



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Título:

“Estudio de seguimiento a tres y cinco años de pacientes con primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

Presenta:

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA:

Dra. Lénika Itzia Ma. López Flores

Dr. José Humberto Nicolini Sánchez
Asesor metodológico

Dr. Fernando Corona Hernández
Asesor teórico

Ciudad de México, junio de 2018



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.

*“Y en medio del invierno, comprendí finalmente que había en mí, un verano
invencible.”*
A. Camus

Tabla de contenido

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
JUSTIFICACIÓN	17
DISEÑO GENERAL	18
TIPO DE ESTUDIO	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
HIPÓTESIS	19
VARIABLES	20
UNIDAD DE MUESTRA	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	22
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	23
PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	24
CONSIDERACIONES BIÓÉTICAS	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	27
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
ANEXOS	34
TABLAS Y FIGURAS	40
BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

Introducción:

Los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más incapacitantes, son neuropsiquiátricas. De acuerdo a la organización mundial de la salud, la esquizofrenia se considera como la octava causa de discapacidad en el mundo, esta afecta entre el .7% y 1 % de la población mundial y su curso es crónico, con un inicio temprano. ²

La etiología del espectro de la esquizofrenia no ha sido esclarecida del todo, se sabe que existe un componente genético importante que involucra múltiples genes, una amplia gama de mutaciones y vías moleculares heterogéneas dentro de distintas poblaciones⁴, a pesar de esto, no se ha logrado determinar con exactitud que determina la evolución a este trastorno, el cual es crónico e incapacitante.

Estudios de seguimiento a largo plazo (15-25 años) de pacientes con un primer episodio psicótico han demostrado que aproximadamente el 16% han tenido evolución clínica favorable y aproximadamente el 50% han presentado sintomatología de curso tórpido y crónico.⁴

Actualmente nos enfrentamos a un cambio de paradigma en la investigación en salud mental, ya que investigaciones recientes, se han enfocado en determinar los factores y mecanismos que estimulan que un individuo permanezca sano o se recupere con prontitud al enfrentarse a situaciones adversas a lo largo de su vida.

Se ha intentado determinar la manera en que el individuo hace frente a la adversidad, que factores están involucrados en que curse con una evolución clínica favorable y no desarrolle una enfermedad mental de curso crónico, con la intención de conocer cómo se podría mejorar el pronóstico y la capacidad funcional de esta población.

Objetivo: Este trabajo tiene como objetivo detectar pacientes que hayan tenido un primer episodio psicótico hace cinco años, darles seguimiento, conocer su evolución clínica, diagnóstico y grado de incapacidad actual.

Material y métodos: Se aplicará la entrevista semiestructurada para síntomas positivos y negativos de esquizofrenia (PANSS) a cada uno, al igual que el inventario de discapacidad Sheehan (SDI) con la intención de obtener el porcentaje de pacientes que evolucionó a un diagnóstico actual de alguno de los trastornos del espectro de la esquizofrenia de acuerdo a CIE-10 y el DSM-V, su grado de discapacidad social, laboral y familiar, así como los factores asociados a esto.

Palabras clave: Primer episodio psicótico, esquizofrenia, discapacidad, evolución clínica, seguimiento.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno complejo que usualmente es diagnosticado en el período de transición de la adolescencia hacia la edad adulta. Sus consecuencias por lo general son deletéreas y producen un alto número de años de vida perdidos por discapacidad.

El desarrollo de un trastorno psicótico del espectro de la esquizofrenia no ha sido del todo esclarecido a la fecha. La investigación en salud mental, se ha centrado en mejorar el diagnóstico y tratamiento, así como a la búsqueda de factores de riesgo para su desarrollo. De manera reciente se ha establecido un diagnóstico sindromático para el riesgo para desarrollar un primer episodio psicótico, en Europa se utiliza la denominación ultra alto riesgo (UHR), en Australia alto riesgo clínico, en Estados Unidos y Canadá, se utiliza el término síndrome de riesgo de psicosis (SRP), ya que se ha observado que existen múltiples cambios previos al primer episodio psicótico (anatómicos, químicos y cognitivos); sin embargo, actualmente existe poca información respecto a la epidemiología del primer episodio psicótico, sus aspectos clínicos y el pronóstico una vez aparecido, así como los mecanismos patológicos involucrados a esta entidad, los factores asociados a la evolución a esquizofrenia y los que se encuentran ligados a una evolución clínica favorable.

En este trabajo nos enfocaremos al seguimiento del curso clínico de pacientes que tuvieron un primer episodio psicótico hace tres y cinco años, con la finalidad de determinar el porcentaje que evolucionó a un trastorno primario del espectro de la esquizofrenia, así como el porcentaje de los que tuvieron una evolución clínica favorable y describir los factores asociados a estos desenlaces, con la intención de contribuir a su integración en programas multidisciplinarios para que mejoren su capacidad funcional y de manera particular prevenir el desarrollo de un trastorno psicótico primario.

MARCO TEÓRICO

De acuerdo a los resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México (2003) el 28.6% de la población ha presentado uno de los trastornos de la CIE10 alguna vez en su vida.⁷

La esquizofrenia, la psicosis por excelencia, es una entidad prevalente, con 23.6 millones de casos reportados a nivel mundial,². una de cada dos personas no recibe tratamiento, es un trastorno crónico, incapacitante, que implica altos costos económicos, frecuentemente es de mal pronóstico, asociado a mayor mortalidad y es actualmente la octava causa de años perdidos de vida ajustados por discapacidad.

En diversos estudios, la sintomatología psicótica activa ha sido observada como la tercera causa de discapacidad general.

Como ya lo mencionaba, Emil Kraepelin, hace poco más de dos siglos, en la cuarta edición de su tratado de psiquiatría publicado en 1883, acuñando y describiendo el término de demencia precoz, con mucha certeza, que *“el curso general de esta entidad es muy variable... existe un deterioro inicial del funcionamiento en el individuo, de la personalidad y de la atención ,en ocasiones, de manera muy lenta e insidiosa origina un cambio en la personalidad, no muy llamativo, pero muy profundo y en algunos casos es reversible(...)”*;¹ lo que predomina en el diagnóstico de los trastornos psicóticos es la heterogeneidad en su presentación y complejo curso clínico, el cual de manera más frecuente tiende a ser deletéreo y ocasionalmente de un pronóstico más favorable.

Cada trastorno psicótico, inicia de manera evidente con un primer episodio de sintomatología positiva, sin embargo, se han descrito estados y síndromes pre mórbidos que se mencionaran más adelante, lo que ha llevado a la observación de múltiples factores presentes previos al primer episodio.

De manera lamentable y a pesar de los esfuerzos constantes y necesarios a nivel global que se continúan realizando para detectar a pacientes en fases prodrómicas o con síndrome de alto riesgo para psicosis, incluyendo la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la frecuencia con la que individuos continúan llegando a los servicios médicos con sintomatología psicótica ya activa, es cada vez mayor. Lo que hace necesario continuar de manera paralela a la prevención, con la atención de los primeros episodios psicóticos de una manera estrecha con la finalidad de mejorar el desenlace y pronóstico.

