

Artículo original

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

Buchan-López R. (1); Corona-Hernández F. (2).

(1) Curso de Alta Especialidad en Neurobiología de la Esquizofrenia, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, SSA; (2) Profesor Titular del Curso de Alta Especialidad de Neurobiología de la Esquizofrenia, Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Resumen

Introducción: La esquizofrenia afecta del 0.55-1% de la población mundial. La atención psiquiátrica de estos pacientes se ha orientado hacia la intervención temprana, tratando de identificarlos en servicios de atención primaria debido a que la duración de la psicosis no tratada (DPNT) es un factor asociado al pronóstico. Existen pocos estudios en la población mexicana que exploren la DPNT. **Objetivo:** Conocer la DPNT en pacientes con un trastorno psicótico (no afectivo) y las variables sociodemográficas de los pacientes. **Materiales y métodos:** Se seleccionó una muestra no probabilística y por cuota de los expedientes clínicos de 100 pacientes (50% hombre y 50% mujeres) que acudieron al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para diagnóstico o seguimiento de un trastorno psicótico. **Resultados:** En las mujeres se encontró que la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 21.5 ± 5.3 años con una DPNT promedio de 42.7 ± 48.8 meses; mientras que en los hombres la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 18.7 ± 4.4 años con una DPNT promedio de 36.9 ± 30.5 meses. **Conclusiones:** Este estudio identifica que tanto los pacientes, sus familiares y los médicos de atención primaria, no detectan tempranamente las manifestaciones de las enfermedades mentales graves, por lo que no acuden, o son canalizados, a buscar ayuda especializada.

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

Abstract

Introduction: The prevalence of schizophrenia is about 0.55-1% worldwide. In recent years there has been an effort to detect the sign and symptoms of the disease as earlier as possible in the setting of primary attention services. Non Treated Duration of Psychoses (NTDP) is a relevant prognostic factor in schizophrenia patients. There are few studies about this topic in Mexican population. **Objective:** To identify duration of Non Treated Duration of Psychoses in psychotic disorders (non affective), and sociodemographic profile of patients. **Materials and methods:** A non probabilistic sample of 100 clinical files were selected from the ambulatory services at the Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez in Mexico City, there were 50% males and 50% females. **Results:** The mean age of first signs or symptoms of disease in women were 21.5 ± 5.3 years old and the mean duration of NTDP was 42.7 ± 48.8 months. In men the mean age of first signs and symptoms of disease were 18.7 ± 4.4 years and the mean duration of NTDP of 36.9 ± 30.5 months. **Conclusions:** This study remarks the fact that patients, their family and physicians of primary attention services do not identify early signs and symptoms of psychotic disorders and delay their proper attention.

Key words: psychotic disorders, schizophrenia, non treated duration of psychoses

Introducción

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

El médico de atención primaria debe dejar de ser un mero “filtro” hacia el segundo y tercer nivel de atención médica y se tiene que convertir en una figura clave en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Sin embargo, la relación entre el equipo de salud mental y el de atención primaria se considera insuficiente, a pesar de que ambos desarrollan trabajo en la comunidad y tratan a pacientes comunes, así como enfermedades muy relacionadas entre sí.^{5,6,7}

Son muchos los factores que interfieren en el diagnóstico temprano de la enfermedad mental por el médico de atención primaria, entre ellos están los factores sociodemográficos de la población que atiende y las capacidades y conocimientos del personal que los evalúa. En la actualidad es de crucial importancia identificar tempranamente los trastornos neuropsiquiátricos, canalizarlos oportunamente al nivel especializado de atención y disminuir con ello el deterioro en el funcionamiento global que producen a largo plazo.⁸

Realizar el diagnóstico temprano y una oportuna intervención de los trastornos psicóticos es un desafío transcendental para los servicios de salud en México, ya que éstos son fuente de discapacidad individual, estrés psicosocial y de catastróficos costos económicos tanto para la familia,⁹ como para los sistemas de atención médica.

A nivel mundial los trastornos psicóticos, del espectro esquizofrénico, afectan entre el 0.55-1% de la población y, por lo general, se manifiestan inicialmente con un primer episodio de síntomas psicóticos en la adolescencia o la vida adulta temprana¹⁰. Este período de vida del individuo es de especial importancia, ya que en éste se estructura una parte importante de la vida social y profesional de individuo, y en muchos casos inclusive se constituye el sistema familiar. Así mismo, actualmente se sabe que los trastornos psicóticos se encuentran entre las primeras

20 causas mundiales de años vividos con discapacidad (AVD) —encontrándose por arriba de la epilepsia, la cardiopatía isquémica y la enfermedad de Alzheimer—, y es por sus características clínicas y epidemiológicas que su impacto entre los pacientes conlleva una importante relevancia individual y social.

El principal problema asociado a estos trastornos es la incapacidad que ocasionan en diferentes áreas del funcionamiento general, por lo que la Organización Mundial de la Salud considera a la esquizofrenia como un problema de salud pública, situándola como la novena causa de discapacidad en el mundo.¹¹

Por otro lado, con una atención médica de rutina menos del 20% de los pacientes logran una recuperación completa después de un primer episodio psicótico¹² y menos del 30% logran un desarrollo laboral significativo o una educación adecuada para su edad,¹³ siendo esto último un factor que impacta en el ámbito sociocultural y en el desarrollo económico de los individuos y de su entorno.⁷

Desde hace una década, gracias al aumento en la investigación en el campo de la esquizofrenia, la atención psiquiátrica de estos pacientes se ha encaminado a generar los medios necesarios para una intervención temprana desde la atención primaria, ya que se ha observado que ésta puede mejorar significativamente el pronóstico de los pacientes. Con base en la literatura mundial, se describe que en los primeros 2 a 5 años después del inicio del trastorno psicótico se da gran parte del deterioro clínico y psicosocial, observándose un tercio de los suicidios en este grupo de pacientes;¹⁴ se dan las primeras hospitalizaciones, reingresos por recaídas y, en algunos grupos, es importante el problema de violencia con la intervención final del sistema jurídico como mediador. De forma significativa, también se identifica la presencia de disfunción neurocognitiva en este periodo.

