



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Título: Duración de enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: características sociodemográficas y clínicas de pacientes y familiares

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría

Luis Enrique Díaz Marengo

Asesores de tesis:

Asesor teórico

Dr. Jesús Horacio Reza
Garduño Treviño

Asesor metodológico

Mtra. Janet G. Jiménez
Genchi

Ciudad universitaria, Ciudad de México
2022



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.

Asesores

Asesor teórico

Dr. Jesús Horacio Reza Garduño Treviño

Médico adscrito al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Teléfono: 55 3232 8341

Email: horacio_rgt@yahoo.com.mx

Asesor metodológico

Mtra. Janet G. Jiménez Genchi

Psicóloga adscrita al servicio de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Teléfono: 55 4057 5444

Email: janetgenchi@gmail.com

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
Esquizofrenia	2
Síndrome de alto riesgo de psicosis	5
Duración de psicosis no tratada	6
Duración de enfermedad no tratada	8
3. Método	9
Justificación	9
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	10
Pregunta de investigación	11
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivo específico	12
Variables	12
Muestreo	19
Sujetos	19
Criterios de selección	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	20
Criterios de eliminación	21
Alcance	21
Tipo de estudio	21
Instrumento	21

Procedimiento	23
Consideraciones éticas	23
4. Análisis estadístico	24
5. Resultados	24
6. Discusión	49
7. Conclusión	56
8. Referencias bibliográficas	59
9. Anexos	65

LISTA DE FIGURAS, TABLAS Y ABREVIATURAS

Figuras

Figura 1. Curso evolutivo de la psicosis	9
--	---

Tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	12
Tabla 2. Población de pacientes	25
Tabla 3. Diagnóstico	26
Tabla 4. Edad de inicio de síntomas, Duración de enfermedad y psicosis no tratada	27
Tabla 5. Características sociodemográficas de los pacientes	28
Tabla 6. Características sociodemográficas de los pacientes, DENT y DPNT	31
Tabla 7. Uso de sustancias psicoactivas en pacientes	32
Tabla 8. Uso de sustancias psicoactivas en pacientes, DENT y DPNT	32

Tabla 9. Características sociodemográficas del cuidador primario, DENT y DPNT	34
Tabla 10. Características sociodemográficas generales: vivienda	36
Tabla 11. Características sociodemográficas generales: vivienda; DENT y DPNT	37
Tabla 12. Características sociodemográficas generales: antecedentes	39
Tabla 13. Características sociodemográficas generales: antecedentes, DENT y DPNT	40
Tabla 14. Síntomas al momento de acudir por primera vez a centro de salud mental	41
Tabla 15. Síntomas al momento de acudir por primera vez a centro de salud mental, DENT y DPNT	42
Tabla 16. Presencia de ideas delirantes	43
Tabla 17. Presencia de alucinaciones	44
Tabla 18. Presencia de pensamiento desorganizado	45
Tabla 19. Presencia de comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos	45
Tabla 20. Presencia de síntomas negativos	46
Tabla 21. Presencia de disfunción social o laboral	47
Tabla 22. Presencia de síntomas prodrómicos	48

Abreviaturas

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades 10° edición.

DENT: Duración de enfermedad no tratada.

DPNT: Duración de psicosis no tratada.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

INCyTU: Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión.

MINI: entrevista neuropsiquiátrica internacional reducida.

OMS: Organización mundial de salud.

S: Desviación estándar.

SSA: Secretaría de salud.

\bar{X} : Media.

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a 1% de la población mundial, condicionando 80% de discapacidad a los que la viven. Los factores que condicionan peor pronóstico de enfermedad se encuentran asociados al retraso en el diagnóstico e inicio de tratamiento, en éste se toman a consideración las variables de duración de enfermedad no tratada (DENT) y duración de psicosis no tratada (DPNT), definidos como el tiempo que pasa el paciente desde que inicia los síntomas de enfermedad o síntomas psicóticos hasta que recibe tratamiento por primera vez, respectivamente. Este estudio tiene el objetivo de describir el tiempo de DENT, las características clínicas y sociodemográficas de familiares

y pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Es un estudio no experimental, descriptivo, observacional, transversal, retrolectivo; se realizó muestreo de un total de 4097 pacientes, resultando un total de 146 personas, nivel de confianza de 95% y margen de error de 8%. En los resultados se obtuvo una DENT media de 70.06 meses \pm 84.54; de la DPNT se obtuvo una media de 37.90 meses \pm 72.58; encontrándose las características sociodemográficas que presentaron menor tiempo de duración, son las que condicionaban mejor soporte familiar, acceso a recursos en salud y conocimiento previo de enfermedad. Concluyéndose que, como propuesta para reducción de tiempos de atención, se debe implementar medidas de atención primaria a la salud que incluyan educación en salud mental para la identificación de inicio de síntomas de trastornos mentales, así como mejorar redes de soporte social de la población.

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, teniendo prevalencia del 1% a nivel de población general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCYTU], 2018). Se trata de un padecimiento crónico que puede producir discapacidad en 80% de los afectados, si no son detectados y atendidos oportunamente (Secretaría de Salud [SSA], 2001).

Entre los factores asociados al pronóstico de la esquizofrenia, se encuentra la duración de psicosis no tratada, definida como el tiempo entre la aparición de síntomas psicóticos e inicio de tratamiento antipsicótico (García Isis, F.A., et al., 2008; Nkire, N., et al., 2021); es considerada como una variable que puede ser modificada, impactando en el curso de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento antipsicótico, así como en la gravedad de los síntomas (Nkire, N., et al., 2021; Levi, L., et al., 2020). Por otra parte, en un estado previo al inicio de síntomas psicóticos, pueden estar presentes síntomas negativos o incluso, previo a éstos la fase prodrómica, encontrando la fase de duración de enfermedad no tratada, que también intervienen en el pronóstico de la enfermedad (Lyne, J., et al., 2014).

La identificación oportuna de los síntomas, así como el inicio de tratamiento, trabajando en conjunto con servicios de detección temprana en psicosis, modifican la evolución de la enfermedad (Nkire, N., et al., 2021). Con la realización de este protocolo se describen los factores sociodemográficos y clínicos presentes a mayor tiempo de evolución de padecimiento, con el fin de que se puedan modificar los mismos, mejorando el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

2. MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia

La esquizofrenia comprende un grupo de trastornos mentales, de etiología heterogénea, con signos y síntomas variables que incluyen cambios en el pensamiento, percepción, afecto y comportamiento (Sadock, B.J., et al., 2015; OMS, 2000). En su historia, es un padecimiento que ha recibido distintos nombres, desde sus primeras descripciones como demencia precoz, por parte de Morel a mediados del siglo XIX, la integración de síndromes como la catatonía, hebefrenia, demencia y paranoia por Kraepelin en 1893 para el concepto de demencia precoz, la primera vez que se acuñó el término esquizofrenia por Bleuler en 1911, hasta las clasificaciones actuales del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales o la clasificación internacional de enfermedades (Wright, P., et al., 2012).

Su epidemiología es consistente en el mundo, teniendo una prevalencia del 0.6-1.9% en población general (OMS, 2021; Sadock, B.J., et al., 2015). El costo económico que produce la esquizofrenia a la sociedad es elevado, por ejemplo, en Estados Unidos se calcula un gasto de 65 mil millones de dólares anuales por concepto de esta enfermedad (INCyTU, 2018). La esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar el desempeño educativo y laboral (OMS, 2021).

La etiología es de origen multifactorial, donde interactúan factores genéticos, virales, inmunológicos, obstétricos o determinantes ambientales que producen factores de estrés temprano. Los antecedentes familiares aumentan el riesgo de enfermedad, tener un progenitor con diagnóstico de esquizofrenia presenta un riesgo de 13% para desarrollar la enfermedad, incrementando a 46% si se tiene otro familiar con el mismo diagnóstico (Wright, P., et al.,

2012). Existen genes relacionados al padecimiento, involucrados con la migración y diferenciación de células del sistema nervioso central, así como en el metabolismo y funcionamiento de neurotransmisores, de los cuales destacan el gen de la neuregulina 1, disbindina, de la catecol-O-metiltransferasa, el gen alterado en esquizofrenia 1, entre otros (Sadock, B.J., et al., 2015; Wright, P., et al., 2012).

La interacción entre estos factores, condicionan cambios estructurales y en el funcionamiento del sistema nervioso central, y en conjunto con estudios experimentales, se han postulado hipótesis sobre la etiopatogenia de esta enfermedad. Los neurotransmisores relacionados a dichas hipótesis son la dopamina, vinculada con vías dopaminérgicas mesolímbicas y mesocorticales; la serotonina, al presentarse exceso de este neurotransmisor se encuentran síntomas clínicos parecidos a los de la esquizofrenia y la hipótesis glutamatérgica, en relación con síntomas clínicos similares a la esquizofrenia en la desregulación de dicho neurotransmisor encontrándose alteración de receptores glutamatérgicos en estudios post mortem. Otras hipótesis hacen referencia a alteraciones en el neurodesarrollo, con hallazgos desde el nacimiento de alteraciones en anatomía cerebral, alteraciones en la citoarquitectura y menores puntajes en pruebas psicométricas como el coeficiente intelectual (Sadock, B.J., et al., 2015; Wright, P., et al., 2012).

Por su naturaleza, es considerada como un síndrome, grupo de trastornos o como un espectro. Sus manifestaciones clínicas son los delirios, las alucinaciones, pensamiento desorganizado (discurso), comportamiento desorganizado o catatónico y los síntomas negativos (Sadock, B.J., et al., 2015). El diagnóstico se realiza de forma clínica, con apoyo de manuales diagnósticos y clasificaciones internacionales, no existen datos patognomónicos de la enfermedad, se debe tomar en cuenta la evolución de las manifestaciones clínicas,

antecedentes del paciente y contemplar el contexto social, cultural y educativo en el que se encuentra inmerso el mismo (Sadock, B.J., et al., 2015; Hill, M., et al., 2012). A su vez, algunas clasificaciones hacen referencia a distintos tipos o subtipos, como la Clasificación internacional de enfermedades, que la divide en tipo paranoide, con predominio de ideas delirantes y alucinaciones auditivas; desorganizada, con presencia de pensamientos y conductas desorganizadas, así como inicio temprano; catatónica, con alteración importante de actividad motora; indiferenciada, que no encajan completamente en algún tipo o subtipo y la tipo residual, caracterizado por embotamiento afectivo, retraimiento social y ausencia de síntomas positivos (OMS, 2000). Dicha clasificación, se utiliza actualmente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El tratamiento está basado en medidas farmacológicas y no farmacológicas. La medidas farmacológicas incluyen el empleo de antipsicóticos, de primera o segunda generación, principalmente, llevando seguimiento con médico especialista. El tratamiento no farmacológico está enfocado en intervenciones psicosociales, psicoeducativas y de rehabilitación (Sadock, B.J., et al., 2015; Wright, P., et al., 2012).

Dentro de los factores de buen pronóstico está un periodo corto de duración de psicosis no tratada, predominio de alucinaciones e ideas delirantes, menor intensidad de síntomas negativos, funcionalidad premórbida alta, inicio asociado a estresor precipitante, no síntomas psiquiátricos concomitantes, no antecedentes familiares de esquizofrenia, antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, vivir en área rural o en un país en desarrollo (Chan, V., 2017). Por otra parte, los factores de mal pronóstico incluyen el predominio de síntomas negativos, la instauración gradual del cuadro (Messias, E.L., et al., 2007), y, por otra parte, existen factores asociados al pronóstico como la duración de psicosis

no tratada, que influye en la respuesta al tratamiento farmacológico, así como en el deterioro funcional del paciente (Levi, L., et al., 2020; McFarlane, W.R., 2011).

Ante el importante deterioro que condiciona la enfermedad, se vuelve relevante la identificación oportuna de los síntomas, así como el inicio de tratamiento, cobrando importancia el personal de salud, paciente y familiares para la detección del inicio y seguimiento del padecimiento.

Síndrome de alto riesgo de psicosis

Previo a la aparición de síntomas psicóticos en esquizofrenia, se pueden encontrar cambios en el comportamiento y alteraciones emocionales. Los cambios más comunes durante la fase prodrómica de los trastornos del espectro esquizofrénico son la alteración en el patrón de sueño, síntomas ansiosos, irritabilidad, síntomas depresivos, deterioro de la funcionalidad, pobre concentración, pérdida de la motivación o fatiga (Norman, R.M.G., et al., 2005). Aproximadamente el 80% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, cursan con pródromos de la enfermedad, caracterizados por síntomas atenuados de psicosis, como delirios y alucinaciones (Cannon, T.D., 2015). Los pacientes que presentan dichos pródromos cursan con síndrome de alto riesgo de psicosis. Este constructo se convierte en un predictor importante de enfermedad, reportándose en un metaanálisis, que incluía 27 estudios con 2,502 pacientes, que 22% de los pacientes desarrollaban trastorno psicótico al primer año de seguimiento, mientras que el 36% lo presentaba en los primeros 3 años. Así mismo, el 80% de los pacientes que desarrollaban trastorno psicótico, era de tipo esquizofrénico, y el otro 20% relacionado a trastornos afectivos (Fusar-Poli, P., et al., 2012). En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de los pacientes que cursan con primer episodio psicótico, el 66% cuentan con diagnóstico de esquizofrenia, 16% con diagnóstico de trastorno

afectivo bipolar, 11% trastorno psicótico agudo polimorfo, 5% psicosis sin especificación y 2% trastorno delirante persistente (Reza-Garduño, H, 2014).

Duración de psicosis no tratada (DPNT)

La *duración de psicosis no tratada* es definida como el intervalo de tiempo entre la aparición de síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento farmacológico adecuado. El tiempo de duración de psicosis no tratada es distinto en el mundo, encontrándose una media en Estados Unidos de 74 semanas (Kane, J.M., et al., 2016), en México de 64 semanas (García Isis, F.A., et al., 2008), en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se reportó en 2015 una media de 42.7 ± 48.8 meses en mujeres y 36.9 ± 30.5 en hombres (Buchán-López, R., 2016).

Entre las causas que incrementan el tiempo de psicosis no tratada en nuestro país se encuentra: El acudir en primera instancia con médicos generales, los cuales no están capacitados en la identificación de síntomas psicóticos y la búsqueda de tratamiento en centros religiosos. Así mismo, los principales recursos a los que recurren los pacientes con síntomas psiquiátricos en nuestro país son en primer lugar los familiares, seguidos de automedicación y el apoyo de sacerdotes. El mayor tiempo de psicosis no tratada impacta en mayor número de recaídas y hospitalización. Por otra parte, en nuestro país, factores que intervienen en una menor duración de psicosis no tratada son: el antecedente de familiares con patología psiquiátrica y la gravedad de los síntomas que influyen en mayor acercamiento a servicios de urgencias psiquiátricas (García Isis, F.A., et al., 2008).

