. Este es el caso de Australia, en donde el Centro de Prevención e Intervención Temprana en Psicosis, por

medio de su intervención en Melbourne, logró reducir en 7 años la DPNT de 60 a 52 semanas, con la subsecuente observación de que los pacientes atendidos por este Centro tenían menos reingresos hospitalarios, recibían tratamiento con dosis menores de antipsicótico y tenían una mayor recuperación social y laboral⁽¹⁹⁾. En Chile, en donde al ser la DPNT un problema de salud pública, la atención de la esquizofrenia se incorporó en el Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) en Salud⁽²⁰⁾ con la finalidad de tener un impacto en la DPNT.

El esfuerzo en el estudio de las características de los pacientes y su medio, presente en las últimas décadas, ha sido importante para determinar las variables que favorecen a un diagnóstico temprano y, para ello, ha sido importante precisar la duración de la psicosis no tratada (DPNT). Este concepto es definido por Marshall *et al.* (2005) como el intervalo entre el primer episodio con síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento específico⁽²¹⁾. Sin embargo, las estimaciones para determinar la DPNT pueden variar ampliamente entre los estudios, debido en parte a las diferencias en la definición y a la dificultad para medir el inicio de la sintomatología psicótica hasta la instauración de un tratamiento específico.

Sin embargo, en una revisión de 30 artículos, que incluyó a 3563 pacientes de 16 países, Anderson *et al.* (2010) proporcionaron una DPNT con una media de 21.6 semanas (5.4 meses), con un intervalo de 4-68 semanas⁽²²⁾.

En México, por otro lado, en un estudio realizado con pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría por Apiquién-Guitart *et al.* (2006) en 66 pacientes en su primer episodio

psicótico —agrupados en psicosis afectivas y no afectivas— estos autores reportaron una DPNT de 54 ± 5.9 semanas, con una mediana de 27 semanas, no observando diferencias entre el grupo de pacientes con psicosis afectivas y no afectivas con respecto al periodo de la DPNT. Sin embargo, al considerar a los pacientes con esquizofrenia como un grupo independiente, se observó que el promedio de la DPNT fue de 85.6 ± 6.8 semanas (21.4 ± 1.7 meses), mientras que en el grupo de las psicosis no afectivas fue de 33.4 ± 4.2 semanas y en las psicosis afectivas de 53.1 ± 5.4 ⁽²³⁾.

De igual forma en México, en un estudio realizado por Pérez *et al.* (2006) en 100 pacientes que recibían atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por distintas patologías, dentro de los cuales 62% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, se encontró que el tiempo promedio para recibir atención psiquiátrica fue de 4.85 años (58.2 meses) ⁽²⁴⁾.

Además de las características ya descritas sobre la relevancia de una intervención temprana, Kruskal-Kurihari *et al.* (2006) identificaron que la mortalidad de pacientes con una DPNT mayor a 1 año aumentaba 6.7 veces en comparación a los pacientes con una DPNT menor a 1 año ⁽²⁵⁾; Penttilä *et al.* en otro estudio (2014), encontraron una asociación significativa entre una DPNT prolongada, síntomas generales, síntomas positivos y negativos más graves y el fracaso para lograr la remisión; así como una disminución del funcionamiento social y el desempeño global ⁽²⁶⁾.

Sobre los factores que repercuten en la DPNT, en una revisión de la literatura sobre el impacto de la DPNT realizada por Medina-Mora *et al.* (2008) encontraron que la partici-

pación familiar en la búsqueda de ayuda se asociaba con una DPNT corta y, de esta forma, también encontraron que algunas variables sociodemográficas tenían relación con la DPNT, como una DPNT larga con el género masculino y una DPNT corta con el género femenino. También, según esta revisión, se observó que variables como el estado civil y la ocupación se relacionaban con la DPNT. Así, por ejemplo, el ser soltero y desempleado, se relaciona significativamente con una DPNT larga ⁽²⁷⁾. Zurn *et al.* (2002) señalan, además, que en el sistema de salud de muchos países —como el mexicano— existen factores como el desequilibrio en aspectos relacionados con geografía, género, tasa de especialistas, el tipo de atención médica (pública o privada) y las discrepancias entre las instituciones que dificultan el alcance de las metas de una adecuada atención y cobertura médica, y en este caso de la atención psiquiátrica ⁽²⁸⁾.

A pesar del complejo panorama de salud que enfrentamos en relación a los trastornos psicóticos, al costo en los tratamientos, a su impacto social y a los costos por día de las hospitalizaciones psiquiátricas —como reportan Cabello *et al.* (2011) en base a una muestra tomada del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con la que calcularon que el costo de hospitalización por día era de \$868 en hospitalización continua, \$1715 en urgencias y de \$2052 en cuidados intensivos ⁽¹⁰⁾— esto no ha modificado al Sistema de Salud mexicano en ámbitos nodales como es la formación de los médicos, pues según el Informe sobre el Sistema de Salud Mental de México de 2011, dentro del programa de formación de pregrado para médicos, solamente se dedica un 4% del total de horas a temas relacionados con la salud mental. Asimismo, y en relación a las pobres estrategias enfocadas para la formación de recursos humanos en la materia, este

informe describe que sólo el 11% de los médicos que trabajan en la atención primaria han recibido actualización (por lo menos 2 días) sobre temas de salud mental en el último año. De igual forma, este informe muestra un panorama aún más sobrio al hablar sobre los recursos humanos destinados a la atención de la salud mental, pues menciona que de los más de 10,000 trabajadores en centros de atención a la salud mental existe una tasa (por cada 100,000 habitantes) de 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de salud⁽⁸⁾, en contraste a la tasa promedio mundial reportada por la OMS en 2005 de 4.15 psiquiatras por cada 100,000 habitantes⁽²⁹⁾, que tampoco es la deseada según este mismo organismo. Conforme a cifras del INEGI, en 2009 existían 189,531 médicos en el país. Sin embargo, de éstos, 77,054 tenían alguna especialidad, en donde los psiquiatras sólo representaban un 2.0% del total de los médicos y el 4.9% de los médicos especialistas; encontrándose 43.6% de los psiquiatras en el Distrito Federal^(30,29).

Metodología

Justificación

Los trastornos psicóticos a escala mundial son patologías cuyo diagnóstico se realiza de forma tardía y que, a su vez, están infradiagnosticados, ya que la mayoría de las personas que los padecen difícilmente van a obtener un diagnóstico formal oportuno y, por ende, no recibirán un tratamiento.

Aunque son trastornos que tienen en la mayor parte de los casos una evolución crónica, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos —entre éstos últimos los programas de rehabilitación psicosocial, por mencionar un ejemplo— que pueden modificar su progresión una vez que se ha realizado un diagnóstico y, con ello, disminuir los costos sociales y económicos devastadores que estos trastornos conllevan. Es por esta razón que la duración de psicosis no tratada (DPNT) es un factor asociado al pronóstico de los trastornos psicóticos.