En la actualidad, no existe un consenso sobre la definición operacional de un primer episodio psicótico ni se encuentra establecido por los sistemas diagnósticos existentes (DSM-V y CIE-10).

En los últimos años las definiciones se han agrupado de manera general en las siguientes categorías: 1) paciente que acude por primera vez a un servicio médico con sintomatología psicótica, 2) duración del tiempo que el paciente ha recibido tratamiento con antipsicóticos y 3) por la duración de la sintomatología psicótica.⁸

Pese a lo previo, la definición más usada y aceptada se define como ≥ 1 semana de sintomatología positiva sostenida, por encima del horizonte clínico de la psicosis, particularmente con alucinaciones e ideas delirantes. Aproximadamente el 60 % de los pacientes diagnosticados con un primer episodio psicótico se encuentran dentro del espectro de la esquizofrenia.³

El espectro de la esquizofrenia incluye diversos trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, esquizotípico, esquizofreniforme y trastorno psicótico agudo transitorio con síntomas de esquizofrenia.

La concepción de la esquizofrenia como un espectro, se basa en el supuesto y en la evidencia encontrada sobre la existencia de un trasfondo genético compartido, sin embargo, actualmente no existe un biomarcador validado para esquizofrenia y con este modelo no se ha logrado explicar la etiología de manera precisa.

Actualmente existen múltiples teorías sobre la etiología neurobiológica y del neurodesarrollo, (dopaminérgica, glutamatérgica), gracias a esto, se han desarrollado tratamientos psicofarmacológicos efectivos, pero que desafortunadamente llegan a tener limitaciones en su efectividad, ya que, si bien disminuyen los síntomas, tienen poco impacto en la evolución y desenlace de la enfermedad. Lo que se traduce en que existe una necesidad clínica y social imperante para mejorar el pronóstico de los pacientes.

Una de las teorías que intenta explicar lo previo, describe que para el momento en que la esquizofrenia se instaura, la respuesta de los receptores al tratamiento farmacológico es deficiente y ya no tan efectiva.³²

Existe evidencia que sostiene que la detección y tratamiento temprano se asocian a un mejor curso clínico.⁹ Estudios recientes revelaron que el 6% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia presentaron un primer y único episodio psicótico con posterior recuperación y un favorable curso clínico, el 54.8% presentó múltiples episodios psicóticos con parcial recuperación entre los mismos y 38.8% mostró un curso clínico crónico, tórpido con consecuente deterioro funcional.¹⁰

Poco se sabe aún, sobre la razón por la que un cerebro se adapta u otro se dirige a la patología, ya que factores ambientales como complicaciones durante el embarazo, perinatales, experiencias vitales, eventos adversos, el consumo de sustancias y el perfil genético determinado de un individuo, interactúan y van esculpiendo los mecanismos de respuesta cerebral.

Existe una perspectiva que pretende estadificar a los pacientes en fases, con el objetivo de establecer un marco para la investigación, conceptualización e implementación de intervenciones más tempranas y en fases pre mórbidas, del tal manera que se modifique el desarrollo y la evolución, antes y después de un primer episodio psicótico.

Este modelo describe como primera fase a individuos que tienen un riesgo genético pero que se encuentran totalmente asintomáticos, con la intención de ubicar factores de riesgo familiares, perinatales, sociales y ambientales previos a que la sintomatología se presente.

Esto ciertamente es un área interesante y promisorio para futuras investigaciones, sin embargo, no existen aún medidas preventivas, suficientemente efectivas y con evidencia contundente que reduzca el desenlace patológico en un individuo asintomático.

Es evidente, que una vez que la sintomatología psicótica aparece, el proceso fisiopatológico subyacente lleva ya varios años de evolución. Al momento del diagnóstico, los pacientes muestran un volumen intracraneal menor que en sujetos sanos. El volumen intracraneal depende directamente del crecimiento cerebral, mismo que alcanza su máximo tamaño a los trece años de vida. Estos hallazgos sugieren que el desarrollo cerebral en pacientes con sintomatología psicótica se ve alterado antes de esa edad.

Un cerebro volumétricamente más pequeño se ve reflejado en la disminución de materia blanca y gris. Posterior al diagnóstico, la materia gris es la que pierde volumen conforme progresa la enfermedad, mientras que la materia blanca se mantiene o incluso mejora a lo largo del padecimiento.

Los primeros síntomas previos a un trastorno psicótico, ocurren en la pubertad temprana y son síntomas relativos de deterioro cognitivo.

Se han hecho estudios mediante análisis de tractos cerebrales de materia blanca de pacientes de primer episodio psicótico, vírgenes a tratamiento y se han observado diferencias en los fascículos uncinados y arcuatos, lo que sugiere daño axonal y glial.

La disminución más importante a nivel de materia gris se encuentra en frontal y temporales, incluyendo la ínsula, giro temporal superior y el giro del cíngulo anterior.

Se ha observado que la intervención temprana y secundaria posterior a un primer episodio psicótico pueden modificar el desenlace y pronóstico.

En modelos recientes se ha intentado trabajar con pacientes en estados prodrómicos e iniciales de la enfermedad con el objetivo de realizar prevención primaria.

Aproximadamente un tercio de los pacientes que presentan un síndrome de alto riesgo de psicosis, desarrollan un trastorno psicótico crónico después de dos años y medio con la siguiente prevalencia: 56% trastorno de del espectro de la esquizofrenia, 34% otras psicosis y el 10% psicosis afectivas.

Diversos estudios han demostrado que el impacto de la duración de la psicosis no tratada es un predictor independiente para el desenlace ²⁹ es decir, a mayor tiempo transcurrido con

sintomatología psicótica no tratada, el pronóstico global empeora, así como la gravedad de los síntomas, el funcionamiento general y la capacidad social, laboral y calidad de vida del individuo.

Por lo que existe un área importante de oportunidad para el diseño de campañas que promuevan la advertencia y difusión del conocimiento de los síntomas. Desafortunadamente el tiempo promedio en que tarda un individuo en acudir a un servicio médico por primera vez con sintomatología psicótica es de aproximadamente 285 días.³⁰

Dentro de la prevención secundaria (posterior al primer episodio psicótico), se han observado avances sustanciales. Las intervenciones se han basado en el inicio de antipsicóticos, psicoterapia individual y /o familiar, orientación vocacional, psicoeducación familiar, terapia enfocada en resiliencia.

Lo previo ha resultado en reducción de la sintomatología psicótica positiva y negativa, mayor adherencia terapéutica, menos hospitalizaciones, dosis de antipsicóticos más bajas y mayor funcionalidad global.

Los individuos que experimentan un primer episodio psicótico necesitan por lo tanto un seguimiento estrecho y continuo durante un periodo que se cataloga como “crítico”. El periodo crítico de seguimiento se define de acuerdo al consenso internacional, como los primeros dos años posteriores al primer episodio. Otros autores mencionan que el tratamiento y seguimiento debe continuar por lo menos cinco años.²⁸

Un estudio en Dinamarca (OPUS), comparó una población que tuvo un primer episodio psicótico y acceso a un servicio de intervención temprana en psicosis, por lo tanto recibió seguimiento estrecho, contra una población con las mismas características, pero que tuvo un seguimiento

habitual. Encontraron diferencias marcadas entre ambos grupos, siendo más favorable el seguimiento estrecho durante el “periodo crítico” (dos años), sin embargo, los individuos que tuvieron seguimiento estrecho, al finalizar ese periodo y fueron posteriormente remitidos al seguimiento estándar, tuvieron un peor pronóstico y desenlace comparado con los que se siguieron durante cinco años posteriores al primer episodio. El seguimiento continuo a cinco años muestra importantes cambios en el pronóstico, mismos que pueden ser medidos diez años después del primer episodio.