Como se menciona anteriormente, la duración de psicosis no tratada juega un papel relevante en el pronóstico de la enfermedad, en un estudio de cohorte a 12 años se encontró

que, la menor duración de psicosis no tratada disminuye la severidad de síntomas positivos y negativos, así como mejor funcionalidad y calidad de vida (Hill, M., et al., 2012). Los mismos resultados se encuentran en otras revisiones, en donde se menciona que, a una menor duración de psicosis no tratada, es menor la ansiedad en el paciente, así como la severidad de síntomas positivos y negativos y menores índices de suicidio (Srihari, V.H., 2018). Por otra parte, una mayor duración de psicosis no tratada tiene como consecuencia mayor severidad de síntomas positivos y de síntomas negativos en estudios prospectivos (Jabar, L. S. A., et al., 2021; Cechnicki, A., et al., 2014). Encontrándose asociación con mayor severidad de síntomas negativos a corto plazo, uno a dos años, y largo plazo, cinco a ocho años (Cechnicki, A., et al., 2014). En cuanto a recaídas y reingresos hospitalarios, se encuentran revisiones que demuestran menor número de hospitalizaciones (García Isis, F.A., et al., 2008; Cechnicki, A., et al., 2014) y estudios de cohorte, de seguimiento a 20 años, que mencionan no encontrar asociación entre número de hospitalizaciones y duración de psicosis no tratada. En lo que al tratamiento se refiere, hay menor respuesta a mayor tiempo de duración de psicosis no tratada, que como consiguiente resulta en mayor severidad de síntomas y pobre funcionalidad. Dicha asociación es similar tanto en países de ingresos altos, como en los de bajos y medianos ingresos (Farooq, S., et al., 2009).

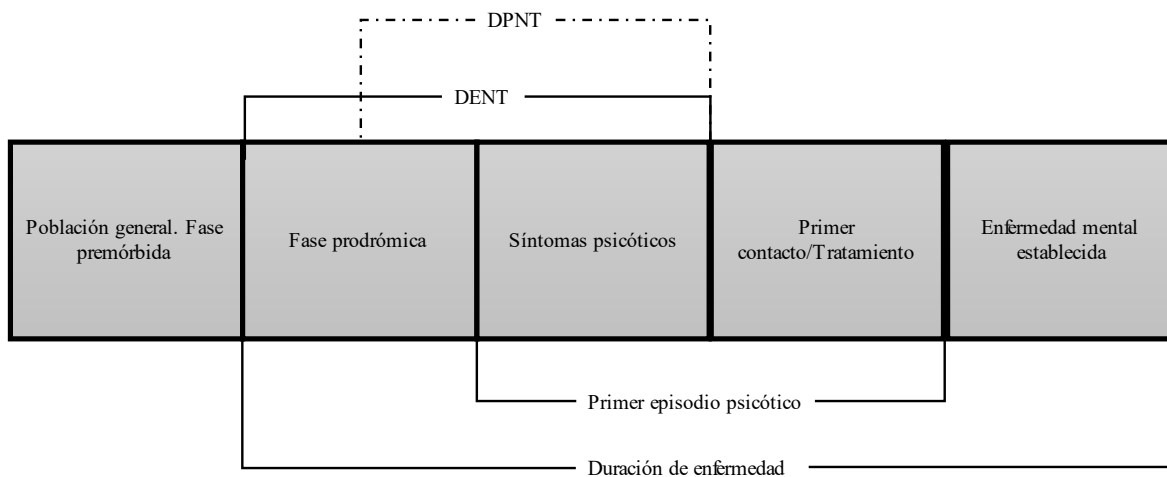
Respecto al punto de corte que se establece para hacer una intervención temprana en psicosis, este es arbitrario, utilizándose generalmente el tiempo menor a 23 semanas de duración de psicosis no tratada, con la finalidad de obtener menor riesgo y los resultados previamente mencionados (Cechnicki, A., et al., 2014).

Duración de enfermedad no tratada (DENT)

Si bien, el término duración de psicosis no tratada hace referencia al inicio de síntomas psicóticos, existe otro término llamado *duración de enfermedad no tratada*, que hace referencia al inicio de los síntomas de la enfermedad (Nkire, N., et al., 2021), que incluye el síndrome de alto riesgo de psicosis, síntomas psicóticos atenuados y la aparición de síntomas negativos (Lyne, J., et al., 2014; Norman, R.M.G., et al., 2005). En una revisión sistemática, en donde se comparan la duración de psicosis no tratada y duración de enfermedad no tratada, se encuentra que una menor duración de psicosis no tratada y una menor duración de enfermedad no tratada impacta en menor severidad de síntomas negativos a futuro; una menor duración de psicosis no tratada condiciona menor severidad de síntomas positivos, mientras una menor duración de enfermedad no tratada no tiene dicha relación, ni una menor duración de psicosis no tratada, ni menor duración de enfermedad no tratada, se encontró que tuvieran relación en la disfunción cognitiva que desarrollan los pacientes, por el contrario, ambas tiene relación con mejor calidad de vida de los mismos (Nkire, N., et al., 2021). Por lo anterior, no sólo es importante la detección del paciente al inicio de los síntomas psicóticos, sino que es importante una identificación desde el inicio del cuadro prodrómico de la enfermedad, para detectar y llevar seguimiento de personas que puedan desarrollar un síndrome psicótico, principalmente de tipo esquizofrénico. En el curso evolutivo del padecimiento, se deben identificar las fases del mismo, desde una fase prodrómica, la instauración de síntomas psicóticos, el primer contacto con servicios de atención o médico tratante y la enfermedad mental ya establecida, la duración de psicosis no tratada, la duración de enfermedad no tratada y la instauración del primer episodio psicótico, ejemplificados en la figura 1 (Vergara-Hernández, C., et al., 2013).

Figura 1

Curso evolutivo de la psicosis



Nota. DPNT duración de psicosis no tratada. DENT Duración de enfermedad no tratada (Vergara-Hernández, C., et al., 2013).

En cuanto a gastos en salud pública, hay pocos estudios sobre el beneficio económico de la menor duración de psicosis no tratada, en Irlanda, mediante medidas de promoción primaria se logró la reducción de gasto promedio de internamiento de 15, 821 a 9, 398 euros, posterior a 6 años, pero ¿cómo reducir la duración de psicosis no tratada? Mediante medidas de prevención de salud primarias, brindando información a la población general mediante el uso de medios de información como lo son periódicos, radio, televisión, redes sociales, así como acudir a centros educativos; a su vez, hacer énfasis en la capacitación del personal médico, para la detección oportuna de la misma (Cechnicki, A., et al., 2014).

3. MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud atribuye a los trastornos mentales el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos

medios, respectivamente (Osorio- Martínez, M.L., 2017). En el caso de la esquizofrenia, el 80% de los que padecen esta enfermedad presentan discapacidad si no son detectados y tratados oportunamente (INCYTU, 2018), por otra parte, presentan mayor severidad de síntomas, peor respuesta a tratamiento farmacológico y mayor número de recaídas, por lo que la identificación de poblaciones con características demográficas con alta prevalencia de mayor tiempo de evolución de enfermedad no tratada se vuelve relevante.

El estudio busca describir las características sociodemográficas y clínicas presentes a mayor duración de enfermedad no tratada, para su utilización en la identificación de sectores en los cuales se pueda incidir con estrategias de prevención primaria para el abordaje oportuno de pacientes con alto riesgo de psicosis y mejorar su pronóstico y calidad de vida, así como la implementación de servicios de intervención temprana en psicosis, con personal capacitado en unidades desde el primer nivel de atención.

- **Planteamiento del problema y pregunta de investigación**

A nivel mundial el tiempo de psicosis no tratada oscila entre uno a dos años, encontrándose países desarrollados como Estados Unidos en donde el tiempo es de 74 semanas, o en México de 64 semanas (García Isis, F.A., et al., 2008; Kane, J.M., et al., 2016), este último estudio reportado en el año 1997. Se han realizado dos estudios en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez respecto al tema, el primero en 2004, en donde se describen los factores que influyen en acudir por primera vez a un hospital en pacientes con esquizofrenia, estudio longitudinal en donde se analizan factores sociodemográficos en pacientes que acuden por primera vez al servicio de urgencias de nuestro hospital, considerándose como inicio de padecimiento la presencia de síntomas positivos en esquizofrenia, como ideas delirantes, alucinaciones auditivas, irritabilidad y errores de juicio y conducta, por lo que hace referencia a duración de psicosis no tratada, con una mayor

frecuencia en un periodo de cero a tres años, con una muestra de 53 paciente, comentándose que el tiempo en que pacientes acuden a servicios de atención psiquiátrica pudiera relacionarse al conocimiento previo de dichas patologías o acudir a centros de atención primaria al inicio, se comenta en dicho estudio la limitación del tamaño de la muestra (Castaño-Suárez, A.V., 2004). En otro estudio, realizado en 2015 en nuestro hospital, sobre la duración de psicosis no tratada, en una muestra de 100 pacientes, siendo de 42.7 ± 48.8 meses en mujeres y 36.9 ± 30.5 en hombres (Buchán-López, R., 2016). En ambos estudios, se toma en cuenta la duración de psicosis no tratada. En el estudio que se realizó, se toma en cuenta la duración total de enfermedad no tratada en conjunto con la duración de psicosis no tratada, así como se agregan características sociodemográficas a evaluar y características clínicas, se amplió la temporalidad, al no utilizar la misma como criterio de exclusión, se buscará incrementó el tamaño de muestra en comparación con los estudios previos y la población será exclusivamente de personas que viven con esquizofrenia. Este estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ubicado en la calle Niño Jesús Número 2 Esquina San Buenaventura, Colonia Tlalpan, Delegación Tlalpan, Ciudad de México.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el tiempo de duración de enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y las características sociodemográficas y clínicas de pacientes y familiares?

- **Objetivos**

Objetivo general

I. Describir las características sociodemográficas, clínicas y el tiempo de duración de enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Objetivos específicos

I. Describir las características sociodemográficas en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y tiempo de duración de enfermedad no tratada.

- **Variables**

La descripción y definiciones, así como tipo de variables y medición se visualiza en la Tabla 1

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y medición
Diagnóstico	Lo establecido en el expediente del paciente, referido según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10° edición.	Esquizofrenia F20, esquizofrenia paranoide F20.0, esquizofrenia hebefrénica F20.1, esquizofrenia catatónica F20.2, esquizofrenia indiferenciada F20.3, esquizofrenia residual F20.5, esquizofrenia simple F20.6, otras	Cualitativa Politómica Nominal

		esquizofrenias F20.8 o esquizofrenia sin especificación F20.9	
Edad del paciente	Tiempo que ha vivido un ser humano desde su nacimiento.	Años	Cuantitativa Discontinua Escalar
Sexo del paciente	El definido biológicamente	Hombre Mujer	Cualitativa Dicotómica Nominal
Escolaridad del paciente	Último grado de estudios alcanzado por el paciente	Sin estudios, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, preparatoria completa, preparatoria incompleta, carrera técnica completa, carrera técnica incompleta, licenciatura completa, licenciatura incompleta, posgrado	Cualitativa Politómica Ordinal
Religión	Creencia profesada por el paciente	Católica Cristiana Testigo de Jehová Agnóstico Otra	Cualitativa Politómica Nominal

		Ninguna	
Ocupación del paciente	Actividad que desempeñaba el paciente previo al inicio de padecimiento.	Desempleado, Empleado, Trabajo informal, Estudiante	Cualitativa Politómica Nominal
Edad de inicio de enfermedad	Edad en la que aparecen los primeros síntomas de enfermedad	Años	Cuantitativa Discontinua Escalar
Duración de enfermedad no tratada (DENT)	Duración desde el inicio de enfermedad hasta acudir a centro de salud mental y recibir tratamiento por primera vez	Meses	Cuantitativa Discontinua Escalar
Duración de psicosis no tratada (DPNT)	Duración desde el inicio de síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado) hasta acudir a centro de salud mental y recibir tratamiento por primera vez	Meses	Cuantitativa Discontinua Escalar
Ideas delirantes	Presencia de ideas falsas, fijas, no	Edad de inicio (años)	Cuantitativa

	compartidas con el contexto socio cultural	Duración (meses)	Discontinua Escalar
Alucinaciones	Presencia de alteraciones de la sensopercepción	Edad de inicio (años) Duración (meses)	Cuantitativa Discontinua Escalar
Pensamiento desorganizado	Presencia de alteraciones en el curso del pensamiento	Edad de inicio (años) Duración (meses)	Cuantitativa Discontinua Escalar
Comportamiento gravemente desorganizado o síntomas catatónico	Presencia de alteraciones motoras o conductas desorganizadas	Edad de inicio (años) Duración (meses)	Cuantitativa Discontinua Escalar
Síntomas negativos	Presencia de síntomas negativos	Edad de inicio (años) Duración (meses)	Cuantitativa Discontinua Escalar
Disfunción social o laboral	Presencia de perdida de funcionalidad social o laboral	Edad de inicio (años) Duración (meses)	Cuantitativa Discontinua Escalar
Síntomas prodrómicos	Presencia de síntomas prodrómicos, síndrome de alto riesgo de psicosis	Edad de inicio (años) Duración (meses)	Cuantitativa Discontinua Escalar
Hospitalización posterior a primer	Internamiento de paciente posterior a su	Sí	Cualitativa

valoración en centro de salud mental	primera valoración en centro de salud mental	No	Dicotómica
Escala breve de apreciación psiquiátrica a su ingreso (BPRS)	Resultado de escala realizado en caso de haber sido hospitalizado el paciente	Puntos	Cuantitativa Discontinua Escalar
Edad del familiar	Tiempo que ha vivido un ser humano desde su nacimiento.	Años	Cuantitativa Discontinua Escalar
Sexo del familiar	El definido biológicamente	Hombre Mujer	Cualitativa Dicotómica Nominal
Escolaridad del familiar	Último grado de estudios alcanzado por el familiar al inicio del padecimiento actual.	Sin estudios, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, preparatoria completa, preparatoria incompleta, carrera técnica completa, carrera técnica incompleta, licenciatura completa, licenciatura incompleta, posgrado	Cualitativa Politómica Ordinal

Religión del familiar	Creencia profesada por el familiar al inicio del padecimiento	Católica Cristiana Testigo de Jehová Agnóstico Otra Ninguna	Cualitativa Politómica Nominal
Ocupación del familiar	Actividad que desempeñaba el paciente previo al inicio de padecimiento.	Desempleado, Empleado, Trabajo informal, Estudiante	Cualitativa Politómica Nominal
Tipo de asentamiento	Según lo descrito en estudio de trabajo social	Rural Urbano	Cualitativa Politómica Nominal
Ingresos económicos al mes	Según lo descrito en estudio de trabajo social	Pesos	Cuantitativa Discontinua Escalar
Número de integrantes que habitan en domicilio	Según lo descrito en estudio de trabajo social	Personas	Cuantitativa Discontinua
Antecedentes heredofamiliares de salud mental	Presencia de familiares con diagnóstico de	Sí No	Cualitativa Dicotómica Nominal

	trastorno mental diagnosticado		
Tipo de antecedente de enfermedad mental	Diagnóstico de enfermedad mental de familiares, que son conocidos al momento de acudir por primera vez.	Espectro de la esquizofrenia Trastorno afectivo Comportamiento suicida Otros	Cualitativa Politómica Nominal
Persona que decide llevar a paciente a atención a centro de salud mental	Según lo descrito por familiar	Madre Padre Hermano (a) Pareja Otro (a)	Cualitativa Politómica Nominal
Motivo por el cual acuden a centro de salud mental	Causa principal de buscar atención médica psiquiátrica	Errores de juicio y conducta Agresividad Comportamiento suicida Negativismo a la vía oral Ideas delirantes/ alucinaciones Síntomas negativos Disfunción social o laboral Indicado por una institución	Cualitativa Politómica Nominal

Atención o tratamiento previo	Paciente cuenta con atención o tratamiento previo	Atención por servicio médico Atención por servicio no médico Otro	Cualitativa Dicotómica Nominal
-------------------------------	---	---	--------------------------------------

- **Muestreo**

Se realizó muestreo calculado a través de un total de 4097 pacientes que acudieron a consulta con diagnóstico de esquizofrenia en el año de 2019, resultando en una muestra de 146 pacientes, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 8%. Se seleccionaron pacientes, mediante muestreo no probabilístico, que acudieron a servicio de consulta externa o servicio de urgencias, del 01 de agosto de 2021 al 30 de abril de 2022.