Pese a lo descrito, existen pocos estudios previos realizados en la población mexicana que exploren la DPNT; así como existen pocos estudios que exploren la DPNT y las variables sociodemográficas de los pacientes que tienen el diagnóstico de un trastorno psicótico y que reciben seguimiento médico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

La importancia de este estudio se relaciona con una grave situación a la que se enfrenta la población: el retraso en la búsqueda de tratamiento especializado.

Planteamiento del Problema

En nuestro país el impacto económico y social^(10,29) que generan los trastornos psicóticos es un problema que se condiciona porque, en la mayoría de los casos, los integrantes de los equipos de salud no están capacitados para diagnosticar aquellos desórdenes mentales que tienen una incidencia mayor en la población, canalizar a los pacientes al servicio de psiquiatría, manejar los casos más simples, servir de orientadores a

los pacientes y a sus familias y, en caso necesario, canalizarlos a un tercer nivel de atención.

Es por esto, que es importante conocer la DPNT y las variables sociodemográficas de los pacientes que acuden para seguimiento de un trastorno psicótico no afectivo dentro de la población que acude al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivo General

El objetivo del presente estudio es conocer la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en pacientes con un trastorno psicótico (no afectivo) y conocer las variables sociodemográficas que se mencionan en la literatura con un probable impacto para una intervención temprana.

Objetivos Específicos

En base a la información obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes que tienen el diagnóstico de un trastorno psicótico (no afectivo) que acuden para seguimiento al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se investigó:

- Duración de la psicosis no tratada (DPNT)
- Diagnóstico (según la clasificación CIE-10).

Así mismo, el estudio tuvo como objetivo conocer las siguientes variables sociodemográficas:

- En los pacientes: género, edad, estado civil, ocupación del paciente, nivel máximo de estudios, lugar de residencia (si esta es rural o urbana), ingresos económicos mensuales, si existió atención médica previa a la instauración de un tratamiento específico y religión que profesa;
- Y en los cuidadores primarios: género, parentesco, edad y nivel de estudios.

Hipótesis

Hi: existe un retraso en el diagnóstico de los trastornos psicóticos (no afectivos) dentro de los pacientes que acuden para seguimiento al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en comparación a lo descrito en la literatura.

Variables

Variable	Tipo de variable	Definición para el estudio	Categoría
Género del paciente	Cualitativa, nominal, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico, el género del paciente, siendo femenino o masculino.	Hombre Mujer
Edad del paciente	Cuantitativa, continua, de razón, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico, la edad en años cumplidos al momento del diagnóstico.	18 a 35 años
Estado civil del paciente	Cualitativa, nominal, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico, el estado civil reportado en el expediente.	Soltero Casado Unión libre
Ocupación del paciente	Cualitativa, nominal, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico, la ocupación previa principal reportada en el expediente.	Desempleado Empleado Comerciante Hogar

			Estudiante Profesionista
Nivel de estudios del paciente	Cualitativa, nominal, interviniente.	Nivel de estudios máximo expresado conforme al nivel alcanzado. Si el grado académico se encontró incompleto, éste se expresó tal. (ejemplo, bachillerato incompleto).	Analfabeta Primaria Primaria incompleta Secundaria Secundaria incompleta Carrera técnica Carrera técnica incompleta Licenciatura Licenciatura incompleta Posgrado
Lugar de residencia del paciente	Cualitativa, nominal, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico por Trabajo Social, si éste es urbano, rural o semiurbano.	Urbano Semiurbano Rural
Duración de psicosis no tratada (DPNT) del paciente	Cuantitativa, de intervalo, continua, de razón, dependiente.	Según lo registrado en el expediente clínico, los meses a partir del inicio de la sintomatología psicótica hasta el diagnóstico según lo expresado en el expediente	Meses
Retraso en el diagnóstico	Cualitativa, nominal, dependiente.	Según lo reportado en la literatura internacional, se considerará como retraso en el diagnóstico si la duración de psicosis no tratada es mayor a 12 meses.	<12 meses >12 meses
Ingresos económicos familiares	Cuantitativa, continua, de razón, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico por Trabajo Social, el ingreso económico mensual familiar.	Peso mexicano

<p>Diagnóstico del paciente</p>	<p>Cualitativa, nominal, interviniente.</p>	<p>Según lo registrado en el expediente clínico en base a la CIE-10⁽³¹⁾.</p>	<p>F20.0 (esquizofrenia paranoide), F20.1 (esquizofrenia hebefrénica), F20.2 (esquizofrenia catatónica), F20.3 (esquizofrenia indiferenciada), F23.0 (trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia), F23.1 (trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia), F23.2 (trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico), F23.3 (otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes), F23.8 (otros trastornos psicóticos agudos transitorios), F23.9 (trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación), F28 (otros trastornos psicóticos no orgánicos) y F29 (psicosis no orgánica sin especificación)</p>
<p>Atención médica previa al diagnóstico formal sin la instauración de un trata-</p>	<p>Cualitativa, nominal, discreta, interviniente.</p>	<p>Según lo registrado en el expediente clínico, si es que el paciente tuvo atención médica previa al diagnóstico sin que se iniciará un tratamiento específico.</p>	<p>Sí No</p>

miento específico			
Religión del paciente ⁽³²⁾	Cualitativa, nominal, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico, la religión que profesa el paciente.	Católica Protestante y evangélica Bíblica no evangélica (especificada) No cristiana (especificada) Ninguna
Género del cuidador primario	Cualitativa, nominal, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico, género del cuidador primario y registrado en el expediente clínico, siendo femenino o masculino.	Hombre Mujer
Edad del cuidador primario	Cuantitativa, continua, de razón, interviniente.	Según lo registrado en el expediente clínico, edad del cuidador primario en años.	Edad en años
Parentesco del cuidador primario	Cualitativa, nominal, interviniente.	Según el parentesco registrado en el expediente clínico por trabajo social.	Padre Madre Hermano(a) Cónyuge Otro parentesco
Nivel de estudios del cuidador primario	Cualitativa, nominal, interviniente.	Nivel de estudios máximo del cuidador primario expresado conforme al nivel alcanzado. Si el grado académico se encontró incompleto, éste se expresó tal. (ejemplo, bachillerato incompleto).	Analfabeta Primaria Primaria incompleta Secundaria Secundaria incompleta Carrera técnica Carrera técnica incompleta Licenciatura Licenciatura incompleta Posgrado

Muestra

Se seleccionó una muestra no probabilística y por cuota de los expedientes clínicos de 100 pacientes (50% hombre y 50% mujeres) que acudieron a los servicios de hospitalización continua y consulta externa para diagnóstico o seguimiento de un trastorno psicótico (psicosis no afectiva) en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015.