Numerosos estudios que han tenido seguimiento a corto y mediano plazo de pacientes con antecedente de un primer episodio psicótico han encontrado que la evolución se mantiene estable durante la primera década, mencionando que inicialmente hay una mejoría sobre todo en los síntomas positivos, llegando a estabilizarse, pero manteniendo prevalentemente la sintomatología negativa.

Un estudio de seguimiento a cinco años, reportó que un 73.2% de los pacientes recibió un diagnóstico de trastorno psicótico o afectivo crónico, con el 34% esquizofrenia y en 19.5% trastorno esquizoafectivo, mientras que un 26.8% al no volver a presentar la sintomatología, se mantienen con el diagnóstico de trastorno psicótico transitorio o breve, la mitad de estos pacientes mantienen dicho diagnóstico (remitido) a los cinco años.³⁴

De acuerdo al estudio previamente mencionado las mujeres presentan un funcionamiento y adaptación más favorable que los hombres a cinco años de seguimiento³⁴, en otros estudios no se ha encontrado diferencias entre géneros, pero la conversión a un trastorno psicótico crónico es similar a los 5 años de seguimiento con un 81%.³⁵

Se ha observado que una mayoría de los pacientes evolucionan hacia un diagnóstico psicótico o afectivo crónico y que es necesario un seguimiento de al menos cinco años, para poder aportar una mayor fiabilidad y estabilidad al diagnóstico realizado.

Los acontecimientos vitales adversos han sido asociados con un riesgo incrementado a desarrollar enfermedades mentales.

Karl Jaspers en 1913, describió la “psicosis reactiva”, ya que encontró una fuerte asociación entre el estrés y los episodios psicóticos.

Una gran cantidad de pacientes que presentan un primer episodio psicótico han sufrido un acontecimiento vital adverso durante los seis meses previos. Lo que pudiese indicar que este es un factor de riesgo para su aparición. Se han observado cambios estructurales a nivel cerebral posteriormente. De manera curiosa, se ha visto que los pacientes que experimentan esta situación, tienen mejores desenlaces clínicos que los que no tuvieron este factor de riesgo previo a la aparición del primer episodio.

Desafortunadamente no existen en la actualidad estudios que demuestren una asociación clara entre el estrés y el desarrollo de psicosis.

Existe escasa información y poca claridad sobre los pacientes que no desarrollan un trastorno crónico posterior a un primer episodio psicótico y que incluso presentan remisión y recuperación social y funcional.

Los criterios y definición operacional que establecen remisión, se refieren a ausencia de síntomas por lo menos durante seis meses y obtención del nivel de funcionamiento pre mórbido sostenido durante seis meses.

La recuperación se define como un concepto multidimensional que incluye la mejoría sintomática y funcional dentro de lo social, laboral y educacional, durante por lo menos dos años.

De acuerdo a lo reportado en la literatura el 58% de pacientes con antecedente de un primer episodio psicótico presentan remisión a los 5.5 años de seguimiento y recuperación a los 7.2 años.

Los hallazgos encontrados son de suma importancia ya que previamente se reportaba que la recuperación solo era alcanzada en un 13%.

Investigaciones prospectivas y retrospectivas sobre el curso clínico de la enfermedad, que evalúen la evolución de la sintomatología posterior a un primer episodio psicótico podrían proporcionar evidencia clave para mejorar el entendimiento y el pronóstico de esta población, ya que habitualmente un primer episodio psicótico conlleva dificultad para la recuperación funcional, los individuos tienden a aislarse y sentirse solos o alienados ya que por lo general su capacidad global se ve mermada, lo que impacta su bienestar a largo plazo.

Identificar factores de riesgo asociados a un pobre desenlace y a mayor discapacidad, nos podría ayudar a identificar a los pacientes que cuentan con este riesgo.

De igual forma, identificar factores de riesgo modificables y que afectan el desenlace funcional y clínico del paciente, podrá proporcionar e impulsar al desarrollo de nuevos tratamientos

enfocados a estos mecanismos y por lo tanto mejorar la evolución, capacidad y bienestar de los pacientes.

De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la OMS, define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales. El 15% de la población mundial padece alguna forma de discapacidad.

Existen diversos instrumentos para valorar la discapacidad de un individuo, el inventario de discapacidad de Sheehan ha sido ampliamente utilizado en pacientes que reciben seguimiento psiquiátrico, así como en estudios psicofarmacológicos controlados aleatorizados en donde su validez y fiabilidad son aceptables.

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es uno de los diagnósticos médicos y psiquiátricos cada vez más frecuentes, representa la tercera causa de discapacidad a nivel mundial, existe una alta demanda de recursos hospitalarios y una carga económica importante a nivel mundial asociada, llegando a representar entre .2% y 1.65% del producto interno bruto de un país.

Sin embargo, lo más importante, es que frecuentemente se encuentran ligados a un curso crónico e incapacitante de manera global para el paciente, ocasionándole disfunción social, familiar y laboral.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar pacientes que hayan tenido un primer episodio psicótico hace tres o cinco años, para observar el desenlace clínico después de dicho tiempo por medio de la entrevista semiestructurada de síntomas positivos y negativos (PANSS), evaluar el grado de discapacidad asociada mediante el inventario de discapacidad de Sheehan (SDI) con la intención de comparar los resultados con los publicados en la literatura actual.

La relevancia de este trabajo se justifica en la importancia de la detección de los factores asociados al desenlace clínico y pronóstico de los pacientes afectados.

Los pacientes identificados nos permitirán determinar si existen factores de riesgo o de protección asociados a un mejor desenlace clínico o pronóstico y a su vez podrán beneficiarse de la intervención terapéutica para evitar o promover los factores según sea el caso, con la intención de mejorar el pronóstico y su capacidad social, laboral y familiar

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez contamos con una Clínica de Intervención Temprana en Psicosis, misma que inició de manera incipiente hace cinco años hasta consolidarse e inaugurarse en 2015, lo que permitirá identificar a los pacientes con las características mencionadas.

DISEÑO GENERAL

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo, longitudinal, retrospectivo, observacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La identificación y detección oportuna de un primer episodio psicótico, así como los factores asociados para el desarrollo de un trastorno psicótico del espectro de la esquizofrenia, son de suma importancia para mejorar el pronóstico y la capacidad funcional de los pacientes a largo plazo.

Este estudio pretende identificar a pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que cuenten con el antecedente de haber presentado un primer episodio psicótico hace tres o cinco años y conocer su evolución, curso clínico y desenlace a tres o cinco años después de haber sufrido un primer episodio psicótico.