- **Sujetos**

- **Criterios de selección**

Criterios de inclusión

De los pacientes

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes hombres o mujeres.
- Pacientes que cuenten con diagnóstico, con base en CIE-10, de esquizofrenia F20, esquizofrenia paranoide F20.0, esquizofrenia hebefrénica F20.1, esquizofrenia catatónica F20.2, esquizofrenia indiferenciada F20.3,

esquizofrenia residual F20.5, esquizofrenia simple F20.6, otras esquizofrenias F20.8 o esquizofrenia sin especificación F20.9

- Paciente que cuente con expediente clínico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Paciente que cuente con estudio de socioeconómico en su expediente, desde el inicio de su seguimiento.

De los familiares

- Familiar mayor de 18 años.
- Familiar hombre o mujer.
- Familiar debe ser cuidador primario o representante legal.
- En caso de que el cuidador primario o representante legal actual no sea la misma persona desde el inicio del padecimiento, debe conocer los datos sociodemográficos del cuidador primario o representante legal al inicio del padecimiento.
- Firma por parte de familiar o representante legal de consentimiento informado para participación en protocolo.

Criterios de exclusión

De los pacientes

- Pacientes que al inicio cuenten con diagnóstico de esquizofrenia y actualmente tengan otro diagnóstico.
- Que paciente acuda sin familiar.

De los familiares

- Familiar que no pueda leer el consentimiento.
- Familiar que tenga diagnóstico de alguna enfermedad mental.

Criterios de eliminación

- Que familiar decida su retiro en la participación del estudio.
- Pacientes que durante la realización del estudio cuenten con cambio de diagnóstico diferente al espectro de la esquizofrenia.
- **Alcance del estudio, tipo de estudio**

Se trata de un estudio no experimental, descriptivo, observacional, transversal, retrolectivo.

- **Instrumento**

Se desarrolló un instrumento tipo encuesta, para recabar información sobre paciente y familiar, mediante entrevista y revisión de expediente clínico. Se incluye encuesta en apartado de anexos. La encuesta contempla información de variables sociodemográficas y clínicas del paciente y variables sociodemográficas del familiar. Dentro de las variables sociodemográficas se encuentran el sexo, edad, escolaridad y ocupación de paciente y del familiar. Se solicita datos generales del familiar y paciente, como el tipo de asentamiento, estado de residencia, ingresos económicos al mes (reportados en estudio de trabajo social), número de personas que habitan el domicilio, antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental, quién fue la persona que tomó la decisión de acudir a centro de salud mental, motivo por el cuál acuden y si recibió atención previa (tanto médica como no médica). En cuanto a las variables clínicas se contempla el diagnóstico del paciente, edad que tenía el paciente al realizarse el diagnóstico, edad de inicio de síntomas, tiempo en el que acuden a centro

de atención en salud mental por primera vez; síntomas que presentaba el paciente, en donde se valora la edad de inicio, el tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad y su aparición, y la duración de los síntomas hasta que acuden a centro de atención en salud mental. Se considera también si el paciente ameritó hospitalización posterior a su primer valoración y, de contestarse afirmativamente, el resultado, expresado en puntaje, de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS), que es realizada en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por el médico que valoró al paciente que ingresa a servicio de hospitalización.

En cuanto a la escala BPRS, esta fue diseñada por Overall y Gorham, publicada en 1962, al inicio constaba de 16 ítems y posteriormente modificada a 18 ítems en 1972. Desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios producidos por trastornos mentales en los pacientes, utilizada preferentemente como una medida de gravedad del trastorno esquizofrénico (Overall, 1962; Sánchez, 2005). Es una escala tipo likert, utilizándose versiones de siete y cuatro valores, realizándose por clínico experto, la versión de cuatro valores califica del cero al cuatro, el cero implica normal o ausencia del síntomas y el cuatro mayor gravedad del síntoma; se aplica en un tiempo de 20 a 30 minutos, al final obteniéndose una puntuación que se clasifica de la siguiente manera: 0-9 ausencia de trastorno, 10-20 trastorno leve y mayor a 21 trastorno grave. Ha sido traducida al español en varias ocasiones, así como siendo validada en población de habla española, en población colombiana en 2005 y en población peruana en 2001 (Sánchez, 2005; Vázquez, 2001), así como se ha encontrado su utilizad para estudios de investigación y epidemiología en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Martínez-Madrigal, 1986). Como se menciona

anteriormente, es utilizada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se utiliza la escala likert con cuatro valores, del cero al cuatro, y es aplicada por médicos psiquiatras y médicos residentes de psiquiatría en los pacientes que ingresan a servicio de hospitalización continua, por lo que, recabar este resultado proporciona información de la gravedad en la que el paciente se encontraba previo al inicio de tratamiento.

- **Procedimiento**

Una vez aprobado el estudio por los comités de investigación y ética e investigación, se procedió a realizar el protocolo. Se obtuvo la muestra en los servicios de urgencias y consulta externa, a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se solicitó a familiar responsable la participación en el estudio, asentando la misma mediante la firma de consentimiento informado, previa explicación de los objetivos del mismo. Se entregó copia del consentimiento a familiar. Posteriormente, se corroboró diagnóstico de esquizofrenia, mediante la Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional reducida (M.I.N.I.) versión 6.0.0, criterios del DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y el expediente del paciente. Se realizó encuesta sobre factores sociodemográficos y clínicos. Finalmente, se realizó el análisis estadístico.

- **Consideraciones éticas**

La participación del paciente en el protocolo de investigación no implicó mayor malestar, riesgo o costo para el mismo.

El lugar de la recolección de datos se realizó en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, no implicó la movilización del paciente a otra institución.

El trato del paciente será digno, el uso y resguardo de la información obtenida será confidencial.

Se guardará siempre en secreto la identidad de los participantes.

El estudio se basa respetando el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en su Título segundo De los Aspectos Éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I disposiciones comunes, artículo 17, considerándose un estudio en categoría: sin riesgo.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez que obtenida toda la información, se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables, las cuales se exponen en porcentajes y frecuencias; se hace distinción en los resultados de variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes en separándose por hombres y mujeres; así mismo, se compararon las variables sociodemográficas y clínicas de pacientes y familiares con la media obtenida de la DENT y DPNT para cada variable.

5. RESULTADOS

Población

Se aplicaron un total de 150 encuestas (N=150), excluyéndose un total de cuatro participantes, dos de ellos por cambio de diagnóstico y los otros dos por desconocimiento de familiar cuidador primario de alguno de los datos solicitados; con un total de 146 personas con diagnóstico de esquizofrenia incluidas en el estudio (n=146), incluyendo a la misma cantidad en población de familiares cuidadores primarios; de los 146 pacientes, 99 (67.8%) son hombres, 47 (32.2%) mujeres; respecto a la edad en que los pacientes acuden por primera vez a centro de salud mental, se obtuvo una media de 24.89 años, con un valor mínimo de 12

y máximo de 70 años, desviación estándar de ± 9.34 ; la población respecto a pacientes se describe en la tabla 2.

Tabla 2

Población de pacientes

(n=146)			
Sexo	Hombres 99 (67.8%)	Mujeres 47 (32.2%)	
	n=146	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Edad	\bar{X} = 24.89 años Mínimo: 12 años Máximo= 70 años S= ± 9.34 años	\bar{X} = 23.25 años Mínimo: 12 años Máximo= 48 años S= ± 7.41 años	\bar{X} = 28.34 años Mínimo: 16 años Máximo= 70 años S= ± 11.84 años

Diagnóstico

De los 146 pacientes, el diagnóstico actual de 107 (73.3%) es de Esquizofrenia paranoide F20.0, 21 (14.4%) Esquizofrenia F20 y 14 (9.5%) de esquizofrenia indiferenciada F20.3, el resto de los resultados se muestra en la Tabla 2. Por otra parte, su diagnóstico inicial fue de 118 (80.8%) algún trastorno de tipo esquizofrénico, 10 (6.8%) psicosis no orgánica en estudio y 8 (5.5%) trastorno por uso de sustancia, el resto de los diagnósticos iniciales se muestra en la Tabla 3.

Edad de inicio de síntomas, Duración de enfermedad no tratada, Duración de psicosis no tratada

La edad de inicio de los síntomas tuvo una media de 19.13 años, valor mínimo de 8 años y máximo de 47 años, con una desviación estándar de ± 6.01 años; la DENT se obtuvo una media de 70.06 meses, mínimo de 0.06 meses y máximo de 480 meses, con una

desviación estándar de ± 84.54 meses; la DPNT, reportada en 142 pacientes, tuvo una media de 37.90

Tabla 3

Diagnóstico

(n=146)	
<hr/>	
Diagnóstico actual	
Esquizofrenia F20	21 (14.4%)
Esquizofrenia paranoide F20.0	107 (73.3%)
Esquizofrenia hebefrénica F20.1	2 (1.4%)
Esquizofrenia catatónica F20.2	2 (1.4%)
Esquizofrenia indiferenciada F20.3	14 (9.6%)
<hr/>	
Diagnóstico inicial	
Trastorno de tipo esquizofrénico	118 (80.8%)
Trastorno psicótico agudo	3 (2.1%)
Psicosis no orgánica en estudio	10 (6.8%)
Trastorno afectivo	4 (2.7%)
Trastorno por uso de sustancias	8 (5.5%)
Otro	3 (2.1%)

meses, presentando un valor mínimo de 0.06 meses y máximo de 480 meses, con una desviación estándar de ± 72.58 meses; la descripción de resultados separado por sexo se describe en la Tabla 4.

Características sociodemográficas de los pacientes

Para las características sociodemográficas de los pacientes, se muestran los resultados completos en la Tabla 5, especificando en porcentaje por sexo. Respecto a su estado civil, 135 (92.5%) son solteros, 5 (3.4%) son casados, 4 (2.7%) son divorciados y 2 (1.4%) viven en unión libre; respecto a su religión, 98 (67.1%) tienen religión católica, 18 (12.3%) cristiana; en su escolaridad, 32 (21.9%) cuenta con secundaria completa, 21 (14.4%) con

preparatoria completa, 32 (21.9%) con preparatoria incompleta; en cuanto años de estudio, la escolaridad en años de los pacientes tiene una media de 10.36 años,

Tabla 4

Edad de inicio de síntomas, Duración de enfermedad y psicosis no tratada

	n= 146	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Edad de inicio de síntomas	\bar{X} = 19.13 años Mínimo: 8 años Máximo= 47 años S= \pm 6.01 años	\bar{X} = 18.48 años Mínimo: 11 años Máximo= 47 años S= \pm 5.32 años	\bar{X} = 20.48 años Mínimo: 8 años Máximo= 43 años S= \pm 7.11 años
Duración de enfermedad no tratada	\bar{X} = 70.06 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 480 meses S= \pm 84.54 meses	\bar{X} = 57.90 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 360 meses S= \pm 64.87 meses	\bar{X} = 95.70 meses Mínimo: 1 mes Máximo= 480 meses S= \pm 112.14 meses
Duración de psicosis no tratada	=142 \bar{X} = 37.90 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 480 meses S= \pm 72.58 meses	=96 \bar{X} = 27.92 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 324 meses S= \pm 45.26 meses	=46 \bar{X} = 58.72 meses Mínimo: 0.5 mes Máximo= 480 meses S= \pm 107.36 meses

valor mínimo de 3 años y máximo de 17 años, con una desviación estándar de \pm +2.96 años; en pacientes hombres la escolaridad tiene una media de 10.27 años, valor mínimo de 3 años y máximo de 17 años, con una desviación estándar de \pm +2.74 años; por otra parte en mujeres tiene una media de 10.55 años, valor mínimo de 4 años y máximo de 17 años, con una desviación estándar de \pm +3.39 años. La ocupación al inicio del padecimiento, 88 (60.3%) eran estudiantes, 20 (20.5%) tenía trabajo informal; por otra parte, la ocupación al momento del diagnóstico y recibir tratamiento era de 105 (71.9%) desempleado, 17 (11.6%) tenía un trabajo informal y 16 (11.0%) era estudiante; en la actualidad 121 (82.9%) son desempleados, 20 (13.7%) tiene un trabajo informal.

Tabla 5*Características sociodemográficas de los pacientes*

	(n=146)	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Estado civil			
Soltero (a)	135 (92.5%)	97 (98%)	38 (80.9%)
Casado (a)	5 (3.4%)	0 (0%)	5 (10.6%)
Unión libre	2 (1.4%)	0 (0%)	2 (4.3%)
Divorciado (a)	4 (2.7%)	2 (2.0%)	2 (4.3%)
Religión			
Católica	98 (67.1%)	68 (68.7%)	30 (63.8%)
Cristiana	18 (12.3%)	10 (10.1%)	8 (17.0%)
Testigo de Jehová	2 (1.4%)	1 (1.0%)	1 (2.1%)
Agnóstico	9 (6.2%)	6 (6.0%)	3 (6.4%)
Otra	5 (3.4%)	3 (3.0%)	2 (4.3%)
Ninguna	14 (9.6%)	11 (11.1%)	3 (6.4%)
Escolaridad			
Sin estudios	1 (0.7%)	1 (1.0%)	0 (0%)
Primaria completa	5 (3.4%)	3 (3.0%)	2 (4.3%)
Primaria incompleta	7 (4.8%)	3 (3.0%)	4 (8.5%)
Secundaria completa	32 (21.9%)	23 (23.2%)	9 (19.1%)
Secundaria incompleta	12 (8.2%)	9 (9.1%)	3 (6.4)
Preparatoria completa	21 (14.4%)	15 (15.2%)	6 (12.8%)
Preparatoria incompleta	32 (21.9%)	26 (26.3%)	6 (12.8%)
Carrera técnica completa	7 (4.8%)	2 (2.0%)	5 (10.6%)
Carrera técnica incompleta	2 (1.4%)	1 (1.0%)	1 (2.1%)
Licenciatura completa	11 (7.5%)	5 (5.1%)	6 (12.8%)
Licenciatura incompleta	15 (10.3%)	10 (10.1%)	5 (10.6%)
Posgrado completo	1 (0.7%)	1 (1.0%)	0 (0%)
Ocupación al inicio del padecimiento			
Desempleado	16 (11.0%)	8 (8.1%)	8 (17.0%)
Empleado	12 (8.2%)	5 (5.1%)	7 (14.9%)
Trabajo informal	30 (20.5%)	24 (24.2%)	6 (12.8%)
Estudiante	88 (60.3%)	62 (62.6%)	26 (55.3%)
Ocupación al momento del diagnóstico			
Desempleado	105 (71.9%)	69 (69.7%)	36 (76.6%)
Empleado	8 (5.5%)	3 (3.0%)	5 (10.6%)
Trabajo informal	17 (11.6%)	14 (14.1%)	3 (6.4%)
Estudiante	16 (11%)	13 (13.1%)	3 (6.4%)