Criterios de inclusión

Se incluyeron los datos recabados del expediente clínico de los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Edad de entre 18 y 35 años de edad;
- Diagnóstico de trastorno psicótico no afectivo ni secundario a causa médica según la CIE-10 de F20.0 (esquizofrenia paranoide), F20.1 (esquizofrenia hebefrénica), F20.2 (esquizofrenia catatónica), F20.3 (esquizofrenia indiferenciada), F23.0 (trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia), F23.1 (trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia), F23.2 (trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico), F23.3 (otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes), F23.8 (otros trastornos psicóticos agudos transitorios), F23.9 (trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación), F28 (otros trastornos psicóticos no orgánicos) y F29 (psicosis no orgánica sin especificación); y

- Que acudieron a los servicios de hospitalización continua o consulta externa para diagnóstico o seguimiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los datos recabados del expediente clínico de los pacientes que:

- No tenían una edad de entre 18 y 35 años de edad;
- No tenían el diagnóstico de un trastorno psicótico;
- Que tengan el diagnóstico de psicosis afectiva (trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo o episodio depresivo con síntomas psicóticos), retraso mental, demencia, comorbilidad con consumo de sustancias (cannabis, alcohol, alucinógenos, inhalantes y estimulantes), delirium y trastornos psicóticos secundarios a condición médica o abuso de sustancias; y
- Que no hubieran acudido a los servicios de hospitalización continua o a consulta externa para diagnóstico o seguimiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015.

Tipo de Estudio

Es un estudio no experimental, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Análisis estadístico

Después de la obtención de los datos se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas con descripción de frecuencias y porcentajes para

las variables categóricas; así como modas, medias, medianas, rangos y desviaciones estándar para las variables continuas.

Procedimiento

Posterior a la autorización del protocolo por parte de Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se solicitó al área de Estadística de la misma institución los números de expediente de los pacientes que contaran con los diagnósticos codificados según la CIE-10 de F20.0 (esquizofrenia paranoide), F20.1 (esquizofrenia hebefrénica), F20.2 (esquizofrenia catatónica), F20.3 (esquizofrenia indiferenciada), F23.0 (trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia), F23.1 (trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia), F23.2 (trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico), F23.3 (otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes), F23.8 (otros trastornos psicóticos agudos transitorios), F23.9 (trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación), F28 (otros trastornos psicóticos no orgánicos) y F29 (psicosis no orgánica sin especificación) y que hubieran acudido a los servicios de hospitalización continua o a consulta externa para diagnóstico o seguimiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015. Posterior a contar con los números de expedientes que cumplieron con dichos requisitos, se seleccionaron de forma aleatoria los números de expediente clínico de los 100 pacientes con los que se formó la muestra (50 expedientes de mujeres y 50 expedientes de hombres). Posterior a ello, se solicitaron los expedientes clínicos al Archivo Clínico del hospital —en grupos de 20, hasta completar 5 grupos— y se recabó la información necesaria para el estudio de los regis-

tros médicos y de los estudios socioeconómicos que realiza Trabajo Social a los familiares y pacientes; posteriormente, se capturaron los datos en una hoja de cálculo elaborada en el Microsoft Excel 2011.

Con los datos capturados en su totalidad, finalmente se realizó el análisis de los datos según lo especificado en el análisis estadístico.

Resultados

Al término del estudio se logró captar los datos de 100 pacientes, según lo recabado en los expedientes clínicos de cada paciente, que recibieron atención médico-psiquiátrica durante el periodo comprendido entre en el 1 de enero al 31 de julio de 2015. Dentro la muestra 50% correspondió a mujeres y el 50% restante a hombres, todos ellos con diagnósticos de un trastorno psicótico no afectivo y que no fuese secundario a causa médica. Es así, que el número total de los expedientes clínicos revisados resultó de aquellos que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio.

Dentro de la muestra se realizó el estudio de los datos dividiendo a la población por género y se encontró que dentro de las mujeres el rango de edad fue 18 a 35 años, con una edad media de 28 ± 5.3 años. Por otro lado, se encontró que en el grupo de hombres se encontró que el rango de edad fue 18 a 35 años, con una edad media de 26.2 ± 4.7 años (ver tabla 1; ver gráficos 1 y 2).

Gráfico 1
Frecuencia de edad en el grupo de mujeres (n=50)

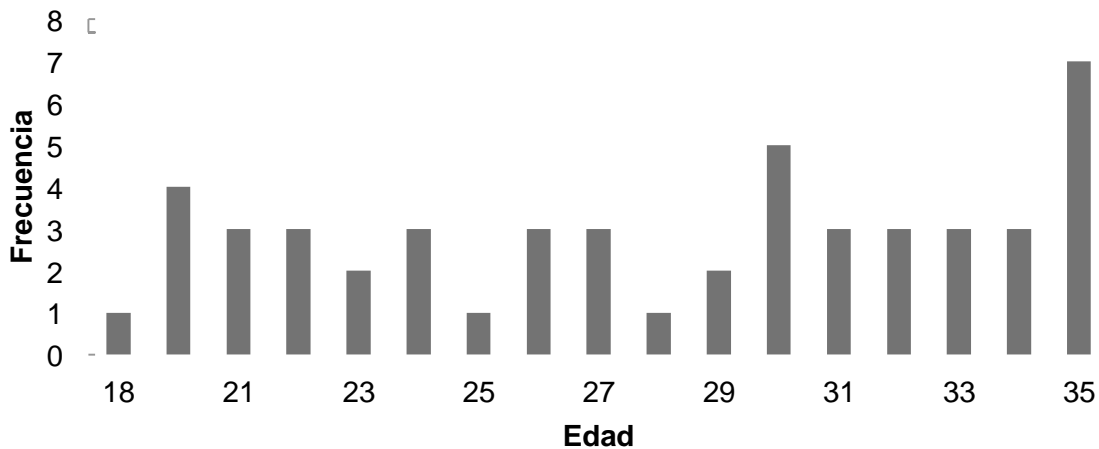
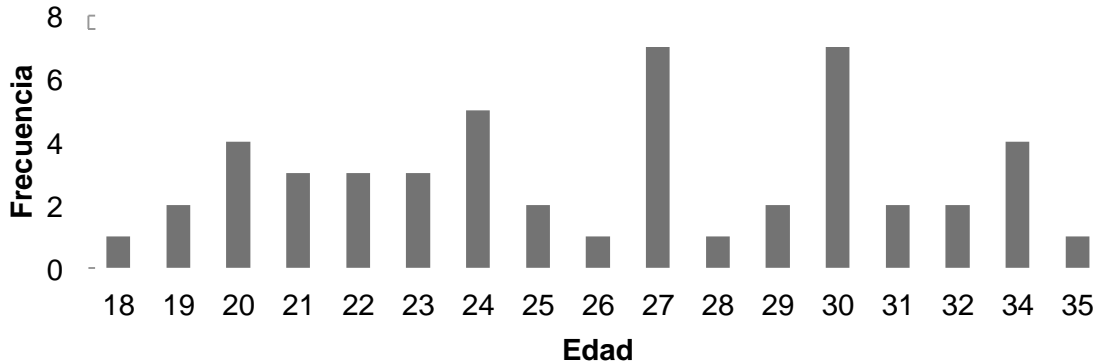