Una vez identificados, se realizará la entrevista semiestructurada para síntomas positivos y negativos (PANSS), así como el inventario de discapacidad Sheehan (SDI) con la finalidad de conocer su evolución clínica, desenlace diagnóstico a tres o cinco años y grado de discapacidad social, laboral y familiar actual respectivamente.

Así mismo se analizarán en los pacientes evaluados en este trabajo, las variables que actualmente se encuentran identificadas en la literatura como factores de riesgo asociados al desarrollo de un trastorno psicótico del espectro de la esquizofrenia, así como las variables que confieren protección y un mejor pronóstico a largo plazo.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es el porcentaje de pacientes con antecedente de un primer episodio psicótico que desarrollan un trastorno psicótico del espectro de la esquizofrenia después de tres o cinco años?

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el porcentaje de conversión a un trastorno psicótico crónico del espectro de la esquizofrenia en un grupo de individuos con antecedente de un primer episodio psicótico hace tres o cinco años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar pacientes que hayan cursado con un primer episodio psicótico hace tres o cinco años y hayan recibido manejo dentro de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Evaluar el curso clínico de pacientes con antecedente de primer episodio psicótico a tres o cinco años de diagnóstico.
- Evaluar el grado de discapacidad laboral, social y familiar actual en pacientes con antecedente de un primer episodio psicótico hace tres o cinco años.
- Investigar la presencia de factores de riesgo asociados a la evolución crónica e incapacitante.
- Investigar la presencia de factores protectores asociados a la no progresión y menor discapacidad.
- Determinar cuáles son las variables asociadas al desarrollo de un trastorno psicótico del espectro de la esquizofrenia tras tres o cinco años de un primer episodio psicótico.
- Determinar cuáles son las variables asociadas a la falta de progresión a un trastorno psicótico del espectro de la esquizofrenia tras tres o cinco años de un primer episodio psicótico.

HIPÓTESIS

- Hi: La mayoría de los pacientes con antecedente de un primer episodio psicótico desarrollarán un trastorno psicótico crónico del espectro de la esquizofrenia después de tres o cinco años.
- Ho: La mayoría de los pacientes con antecedente de un primer episodio psicótico NO desarrollarán un trastorno psicótico crónico del espectro de la esquizofrenia después de tres o cinco años.

VARIABLES

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Sexo	(del lat. <i>Sexus</i>) se define como el sexo que el individuo tiene (masculino o femenino).	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Sexo al que pertenece el participante	Femenino Masculino
Edad	(del lat. <i>Aetas, -atis, vida, tiempo que se vive.</i>) Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Cuantitativa	De intervalo	Edad al que pertenece el participante, expresada en años.	Años
Escolaridad	Grado de estudios de una persona hasta el momento actual	Cualitativa	Ordinal	Nivel académico máximo al que llegó la persona, que se obtendrá mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña un individuo	Cualitativa	Nominal	Situación del individuo respecto a si realiza una actividad, empleo u oficio	Desempleado Empleado
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Nominal	Situación legal a la que pertenece el participante, respecto a si tiene o no pareja	soltería, viudez, matrimonio, unión libre o divorciado

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Edad de aparición del 1er episodio psicótico	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo cuando presentó el primer episodio psicótico.	Cuantitativa	Discreta	Edad que tenía el participante cuando presentó el primer episodio psicótico	Años
Acontecimiento vital adverso	Acontecimiento trascendente que origina cambios, desadaptación y estrés en el individuo. (Físicos, socioculturales, educativos, económicos, laborales, personales, interpersonales)	Cualitativa	Nominal dicotómica	Antecedente del participante de haber experimentado un acontecimiento vital adverso previo al primer episodio psicótico	Positivo negativo
AHF de primer grado	familiares que se vinculan con el individuo de forma directa, ya sea ascendente o descendente (padres o hijos).	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Antecedente de familiar del participante de primer grado que haya padecido esquizofrenia	Positivo Negativo
Discapacidad	Término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, siendo las deficiencias problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.	Cuantitativa	Discreta	Puntaje obtenido en inventario de discapacidad de Sheehan	De 0 a 50 puntos
Primer episodio psicótico	Presencia o antecedente de sintomatología positiva sostenida de inicio agudo ≥ 1 semana por encima del horizonte clínico de la psicosis, particularmente con alucinaciones e ideas delirantes, con o sin factores desencadenantes y sin haber recibido tratamiento ni diagnóstico previo.	Cuantitativa	Discreta	Puntaje obtenido en PANSS (escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia) hace 5 años.	de 1 a 7 en cada subescala (positiva, negativa y psicopatología general)

UNIDAD DE MUESTRA

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionarán 30 pacientes del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que hayan tenido un primer episodio psicótico hace tres o cinco años, que cuenten con expediente clínico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que cuenten con antecedente de un primer episodio psicótico diagnosticado hace tres o cinco años en la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP)
- Edad entre 18 y 35 años
- Ambos géneros.
- Aceptar participar en el estudio (firma de consentimiento informado)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Antecedente de cuadro psicótico previo a tres o cinco años.
- Antecedente de haber tenido tratamiento con antipsicóticos previo a tres o cinco años.
- Antecedente de enfermedad neurológica previo a tres o cinco años.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Individuos que no firmen el consentimiento informado.
- Individuos que no deseen participar en el protocolo de estudio.
- Individuos que no puedan ser localizados y/o que no cuenten con expediente vigente después de tres o cinco años del primer episodio psicótico.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia. Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia o en su nombre original, “The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia” (PANSS) es un instrumento que fue diseñado por Stanley R. Kay, Abraham Fiszbein, and Lewis A. Opler en 1987, con el objetivo de evaluar y objetivar el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva; una dimensional que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y otra categorial que lo clasifica en positivo, negativo o mixto. Se creó a partir de los ítems de la BPRS (Brief psychiatric rating scale). Esta escala es aplicada con la técnica de entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. La valoración se centra en la semana previa. Cada ítem se califica según una escala de 7 grados de gravedad. El 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a la presencia de gravedad extrema. Para cada ítem, el manual de aplicación de la escala proporciona definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación, por lo tanto, las definiciones que se pueden leer en el manual dan especificaciones de cada síntoma de una manera puntual al síntoma presentado en el paciente.

Inventario de discapacidad de Sheehan El inventario de discapacidad de Sheehan es una medida simple y breve que evalúa la discapacidad y el deterioro funcional de un individuo. Está compuesta por tres ítems auto calificables, diseñados para evaluar hasta donde se ha visto mermada la vida de un individuo debido a la sintomatología médica o psiquiátrica. Este inventario fue inicialmente diseñado como medida de respuesta al tratamiento, de manera independiente al tratamiento farmacológico establecido. Su validez y fiabilidad ha sido evaluada en diversos estudios. Esta evalúa tres grandes dominios: trabajo, actividades sociales y responsabilidades/vida familiar.