Ocupación actual	(n=146)	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Desempleado	121 (82.9%)	82 (82.8%)	39 (83.0%)
Empleado	1 (0.7%)	0 (0%)	1 (2.1%)
Trabajo informal	20 (13.7%)	16 (16.2%)	4 (8.5%)
Estudiante	4 (2.7%)	1 (1.0%)	3 (6.4%)

Características sociodemográficas de los pacientes, DENT y DPNT

Se reporta la media de la DENT y DPNT por característica sociodemográfica; respecto al estado civil, los pacientes solteros y casados reportaron una menor DENT con 65.23 meses y 71 meses respectivamente, al igual que los pacientes solteros y casados reportaron una menor DPNT con 34.15 meses y 13.4 meses respectivamente; en cuanto a su religión, los pacientes con religión testigo de Jehová y otra reportaron menor DENT con 42 meses y 56.4 meses respectivamente, en relación a DPNT los pacientes testigo de jehová y agnósticos tuvieron una media de 18 meses cada uno; respecto a escolaridad y DENT los pacientes sin escolaridad y los que contaban con carrera técnica incompleta presentaron los menores valores de mediana, con 6 meses y 24 meses respectivamente, en cuanto a DPNT los pacientes sin escolaridad tienen una media de 1 mes, carrera técnica incompleta 12.5 meses y los pacientes con secundaria incompleta una media de 21 meses; respecto a la ocupación al inicio de los síntomas, los pacientes con DENT menor son los que se encontraban desempleados, con 44.18 meses, seguido de los estudiantes con 59.97 meses de media, respecto a la DPNT los pacientes que eran estudiantes tienen una media menor con 28.39 meses, seguido de los que se encontraban desempleados con 30.75; la ocupación al momento del diagnóstico, los pacientes con menor DENT son los que eran estudiantes, con

una media de 24.06, seguidos de los que se encontraban empleados con una media de 47.37, respecto a la DPNT los estudiantes y los desempleados tuvieron una media de 6.17 y 6.18 respectivamente; la descripción de los datos se encuentra en la Tabla 6.

Uso de sustancias psicoactivas

Respecto al uso de sustancias, 85 (58.2%) pacientes negó consumo, mientras que 61 (41.8%) refirieron que tenían uso de sustancias al momento de recibir tratamiento por primera vez. La sustancia de mayor impacto (calculado en porcentaje de los pacientes que usaban sustancias psicoactivas, es decir, 61 pacientes) era de cannabis 43 (70.5%), tabaco 6 (9.8%), la descripción del resto de las sustancias, así como su división por sexo se muestran en la Tabla 7.

Uso de sustancias psicoactivas, DENT y DPNT

Se reporta la media de la DENT y DPNT, en comparación a uso o no de sustancias psicoactivas y el tipo de sustancia. Los pacientes que cuentan con uso de sustancias psicoactivas presentan una media menor de DENT y DPNT, con 62.83 meses y 33.62 meses respectivamente; dentro de las sustancias utilizadas, los pacientes con uso de alcohol y estimulantes presentan una media menor de DENT con 55.6 meses cada una, respecto a la DPNT los pacientes con uso de estimulantes y otras sustancias presentan menor DPNT con 13 meses y 12 meses respectivamente; la descripción del resto de resultados se describe en la Tabla 8.

Tabla 6*Características sociodemográficas de los pacientes, DENT y DPNT*

	(n=146)	DENT	DPNT
Estado civil			
Soltero (a)	135 (92.5%)	\bar{X} = 65.23 meses	\bar{X} = 34.15 meses
Casado (a)	5 (3.4%)	\bar{X} = 71 meses	\bar{X} = 13.4 meses
Unión libre	2 (1.4%)	\bar{X} = 282 meses	\bar{X} = 243.5 meses
Divorciado (a)	4 (2.7%)	\bar{X} = 126 meses	\bar{X} = 88.5 meses
Religión			
Católica	98 (67.1%)	\bar{X} = 69.02 meses	\bar{X} = 37.82 meses
Cristiana	18 (12.3%)	\bar{X} = 85.72 meses	\bar{X} = 56.35 meses
Testigo de Jehová	2 (1.4%)	\bar{X} = 42 meses	\bar{X} = 18 meses
Agnóstico	9 (6.2%)	\bar{X} = 58.66 meses	\bar{X} = 18 meses
Otra	5 (3.4%)	\bar{X} = 56.4 meses	\bar{X} = 22.8 meses
Ninguna	14 (9.6%)	\bar{X} = 73.5 meses	\bar{X} = 27.69 meses
Escolaridad			
Sin estudios	1 (0.7%)	\bar{X} = 6 meses	\bar{X} = 1 mes
Primaria completa	5 (3.4%)	\bar{X} = 160.8 meses	\bar{X} = 108 meses
Primaria incompleta	7 (4.8%)	\bar{X} = 193.1 meses	\bar{X} = 133.5 meses
Secundaria completa	32 (21.9%)	\bar{X} = 59.31 meses	\bar{X} = 21.00 meses
Secundaria incompleta	12 (8.2%)	\bar{X} = 40.16 meses	\bar{X} = 22.37 meses
Preparatoria completa	21 (14.4%)	\bar{X} = 49.09 meses	\bar{X} = 25.45 meses
Preparatoria incompleta	32 (21.9%)	\bar{X} = 45.68 meses	\bar{X} = 17.03 meses
Carrera técnica completa	7 (4.8%)	\bar{X} = 112.5 meses	\bar{X} = 95.33 meses
Carrera técnica incompleta	2 (1.4%)	\bar{X} = 24 meses	\bar{X} = 12.5 meses
Licenciatura completa	11 (7.5%)	\bar{X} = 123.4 meses	\bar{X} = 71.36 meses
Licenciatura incompleta	15 (10.3%)	\bar{X} = 64.33 meses	\bar{X} = 35.83 meses
Posgrado completo	1 (0.7%)	\bar{X} = 70.06 meses	\bar{X} = 37.9 meses
Ocupación al inicio de los síntomas			
Desempleado	16 (11.0%)	\bar{X} = 44.18 meses	\bar{X} = 30.75 meses
Empleado	12 (8.2%)	\bar{X} = 88.75 meses	\bar{X} = 36.83 meses
Trabajo informal	30 (20.5%)	\bar{X} = 106.8 meses	\bar{X} = 70.18 meses
Estudiante	88 (60.3%)	\bar{X} = 59.97 meses	\bar{X} = 28.39 meses
Ocupación al momento del diagnóstico			
Desempleado	105 (71.9%)	\bar{X} = 78.92 meses	\bar{X} = 45.81 meses
Empleado	8 (5.5%)	\bar{X} = 47.37 meses	\bar{X} = 6.18 meses
Trabajo informal	17 (11.6%)	\bar{X} = 69.35 meses	\bar{X} = 32.59 meses
Estudiante	16 (11%)	\bar{X} = 24.06 meses	\bar{X} = 6.17 meses

Nota: DENT (Duración de enfermedad no tratada), DPNT (Duración de psicosis no tratada).

Tabla 7*Uso de sustancias psicoactivas en pacientes*

Uso de sustancias	n=146	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Sí	61 (41.8%)	51 (51.5%)	10 (21.3%)
No	85 (68.2%)	48 (48.2%)	37 (78.7%)
Sustancia de mayor impacto	=61 (100%)	= 51 (100%)	= 10 (100%)
Alcohol	5 (8.2%)	4 (7.8%)	1 (10%)
Tabaco	6 (9.8%)	2 (3.9%)	4 (40%)
Cannabis	43 (70.5%)	39 (76.5%)	4 (40%)
Estimulantes	5 (8.2%)	4 (7.8%)	1 (10%)
Otro	2 (1.4%)	2 (3.9%)	0 (0%)

Tabla 8*Uso de sustancias psicoactivas en pacientes, DENT y DPNT.*

Uso de sustancias	n=146	DENT	DPNT
Sí	61 (41.8%)	\bar{X} = 62.83 meses	\bar{X} = 33.62 meses
No	85 (68.2%)	\bar{X} = 75.26 meses	\bar{X} = 40.95 meses
Sustancia de mayor impacto	=61 (100%)		
Alcohol	5 (8.2%)	\bar{X} = 55.60 meses	\bar{X} = 21.2 meses
Tabaco	6 (9.8%)	\bar{X} = 107.5 meses	\bar{X} = 78.66 meses
Cannabis	43 (70.5%)	\bar{X} = 57.02 meses	\bar{X} = 32.11 meses
Estimulantes	5 (8.2%)	\bar{X} = 55.6 meses	\bar{X} = 13 meses
Otro	2 (1.4%)	\bar{X} = 90 meses	\bar{X} = 12 meses

Nota: DENT (Duración de enfermedad no tratada), DPNT (Duración de psicosis no tratada).

Características sociodemográficas de los familiares cuidadores primarios

Respecto a los familiares cuidadores primarios, 38 (26%) eran hombres, 108 (74.0%) mujeres; la edad media es de 47.32 años, valor mínimo de 22 años y máximo de 96 años, con desviación estándar de ± 12.39 años; el estado civil de los familiares 34 (23.3%) eran solteros,

73 (50%) casados, 17 (11.6%) vivían en unión libre; en su religión, 104 (71.2%) eran católicos, 18 (12.3%) eran cristianos; respecto a su escolaridad, 38 (26%) contaban con secundaria completa, 28 (19.2%) contaban con primaria completa, 17 (11.6%) con preparatoria completa; en la escolaridad en años del familiar se obtuvo una media de 8.95 años, valor mínimo de 0 años y máximo de 24 años con desviación estándar de 4.52 años.

En cuanto a su ocupación, 59 (40.4%) tenía trabajo informal, 45 (30.8%) estaba desempleado, 41 (28.1%) tenía empleo en un trabajo formal; el resto de los resultados se describe en la Tabla 9.

Características sociodemográficas de los familiares cuidadores primarios, DENT y DPNT

Se reporta la media de la DENT y DPNT, en relación a características sociodemográficas de los familiares; respecto al sexo, los familiares de los hombres tuvieron una DENT menor, con una media de 61.37 meses en comparación a las mujeres con una media de 73.12, respecto a la DPNT los hombres tuvieron una media menor con 28.27 meses respecto a los 41.30 meses de las mujeres; respecto al estado civil, los familiares con menor DENT eran los que se encontraban viudos o divorciados, con una media de 32.75 meses y 57.35 meses respectivamente, respecto a la DPNT los familiares viudos contaban con una media de 7.62 meses y los casados con una media de 28.22 meses; respecto a su religión, los que tenían religión testigo de Jehová y agnósticos tuvieron una menor DENT con 58.88 y 64.8 meses respectivamente, respecto a su escolaridad, los familiares que contaban con escolaridad con carrera técnica completa y primaria incompleta tuvieron medias de DENT menores, con 35.5 meses y 41.92 meses, respecto a la DPNT los familiares con carrera técnica completa y preparatoria incompleta tuvieron un valor de media menor con 10.85 y 12.21 meses; respecto a la ocupación, los familiares con menor DENT eran los estudiantes y

los que tenían trabajo informal, con una media de 12 meses y 47.30 meses, los que tuvieron menor DPNT tuvieron las mismas características, con una media de 12 y 21.47 meses los estudiantes y los de trabajo informal, respectivamente; el resto de los resultados se encuentra en la Tabla 9.

Tabla 9

Características sociodemográficas del cuidador primario, DENT y DPNT

	(n=146)	DENT	DPNT
Sexo			
Hombre	38 (26.0%)	\bar{X} = 61.37 meses	\bar{X} = 28.27 meses
Mujer	108 (74.0%)	\bar{X} = 73.13meses	\bar{X} = 41.30 meses
Estado civil			
Soltero (a)	34 (23.3%)	\bar{X} = 93.47meses	\bar{X} = 62.60meses
Casado (a)	73 (50.0%)	\bar{X} = 63.81meses	\bar{X} = 28.22meses
Unión libre	17 (11.6%)	\bar{X} = 78.17meses	\bar{X} = 42.67meses
Viudo (a)	8 (5.5%)	\bar{X} = 32.75meses	\bar{X} = 7.62 meses
Divorciado (a)	14 (9.6%)	\bar{X} = 57.35meses	\bar{X} = 39.61meses
Religión			
Católica	104 (71.2%)	\bar{X} = 71.64 meses	\bar{X} = 38.89 meses
Cristiana	18 (12.3%)	\bar{X} = 66.61 meses	\bar{X} = 43.06 meses
Testigo de Jehová	3 (2.1%)	\bar{X} = 52 meses	\bar{X} = 16 meses
Agnóstico	9 (6.2%)	\bar{X} = 58.88 meses	\bar{X} = 39 meses
Otra	5 (3.4%)	\bar{X} = 64.8 meses	\bar{X} = 36 meses
Ninguna	7 (4.8%)	\bar{X} = 84 meses	\bar{X} = 21 meses
Escolaridad			
Sin estudios	8 (5.5%)	\bar{X} = 105.7 meses	\bar{X} = 71 meses
Primaria completa	28 (19.2%)	\bar{X} = 62.78 meses	\bar{X} = 23.77 meses
Primaria incompleta	14 (9.6%)	\bar{X} = 41.92 meses	\bar{X} = 17.84 meses
Secundaria completa	38 (26.0%)	\bar{X} = 87.84 meses	\bar{X} = 63.29 meses
Secundaria incompleta	6 (4.1%)	\bar{X} = 66 meses	\bar{X} = 29.66 meses
Preparatoria completa	17 (11.6%)	\bar{X} = 52.53 meses	\bar{X} = 29.59 meses
Preparatoria incompleta	7 (4.8%)	\bar{X} = 50.42 meses	\bar{X} = 12.21 meses
Carrera técnica completa	8 (5.5%)	\bar{X} = 35.5 meses	\bar{X} = 10.85 meses
Carrera técnica incompleta	0 (0%)	-	-
Licenciatura completa	13 (8.9%)	\bar{X} = 86.53 meses	\bar{X} = 36.12 meses
Licenciatura incompleta	4 (2.7%)	\bar{X} = 88.5 meses	\bar{X} = 48.0 meses
Posgrado completo	3 (2.1%)	\bar{X} = 104.0 meses	\bar{X} = 51.33 meses

Ocupación	(n=146)	DENT	DPNT
Desempleado	45 (30.8%)	\bar{X} = 89.44 meses	\bar{X} = 60.61 meses
Empleado	41 (28.1%)	\bar{X} = 82.97 meses	\bar{X} = 37.96 meses
Trabajo informal	59 (40.4%)	\bar{X} = 47.30 meses	\bar{X} = 21.47 meses
Estudiante	1 (0.7%)	\bar{X} = 12 meses	\bar{X} = 12 meses

Nota: DENT (Duración de enfermedad no tratada), DPNT (Duración de psicosis no tratada).

Características sociodemográficas generales

En esta sección se incluyen los resultados respecto a las características sociodemográficas que comparten tanto pacientes como familiares, clasificadas en características de la vivienda, antecedentes y motivo de acudir a centro de salud mental.