Gráfico 2
Frecuencia de edad en el grupo de hombres (n=50)



En las mujeres, en relación a los datos sociodemográficos, se reportó que 96% tenían la nacionalidad mexicana, un 2% colombiana (1 paciente) y 2% salvadoreña (1 paciente); con residencia en el Estado de México un 46%, en el Distrito Federal un 36%, en Hidalgo un 8%, en Morelos 6% y en Veracruz un 4%, así como una residencia de tipo urbano en 78%, rural un 16% y semiurbano en un 6%. Sobre el estado civil se

encontró que 76% eran solteras, 14% vivían en unión libre y 10% estaban casadas. Un 52% estaban desempleadas, 36% se dedicaban a las labores del hogar, 8% eran comerciantes, 2% empleadas y un 2% estudiante.

Con respecto al grupo de hombres, en estos mismos rubros, se observó que 100% tenían la nacionalidad mexicana; con residencia en el Distrito Federal un 44%, en el Estado de México un 40%, en Hidalgo un 8%, en Morelos 4% y en Guerrero un 4%, así como con una residencia de tipo urbano en 84%, rural un 14% y semiurbano en un 2%. Sobre el estado civil se encontró que 98% eran solteros y 2% vivían en unión libre. Un 78% estaban desempleados, 8% era empleados, 6% eran comerciantes, 6% estudiantes y 2% se dedicaba a las labores del hogar (ver tabla 1).

En el grupo de mujeres el nivel de estudios fue en 22% de primaria, 18% secundaria, 16% bachillerato incompleto, 12% secundaria incompleta, 10% licenciatura incompleta, 6% licenciatura, 6% bachillerato, 4% primaria incompleta, 4% carrera técnica y 2% carrera técnica incompleta; observándose que en los hombres el nivel de estudios fue en 26% de secundaria, 16% secundaria incompleta, 16% bachillerato incompleto, 10% licenciatura incompleta, 8% primaria, 6% bachillerato, 4% analfabetos, 4% primaria incompleta, 4% carrera técnica incompleta, 4% licenciatura y 2% carrera técnica (ver gráficos 3 y 4).

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los pacientes

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Edad promedio (años)	28 ±5.3	26.2±4.7
Estado civil		
Soltero	76%	98%
Casado	10%	0%
Unión Libre	14%	2%

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 1 (continuación)
 Datos sociodemográficos de los pacientes

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Ocupación		
Desempleado	52%	78%
Empleado	2%	8%
Comerciante	4%	6%
Hogar	36%	2%
Estudiante	2%	6%
Profesionista	0%	0%
Lugar residencia		
D. F.	36%	44%
Estado de México	46%	40%
Hidalgo	8%	8%
Morelos	6%	4%
Guerrero	0%	4%
Veracruz	4%	0%
Tipo residencia		
Urbano	78%	84%
Rural	16%	14%
Semiurbano	6%	2%

Fuente: expedientes clínicos.

Gráfico 3
 Nivel máximo de estudios en mujeres (n=50)

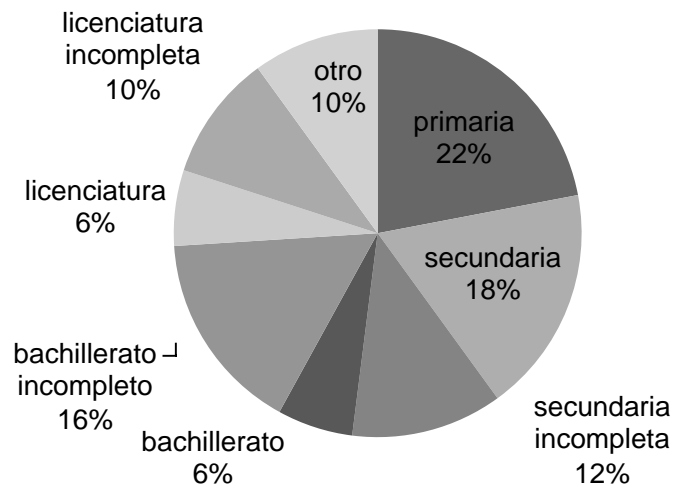
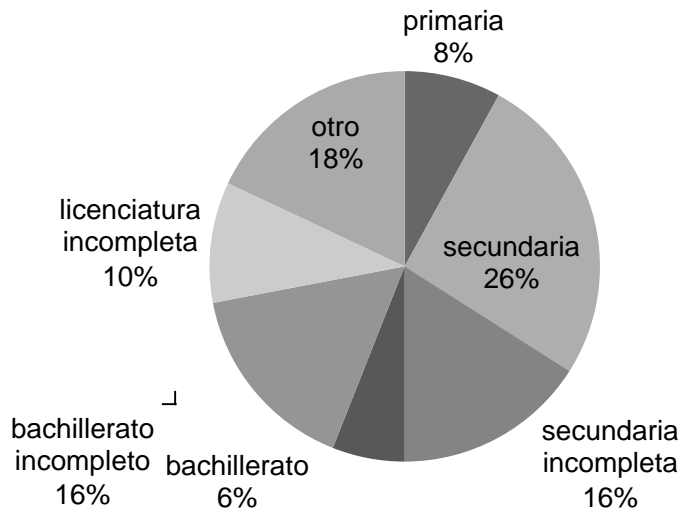
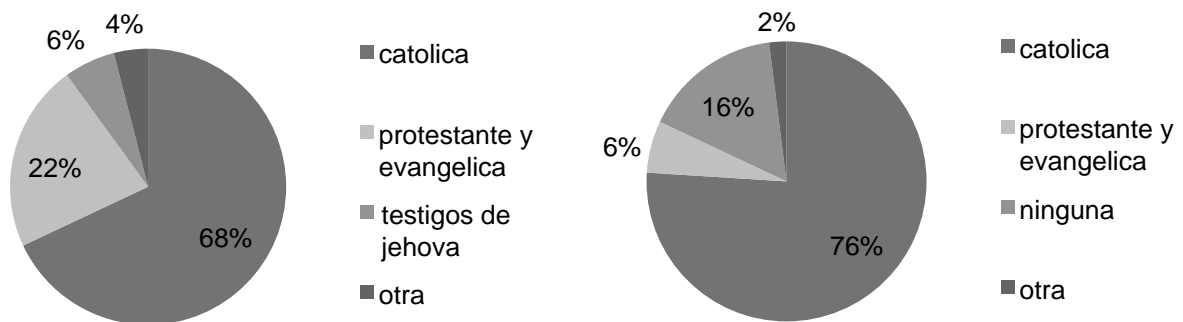


Gráfico 4
 Nivel máximo de estudios en hombres (n=50)



Sobre la religión que profesan los pacientes, dentro del grupo de mujeres un 68% dijo profesar la religión católica y 22% protestante y evangélica; mientras que en los hombres un 76% dijo ser católico, 16% no tener religión y 6% protestante y evangelistas (ver gráfico 5).