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó la aprobación del protocolo de tesis a los Comités de ética y de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Se solicitó autorización al jefe adscrito de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP) para la realización del estudio, con búsqueda y revisión de expedientes de pacientes con las características ya mencionada. Se informó y explicó protocolo y procedimiento de manera detallada.
- Se realizó la búsqueda exhaustiva y dirigida de pacientes que se encuentran en seguimiento en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se seleccionaron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión previamente mencionados.
- Se revisaron aproximadamente ciento veinte expedientes, de los cuales se logró ubicar treinta pacientes con las características ya mencionadas, se les contactó y estuvieron interesados en participar en el proyecto. Posteriormente se les citó y se les aplicó el Inventario de Discapacidad de Sheehan y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para esquizofrenia, con previa autorización y firma del consentimiento informado.

CONSIDERACIONES BIÓÉTICAS

Este proyecto tuvo como base los principios bioéticos de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en el 2002, misma que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

- **Beneficencia:** Se buscó como interés principal ampliar el conocimiento del desarrollo del padecimiento psiquiátrico, para poder contribuir a la mejora de tratamientos y medidas preventivas para no desarrollar un trastorno psicótico crónico y que, de ser así, sea lo menos incapacitante posible para el paciente. Los pacientes que participaron en este estudio resultaron beneficiados debido a que un seguimiento a cinco años nos permitirá determinar la evolución, poder contribuir a evitar una recaída o un nuevo episodio psicótico, lo cual podría mejorar su calidad de vida y pronóstico. Al determinar su capacidad funcional se procuró el uso de estrategias para mejorarla.
- **No maleficencia:** Ningún paciente fue perjudicado de forma alguna, se respetaron sus derechos fundamentales y no fueron lastimados de ninguna forma.
- **Autonomía:** El paciente tuvo la decisión total acerca de participar o no en el estudio, con la posibilidad de abandonarlo en el momento en que lo desee.

- **Justicia:** Todos los pacientes que cumplieron con los criterios de selección pudieron participar en el estudio si así fue su deseo, nadie fue discriminado por ninguna condición social, de raza o género.
- Todas las entrevistas, toma de datos y de muestras se condujeron en forma privada, ante cualquier signo o sugerencia de estrés o incomodidad, el paciente tuvo la opción de finalizar la entrevista.
- Al concluir la participación de cada paciente, fue invitado a hacer las preguntas que consideró necesarias relacionadas al estudio. El trato que recibieron los participantes fue digno y de respeto, con ello nos comprometimos al resguardo de la información obtenida durante el estudio. Por lo tanto, la información obtenida será utilizada únicamente para fines de este estudio, los datos de los familiares y pacientes no serán de uso del dominio público, estos serán resguardados por los médicos tratantes y el responsable del estudio, permaneciendo toda la información bajo estricta confidencialidad.
- La información clínica obtenida de los pacientes que de un indicio de intervenir de manera pronta y urgente médicamente, fueron dados a conocer al médico tratante y se dejó una nota en el expediente clínico, para que el responsable correspondiente tomara las decisiones que considere necesarias.
- De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se consideró como categoría 1: **Investigación con riesgo mínimo**, ya que únicamente se aplicaron escalas diagnósticas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida y recolectada la información, se realizó el análisis de los datos en el programa R, mediante línea de comandos (R development Core Team 2008). R: A language and environment for statistical computing. ³⁶

Las variables categóricas (género, antecedentes heredofamiliares, ocupación, toxicomanías y diagnóstico) se recodificaron para hacerlas factores, mientras que las variables cuantitativas se codificaron como variables numéricas (edad, escolaridad, duración del primer episodio psicótico, días de psicosis no tratada, PANNS y SDI).

Los estadísticos de resumen, se basaron en el cálculo de porcentajes para las variables categóricas. Para las variables cuantitativas, medias con desviación estándar.

Para la comparación de la escala PANNS y SDI, con respecto al tratamiento, los individuos se clasificaron de acuerdo a si se encontraban con tratamiento actual o sin tratamiento, lo cual nos formó dos grupos. Estos se contrastaron mediante una prueba de T de Student, bajo la hipótesis nula de que no existen diferencias, tomando como valor de p estadísticamente significativo 0.05, calculado a partir de una prueba de dos colas para comparar las medias.

Para las demás comparaciones, se reclasificó a los pacientes de acuerdo a si tienen o no tratamiento actual, si presentaron o no algún acontecimiento vital adverso y si cuentan con antecedentes heredofamiliares de psicopatología. Esta nueva reclasificación permitió generar grupos de pacientes, calculando el total de individuos que se presentó en cada categoría y se construyeron tablas de contingencia de 2x2. En ese contexto de clasificación, se realizaron pruebas de Chi cuadrada, con un grado de libertad, bajo la hipótesis nula de no asociación de las variables, con un valor de p estadísticamente significativo de 0.05 a partir de una prueba de dos colas.

RESULTADOS

Se lograron identificar 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y pudieron ser localizados y citados vía telefónica. En esta cohorte se encontraron las siguientes características demográficas: La media de edad al presentar el primer episodio psicótico fue de 24 años, se encontró predominio de casos en hombres con una relación 2 a 1. La escolaridad reportada durante el primer episodio psicótico, fue similar al promedio nacional, lo que equivale a secundaria concluida. No se encontraron analfabetas en nuestro estudio. El 86 % de la población tenía una ocupación al momento del primer episodio psicótico. El 40% eran estudiantes. El 86.7% eran solteros.

Durante el primer episodio psicótico, 53% de los 30 pacientes, fueron diagnosticados con esquizofrenia, 20% con trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia, 6.67 % con psicosis no especificada, 6.67% con algún trastorno de personalidad, 6.67 con psicosis afectivas, 3.3% con trastorno adaptativo y 3.3% con trastorno de estrés post traumático.

A los tres o cinco años del primer episodio psicótico las cifras y diagnósticos se modificaron, el 60% de los pacientes integró diagnóstico de esquizofrenia, 3.3% para trastorno esquizoafectivo, 6.67% con trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia, 3.3% trastorno obsesivo compulsivo, 3.3% con trastorno de inestabilidad emocional tipo límite, 10 % para trastornos afectivos, 3.3% trastorno adaptativo y un paciente al que se le diagnosticó Enfermedad de Huntington.

DISCUSIÓN

En el presente proyecto se observó que del total de los pacientes incluidos que presentaron un primer episodio psicótico, la mayoría desarrolló un trastorno psicótico primario de curso crónico: esquizofrenia (60%) seguido de trastorno esquizoafectivo (3.3%), mientras que el 10% no volvió a presentar la sintomatología, por lo que se mantuvieron con diagnóstico de trastorno psicótico agudo (transitorio o breve). Lo cual coincide con la literatura consultada y comprueba la hipótesis alterna de esta investigación, que asegura que la mayoría de los pacientes desarrollará un trastorno psicótico del espectro de la esquizofrenia.

En la evaluación a tres y cinco años, se observó que en el 100% de los pacientes se integró un diagnóstico psiquiátrico.

De acuerdo a este estudio se encontró mayor porcentaje de conversión a esquizofrenia en hombres con antecedente de primer episodio psicótico que en mujeres, lo que contrasta con la evidencia consultada, que refiere que la conversión a un trastorno psicótico crónico a los cinco años de seguimiento es similar entre sexos.