Vivienda

En cuanto a las características generales tanto de paciente como familiar; el tipo de asentamiento 118 (80.8%) era de tipo urbano y 28 (19.2%) de tipo rural; el estado de residencia 73 (50%) residía en la Ciudad de México, 56 (38.4%) en el Estado de México y 17 (11.6%) en otro estado del país; respecto a los ingresos económicos al mes, se obtuvo una media de 6,127.60 pesos, valor mínimo de 700 pesos y máximo de 50,000 pesos, con desviación estándar de 7064.06 pesos. En cuanto al número de personas que habitan el hogar, la media fue de 4.05 personas, valor mínimo de 1 y máximo de 11 personas. Los resultados se detallan en la Tabla 10, incluyendo diferencia entre pacientes hombres y pacientes mujeres.

Características de la vivienda, DENT y DPNT

Se reporta la media de la DENT y DPNT, así como las características de la vivienda; los pacientes que viven en un medio urbano tienen menor DENT y DPNT con una media de

67.22 meses y 36.76 meses respectivamente, en comparación a los que viven en medio urbano quienes tuvieron una DENT de 82.07 meses y 42.57 meses de DPNT; respecto al estado de residencia, los pacientes que viven en el Estado de México tuvieron menor DENT y DPNT, con una media de 56.73 meses y 25.77 meses respectivamente; por otra parte, los que provenían de otro estado que no fuera la Ciudad de México ni el Estado de México tenían una media mayor de DENT y DPNT con 94.11 meses y 71.51 meses respectivamente; los resultados se detallan en la Tabla 11.

Tabla 10

Características sociodemográficas generales: vivienda

	n=146	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Tipo de asentamiento			
Urbano	118 (80.8%)	77 (77.8%)	41 (87.2%)
Rural	28 (19.2%)	22 (22.2%)	6 (12.8%)
Estado de residencia			
Ciudad de México	73 (50%)	49 (49.5%)	24 (51.1%)
Estado de México	56 (38.4%)	38 (38.4%)	18 (38.3%)
Otro	17 (11.5%)	12 (12.1%)	5 (10.5%)
Ingresos económicos al mes	\bar{X} = 6,127.60 pesos Mínimo: 700 pesos Máximo= 50,000 pesos S= ± 7064.06 pesos	\bar{X} = 5,881.11 pesos Mínimo: 800 pesos Máximo= 50,000 pesos S= ± 6703.28 pesos	\bar{X} = 6,646.80 pesos Mínimo: 700 pesos Máximo= 35,000 pesos S= ± 7,820.59 pesos
Número de personas que habitan el domicilio	\bar{X} = 4.05 personas Mínimo: 1 persona Máximo= 11 personas S= ± 1.67 personas	\bar{X} = 4.08 personas Mínimo: 1 persona Máximo= 8 personas S= ± 1.63 personas	\bar{X} = 3.98 personas Mínimo: 2 persona Máximo= 11 personas S= ± 1.78 personas

Tabla 11*Características sociodemográficas generales: vivienda; DENT y DPNT*

	n=146	DENT	DPNT
Tipo de asentamiento			
Urbano	118 (80.8%)	\bar{X} = 67.22 meses	\bar{X} = 36.76 meses
Rural	28 (19.2%)	\bar{X} = 82.07 meses	\bar{X} = 42.57 meses
Estado de residencia			
Ciudad de México	73 (50%)	\bar{X} = 74.70 meses	\bar{X} = 39.27 meses
Estado de México	56 (38.4%)	\bar{X} = 56.73 meses	\bar{X} = 25.77 meses
Otro	17 (11.5%)	\bar{X} = 94.11 meses	\bar{X} = 71.51 meses

Nota: DENT (Duración de enfermedad no tratada), DPNT (Duración de psicosis no tratada).

Antecedentes y motivo de acudir a centro de salud mental

Respecto antecedentes heredofamiliares, 105 (71.9%) no contaban con antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental, mientras que 41 (28.1%) contaban con antecedentes; de las 42 personas, 28 (66.7%) tenían antecedentes de trastornos del espectro de la esquizofrenia, 6 (14.3%) antecedente de trastornos afectivos, 6 (14.3%) otro tipo de trastornos; la decisión de acudir a centro de atención en salud mental fue tomada en 60 (41.1%) por la madre de la persona, 26 (17.8%) por su hermano o hermana y 21 (14.4%) fue por indicación de alguna institución; el motivo de acudir al centro de salud mental fueron 49 (32.9%) por agresividad física o verbal, 27 (18.5%) por errores de juicio y conducta, 21 (14.4%) por comportamiento suicida y 21 (14.4%) por indicación de una institución; 82 (56.2%) de las personas recibió atención o tratamiento previo, dentro de los cuáles 36 (43.9%) fue atendido por servicio médico no psiquiátrico, 29 (35.4%) por servicio no médico como centros de rehabilitación o psicología y 17 (20.7%) por otro tipo de atención, como medicina alternativa, instituciones religiosas o atención por curanderos o brujos; la

descripción de los resultados se realiza en la Tabla 12, incluyendo separación de datos por sexo.

Antecedentes y motivo de acudir a centro de salud mental, DENT y DPNT

Se reporta la media de la DENT y DPNT, así como las características sobre antecedentes previo a acudir y recibir tratamiento por primera vez; respecto a la persona que decide acudir al centro de salud mental, los que tuvieron menor media de DENT fueron los que eran padre y madre, con una media de 43.85 meses y 49.50 meses respectivamente, respecto a DPNT los valores de media menor se encuentran en los padres y los que eran madre, con 20.50 meses y 22.06 meses de media, respectivamente; el motivo por el cual acuden a centro de salud, los que acudieron por síntomas negativos y por negativismo a la vía oral tuvieron los menores valores de media de DENT CON 31 y 34.25 meses respectivamente, en cuanto a DPNT los que acudieron por síntomas negativos y negativismo a la vía oral tuvieron los menores valores de media, con 2 y 7.75 meses respectivamente; los que no tuvieron atención o tratamiento previo presentaron menores valores de DENT y DPNT con 64.65 meses y 33.19 meses respectivamente, a diferencia de los que sí tuvieron; respecto al tipo de atención previa, los que tuvieron atención por servicio médico tuvieron una media de 62.41 meses de DENT, por otra parte, los que tuvieron atención por servicio no médico tuvieron una menor DPNT con una media de 32.66 meses; respecto a antecedentes heredofamiliares de salud mental, los paciente que contaban con antecedentes, en general presentaron mayor DENT con una media de 73.97 meses y DPNT con una media de 40.20; si se estudia por el tipo de antecedente de enfermedad mental, los pacientes con antecedente familiar de algún trastorno del espectro de la esquizofrenia tienen menor DENT con 47.55 meses de media, y una menor DPNT con una media de 21.83 meses, el resto de los resultados se describe en la Tabla 13.

Tabla 12*Características sociodemográficas generales: antecedentes*

	n=146	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Persona que decide acudir a centro de atención en salud mental			
Paciente	7 (4.8%)	5 (5.1%)	2 (4.3%)
Madre	60 (41.1%)	40 (40.4%)	20 (42.6%)
Padre	20 (13.7%)	18 (18.2%)	2 (4.3%)
Hermano (a)	26 (17.8%)	14 (14.1%)	12 (25.5%)
Pareja	4 (2.7%)	1 (1.0%)	3 (6.4%)
Referido por institución	21 (14.4%)	15 (15.2%)	6 (12.8%)
Otro	8 (5.5%)	6 (6.1%)	2 (4.3%)
Motivo por el cual acuden a centro de salud mental			
Errores de juicio y conducta	27 (18.5%)	13 (13.1%)	14 (29.8%)
Agresividad física o verbal	48 (32.9%)	37 (37.4%)	11 (23.4%)
Síntomas catatónicos	5 (3.4%)	4 (4.0%)	1 (2.1%)
Comportamiento suicida	21 (14.4%)	13 (13.1%)	8 (17.0%)
Negativismo a vía oral	4 (2.7%)	3 (3.0%)	1 (2.1%)
Ideas delirantes/ alucinaciones	12 (8.2%)	8 (8.1%)	4 (8.5%)
Síntomas negativos	2 (1.4%)	1 (1.0%)	1 (2.1%)
Disfunción social o laboral	6 (4.1%)	5 (5.1%)	1 (2.1%)
Indicado por institución	21 (14.4%)	15 (15.2%)	6 (12.8%)
Atención o tratamiento previo			
Sí	82 (56.2%)	56 (56.6%)	26 (55.3%)
No	64 (43.8%)	43 (43.4%)	21 (44.7%)
Servicio de atención previo	Total= 82	=56	=26
Atención por servicio médico	36 (43.9%)	25 (44.6%)	11 (42.3%)
Atención por servicio no médico	29 (35.4%)	21 (37.5%)	8 (30.8%)
Otro	17 (20.7%)	10 (17.9%)	7 (14.9%)
Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental			
Sí	41 (28.1%)	29 (29.3%)	12 (25.5%)
No	105 (71.9%)	70 (70.7%)	35 (74.5%)
Tipo de antecedente de enfermedad mental			
	Total= 42	Hombres =29	Mujeres =12
Espectro de la esquizofrenia	28 (66.7%)	17 (58.6%)	10 (83.3%)
Trastorno afectivo	6 (14.3%)	5 (17.2%)	1 (8.3%)
Comportamiento suicida	2 (4.8%)	2 (6.9%)	0 (0%)
Otros	6 (14.3%)	5 (17.2%)	1 (8.3%)

Tabla 13

Características sociodemográficas generales: antecedentes, DENT y DPNT

	n=146	DENT	DPNT
Persona que decide acudir a centro de atención en salud mental			
Paciente	7 (4.8%)	\bar{X} = 59.42 meses	\bar{X} = 27.28 meses
Madre	60 (41.1%)	\bar{X} = 49.40 meses	\bar{X} = 22.06 meses
Padre	20 (13.7%)	\bar{X} = 43.85 meses	\bar{X} = 20.50 meses
Hermano (a)	26 (17.8%)	\bar{X} = 107.5 meses	\bar{X} = 58.23 meses
Pareja	4 (2.7%)	\bar{X} = 79.50 meses	\bar{X} = 24.50 meses
Referido por institución	21 (14.4%)	\bar{X} = 82.76 meses	\bar{X} = 49.07 meses
Otro	8 (5.5%)	\bar{X} = 140.1 meses	\bar{X} = 116.1 meses
Motivo por el cual acuden a centro de salud mental			
Errores de juicio y conducta	27 (18.5%)	\bar{X} = 93.07 meses	\bar{X} = 63.81 meses
Agresividad física o verbal	48 (32.9%)	\bar{X} = 63.04 meses	\bar{X} = 31.98 meses
Síntomas catatónicos	5 (3.4%)	\bar{X} = 37.20 meses	\bar{X} = 20.40 meses
Comportamiento suicida	21 (14.4%)	\bar{X} = 55.80 meses	\bar{X} = 29.85 meses
Negativismo a vía oral	4 (2.7%)	\bar{X} = 34.25 meses	\bar{X} = 7.75 meses
Ideas delirantes/ alucinaciones	12 (8.2%)	\bar{X} = 57.33 meses	\bar{X} = 15.95 meses
Síntomas negativos	2 (1.4%)	\bar{X} = 31.00 meses	\bar{X} = 2.00 meses
Disfunción social o laboral	6 (4.1%)	\bar{X} = 117.3 meses	\bar{X} = 46.60 meses
Indicado por institución	21 (14.4%)	\bar{X} = 82.95 meses	\bar{X} = 48.72 meses
Atención o tratamiento previo			
Sí	82 (56.2%)	\bar{X} = 74.29 meses	\bar{X} = 41.55 meses
No	64 (43.8%)	\bar{X} = 64.65 meses	\bar{X} = 33.19 meses
Servicio de atención previo			
Atención por servicio médico	36 (43.9%)	\bar{X} = 62.41 meses	\bar{X} = 38.85 meses
Atención por servicio no médico	29 (35.4%)	\bar{X} = 74.06 meses	\bar{X} = 32.66 meses
Otro	17 (20.7%)	\bar{X} = 99.82 meses	\bar{X} = 61.76 meses
Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental			
	n=146		
Sí	41 (28.1%)	\bar{X} = 73.97 meses	\bar{X} = 40.20 meses
No	105 (71.9%)	\bar{X} = 68.54 meses	\bar{X} = 36.97 meses
Tipo de antecedente de enfermedad mental			
	Total= 42		
Espectro de la esquizofrenia	28 (66.7%)	\bar{X} = 47.55 meses	\bar{X} = 21.83 meses
Trastorno afectivo	6 (14.3%)	\bar{X} = 77.83 meses	\bar{X} = 59.50 meses
Comportamiento suicida	2 (4.8%)	\bar{X} = 270 meses	\bar{X} = 252 meses
Otros	6 (14.3%)	\bar{X} = 123.6 meses	\bar{X} = 33.0 meses

Nota: DENT (Duración de enfermedad no tratada), DPNT (Duración de psicosis no tratada).

Características clínicas al momento de acudir a centro de salud mental e inicio de tratamiento

Respecto a la sintomatología, 138 (94.5%) presentaron ideas delirantes al momento de acudir a valoración a centro de salud mental y recibir tratamiento de primera vez, 129 (88.4%) presentaron alucinaciones, 83 (56.8%) pensamiento desorganizado, 117 (80.1%) presentó comportamiento gravemente desorganizado o síntomas catatónicos, 142 (97.3%) síntomas negativos, 144 (98.6%) disfunción social o laboral, 58 (39.7%) se identificaron síntomas prodrómicos, 107 (73.3%) contaba con personalidad premórbida y 94 (64.4%) ameritó hospitalización; se describe la presencia de síntomas en la Tabla 14; posteriormente se detallan los síntomas presentados.

Tabla 14

Síntomas al momento de acudir por primera vez a centro de salud mental

	n=146	Hombres (h=99)	Mujeres (m=47)
Síntomas			
Ideas delirantes	138 (94.5%)	95 (96%)	43 (91.5%)
Alucinaciones	129 (88.4%)	89 (89.9%)	40 (85.1%)
Pensamiento desorganizado	83 (56.8%)	57 (57.6%)	26 (55.3%)
Comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos	117 (80.1%)	77 (77.8%)	40 (85.1%)
Síntomas negativos	142 (97.3%)	96 (97%)	46 (97.9%)
Disfunción social o laboral	144 (98.6%)	97 (98%)	47 (100%)
Síntomas prodrómicos	57 (39.0%)	32 (33.3%)	25 (53.2%)
Personalidad premórbida	107 (73.3%)	74 (74.7%)	33 (70.2%)
Paciente hospitalizado posterior a la valoración	94 (64.4%)	67 (67.7%)	27 (57.4%)

Características clínicas al momento de acudir a centro de salud mental e inicio de tratamiento, DENT y DPNT

Se reporta la media de la DENT y DPNT, así como las características clínicas al momento de acudir por primera vez a centro de salud mental y recibir tratamiento; respecto al síntoma que presentó menor DENT fueron los pacientes que tuvieron síntomas prodrómicos con 61.01 meses de media, al igual que tuvieron una menor DPNT con 22.65 meses; en cuanto a personalidad premórbida, los pacientes tuvieron una DENT y DPNT media de 80.61 meses y 44.02 meses, respectivamente; respecto a los pacientes que fueron hospitalizados en su primer valoración, tuvieron una DENT y DPNT media de 58.40 y 28.91 meses respectivamente; el resto de los resultados se describe en la Tabla 15.