Gráfico 5
 Religión que profesan los pacientes



Mujeres (n=50)

Hombres (n=50)

En relación a los cuidadores primarios se encontró que para grupo de mujeres el 66% eran mujeres y 34% hombres, siendo en un 52% la madre la encargada del cuidado de la paciente, reportándose además que en 12% el cónyuge fungía como el cuidador primario. Así mismo, se encontró que dentro de los cuidadores primarios 42% tenía estudios de primaria, 20% primaria incompleta y 14% secundaria, encontrando sólo un 6% sin estudios (analfabetas).

En el grupo de hombres, se encontró que 80% de los cuidadores eran mujeres y 20% hombres, siendo en un 76% la madre del cuidador la encargada del cuidado del paciente, reportándose además que en 20% que el padre era el cuidador primario. Así mismo, se encontró que dentro de los cuidadores primarios 22% tenía estudios de primaria, 22% secundaria, 12% eran analfabetas y 12% tenían estudios técnicos y 10% con primaria (ver tabla 2 y 3).

Tabla 2
Características de los cuidadores primarios (n=100)

	Mujeres (n=50)	Hombres (no=50)
Género		
Mujer	66%	80%
Hombre	34%	20%
Parentesco		
Madre	52%	76%
Padre	20%	20%
Hermanos	12%	2%
Cónyuge	12%	0%
Otros	4%	2%

Fuente: expedientes clínicos.

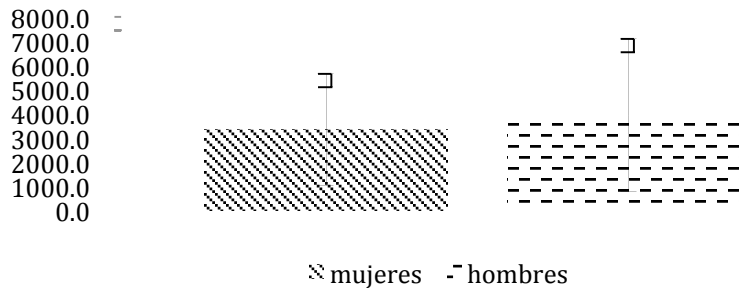
Tabla 3
Nivel máximo de estudios los cuidadores primarios

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Nivel de estudios		
Analfabeta	6%	12%
Primaria	42%	10%
Primaria incompleta	20%	22%
Secundaria	14%	22%
Secundaria incompleta	4%	6%
Carrera técnica	2%	12%
Carrera técnica incompleta	2%	2%
Bachillerato	4%	4%
Bachillerato incompleto	6%	0%
Licenciatura	0%	4%
Licenciatura incompleta	0%	4%
Posgrado	2%	0%

Fuente: expedientes clínicos.

El ingreso mensual por familia se encontró que en el grupo de mujeres el ingreso promedio fue de \$3350±2207.8, con un ingreso mínimo de \$500 y uno máximo de \$12000. En cambio, en los hombres se encontró que el ingreso mensual promedio por familia fue de \$3938.6±3152.1, con un ingreso mínimo de \$600 y uno máximo de \$20000 pesos mexicanos (ver grafico 6).

Grafico 6
Ingresos mensuales por familia (n=100)



Cifras expresadas en pesos mexicanos.

Sobre el diagnóstico, la edad de inicio del padecimiento, la duración de psicosis no tratada (DPNT) y si los pacientes habían acudido a atención médica previo al diagnóstico y a que se les iniciara un tratamiento específico se encontró lo siguiente:

En las mujeres el 76% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20.0), 14% esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 8% un trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y 2% un trastorno agudo transitorio sin especificación; la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 21.5 ± 5.3 años con una DPNT promedio de 42.7 ± 48.8 meses (mediana 24 meses), observándose un tiempo mínimo de DPNT de 0.3 (10 días) y un máximo de 192 meses.

En los hombres el 72% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20.0), 18% esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 4% esquizofrenia desorganizada (F20.1), 2% un trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2), 2% otros trastornos agudos transitorios sin especificación y 2% psicosis no orgánica sin especificar; se encontró que la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 18.7 ± 4.4 años con una DPNT promedio de 36.9 ± 30.5 meses, observándose un tiempo mínimo de DPNT de 0.23 (7 días) y un máximo de 132 meses (ver tablas 4 y 5).

Tabla 4
Edad de inicio y Duración de Psicosis no Tratada

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Edad promedio de inicio (años)	21.5 ± 5.3	18.7 ± 4.4
DPNT (meses)	42.7 ± 48.8	36.9 ± 30.5

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla 5
Diagnóstico y Duración de Psicosis no Tratada por diagnóstico

	Mujeres (n=50)	DPNT (meses)	Hombres (n=50)	DPNT (meses)
Diagnóstico (CIE-10)				
F20.0 (esquizofrenia paranoide)	76%	43.34±45.67	72%	41.72±32.38
F20.1 (esquizofrenia hebefrénica)	0%	-----	4%	12
F20.3 (esquizofrenia indiferenciada)	14%	65±69.98	18%	14±14.14
F23.2 (trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico)	8%	8.13±10.83	2%	0.23
F23.8 (otros trastornos psicóticos agudos transitorios)	0%	-----	2%	0.5
F23.9 (trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación)	2%	1	0%	-----
F29 (psicosis no orgánica sin especificación)	0%	-----	2%	0.8