En relación con los acontecimientos vitales adversos, 19 pacientes no tuvieron un acontecimiento vital adverso durante los seis meses previos al primer episodio psicótico, de estos, 12 pacientes (63.1%) presentaron conversión a esquizofrenia en la evaluación a tres y cinco años, sin embargo, de 11 pacientes que si tuvieron un acontecimiento vital adverso durante el mismo periodo, 6 (54.4%) si presentaron conversión a esquizofrenia. Con lo previo se observó que la cifra es muy similar y no fue estadísticamente significativa la comparación.

De los 30 pacientes, 12 se encuentran sin tratamiento farmacológico. Al comparar los resultados de la PANSS con pacientes con o sin tratamiento actual; se observó un aumento en el puntaje en la escala negativa, en el grupo de pacientes que si sigue un tratamiento farmacológico actual, pero disminución en la escala positiva, sin embargo sin ser estadísticamente significativo.

De la comparación entre el Inventario de Discapacidad de Sheehan, con pacientes con o sin tratamiento farmacológico actual, se observó un puntaje total muy similar en ambos grupos.

Más de la mitad del total de los pacientes (18), continúan con tratamiento farmacológico. La mayoría de los pacientes (11) con diagnóstico de esquizofrenia reciben tratamiento farmacológico actualmente y se observó particularmente en este grupo una reducción aunque mínima, del puntaje total de la PANNS.

De manera congruente con estudios previos, se encontró que el 65% de los pacientes con diagnóstico actual de esquizofrenia contaban con antecedentes heredofamiliares de primer grado.

Como se comentó previamente, la esquizofrenia está considerada entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo, por lo que de manera desafortunada pero no sorprendente, se encontró que existe un impacto importante en la ocupación posterior al primer episodio psicótico, ya que previamente, solo el 13.3% de los pacientes se encontraba desempleado o sin ocupación, mientras que de manera posterior, es decir en la evaluación actual, esta cifra subió al 63%.

La escolaridad también se vio impactada, ya que la mayoría de los pacientes mantuvieron la misma escolaridad en los años posteriores al primer episodio psicótico. Lo que refleja lo incapacitante y costoso de este padecimiento.

Los trastornos psicóticos usualmente tienen un curso crónico y de inicio temprano, la edad promedio del primer episodio psicótico fue de 24 años, sin embargo la duración de la psicosis no tratada fue diferente a lo reportado en la literatura con un promedio de 140 días contra un promedio de 285 días.³⁰

Respecto al consumo de sustancias, se encontró una correlación positiva entre el consumo de sustancias y la presentación del primer episodio psicótico, se observó que el 60% de los pacientes no tenía ningún consumo, sin embargo, en un segundo lugar, el 23.3% tenía consumo de múltiples sustancias, incluyendo cannabis.

Se observó que la mayoría de los pacientes de este estudio son solteros, sin embargo, no se encontró evidencia respecto a que el estado civil confiriera un mayor puntaje en el Inventario de Discapacidad de Sheehan.

No se logró establecer factores de protección determinantes, que sugieran conferir, un desenlace clínico más favorable, sin embargo, se observó que la detección de un primer episodio psicótico lleva al seguimiento y positivamente a integrar un diagnóstico psiquiátrico en todos los casos.

Se observaron de manera coincidente con la literatura, los factores de vulnerabilidad, como los antecedentes heredofamiliares y el consumo de sustancias, sin ser estadísticamente significativos.

Esta investigación presenta varias limitaciones, el más importante es el tamaño de la muestra, que es pequeña (n=30), así mismo, se trata de un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal, de un solo centro hospitalario, lo que limita los alcances de la información obtenida. Por otro lado, muchos de los pacientes ingresaron cuando la Clínica de Intervención Primaria era incipiente, por lo que no llevaron un seguimiento estrecho de manera inicial.

En consecuencia, consideramos la necesidad de desarrollar un estudio prospectivo, de seguimiento y multicéntrico para poder obtener información más eficiente y de mayor alcance con el objetivo de delimitar factores de protección o de riesgo de manera más clara.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes que presentan un primer episodio psicótico desarrollarán un trastorno psicótico primario del espectro de la esquizofrenia con un curso cónico.
- Menor tiempo de psicosis no tratada sugiere menor discapacidad a tres y cinco años del primer episodio psicótico.
- Todos los pacientes tuvieron un diagnóstico psiquiátrico después de tres y cinco años del primer episodio psicótico y tuvieron menores puntajes en PANSS de manera general.
- La ocupación y la escolaridad se ven fuertemente impactadas después del primer episodio psicótico, lo que implica mayor discapacidad global.
- El consumo de múltiples sustancias es frecuente en pacientes que presentan un primer episodio psicótico.
- El antecedente heredofamiliar de psicopatología es un factor de riesgo, inevitable para el desarrollo de un trastorno psicótico primario del espectro de la esquizofrenia.
- La estabilidad diagnóstica a tres y cinco años es mayor en la esquizofrenia que en otros trastornos psicóticos.
- No se encontró un factor que confiera protección y cambio en el diagnóstico a tres y cinco años.

ANEXOS

- ***Inventario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)***

Es un instrumento que evalúa de forma subjetiva el grado de discapacidad o disfunción de los pacientes psiquiátricos, en tres áreas de la vida: laboral, social y familiar. Consta de cinco reactivos. Mediante dos ítems adicionales, evalúa el grado de estrés en la última semana y el apoyo social percibido. Los primeros cuatro reactivos se califican con una escala tipo de 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente); de 1 a 3 es “leve”; de 4 a 6, “moderado” y de 7 a 9, “marcado”.

El reactivo 5, se puntúa en una escala de porcentaje en que 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba. Es una escala que puede ser heteroaplicada y auto aplicada. Proporciona tres puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones en los tres reactivos que la componen. El resultado total varía desde 0 a 30. No existen puntos de corte: cuanto mayor puntuación, mayor discapacidad.

12.3. Inventario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)

Trabajo										
A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:										
No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	→ ⑩	
Vida social										
A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:										
No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	→ ⑩	
Vida familiar										
A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:										
No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	→ ⑩	
Estrés percibido										
Desde su última visita, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?										
No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
① ←	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	→ ⑩	
Apoyo social percibido										
Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?										
0 %	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 %
○ ←	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○ →
Ningún apoyo, en absoluto	Un poco	Moderado			Considerable			El apoyo ideal		

○ **Escala de síntomas positivos y negativos para esquizofrenia (PANSS)**

La escala está conformada por 30 ítems con 4 escalas:

- Escala Positiva (PANSS-P): 7 ítems; evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal. (delirios, desorganización conceptual, alucinaciones, excitación, grandiosidad, suspicacia/persecución, hostilidad)
- Escala Negativa (PANSS-N): 7 ítems que evalúan los déficits respecto a un estado mental normal. (afecto embotado, retraimiento emocional, pobre relación, retraimiento pasivo/ apatía social, dificultad en el pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y flujo de la conversación, pensamiento estereotipado)
- Escala Compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
- Psicopatología General (PANSS- PG): 16 ítems que evalúan la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente (preocupación somática, ansiedad, sentimientos de culpa, manierismos y posturas, depresión, retardo psicomotor, falta de cooperación, pensamiento de contenido inusual, desorientación, poca atención, falta de juicio e introspección, trastornos de la voluntad, pobre control de los impulsos y preocupación)

La puntuación total de cada una de estas escalas es la resultante de la suma de las puntuaciones de sus correspondientes ítems.