Tabla 15

Síntomas al momento de acudir por primera vez a centro de salud mental, DENT y DPNT

	n=146	DENT	DPNT
Síntomas			
Ideas delirantes	138 (94.5%)	\bar{X} = 71.32 meses	\bar{X} = 38.35 meses
Alucinaciones	129 (88.4%)	\bar{X} = 72.27 meses	\bar{X} = 40.68 meses
Pensamiento desorganizado	83 (56.8%)	\bar{X} = 70.18 meses	\bar{X} = 42.37 meses
Comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos	117 (80.1%)	\bar{X} = 69.16 meses	\bar{X} = 36.06 meses
Síntomas negativos	142 (97.3%)	\bar{X} = 72.01 meses	\bar{X} = 38.69 meses
Disfunción social o laboral	144 (98.6%)	\bar{X} = 70.95 meses	\bar{X} = 38.15 meses
Síntomas prodrómicos	57 (39.0%)	\bar{X} = 61.01 meses	\bar{X} = 22.65 meses
Personalidad premórbida	107 (73.3%)	\bar{X} = 80.61 meses	\bar{X} = 44.02 meses
Paciente hospitalizado posterior a la valoración	94 (64.4%)	\bar{X} = 58.40 meses	\bar{X} = 28.91 meses

Nota: DENT (Duración de enfermedad no tratada), DPNT (Duración de psicosis no tratada).

Ideas delirantes

Del total de pacientes, 138 reportaron la presencia de ideas delirantes previo a su atención, la edad de inicio del síntoma ideas delirantes fue de 21.97 años, valor mínimo de 12 años y máximo de 48 años, desviación estándar de ± 7.02 años; la duración del síntoma ideas delirantes previo a su atención tuvo una media de 37.15 meses, valor mínimo de 0.06 meses y máximo de 480 meses, con una desviación estándar de ± 73.88 meses; el resto de los resultados se describe en la Tabla 16, separándose la información por sexo.

Tabla 16

Presencia de ideas delirantes

	Total = 138	Hombres =95	Mujeres =43
Edad de inicio de ideas delirantes	\bar{X} = 21.97 años Mínimo: 12 años Máximo= 48 años S= ± 7.02 años	\bar{X} = 21.20 años Mínimo: 12 años Máximo= 48 años S= ± 6.40 años	\bar{X} = 23.69 años Mínimo: 12 años Máximo= 43 años S= ± 8.05 años
Tiempo de duración de ideas delirantes previo a atención	\bar{X} = 37.15 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 480 meses S= ± 73.88 meses	\bar{X} = 26.54 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 336 meses S= ± 46.07 meses	\bar{X} = 60.60 meses Mínimo: 0.30 meses Máximo= 480 meses S= ± 110.63 meses

Alucinaciones

Del total de pacientes, 129 pacientes presentaron alucinaciones auditivas, la edad de inicio de alucinaciones auditivas tuvo una media de 22.21 años, valor mínimo de 7 años y máximo de 48 años, con una desviación estándar de ± 7.27 ; la duración de las alucinaciones previo a su atención médica tuvo una media de 36.55 meses, valor mínimo de 0.06 meses y máximo de 480 meses, con una desviación estándar de ± 74.57 meses; el resto de los resultados se describe en la Tabla 17, separándose la información por sexo.

Tabla 17*Presencia de alucinaciones*

	Total = 129	Hombres =89	Mujeres =40
Edad de inicio de alucinaciones	\bar{X} = 22.21 años Mínimo: 7 años Máximo= 48 años S= \pm 7.27 años	\bar{X} = 21.70 años Mínimo: 12 años Máximo= 48 años S= \pm 6.71 años	\bar{X} = 23.35 años Mínimo: 7 años Máximo= 43 años S= \pm 8.38 años
Tiempo de duración de alucinaciones previo a atención	\bar{X} = 36.55 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 480 meses S= \pm 74.57 meses	\bar{X} = 23.91 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 312 meses S= \pm 42.65 meses	\bar{X} = 64.66 meses Mínimo: 0.50 meses Máximo= 480 meses S= \pm 113.89 meses

Pensamiento desorganizado

Del total de pacientes, 83 pacientes presentaron pensamiento desorganizado, la edad de inicio con media de 22.57 años, valor mínimo de 12 años y máximo de 43 años, con una desviación estándar de \pm 7.1 años, la duración de este síntoma previo a su atención tuvo una media de 32.25 meses, valor mínimo de 0.06 meses y máximo de 480 meses, desviación estándar de \pm 78.94; el resto de los resultados se describe en la Tabla 18, separándose la información por sexo.

Comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos

Del total de pacientes, 117 presentaron comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos, la edad de inicio tuvo una media de 23.17 años, valor mínimo de 12 años y máximo de 49 años, con una desviación estándar de \pm 7.67 años, la duración de este síntoma tuvo una media de 18.43 meses, valor mínimo de 0.06 meses y máximo de 480 meses, con desviación estándar de \pm 58.21 meses; el resto de los resultados se describe en la Tabla 19, separándose la información por sexo.

Tabla 18*Presencia de pensamiento desorganizado*

	Total = 83	Hombres =57	Mujeres =26
Edad de inicio de pensamiento desorganizado	\bar{X} = 22.57 años Mínimo: 12 años Máximo= 43 años S= \pm 7.1 años	\bar{X} = 21.50 años Mínimo: 12 años Máximo= 43 años S= \pm 6.28 años	\bar{X} = 24.92 años Mínimo: 16 años Máximo= 43 años S= \pm 8.29 años
Tiempo de duración de pensamiento desorganizado previo a atención	\bar{X} = 32.25 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 480 meses S= \pm 78.94 meses	\bar{X} = 18.61 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 180 meses S= \pm 34.34 meses	\bar{X} = 62.14 meses Mínimo: 0.25 meses Máximo= 480 meses S= \pm 128.24 meses

Tabla 19*Presencia de comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos*

	Total = 117	Hombres =77	Mujeres =40
Edad de inicio de comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos	\bar{X} = 23.17 años Mínimo: 12 años Máximo= 49 años S= \pm 7.67 años	\bar{X} = 22.12 años Mínimo: 12 años Máximo= 43 años S= \pm 6.77 años	\bar{X} = 25.20 años Mínimo: 16 años Máximo= 49 años S= \pm 11.84 años
Tiempo de duración de comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos previo a atención	\bar{X} = 18.43 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 480 meses S= \pm 58.21 meses	\bar{X} = 13.09 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 156 meses S= \pm 25.22 meses	\bar{X} = 28.71 meses Mínimo: 0.10 meses Máximo= 480 meses S= \pm 93.13 meses

Síntomas negativos

Del total de pacientes, 142 presentaron síntomas negativos, la edad de inicio tuvo una media de 19.69 años, valor mínimo de 12 años y máximo de 47 años, con una desviación estándar de ± 5.95 años, la duración de este síntoma previo a su atención fue de 64.84 meses, valor mínimo de 0.50 meses y máximo de 480 meses, con una desviación estándar de ± 84.82 meses; el resto de los resultados se describe en la Tabla 20, separándose la información por sexo.

Tabla 20

Presencia de síntomas negativos

	Total = 142	Hombres =96	Mujeres =46
Edad de inicio de síntomas negativos	\bar{X} = 19.69 años Mínimo: 12 años Máximo= 47 años S= ± 5.95 años	\bar{X} = 18.76 años Mínimo: 12 años Máximo= 47 años S= ± 5.36 años	\bar{X} = 21.50 años Mínimo: 12 años Máximo= 43 años S= ± 6.74 años
Tiempo de duración de síntomas negativos previo a atención	\bar{X} = 64.84 meses Mínimo: 0.50 meses Máximo= 480 meses S= ± 84.82 meses	\bar{X} = 56.14 meses Mínimo: 0.50 meses Máximo= 360 meses S= ± 65.89 meses	\bar{X} = 83.02 meses Mínimo: 1.00 meses Máximo= 480 meses S= ± 113.49 meses

Disfunción social o laboral

Del total de pacientes, 144 presentaron disfunción laboral o social, la edad de inicio tuvo una media de 20.77 años, valor mínimo de 12 años y máximo de 47 años, con desviación estándar de ± 6.80 años, la duración de este síntoma previo a su atención fue de 50.52 meses, valor mínimo de 0.06 meses y máximo de 480 meses, desviación estándar de ± 79.06 meses; el resto de los resultados se describe en la Tabla 21, separándose la información por sexo.

Tabla 21*Presencia de disfunción social o laboral*

	Total = 144	Hombres =97	Mujeres =47
Edad de inicio de disfunción social o laboral	\bar{X} = 20.77 años Mínimo: 12 años Máximo= 47 años S= \pm 6.80 años	\bar{X} = 20.01 años Mínimo: 12 años Máximo= 47 años S= \pm 6.36 años	\bar{X} = 22.42 años Mínimo: 15 años Máximo= 43 años S= \pm 7.39 años
Tiempo de duración de disfunción social o laboral previo a atención	\bar{X} = 50.52 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 480 meses S= \pm 79.06 meses	\bar{X} = 40.09 meses Mínimo: 0.06 meses Máximo= 360 meses S= \pm 54.51 meses	\bar{X} = 72.05 meses Mínimo: 0.50 meses Máximo= 480 meses S= \pm 111.93 meses

Síntomas prodrómicos

Respecto a síntomas prodrómicos, se presentaron en 57 pacientes, con una edad de inicio media de 17.91 años, rango mínimo de 8 años y máximo de 43 años, con desviación estándar de 6.26 años, la duración de los mismos se encuentra con una media de 14.79 meses, valor mínimo de 0.10 meses y máximo de 96 meses, desviación estándar de \pm 19.79 meses; el resto de los resultados se describe en la Tabla 22, separándose la información por sexo.

Escala BPRS

A 39 pacientes se les aplicó escala de BPRS en su primer valoración, obteniéndose una media de 32.43, valor mínimo de 15 y máximo de 60, con desviación estándar de \pm 9.27; 28 fueron hombres, con una media de puntaje de 31.17, un puntaje mínimo de 15 y máximo de 52, con desviación estándar de \pm 8.53; en el caso de las mujeres, un total de 11

pacientes, con una media de puntaje de 35.63, un puntaje mínimo de 18 y máximo de 60, con desviación estándar de ± 10.71 .

Tabla 22

Presencia de síntomas prodrómicos

	Total = 57	Hombres =32	Mujeres =25
	\bar{X} = 17.91 años	\bar{X} = 16.96 años	\bar{X} = 19.12 años
Edad de inicio de disfunción social o laboral	Mínimo: 8 años	Mínimo: 11 años	Mínimo: 8 años
	Máximo= 43 años	Máximo= 35 años	Máximo= 43 años
	S= ± 6.26 años	S= ± 5.13 años	S= ± 7.40 años
Tiempo de duración de disfunción social o laboral previo a atención	\bar{X} = 14.79 meses	\bar{X} = 9.47 meses	\bar{X} = 21.6 meses
	Mínimo: 0.10 meses	Mínimo: 0.10 meses	Mínimo: 1 mes
	Máximo= 96 meses	Máximo= 36 meses	Máximo= 96 meses
	S= ± 19.79 meses	S= ± 8.4 meses	S= ± 27.15 meses

Tiempo total de enfermedad no tratada hasta la actualidad

Se logra identificar y describir la evolución en 82 pacientes hasta la actualidad respecto al tiempo que no han recibido tratamiento, con una media de 90.90 meses, mínima de 0.06 meses y máxima de 480 meses, con desviación estándar de ± 94.82 meses; respecto a hombres, se identifican 53 casos, con una media de 77.68 meses, mínima de 0.06 meses y máxima de 360 meses, con desviación estándar de ± 70.09 meses; respecto a mujeres, se identifican 29 casos, con una media de 115.05 meses, mínima de 12 meses y máxima de 480 meses, con desviación estándar de ± 126.31 meses.

6. DISCUSIÓN

La DENT en personas que viven con esquizofrenia y las características sociodemográficas de la población son el eje principal de este estudio, sin embargo, también es importante el estudio de la DPNT, ya que se ha visto que ambas variables impactan de forma negativa, cuando presentan mayor duración, en el pronóstico de la enfermedad, siendo la DPNT una variable más utilizada en su estudio por tener manifestaciones más evidentes. Así mismo, la información al respecto de DENT, es escasa en el mundo y en nuestro país.

En cuanto a la DENT se obtuvo una media de 70.06 meses \pm 84.54 meses, como se menciona anteriormente no existen muchos estudios al respecto, obteniéndose una media mayor en comparación a un estudio realizado por Nkire (Nkire, 2021) en una población irlandesa, en donde se encontró una media de DENT de 36.8 semanas; por otra parte llama la atención que la DENT es mayor en mujeres en nuestro estudio, llegando a presentar una media de 95.70 meses \pm 112.14 meses en comparación a hombres con una media de \pm 57.90 meses, es decir, una diferencia mayor a 3 años; mismos resultados que se repiten en otras variables del estudio, siendo mayor la duración de síntomas en mujeres que en hombres.

Para la DPNT en nuestro estudio se obtuvo una media de 37.90 meses \pm 72.58, siendo esperado un resultado menor que de DENT; la DPNT obtenida es mayor que el promedio global, siendo este de 61 semanas (Penttilä, 2014), mayor a la media estadounidense de 74 semanas (Kane, J.M., et al., 2016), a la media mexicana reportada por García (García Isis, F.A., et al., 2008) de 64 semanas, y menor a la reportada en un estudio previo en nuestro hospital (Buchán-López, R., 2016) de 42.7 ± 48.8 meses en mujeres y 36.9 ± 30.5 en hombres, encontrándose en nuestro estudio una media menor en hombres y mayor en mujeres; comparándose la media por sexos, de igual forma se obtiene mayor DPNT en

mujeres que en hombres, mayor al doble, hombres con media de 27.92 ± 45.26 meses y mujeres de 58.72 ± 107.36 meses.

Respecto a lo observado en variables sociodemográficas, en cuanto al estado civil encontramos que la mayor prevalencia es el estado civil soltero, siendo casi la totalidad en hombres con un 98%, a diferencia de mujeres con un 80.9%, y al compararse DENT y DPNT cobra mayor relevancia, al encontrarse en las personas solteras una media de 65.23 meses y 34.15 meses respectivamente, en comparación de las personas casadas, cuya media de DENT es mayor al ser de 71 meses, pero la DPNT baja a 13.4 meses, son pocos los casos de personas casadas, siendo su totalidad cinco mujeres, sin embargo se describe que un mayor soporte familiar presenta una menor DPNT. En cuanto a religión, encontramos una prevalencia similar respecto a ambos sexos, siendo las más prevalentes la religión católica y cristiana; al valorar la media de DENT y DPNT se observan valores de media menor en religiones como testigo de jehová, agnóstico, en otras y ninguna. Respecto a escolaridad, se observó que la mayoría de las personas del estudio tenían una escolaridad básica y media, encontrándose el 66.4% con una escolaridad entre secundaria y preparatoria, llama la atención que en general este grupo tiene los menores valores de DENT y DPNT, por el contrario, los que se encontraban con menor y mayor escolaridad a la referida presentan valores de media mayor al promedio general de DENT y DPNT, es decir, las personas que tenían una mayor escolaridad no presentaron menor DENT ni DPNT. En cuanto a vida laboral, al inicio de los síntomas la mayor parte de la población es estudiante con un 60.3%, observándose cómo la evolución del padecimiento condiciona disfunción laboral, presentando al diagnóstico un 71.9% de población desempleada y en la actualidad un 82.9%, coincidiendo con los reportes previos de que el padecimiento condiciona en un 80% discapacidad (SSA, 2001), así mismo difiere el porcentaje de desempleo al inicio de la enfermedad con otros estudios (Neill, 2020)

en donde se reporta una prevalencia de desempleo de 65.3% y 71.10% al inicio de los síntomas.