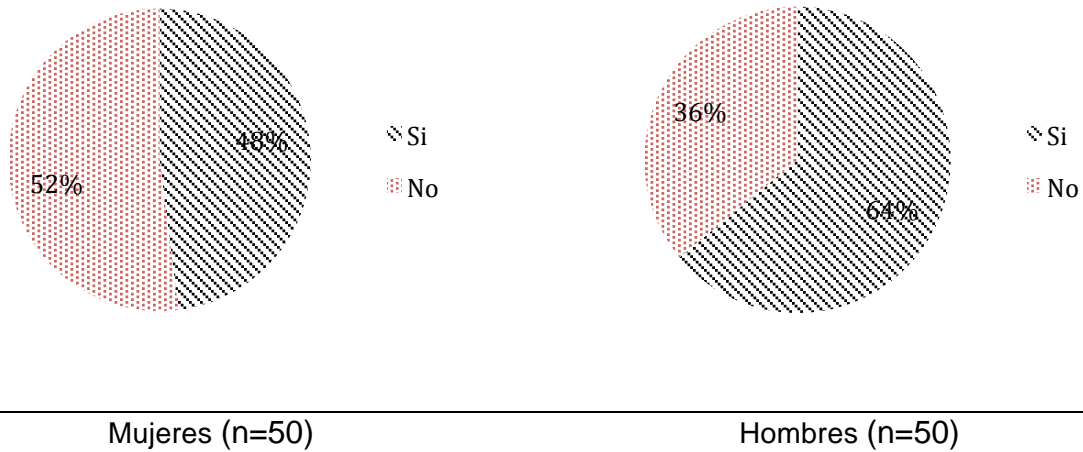
Fuente: expedientes clínicos / 2%=1 caso, por lo que no se calculó desviación estándar.

Sin embargo, cuando separamos la DPNT por diagnóstico (ver tabla 5), encontramos que para los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide la media de DPNT es de 43.34±45.67 y 41.72±32.38 meses para las mujeres y los hombres, respectivamente; y de 65±69.98 meses en el caso de esquizofrenia indiferenciada en las mujeres y 14±14.14 meses en los hombres. Por otro lado en los trastorno psicóticos agudos, encontramos que para el trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico la DPNT fue de 8.13±10.83 meses en las mujeres y de 0.23 meses en los hombres (1 caso); así como de 1 mes para el trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación en la mujeres (1 caso).

Se encontró, además, que en el grupo de mujeres el 48% acudió con algún médico para valoración previo a un diagnóstico formal y al inicio de un tratamiento específico. Observándose que entre los hombres el 64% buscó atención médica antes del inicio de un tratamiento (ver gráfico 7).

Gráfico 7

Porcentaje de pacientes que recibieron atención médica previa a un diagnóstico y al inicio de un tratamiento específico



Discusión

La esquizofrenia es un síndrome complejo con una combinación heterogénea de síntomas y el inicio de la enfermedad, aunque a menudo no se reconoce como tal, se conoce como fase prodrómica (es decir, antes de la manifestación de la primera episodio psicótico) y consiste en una disminución del funcionamiento cognitivo y social, que comienza generalmente en los primeros años de la adolescencia. El resultado de la esquizofrenia puede variar desde la recuperación completa hasta la necesidad crónica de la atención y, en promedio, la esperanza de vida de las personas con este trastorno se reduce en 20 años en comparación con la población general.

En la última década hemos sido testigos de un aumento en los estudios de investigación en este campo, lo que ha servido para modificar la visión que teníamos

de esta patología. Es así que se ha hecho evidente que la esquizofrenia es mucho más que un trastorno psicótico, lo que ha justificado un renovado enfoque en sus implicaciones sobre las funciones cognitivas de los pacientes, con un inicio en la adolescencia temprana, y no en la edad adulta temprana como se pensaba inicialmente, observándose en nuestra muestra que la edad de inicio de los síntomas psicóticos fue de 21.5 ± 5.3 años en las mujeres y de 18.7 ± 4.4 en los hombres. Sin embargo, como se cita en la literatura, la fase prodrómica precede a la aparición de los síntomas psicóticos por más de 10 años⁽³³⁾, lo que confirmaría el entendido de que el inicio del trastorno se observa en la adolescencia temprana de los pacientes.

Es así que la identificación precoz de individuos con mayor riesgo de padecer un trastorno psicótico se considera actualmente como clínicamente y científicamente imprescindible.

De forma general la Medicina, y con ella la Psiquiatría, ha iniciado desde hace unas décadas un cambio en el paradigma de la salud mental enfocándose ahora en el estudio de estrategias que permitan en el futuro la prevención de los trastornos mentales. Aunque en la actualidad dicha prevención es sólo hipotética, los sistemas de salud se han orientado hacia estrategias que permitan una atención oportuna encaminada a evitar un deterioro mayor en los pacientes, al ser estos padecimientos fuente de importante discapacidad a nivel mundial —encontrándose la esquizofrenia dentro de las 6 primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad⁽³⁴⁾—, tanto en términos de gastos directos como en la pérdida de productividad de los propios enfermos y de sus familias.

Asociado al impacto que tienen los trastornos psicóticos en la funcionalidad de los pacientes, observamos por ejemplo que el porcentaje de desempleo en la muestra estuvo por encima de la media nacional para el grupo de población económicamente activa que fue de 4.3% en 2015 ⁽³⁵⁾; encontrando en nuestro estudio que 52% de las mujeres estaban desempleadas y en los hombres un 78%. Es interesante, además, que para esta variable sociodemográfica el género condicionó desigualdades importantes entre los grupos —posiblemente relacionadas con el rol de género ⁽³⁶⁾— pues en los expedientes se documentó que 36% de la mujeres se dedicaban a las labores del hogar, mientras que sólo se consignó que un 2% de los hombres desarrollaban esta actividad. También es importante señalar lo observando en cuanto al impacto en la escolaridad, pues dentro del grupo de mujeres se observó que en el grupo de mujeres 44% desertó antes de finalizar el grado académico que estaba cursado y que solamente un 60% completó la educación básica (primaria y secundaria). En los hombres, por otro lado, el porcentaje de deserción fue 50%, completando la educación básica un 66% del total.

Debido a la clara evidencia que existe sobre la importancia que tienen la DPNT por sí sola ⁽³⁷⁾, así como asociada a otras variables, en el pronóstico de los pacientes con un trastorno psicótico, se ha hecho necesaria la implementación de acciones de protección, promoción y prevención en materia de salud mental con estrategias orientadas a reducir el tiempo de DPNT mediante programas de detección oportuna de los síntomas psicóticos como son capacitación dirigida a maestros, personal de la salud y a la

población general y psicoeducación a familiares, estrategias que tienen como objetivos brindar información acerca de estos trastornos.

El resultado de los esfuerzos encaminados para mejorar la situación actual en este campo ha sido insuficiente como lo muestra el presente estudio, en el que se observa que no se ha logrado reducir la DPNT a ser menor a 1 año, según lo descrito por Kruskal-Kurhahari *et al.* como deseable para tener impacto negativo en la mortalidad asociada a este grupo de pacientes; aunque sí se ha reducido para iniciar un tratamiento específico en el periodo que se ha llamado crítico, que va de los 2 a los 5 años posteriores al inicio de los síntomas psicóticos, con el objetivo de disminuir la gravedad de los síntomas positivos, negativos y cognitivos, y con ello mejorar el pronóstico en cuando al funcionamiento social y el desempeño global de los pacientes.