Los rangos de puntuación directa:

Escalas positiva y negativa 7-49

Escala general 16-112

Una vez obtenidas las puntuaciones, estas se interpretan mediante una escala de percentiles, los cuales proporcionan unos rangos.

PERCENTIL	RANGO
95	Muy alto
75-94	Alto
26-74	Medio
6-25	Bajo
5	Muy bajo

4.2.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidéz de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>	<i>Puntuación directa:</i>			<i>Percentil:</i>			
	1	2	3	4	5	6	7

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Estudio de seguimiento de pacientes a cinco años del primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

- I. Yo: _____ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación previamente mencionado y que se me ha explicado y comprendo claramente el propósito y naturaleza del estudio.
- II. Se me ha informado que se me aplicará un cuestionario de síntomas actuales y uno de discapacidad laboral, familiar y social.
- III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud ni en mi seguimiento médico.
- IV. Los resultados de estas mediciones ayudarán a saber que variables influyen en la evolución a un padecimiento crónico y a discapacidad laboral, social y familiar y cuales no.
- V. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida.
- VII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.
- VIII. Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio

Nombre y firma del paciente _____

Nombre y firma de Testigo 1 _____

Nombre y firma de Testigo 2 _____

Nombre y firma del residente responsable _____

Para cualquier duda o aclaración usted puede comunicarse conmigo:

- **Lénika Itzia Ma. López Flores**
Celular: 5510798253
Correo electrónico: lenika_l@hotmail.com

Carta de información al jefe de servicio

México, D.F. a ____ de ____ 20 ____

Dr. Víctor Enrique Ramírez Zamora
Jefe de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis

Presente

Por este medio le solicito la autorización para realizar el protocolo de estudio para obtener el diploma de especialista en psiquiatría:

“Estudio de seguimiento de pacientes a cinco años del primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

Protocolo que tiene como intención realizarse con los pacientes que se encuentran en la consulta externa de la Clínica de Intervención Temprana en Psicosis.

El estudio consistirá en la aplicación de PANSS y el inventario de discapacidad de Sheehan.

Agradeciendo su apoyo, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Lénika Itzia Ma. López Flores
Médico residente de tercer año

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Resumen de datos Sociodemográficos de Primer Episodio Psicótico (n = 30).

Escolaridad Primer Episodio (± D.E)	10.60 (2.82)
Escolaridad Actual (± D.E)	10.87 (2.97)

Edad (años)	
Edad Primer Episodio (± D.E)	24.17 (6.41)
Edad Actual (± D.E)	27.77 (6.18)

Ocupación (n)	
Primer Episodio	
Estudiante (%)	12 (40.00)
Comerciante (%)	3 (10.00)
Ama de Casa (%)	3 (10.00)
Ninguna (%)	4 (13.33)
Otro (%)	8 (26.67)
Actual	
Estudiante (%)	1 (3.33)
Comerciante (%)	2 (6.67)
Ama de Casa (%)	2 (6.67)
Ninguna (%)	19 (63.33)

Sexo (n)	
Masculino (%)	20 (66.67)
Femenino (%)	10 (33.33)

Toxicomanías	
Ninguna	18 (60.00)
Cannabis	2 (6.67)
Cocaína	1 (3.33)
Alcohol	1 (3.33)
Tabaco	1 (3.33)
Múltiples Drogas	7 (23.33)

Tabla 2. Resumen de Escalas de Primer Episodio Psicótico (n = 30).

Primer Episodio Psicótico (días)	
Duración	50.33 (36.39)
Duración de la Psicosis no Tratada (días)	
Duración	139.43 (137.16)

PANSS	
Primer Episodio	
Positivos	25.13 (5.98)
Negativos	26.43 (4.98)
Comp	52.30 (12.19)
Total	103.87 (17.57)
Actual	
Positivos	16.63 (6.73)
Negativos	20.27 (6.17)
Comp	37.33 (9.42)
Total	74.23 (18.61)

Diagnóstico	
Primer Episodio	
Esquizofrenia	16 (53.33)
Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia	5 (16.67)
Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia y Trastorno Obsesivo Compulsivo	1 (3.33)
Psicosis no especificada	2 (6.67)
Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos	1 (3.33)
Trastorno Esquizoide de la Personalidad	1 (3.33)
Trastorno Bipolar Episodio Actual Mixto	1 (3.33)
Trastorno Adaptativo	1 (3.33)
Trastorno de Personalidad Narcisista	1 (3.33)
Trastorno de Estrés Post-traumático	1 (3.33)
Actual	
Esquizofrenia	18 (60.00)
Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia	2 (6.67)
Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia Remitido y Trastorno Obsesivo Compulsivo	1 (3.33)
Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos en Remisión	1 (3.33)
Distimia	1 (3.33)
Trastorno Adaptativo	1 (3.33)
Trastorno Afectivo Bipolar en Remisión	1 (3.33)
Trastorno Esquizoafectivo	1 (3.33)
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1 (3.33)
Enfermedad de Huntington	1 (3.33)
Trastorno de Estrés Post-traumático	1 (3.33)
Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad	1 (3.33)

Tabla 3. Escala PANSS actual comparado con Tratamiento Actual.

PANSS	Sin Tratamiento (n = 12)	Con Tratamiento Actual (n = 18)	Valor de T (Valor de p)
Positivos, media (\pm d.e)	18.58 (6.96)	15.33 (6.44)	1.2910 (0.2099)
Negativos, media (\pm d.e)	18.33 (5.19)	21.56 (6.57)	-1.4947 (0.1466)
Comp, media (\pm d.e)	38.00 (7.83)	36.89 (10.55)	0.3307 (0.7434)
Total, media (\pm d.e)	74.92 (17.01)	73.78 (20.08)	0.1670 (0.7345)

Tabla 4. Escala SDI actual comparado con Tratamiento Actual.

SDI	Total (n = 30)	Sin Tratamiento (n = 12)	Con Tratamiento Actual (n = 18)	Valor de T (Valor de p)
Trabajo, media (\pm d.e)	5.87 (2.43)	5.33 (2.46)	6.22 (2.41)	-0.9763 (0.3389)
Social, media (\pm d.e)	6.37 (1.71)	5.92 (2.02)	6.67 (1.46)	-1.1083 (0.2819)
Familiar, media (\pm d.e)	5.33 (2.26)	5.75 (2.38)	5.06 (2.21)	0.8058 (0.4288)
Estres, media (\pm d.e)	6.47 (1.72)	6.25 (1.71)	6.61 (1.75)	-0.5604 (0.5803)
Total, media (\pm d.e)	24.03 (6.86)	23.25 (7.91)	24.56 (6.25)	-0.4804 (0.6362)
Apoyo Social, media (\pm d.e)	6.87 (1.20)	6.67 (1.15)	7.00 (1.24)	-0.7528 (0.4587)

Tabla 5. Tratamiento Actual con respecto a Esquizofrenia.