En cuanto al uso de sustancias psicoactivas, el 41.8% lo presentaban, observándose diferencias respecto al sexo, con la mitad de la población de hombres con consumo referido, con una menor prevalencia en mujeres siendo del 21.3%, resultados que son similares a una revisión sistemática realizada por Hunt (Hunt, 2018), en donde se reporta un consumo de sustancias del 41.7%, 48% en hombres y 21.8% en mujeres; en cuanto a DENT y DPTN, se obtuvieron valores de media menores en las personas que tenían uso de sustancias psicoactivas; respecto al tipo de sustancia, en nuestro estudio encontramos diferencias entre sexos, teniendo la cannabis una mayor prevalencia de uso en hombres con el 76.5%, y en mujeres ocupando el 40% junto con alcohol en 40%, en comparación a otros estudios (Hunt, 2018) en donde se encontraba una prevalencia de uso de cannabis del 23-35%, así como una prevalencia de uso de alcohol del 24.3%, no se realiza distinción por sexos en dicha revisión, en un estudio realizado en población australiana se encontró (Neill, 2020) una prevalencia de consumo de cannabis en personas con esquizofrenia de 81.3% y 64.3% de hombres y mujeres respectivamente; en cuanto a la DENT y DPNT, las personas con consumo de tabaco tuvieron los valores de media mayores, seguido por los que consumían cannabis, presentando menores valores las personas con uso de estimulantes u otras sustancias.

Por otra parte, en las variables sociodemográficas de los familiares, encontramos una mayor prevalencia de familiares cuidadores primarios de sexo mujer, con un 74%, encontrándose diferencias respecto a la DENT y DPNT, con valores menores cuando el cuidador primario era hombre, con una diferencia de aproximadamente un año menor, con DENT de 61.37 meses (mujeres de 73.13 meses) y DPNT de 28.27 meses (mujeres 41.30 meses); comparando los resultados de nuestro estudio con una revisión retomada por el

departamento de psiquiatría de San Antonio Texas (Kamil, 2019), el porcentaje de cuidadores primarios del sexo femenino oscila entre 42.3-87.7%. Respecto al estado civil de los familiares, el 50% eran casados, porcentaje menor comparado a estudios previos (Kamil, 2019) en donde llega a presentarse del 61.6-89.1%, en nuestro estudio, el grupo de cuidadores primarios casados fue en donde se encontraron valores de DENT y DPNT media menores en comparación a otros con 63.81 meses y 28.22 meses respectivamente; el grupo de personas con estado civil viudo, también presentó menores valores, con DENT de 32.75 meses y DPNT de 7.62 meses, pero con un porcentaje de población menor, siendo de 5.5%; los pacientes que provienen de una familia integrada, presentan menores valores de DENT y DPNT; respecto a su religión, encontramos prevalencias similares respecto a los pacientes, de nueva cuenta los que no pertenecen al grupo de personas católicas o cristianas presentan menores valores de DENT y DPNT. Al hablar de escolaridad, encontramos resultados similares a los pacientes, los familiares que se encuentran con un nivel de escolaridad básico a media superior (representando el 80.8%) cuentan con menores valores de DENT y DPNT, a diferencia de los extremos (sin estudios, estudios de licenciatura o posgrado) quienes presentan valores similar a la media general o mayores; respecto a su ocupación, los familiares que no presentaban vida laboral de ningún tipo (desempleados) se encontraron con valores de DENT y DPNT por arriba de la media general, con 89.44 meses y 60.61 meses respectivamente; de nueva cuenta se describe que un mayor soporte social y familiar presenta valores menores de tiempo.

Al respecto de las condiciones de vivienda, los pacientes que viven en un medio urbano presentan valores similares a la media general de DENT y DPNT, en comparación a los que viven en un medio rural, con valores mayores, presentando una DENT de 82.07 meses y 45.57 meses respectivamente; por otra parte, los que vivían en la Ciudad de México

contaban con valores similares a la media general, los del Estado de México presentaban valores menores con una DENT media de 56.73 meses y DPNT de 25.77 meses, y los que provenían de otros estados presentan valores mayores llegando a una DENT de 94.11 meses y DPNT de 71.51 meses.

En cuanto a las condiciones y antecedentes que condicionaron acudir por primera vez a centro de salud mental y recibir tratamiento llama la atención que los porcentajes al respecto de la persona que decide acudir al centro de salud mental son similares en hombres y mujeres excepto cuando el que decide llevar al paciente es el padre, con mayor porcentaje si el paciente es hombre, con un 18.2%, a diferencia si es mujer, con un 4.3%, así mismo, cambia al referirse si la persona que decide llevarlo son los hermanos, al presentar los hombres un porcentaje de 14.1% en comparación de las mujeres con un 25.1%; se obtienen resultados similares a los reportados (Kamil, 2019), teniendo una mayor prevalencia que el familiar cuidador primario sea la madre, con porcentajes similares respecto a los padres y hermanos. En cuanto a la DENT y DPNT, tienen valores de media menores cuando el familiar es el padre, madre y pareja, inclusive el mismo paciente que acude por darse cuenta de su sintomatología, encontrándose los valores más altos cuando el que decide llevar al paciente es el hermano, indicado por una institución u otro.

Respecto al motivo por el que acuden a valoración, los que presentan más prevalencia son los que condicionan mayor disruptividad social, es decir la agresividad física o verbal y los errores de juicio y conducta con 32.9% y 18.5% respectivamente; teniendo en los pacientes que acuden por errores de juicio y conducta una media mayor de DPNT en comparación a otros motivos, con 63.81 meses y el segundo valor de DENT más elevado en esta categoría, con 93.07 meses de media; por otra parte, los que acuden propiamente por los

síntomas de la enfermedad, es decir, ideas delirantes, alucinaciones, síntomas negativos, son los que presentan menor DENT y DPNT.

Tratándose de atención previa a llegar a centro de salud mental y recibir tratamiento, los porcentajes respecto al sexo son similares; presentando, en general, atención previa el 56.2%, un total de 82 pacientes. De éstos, el 43.9% fue atendido por personal médico no psiquiatra, siendo el principal servicio por el cual se solicita atención; al igual que lo referido en otros estudios en nuestro país (García Isis, F.A., et al., 2008), encontramos que las personas que acuden en primera instancia a centros religiosos o místicos, presentan mayores niveles de DENT y DPNT, con una media de 99.82 meses y 61.6 meses respectivamente, los que acuden a centros de atención médica no psiquiátrica tienen valores de media similar al promedio general.

En cuanto a antecedentes familiares de enfermedad mental, los valores de DENT y DPNT, en los pacientes que sí tenían antecedentes, fueron mayor al promedio general, con 73.97 meses y 41.55 meses, sin embargo, al considerar el tipo de antecedente, se observan valores menores en los pacientes que tenían antecedente de familiar con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, con una media menor de DENT y DPNT siendo de 47.55 meses y 21.83 meses, por lo que haría pensar que el conocimiento de la enfermedad y sus características clínicas, haría que las personas acudieran antes a recibir tratamiento.

Por otra parte, al considerarse las características clínicas, la mayoría de pacientes cumple con todos los criterios clínicos propuestos por el DSM-5, siendo los síntomas prodrómicos los menos referidos por familiares, pacientes o el expediente clínico; al considerarse la media de DENT y DPNT por la prevalencia de los síntomas, se encuentran valores cercanos a la media general en ambos casos, exceptuando a los que presentaron o se identificaron síntomas prodrómicos, los cuales presentan valores de media menor, teniendo

una media de DENT de 61.01 meses y de DPNT de 22.65 meses. Es importante señalar, que el 64.4% de los pacientes, al momento de acudir a valoración por primera vez a una unidad de salud mental, ya contaban con gravedad suficiente que ameritaba tratamiento intrahospitalario; a su vez, los pacientes que contaban con personalidad premórbida, es decir el 73.3% de la población de este estudio, presentaron los valores de media mayor de DENT y DPNT, con 80.61 meses y 44.02 meses, lo que supondría una normalización del comportamiento previo al inicio de los síntomas pudiera condicionar un mayor tiempo de evolución sin tratamiento.

En cuanto a la edad de inicio de instauración de los síntomas, se observa una edad media similar a lo descrito en estudios epidemiológicos previos a nivel mundial (Hafner, 1994; Neil, 2020) así como en estudios realizados en nuestro hospital (Buchán-López, R., 2016), siendo de 19.13 años, en hombres de 18.48 años y mujeres de 20.48 años; con una diferencia de 2-3 años por cada síntoma estudiado; se observa que en cuanto a duración de síntomas, estudiado por cada síntomas, tienden a presentarse valores mayores en la población de mujeres de nuestro estudio, lo que se también se observa al presentar valores mayores de DENT y DPTN en esta población. El síntoma que presenta menor duración es el comportamiento desorganizado o síntomas catatónicos, teniendo una duración media de 18.43 meses, observándose que síntomas que condicionan mayor disrupción social son los que presentan menor duración, a diferencia de los que no, como los síntomas negativos, llegando a presentar una media de 64.84 meses de duración previo a la atención.

En cuanto a la aplicación de la escala BPRS, 39 pacientes contaban con ella, como se menciona este estudio es transversal y retrolectivo, por lo que no se tiene conocimiento exacto de la forma de aplicación de dicha escala y fue realizada por distintos médicos; así mismo, respecto a la duración de enfermedad no tratada total, considerada como el tiempo

total sin tratamiento a la actualidad se obtiene un resultado mayor a la DENT que es esperado por definición, sin embargo dada la población heterogénea y el desconocimiento con exactitud de la evolución posterior a la primera valoración, es un dato que no se toma en cuenta para la discusión.

7. CONCLUSIÓN

La DENT y la DPNT en la población de personas que viven con esquizofrenia de nuestro hospital es elevada, llegando a más del doble de la media global, lo que está relacionado con peor pronóstico en la evolución de estas personas, lo que condiciona peor calidad de vida para pacientes y familiares, con mayor intensidad de síntomas y mayores costos en atención, tanto para los pacientes y familiares como para las instituciones de salud; con este estudio se identificaron las características sociodemográficas y clínicas que presentaban mayor tiempo de DENT y DPNT, así como las de menor tiempo. Estas características están relacionadas, en su mayoría, a las determinantes sociales en salud mental.

Las características en las que se vieron mayores niveles de DENT y DPNT fueron del paciente, ser soltero, mujer, religión cristiana, educación primaria o inferior y educación universitaria o superior, desempleo, consumo de sustancias como cannabis o tabaco; del familiar, mujer, estado civil soltero, no contar con estudios o estudios de licenciatura o superior, ser desempleado; de la vivienda, pertenecer a medio rural, fuera del área metropolitana; de los antecedentes, haber recibido atención previa diferente a la salud mental; contar con personalidad premórbida.

Las características en las que se vieron menores niveles de DENT y DPNT fueron del paciente, estar casado, contar con educación secundaria o preparatoria, uso de sustancias

como estimulantes o alcohol; del familiar, hombre, estar casado, educación básica o media superior, contar con empleo; de la vivienda, medio urbano, vivir en área metropolitana; que el paciente viva con sus padres o pareja; así como tener conocimiento de la enfermedad previamente en la familia por antecedentes de familiar con diagnóstico de esquizofrenia.

Con lo anterior, se hace visible que es necesario trabajar en medidas de atención primaria a la salud que incluyan estrategias de educación en salud mental para la identificación de inicio de síntomas de trastornos mentales, en este caso a los del espectro de la esquizofrenia, no sólo en lo que respecta a los síntomas psicóticos, sino a los que preceden al mismo que son indicadores del inicio de la enfermedad, encontrándose en nuestro estudio una diferencia de medias de 2.75 años entre el inicio de síntomas psicóticos y el inicio de la enfermedad, uno de los objetivos de estudio.

La identificación oportuna de las personas que viven con esquizofrenia favorecería la instauración de tratamiento adecuado; para esto, las estrategias de educación para la salud mental, que están dirigidas a la población en general, deben hacer énfasis en los componentes de salud mental, definida como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2018); con los resultados de este estudio, se observa que estas estrategias deben reforzarse en la identificación de los síntomas de esquizofrenia en poblaciones jóvenes, de poblaciones rurales, con menor soporte familiar y social, que cuenten con antecedentes de enfermedad mental, con uso de sustancias psicoactivas; a su vez, informar y educar a centros residenciales (centros de rehabilitación tipo anexo) y centros religiosos que pueden ser las primeras instancias a las que acuden las personas ante la presencia de síntomas de la enfermedad, y se observa que pueden retrasar el inicio del tratamiento.

Así mismo, es relevante la capacitación del personal de salud en general (personal de medicina, enfermería, trabajo social, psicología, entre otros) para la identificación y tratamiento inicial de trastornos psicóticos, de salud mental en general y los relacionados al uso de sustancias psicoactivas, desde un nivel de atención comunitario hasta centros de alta especialización, ya que muchas veces son el primer contacto con un personal de salud, antes de acudir a un centro de salud mental o incluso son el único recurso de salud con el que cuentan algunas poblaciones de nuestro país.