Empero, si comparamos los estudios de Apiquián-Guitart *et al.* y de Pérez *et al.*, ambos realizados en 2006, y éste último realizado en esta institución con el objetivo de conocer la trayectoria que realizan y el tiempo que tardan los pacientes antes de llegar a atención psiquiátrica; y que reportan en el primero una DPNT promedio de 85.6 ± 6.8 semanas (21.4 ± 1.7 meses) y en el segundo un tiempo de 4.85 años (58.2 meses) para recibir una atención específica, a los resultados obtenidos con esta muestra (DPNT mujeres 42.7 ± 48.8 meses y de 36.9 ± 30.5 meses en hombres) observamos una DPNT larga frente a los datos reportados por Apiquián-Guitart *et al.* y, en cambio, para con los reportados en el estudio realizado en nuestra institución una disminución de la DPNT. Sin embargo, habrá que aclarar que dentro del estudio realizado por Pérez *et al.* en 2006 sólo un 62% de la muestra estaba constituida por pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia lo que podría oscurecer el análisis.

Sin embargo, se observa en el grupo de mujeres que los datos relacionados a la DPNT no muestra una distribución normal por la presencia de valores extremos, resultado una desviación estándar mayor a la media.

De igual forma, si comparamos la DPNT observada en nuestra muestra con lo reportado en la literatura internacional, como la reportada en el artículo de revisión realizado por Anderson *et al.* en 2010 que recogió la información de 30 estudios provenientes de 16 países y que arrojó una DPNT promedio de 21.6 semanas (5.4 meses), observamos que en nuestro medio la DPNT sigue estando por arriba del promedio internacional.

Es interesante mencionar que cuando se dividió la DPNT por diagnóstico, se encontró que la media para el trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico en el grupo de las mujeres fuera mayor a 6 meses, lo que clasificaría al trastorno como esquizofrenia (en cualquiera de sus subtipos) por cumplir con el criterio temporal para esquizofrenia y el resto de los criterios clínicos. Probablemente esta inconsistencia tenga relación con un inadecuado diagnóstico asentado en los expedientes clínicos ya que en 2 de las 4 mujeres con este diagnóstico, se reportó con una DPNT de 6 meses y a la otra con 24 meses, afectando a la media en ese rubro.

Sin embargo, como se ha reportado en la literatura, algunas variables sociodemográficas tienen un impacto en la DPNT, siendo éstas lo que pudiera estar alargando la DPNT en nuestra muestra. Es así que se encontró que de las variables sociodemográficas que se relacionan significativamente con una DPNT larga algunas fueron prevalentes dentro de nuestra muestra como son el estado civil soltero (mujeres 76% y hom-

bres 98% solteros), ser desempleado (mujeres 52% y hombres 78%) y un ajuste premórbido pobre con una baja escolaridad (mujeres 26% y hombres 22% con el grado académico de bachillerato o licenciatura). Contrastando con lo reportado en la literatura internacional (27), se observó que en el género femenino existió una DPNT mayor que en los hombres, con un inicio de síntomas psicóticos en las mujeres de 21.5 ± 5.3 años y de 18.7 ± 4.4 años en los hombres.

Por último, en relación a los cuidadores primarios se encontró que para las mujeres 66% y 80% para los hombres los cuidadores correspondían a mujeres, lo que coincide con lo descrito no sólo en relación a enfermedades mentales, sino a lo observado en otras patologías. Esto último tiene una importancia crucial porque en los países de ingresos bajos y medianos, como México, los costos sociales directos son pequeños mientras que predominan los costos de los cuidados informales —por ejemplo, los cuidados no remunerados provistos por familiares—. Sin embargo, los cambios demográficos poblacionales en muchos países de ingresos bajos y medianos podrían llevar a que, en las próximas décadas, disminuya la disponibilidad inmediata de los miembros de la familia para brindar este tipo de cuidados.

Conclusiones

Los considerables avances que ha visto la Psiquiatría en las últimas décadas gracias a las aportaciones producto del desarrollo en las neurociencias, asociados éstos principalmente a los progresos de neuroimagen estructural y funcional, neurobiología, neurofisiología, genética molecular, neuropsicoendocrinología y neurofarmacología, en

mencionar algunas áreas, han abierto un abanico de horizontes en relación a la etiología, evolución y tratamiento de problemas de salud mental que tiempo atrás se consideraban intratables, inclusive en la mayoría de los casos inescrutables en su etiología y descifrables solamente desde la especulación semiótica.

Esta revolución biotecnológica, a su vez, ha condicionado cambios en la Psiquiatría tan profundos que se han expresado en el ámbito clínico y asistencial, pero también en el conceptual. Los períodos de hospitalización de los enfermos mentales se han reducido de forma asombrosa, y las posibilidades de reintegración a una vida social y productiva son mejores que nunca antes en la historia.

Empero a estos avances notables, el camino por recorrer es aún largo en lo que se refiere a una atención oportuna, ya que las estrategias orientadas hacia la formación de recursos humanos destinados a la atención de la salud mental y a una adecuada cobertura de salud en el país son todavía invisibles frente los reportes nacionales y a los estudios al respecto; advirtiéndose, además, la presencia de escasas transformaciones para combatir esta problemática dentro del Sistema de Salud mexicano con programas de formación de pregrado para médicos orientados principalmente a la atención materno-infantil y en la atención de padecimientos metabólicos, en los que sólo el 4% del total de horas se destinan a temas relacionados con la salud mental.

De igual forma, la ineficacia de los planes de intervención en los niveles de prevención primaria y secundaria en materia de salud mental atestiguan el pobre interés que tiene el Sistema de Salud mexicano en este campo, frente a la amplia expectativa que asume la sociedad en la Psiquiatría para mitigar, y en el más optimista de las pos-

turas erradicar, las colosales consecuencias que tienen estos trastornos en la comunidad.

Observamos así que en nuestro país la atención psiquiátrica sigue limitada a los hospitales psiquiátricos, inmersos ellos dentro de las ciudades, con las consecuencias económicas que en estudios como el de García *et al.* de 2006 y Cabello *et al.* en 2011 han reportado; y sobre las consecuencias sociales, referentes al desarrollo familiar e individual, sólo las podemos sospechar cuando observamos en el quehacer clínico diario a aquellos que padecen un trastorno mental y a sus familiares.