Diagnóstico	Sin Tratamiento (n = 12)	Con Tratamiento (n = 18)
Esquizofrenia	7 (58.33)	11 (61.11)
Otros Diagnósticos	5 (41.67)	7 (38.89)

Valor Chi: 0.0231, Grados de Libertad: 1, Valor de p: 0.8791.

Tabla 6. Acontecimiento Vital Adverso con respecto al Diagnóstico de Esquizofrenia Actual.

Diagnóstico Actual	Acontecimiento Vital Adverso (n = 11)	Sin Acontecimiento Vital Adverso (n = 19)
Esquizofrenia	6 (54.54)	12 (63.16)
Otro	5 (45.45)	7 (36.84)

Valor Chi: 0.2153, Grados de Libertad: 1, Valor de p: 0.6426.

Tabla 7. Antecedentes Heredofamiliares.

Diagnóstico Actual	Antecedentes Heredofamiliares (n = 20)	Sin Antecedentes Heredofamiliares (n = 10)
Esquizofrenia	13 (65.00)	5 (50.00)
Otro	7 (35.00)	5 (50.00)

Valor Chi: 0.625, Grados de Libertad: 1, Valor de p: 0.4292

BIBLIOGRAFÍA

1. Kraepelin E. La demencia precoz: Parafrenias, 2a parte. Buenos Aires: Editorial Polemos; 1996. pp. 11- 15.
2. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250(6):274-285.
3. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2016, Vol. 50(5) 410 –472
4. Harrison G, Hopper K, Craig T, et al. (2001) Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry* 178: 506–517
5. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México Ma. Elena Medina; Guilherme Borges; Carmen Lara; Corina Benjet; Jerónimo Blanco; Clara Fleiz; Jorge Villatoro; Estela Rojas; Joaquín Zambrano; Leticia Casanova; Sergio Aguilar; *Salud Mental* 2003, 26
6. Review of the operational definition for first-episode psychosis Nicholas J. K. Breitborde¹, Vinod H. Srihari², and Scott W. Woods²Department of Psychiatry, University of Arizona, Tucson, Arizona, Yale University, New Haven, Connecticut, USA *Early Interv Psychiatry*. 2009 November ; 3(4): 259–265.
7. Craig TK, Garety P, Power P, et al. (2004) The Lambeth Early Onset (LEO) Team: Randomised controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *British Medical Journal* 329: 1067.
8. Morgan V, McGrath J, Jablensky A, et al. (2014) Psychosis prevalence and physical, metabolic and cognitive co-morbidity: Data from the second Australian national survey of psychosis. *Psychological Medicine* 44: 2163–2176.
9. Demjaha A, MacCabe JH and Murray RM (2012) How genes and environmental factors determine the different neurodevelopmental trajectories of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Bulletin* 38: 209–214
10. Sheehan KH; Sheehan DV. Assessing treatment effects in clinical trials with the discanmetric of the Sheehan Disability Scale. *International Clinical Psychopharmacology* 2008;23(2):70-83.
11. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA (1996). The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 11 (Suppl 3):89–95.
12. Leon AC, Olfson M, Portera L, et al: Assessing impairment in primary care: a psychometric analysis of the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 27:93–105, 1997.
13. Olfson M, Kathol RG, Weissman MM, Sheehan DV, Leon AC, Hoven C. Mental Disorders and Disability in a Primary Care Group Practice. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154: 1734-1740.

14. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. *Revista AEN [Revista en línea]* 1994; Vol 14 (49).
15. Hormozpour M, Amini H, Pajouhanfar S, Faghankhani M, Rahmani A, Sharifi V. Transition to Psychosis: Evaluation of the First-Degree Relatives of Patients with Schizophrenia. *Iran J Psychiatry* 2016; 11:1: 15-23.
16. Schvarcz A, Bearden CE. Early Detection of Psychosis: Recent Updates from Clinical High-Risk Research. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2015 June; 2(2): 90–101
17. Joa I, Gisselgård J, Brønnick K, McGlashan T, Johannessen JO. Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study. *BMC Psychiatry* (2015) 15:89.
18. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al. (2008) Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs stand- rd treatment for patients with a first episode of psychotic illness: The OPUS trial. *Archives of General Psychiatry* 65: 762–771.
19. Rusaka M, Rancans E. First-episode acute and transient psychotic disorder in Latvia: A 6-year follow-up study. *Nord J Psychiatry* 2014;68:24–29.
20. Cabrera, Santiago A.S., Michel, Chantal, Cruzado, Lizardo, Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión.. *Revista de Neuro-Psiquiatría [en línea]* 2017, 80 (Enero-Marzo)
21. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Sha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013, 39, 1296-306
22. John Lally, Olesya Ajnakina, Brendon Stubbs, Michael Cullinane, Kieran C. Murphy, Fiona Gaughran, Robin M. Murray *The British Journal of Psychiatry* Oct 2017, bjp.bp.117.201475; Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies.
23. Brawe RW, Falloon IR, Widen JH et al. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised control- led study. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:328- 36.
24. Sigurdson V, Grawe RW, Morken G. Integrated treatment vs. treatment-as-usual for recent onset schizophrenia; 12 year follow-up on a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13:200.
25. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005; 331:602.
26. Mangala R, Anitha J, et al. (2011) An examination of patient- identified goals for treatment in a first-episode programme in Chennai, India. *Early Intervention in Psychiatry* 5: 360–365.
27. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, et al. (2005) Integrated treatment of first-episode psychosis: Effect of treatment on family burden: OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry* 48: s85–s90.
28. Chang WC, Chan GH, Jim OT et al. Optimal duration of an early intervention programme for first-episode psychosis: randomised con- trolled trial. *Br J Psychiatry* 2015;206:492
29. Max Birchwood & Andrea Fiorillo *The Critical Period for Early Intervention* Pages 182-198 Published online: 18 Jan 2011

30. Br J Psychiatry. 2014 Aug;205(2):88-94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753. Epub 2014 Aug Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Penttilä M¹, Jääskeläinen E¹, Hirvonen N¹, Isohanni M¹, Miettunen J¹.
31. Joa I¹, Johannessen JO, Auestad B, Friis S, McGlashan T, Melle I, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P, Larsen TK. 2008 May;34(3):466-72. Epub 2007 Sep 28. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns.
32. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2005; 162:1785-804.
33. Santiago A.S. Cabrera, Chantal Michel, Lizardo Cruzado: Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. High risk clinical states for schizophrenia and other forms of psychosis: A brief review.
34. Pedrós Roselló, J. Ma Tenías Burillo: Estudio de seguimiento a cinco años de la psicosis aguda: evolución diagnóstica y adaptación psicosocial. Five years follow-up study of the acute psychosis: diagnostic evolution and psychosocial adjustment. Servicio de Psiquiatría, Xátiva, España. Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital General Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España
35. Paolo Fusar-Poli, Patrick D. McGorry, John M. Kane Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. Early Psychosis. Interventions and Clinical Detection Lab, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; OASIS Service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; Orygen, the National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Parkville, Australia; Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia; Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, NY, USA; Departments of Psychiatry and Molecular Medicine, Hofstra Northwell School of Medicine, Hempstead, NY, USA
36. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0 <http://www.R-project.org>