Lo anterior se propone al observarse que las personas (pacientes o familiares) de nuestro estudio que tenían conocimiento previo sobre la enfermedad, presentaron menor temporalidad de DENT y DPNT. Por otra parte, se propone mejorar redes de soporte social y familiar de la población, mediante la implementación de políticas públicas en salud y seguridad social diseñadas y dirigidas poblaciones vulnerables. Así mismo, todas estas estrategias deberán incluir un enfoque de género, ya que se observa, en la población de mujeres de nuestro estudio, los tiempos de duración de la enfermedad, llegaban a ser mayores, incluso duplicarse.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran que es un estudio descriptivo, no se realiza correlación de variables, por lo que los datos se infieren por medio de estadísticos descriptivos; a su vez, una limitación es lo heterogéneo de la población, llegando a encontrarse diferencias entre los participantes por lo variado de sus determinantes sociales, que en algunos casos parecen influir en el resultado de su llegada a la atención a los servicios de salud mental (DENT y DPNT) de forma individual, presentando tiempos con gran diferencia, desde un día de evolución, hasta 40 años de evolución.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2016) Esquizofrenia. En *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (pp. 99-105). Editorial Médica Panamericana.
- Buchán-López, R. (2016), *Duración de psicosis no tratada en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Tesis publicada en Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/6A4D4FRVQ4EPXFYQT195MC4I5TS6DL5QX2DBYIUS5MGMYQQRGS-32489?func=full-set-set&set_number=741953&set_entry=000002&format=999
- Cannon, Tyrone D. (2015). How schizophrenia develops: cognitive and brain mechanisms underlying onset of psychosis. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(12), pp. 744–56. Recuperado de 10.1016/j.tics.2015.09.009.
- Castaño-Suárez, A.V. (2004). *Factores sociodemográficos que influyen en la asistencia por primera vez a un hospital en pacientes esquizofrénicos*. Tesis publicada en Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/1RTDL1IA9LSNX83YCF3KPDTM3LD99RG4NKDJYA73AE5TSD8XKD-30021?func=find-b&local_base=TES01&request=sociodemogr%C3%A1ficos+and+esquizofr%C3%A9nicos&find_code=WRD&adjacent=N&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=

- Cechnicki, Andrzej, et al. (2014). Duration of untreated psychosis (DUP) and the course of schizophrenia in a 20-Year follow-up study. *Psychiatry Research*, 219(3), pp. 420–25. Recuperado de 10.1016/j.psychres.2014.05.046.
- Chan, Vivien. (2017). Schizophrenia and psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), pp. 341–66. Recuperado de 10.1016/j.chc.2016.12.014.
- Farooq, Saeed, et al. (2009). The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: a systematic review and meta analysis. *Schizophrenia Research*, 109 (1-3), pp. 15–23. Recuperado de 10.1016/j.schres.2009.01.008.
- Fusar-Poli, P. et al. (2012) Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch. Gen. Psychiatry*, 69, pp. 220–229.
- García Isis, Fresán Ana, Medina-Mora María Elena, Ruiz Gabriela Mariana. (2008) Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental*, 31(6), pp. 479-485. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3252008000600008&lng=es
- Hafner H, et al. (1994) The epidemiology of early schizophrenia. Influence of age and gender on onset and early course. *British Journal of Psychiatry*. 23(Supp.). pp: 29–38.
- Hill, Michele, et al. (2012). Prospective relationship of duration of untreated psychosis to psychopathology and functional outcome over 12years.

- Schizophrenia Research*, 141 (2-3), pp. 215–21. Recuperado de 10.1016/j.schres.2012.08.013.
- Hunt, G.E., et al. (2018) Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drugs and alcohol dependence*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Jabar, Lana Saad Abdul, et al. (2021). Associations between duration of untreated psychosis and domains of positive and negative symptoms persist after 10 years of follow-up: a secondary analysis from the opus trial. *Schizophrenia Research*, 228, pp. 575–80. Recuperado de 10.1016/j.schres.2020.11.027.
- Kamil, S.H., Velligan, D.I. (2019) Caregivers of individuals with schizophrenia: who are they and what are their challenges?. *Wolters Kluvers Health, current opinion*. 32. pp. 157-163. Recuperado de: 10.1097/YCO.0000000000000492
- Kane, John M., et al. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), pp. 362–72. Recuperado de 10.1176/appi.ajp.2015.15050632.
- Levi, Linda, et al. (2020). Duration of untreated psychosis and response to treatment: an analysis of response in the OPTiMiSE cohort. *European Neuropsychopharmacology*, 32, pp. 131–35. Recuperado de 10.1016/j.euroneuro.2020.01.007
- Lyne, J., et al. (2014). Do psychosis prodrome onset negative symptoms predict first presentation negative symptoms?. *European Psychiatry*, 29(3), pp. 153–59. Recuperado de 10.1016/j.eurpsy.2013.02.003.

- Martínez-Madrigal, F.J. (1986). *Estudio sintomatológico basado en el B.P.R.S. de pacientes con esquizofrenia paranoide realizado en el Hospital psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez*. Tesis publicada en Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de https://tesiuam.dgb.unam.mx/F/MVUXNHGGHPMNDYG1FBVLNGA6YIJ2DA321ILTR8YMHDB5FY5INV-29317?func=full-set-set&set_number=741922&set_entry=000002&format=999
- McFarlane, William R. (2011). Prevention of the first episode of psychosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(1), pp. 95–107. Recuperado de 10.1016/j.psc.2010.11.012.
- Messias, Erick L., et al. (2007). Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), pp. 323–38. Recuperado de 10.1016/j.psc.2007.04.007.
- Neill, E., et al (2020) Examining which factors influence age of onset in males and females with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Recuperado de: 10.1016/j.schres.2020.08.011
- Nkire, Nnamdi, et al. (2021). Systematic comparison of duration of untreated illness versus duration of untreated psychosis in relation to psychopathology and dysfunction in the Cavan-Monaghan First Episode Psychosis Study (CAMFEPS). *European Neuropsychopharmacology*, 47, pp. 20–30. Recuperado de 10.1016/j.euroneuro.2021.03.003.
- Norman, Ross M. G., et al. (2005). Early Signs In Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193(1), pp. 17–23. Recuperado de 10.1097/01.nmd.0000149214.17924.d9.

- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018). *Salud Mental en México*. (pp. 1-6).
- Organización Mundial de la Salud. (2020) Esquizofrenia. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. Recuperado el 20 de junio de 2021.
- Organización Mundial de la Salud. (2000) Esquizofrenia. En *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnóstico de investigación: CIE-10: CDI-10*. (pp. 70-77). Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2018) Salud Mental. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Osorio-Martínez ML. (2017). Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *An Fac med* , 78(1), pp. 17-22.
- Overall, John E., Donald R. Gorham (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), pp. 799–812.
- Penttillä, M, et al. (2014) Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 205. Pp 88-94. Recuperado de: [10.1192/bjp.bp.113.127753](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753)
- Sánchez, R., et al. (2005). Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica*, 25(1).

- Secretaría de Salud. (2001). III Diagnóstico epidemiológico. Programa de Acción en Salud Mental. Pp. 43-57.
- Reza-Garduño, H, et al. (2014). *Clínica de Intervención Temprana para Pacientes con Primer Episodio Psicótico y Personas con Alto Riesgo de Psicosis*. Secretaría de Salud.
- Sadock, B.J., et al. (2015). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. *Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatría* (pp. 300-346) Editorial Wolters Kluwer.
- Srihari, Vinod H. (2018). Working toward changing the duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophrenia Research*, 193, pp. 39–40. Recuperado de [10.1016/j.schres.2017.07.045](https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.045).
- Vásquez, G. A., et al. (2013). Validación de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 64(3), pp. 185–98.
- Vergara-Hernández, Carlos, et al. (2013). Salud mental y bioética desde el análisis métrico de la literatura científica. Recuperado de [10.13140/2.1.4684.3688](https://doi.org/10.13140/2.1.4684.3688).
- Wright, Pdraig, et al. (2012) Core psychiatry (pp. 259-286), Editorial Elsevier.

9. ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento/asentamiento informado para paciente o familiar

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a _____ de _____ del 20__.

Protocolo: Duración de enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: características sociodemográficas y clínicas de pacientes y familiares

Registrado ante el Comité de Investigación con número: 905

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____

Nombre del investigador principal: LUIS ENRIQUE DÍAZ MARENCO

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de evaluar la duración de enfermedad no tratada en pacientes con esquizofrenia.

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista.

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.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

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. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

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 obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

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 de manera voluntaria en el estudio titulado: Duración de enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: características sociodemográficas y clínicas de pacientes y familiares

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

Anexo 2. Instrumento

Instrumento

Encuesta de evaluación de duración de enfermedad no tratada, características sociodemográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

Paciente:				Expediente:			
Diagnóstico actual:							
Características al momento de acudir por primera vez a centro de atención en salud mental e iniciar tratamiento							
Sexo:				Estado civil:			
Religión:				Escolaridad:			
Consumo de sustancias:				De contestar sí, ¿cuál era la de mayor impacto?			
Ocupación al inicio de padecimiento:				Ocupación al momento del diagnóstico:			
				Ocupación actual:			
Edad de inicio de síntomas:				Tiempo en que acuden a centro de atención en salud mental por primera vez:			
Edad al momento de acudir a centro de atención psiquiátrica:							
Diagnóstico inicial:							
Síntomas previo a acudir a centro de atención en salud mental por primera vez (A. edad de inicio, B. tiempo de aparición desde el inicio de enfermedad y C. duración del síntomas hasta acudir a centro de atención en salud mental):							
SÍNTOMA	A	B	C	SÍNTOMA	A	B	C
Ideas delirantes:				Alucinaciones:			
Pensamiento desorganizado:				Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado:			
Síntomas negativos:				Disfunción social/laboral:			
Síntomas prodrómicos:							
¿Fue hospitalizado el paciente posterior a su valoración?				En caso de responder sí, resultado Escala breve de apreciación psiquiátrica (BPRS) a su ingreso			
Familiar responsable al inicio de padecimiento							

Nombre y parentesco:			
Sexo:		Edad:	
Estado civil:		Escolaridad	
Religión:		Ocupación	
Otros			
Tipo de asentamiento de domicilio (rural/urbano) al inicio de padecimiento		Estado de residencia:	
Ingresos económicos al mes		Número de personas que habitan el domicilio	
Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental (previo al diagnóstico de esquizofrenia del paciente)		En caso de contestar sí, ¿cuál?	
¿Quién tomó la decisión de llevar al paciente a atención a centro de salud mental?			
Motivo por el cual acuden a centro de salud mental			
¿Recibió atención previa?	En caso de contestar sí, por parte de quién		

Anexo 3. Carta de aceptación de tutor

Ciudad de México a 20 de julio del 2021

DRA. LORENA LÓPEZ PÉREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis de Luis Enrique Díaz Marengo**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

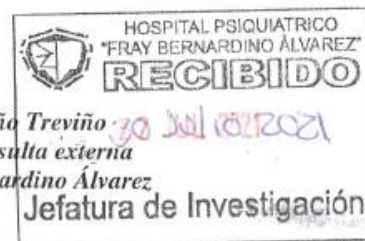
- a. *Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este*
- b. *Informar avance y seguimiento de la investigación*
- c. *Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación*

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo



ATENTAMENTE

Dr. Jesús Horacio Reza Garduño Treviño
Médico adscrito al servicio de consulta externa
del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez



Anexo 4. Carta de aceptación de servicio de comité de investigación



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

APROBACIÓN DE PROTOCOLO

Ciudad de México a 30 de agosto del 2021

DR. LUIS ENRIQUE DÍAZ MARENCO
PRESENTE

Con el presente le informo a usted que el **COMITÉ DE INVESTIGACIÓN** de este Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", revisó la segunda versión del protocolo titulado: **"DURACIÓN DE ENFERMEDAD NO TRATADA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES Y FAMILIARES"** (no. de registro 905), del cual es el investigador principal, y ha emitido el **DICTAMEN DE APROBADO**.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN


DR. HÉCTOR CABELLO RANGEL
COORDINADOR DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c.p.- **DRA. LORENA LÓPEZ PÉREZ**, - Presidente del Comité de Investigación
c.c.p.- Comité de Investigación

Calle Niza de Jefe N° 2, Esquina San Buenaventura Colonia Tlalpan, Código Postal 4600, Alameda Tlalpan en la Ciudad de México Tel: (55) 5653 4065, cvea 2060 y 2707

LLP/HCK/Vms

El presente documento es válido en su totalidad, sin necesidad de firma o sello.



Anexo 5. Carta de aceptación de servicio de comité de bioética



SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

Ciudad de México a 14 febrero 2022

Dr. Ricardo Mora Duran
Jefe de Unidad de Investigación, Enseñanza y Capacitación
Del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
PRESENTE:

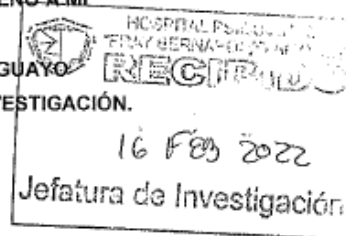
Informó a usted que el Comité de Ética en investigación ha revisado el Protocolo de Investigación titulado "Duración de la enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: características sociodemográficas y clínicas de pacientes y familiares" referido por el tesista Dr. Luis Enrique Díaz Marengo y al ser valorado exponemos las siguientes observaciones:

- Pregunta de investigación poco clara que limita la beneficencia de la investigación
- referir el tiempo transcurrido de la enfermedad sin tratamiento.
- Con el objetivo de no excluir a la población analfabeta se podría considerar firma o huella, ya que esta población sociodemográfica es un predictor de no atención oportuna.
- Especificar en qué área del hospital se recolectará la muestra.
- Presentar autorización de la carta de servicio donde se llevará a cabo.
- Describir la beneficencia de la investigación ya que se trata de un tema estudiado con profundidad en tiempos anteriores.

Conclusión: **Aprobado** con las anteriores observaciones

~~ATENTAMENTE
"HOMBRE SOY Y NADA HUMANO ES AJENO A MI"
DRA. RAQUEL ADRIANA ZENTENO AGUAYO
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.~~

C.c.p. Dr. Héctor Cabello Rangel, Jefe de Investigación.
C.c.p. Archivo



Anexo 6. Carta de solicitud de aplicación de instrumento en servicio de consulta externa

Ciudad de México, a 01 de septiembre del 2021

Asunto: Solicitud de autorización para realizar trabajo de investigación

Dr. José Ibarreche Beltrán
Jefe de servicios ambulatorios
Presente

Por medio del presente, solicito a usted autorización para llevar a cabo la obtención de muestra, en el servicio de *consulta externa*, para el protocolo titulado "Duración de enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: características sociodemográficas y clínica de pacientes y familiares", del cual soy investigador principal, con número de registro 905 del comité de investigación de este hospital.

Se realizará durante el periodo del 01 de septiembre de 2021 al 30 de abril del 2022, en donde se aplicará, previa firma de consentimiento informado para participación por los familiares de pacientes, un instrumento tipo encuesta, diseñado para el estudio.

Agradeciendo de antemano la atención del presente, envío un cordial saludo.



Atentamente

Dr. Luis Enrique Díaz Moreno
Médico Residente de tercer año de psiquiatría



01 SEP 2021

Jefatura De Servicios Ambulatorios
RECIBIDO



c.c.p. Dr. Josué Martínez Rico, Coordinador de la Consulta Externa
c.c.p. Dra. Lorena López Pérez, Presidente del comité de investigación.

Anexo 6. Carta de solicitud de aplicación de instrumento en servicio de urgencias

Ciudad de México, a 01 de septiembre del 2021

Asunto: Solicitud de autorización para realizar trabajo de investigación

Dra. Juana Ramírez Rivas
Jefe de servicio de urgencias
Presente

Por medio del presente, solicito a usted autorización para llevar a cabo la obtención de muestra, en el servicio de *urgencias*, para el protocolo titulado "Duración de enfermedad no tratada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: características sociodemográficas y clínica de pacientes y familiares", del cual soy investigador principal, con número de registro 905 del comité de investigación de este hospital.

Se realizará durante el periodo del 01 de septiembre de 2021 al 30 de abril del 2022, en donde se aplicará, previa firma de consentimiento informado para participación por los familiares de pacientes, un instrumento tipo encuesta, diseñado para el estudio.

Agradeciendo de antemano la atención del presente, envío un cordial saludo.



Atentamente

Dr. Luis Enrique Díaz Marengo
Médico Residente de tercer año de psiquiatría



Recibo original
01-09-21
[Signature]

c.c.p. Dra. Lorena López Pérez. Presidente del comité de investigación.