En México, además, los factores de desequilibrio que menciona Zurn *et al.* en lugar de perder importancia en nuestro medio pareciera que se acentúan, observándose que el acceso a la infraestructura médico-psiquiátrica está limitada por la presencia de barreras geográficas, a la distribución de más de la mitad de los especialistas en salud mental, que ya de por sí son pocos, dentro de la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey como evidenció el estudio realizado por Heinze *et al.* en 2012. Fenómenos sociales que han generado el claro resultado de que menos del 10% de los pacientes con algún trastorno mental recibe atención a nivel nacional y, los que sí reciben tratamiento, con DPNT lejanas de lo esperado.

¿Cuándo fue la centralización de la atención psiquiátrica, así como de la medicina en general, una estrategia razonada para atender a la población, si este enfoque de atención históricamente ha representado una de las barreras difícilmente franqueables que menciona la literatura internacional como un factor que retrasa la atención médica? Sin embargo, esto parece ser solamente el efecto visible de una compleja situación

social, porque cuando un servicio de esta naturaleza e importancia es poco accesible, con seguridad lo están todos.

Este estudio refleja, con el resultado de una DPNT por encima de la media internacional, que tanto los pacientes como sus familiares, así como los médicos de atención primaria, no identifican tempranamente las manifestaciones de las enfermedades mentales, por lo que no acuden —o son canalizados de forma adecuada por los médicos de este nivel de atención— a buscar ayuda especializada. Así mismo, este estudio refleja que las enfermedades mentales, pese a las evidencias sobre el impacto que tienen en la sociedad, aún no se encuentran dentro de las prioridades en el Sistema de Salud mexicano, lo que dificulta la formación de recursos humanos en la materia y la atención integral y multidisciplinaria de los pacientes.

Es importante mencionar que el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con la finalidad de brindar una atención temprana de los trastornos psicóticos, puso en marcha desde el 2014 una Clínica de Atención Temprana en Psicosis ⁽³⁸⁾, siendo su objetivo general disminuir la carga negativa que ejercen los trastorno psicóticos sobre el desarrollo individual y social de las personas que presentan un trastorno mental; pero teniendo, además, dentro de uno de sus objetivos disminuir la DPNT de los pacientes con un primer episodio psicótico esperamos en los próximos años se observe en nuestra población una reducción significativa en la DPNT en los trastorno psicóticos no afectivos y, por ende, un mejor pronóstico general para estos grupos vulnerables.

Referencias bibliográficas

1. Perca. La formación de las actitudes en la formación del médico. *Jano*. 1997; 1207: p. 1409-1410.
2. Retolaza. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1995; 15: p. 593-608.
3. Vázquez-Barquero. Mental health in primare care: an epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: p. 529-35.
4. Goldberg. Epidemiology of mental disorder in primary care settings. *Epidemiol Rev*. 1995; 17: p. 182-190.
5. Herrán. Salud mental en atención primaria: un estudio bibliométrico. *Aten Primaria*. 1996; 18(502): p. 6.
6. Tizón. Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental. *Aten Primaria*. 1995; 16: p. 105-114.
7. Bindman. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: p. 169-174.
8. IESM-OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en México. México: Secretaría de Salud/OPS/OMS; 2011.
9. García JL, Freyre J, Rico H, López N, Luna F, García C. Costo del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide y su impacto en la economía familiar.

Psiquis. 2006; 15(4): p. 89-94.

10. Cabello H, Díaz L, Arredondo A. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*. 2011 marzo-abril; 34(2): p. 95-102.
11. Srihari , et al. Reducing the duration of untreated psychosis and its impact in the U.S.: the STEP-ED study. *BMC Psychiatry*. 2014 335; 14: p. 1-14.
12. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000 Jun; 250: p. 274-285.
13. Geddes J. Prevention of relapse in schizophrenia. *N Engl J Med*. 2002; 346: p. 56–58.
14. Menezes N, Arenovich T, Zipursky R. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2006; 36: p. 1349.
15. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, et al. Reassessing the longterm risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67: p. 1230–1237.
16. Kahn R, Sommer I, Murray R, Meyer-Lindenberg A. Schizophrenia. *Nature Reviews*. 2015 noviembre; 1: p. 1-23.
17. Caird J, Hinds K, Kwan I, Thom J. A systematic rapid evidence assessment of late diagnosis. London: EPPI Centre, Social Science Research Unit; 2012.
18. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998; 172: p. 53–59.
19. Henry L, Amminger G, Harris M, Yuen H, Harriga S, Prosser A, et al. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longerterm clinical and funtional outcome 7 years after index admission. *J Clin Psychiatry*. 2010 jun; 71(6): p. 716-728.

20. Bastias G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile: el plan AUGE o Régimen GES. Su origen y evolución. Boletín. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina; 2007.
21. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review. *Archives General Psychiatry*. 2005; 62: p. 975–983.
22. Anderson K, Fuhrer R, Malla A. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2010 Oct; 40: p. 1585-1597.
23. Apiquián R, Fresán-Orellana A, García-Anaya M, et al. Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico. *Gaceta médica de México*. 2006; 142: p. 113–120.
24. Pérez P, Huerta Y, Freyre J, García JL. Trayecto en la búsqueda de atención psiquiátrica en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (2006). *Psiquis*. 2008; 17(1): p. 31-39.
25. Kurihara T, Kato M, Kashima H. Excess mortality of schizophrenia in the developing country of Bali. *Schizophrenia Research*. 2006; 83: p. 103–105.
26. Penttila M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014; 205: p. 88-94.
27. García I, Fresán A, Medina-Mora M, Ruíz G. Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. 2008; 31: p. 479-

485.

28. Zurn P, Dal-Poz M, Stilwell B, Adams O. Imbalances in the health workforce: Briefing paper. Geneva: OMS; 2002.
29. Heinze G, Chapa G, Santisteban J, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Mental*. 2012 julio-agosto; 35(4): p. 279-285.
30. INEGI. México en cifras. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2011.
31. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico Madrid: Meditor; 1992.
32. INEGI. Panorama de las religiones en México 2010. México: Secretaría de Gobernación; 2011.
33. Kahn R, Sommer I, Murray R, Meyer-Lindenberg A, Weinberger D. Schizophrenia. *Nature*. 2015 November; 1: p. 1-23.
34. SSA. Programa de acción específico. Atención psiquiátrica. México: Secretaría de salud, Comisión coordinadora de institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad; 2014.
35. OECD Employment Outlook 2015. Paris: OECD; 2015.
36. Montes Y, Valdez J, González-Arratia N, González S. Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e investigación en Psicología*. 2015 Julio-diciembre; 18(2): p. 207-224.

37. Arrillaga. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. 2004; 33(9): p. 491-495.
38. Reza H, González S, Corona F, Herrera M, Bautista P. Clínica de intervención temprana para pacientes con primer episodio psicótico y personal con alto riesgo de psicosis. Proyecto. Ciudad de México: Secretaria de Salud, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; 2014.