Es por esto que algunos autores han planteado la hipótesis de un período crítico, en el que los esfuerzos de una prevención secundaria se podrían aprovechar para limitar las disfunciones a largo plazo, además de modificar varios factores pronósticos como el abuso de sustancias.¹⁵ Esta hipótesis, a su vez, ha estimulado una rica variedad de enfoques para la intervención temprana de estos trastornos.

El esfuerzo en el estudio de las características de los pacientes y su medio que se ha dado en las últimas décadas ha sido importante para determinar las variables que



favorecen a un diagnóstico temprano y, para ello, ha sido importante precisar la duración de la psicosis no tratada (DPNT). Este concepto es definido por Marshall et al. como el intervalo entre el primer episodio con síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento específico.¹⁶ Sin embargo, las estimaciones para determinar la DPNT pueden variar ampliamente entre los estudios, debido en parte a las diferencias en la definición y a la dificultad para medir el inicio de la sintomatología psicótica hasta la instauración de un tratamiento específico.

Sin embargo, en una revisión de 30 artículos, que incluyó a 3563 pacientes de 16 países, Anderson et al. proporcionaron una DPNT con una media de 21.6 semanas, con un intervalo de 4-68 semanas.¹⁷

En México, por otro lado, en un estudio realizado con pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría por Apiquián-Guitart et al. en 66 pacientes en su primer episodio psicótico —agrupados en psicosis afectivas y no afectivas— estos autores reportaron una DPNT de 54 ± 5.9 semanas, con una mediana de 27 semanas, no observando diferencias entre el grupo de pacientes con psicosis afectivas y no afectivas con respecto al periodo de la DPNT. Sin embargo, al considerar a los pacientes con esquizofrenia como un grupo independiente se observó que el promedio de la DPNT fue de 85.6 ± 6.8 semanas, mientras que en el grupo de las psicosis no afectivas fue de 33.4 ± 4.2 semanas y en las psicosis afectivas de 53.1 ± 5.418

De igual forma en México, en un estudio realizado por Pérez et al. (2006) en 100 pacientes que recibían atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por distintas patologías, dentro de los cuales 62% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, se encontró que el tiempo promedio para recibir atención psiquiátrica fue de 4.85 años.¹⁹

Además de las características ya descritas sobre la relevancia de una intervención temprana, Kruskal-Kurihara et al. identificaron que la mortalidad de pacientes con una DPNT mayor a 1 año aumentaba 6.7 veces en comparación a los pacientes con una DPNT menor a 1 año²⁰; Penttilä et al. en otro estudio (2014), encontraron una asociación significativa entre una DPNT prolongada, síntomas generales, síntomas positivos y negativos más graves y el fracaso para lograr la remisión; así como una disminución del funcionamiento social y el desempeño global.²¹

Sobre los factores que repercuten en la DPNT, en una revisión de la literatura sobre el impacto de la DPNT

realizada por Medina-Mora et al. (2008) encontraron que la participación familiar en la búsqueda de ayuda se asociaba con una DPNT corta y, de esta forma, también encontraron que algunas variables sociodemográficas tenían relación con la DPNT, como una DPNT larga con el género masculino y una DPNT corta con el género femenino. También, según esta revisión, se observó que variables como el estado civil y la ocupación se relacionaban con la DPNT. Así, por ejemplo, el ser soltero y desempleado, se relaciona significativamente con una DPNT larga²². Se señala, además que en el sistema de salud de muchos países —como el de México, por ejemplo— es evidente que factores como el desequilibrio en aspectos como la geografía, el género, la tasa de especialistas, el tipo de atención médica (pública o privada) y los desequilibrios institucionales dificultan el alcance de las metas de una adecuada atención y cobertura médica, y en este caso de la atención psiquiátrica.²³

Se puede identificar el complejo panorama de salud que enfrentamos en relación a los trastornos psicóticos, al costo en los tratamientos, a su impacto social y a los costos por día de las hospitalizaciones psiquiátricas, según lo reportado por Cabello et al. (2011) con base en una muestra del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el que calcularon que el costo de hospitalización por día era de \$868 en hospitalización continua, \$1715 en urgencias y de \$2052 en la Unidad de Cuidados Especiales en Psiquiatría.²⁴

En cuanto a la formación y disponibilidad de recursos para la atención de los trastornos mentales, el Informe sobre el Sistema de Salud Mental de México de 2011, menciona que dentro del programa de formación de pregrado para médicos solamente se dedica un 4% del total de horas a temas relacionados con la salud mental. Asimismo, este informe describe que sólo el 11% de los médicos que trabajan en la atención primaria han recibido actualización (por lo menos 2 días) sobre temas de salud mental en el último año. Mostrando un panorama aún más sombrío al hablar sobre los recursos humanos destinados a la atención de la salud mental, pues menciona que de los más de 10,000 trabajadores en establecimientos de salud mental existe una tasa (por cada 100,000 habitantes) de 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de salud.⁸ En base a cifras del INEGI, en 2009 existían 189,531 médicos en el país. De éstos, 77,054 tenían alguna especialidad, en donde los psiquiatras sólo representaban un 2.0% del total de los médicos y el 4.9% de los médicos especialistas; encontrándose 43.6% de los psiquiatras en el Distrito Federal.^{25,26}

Objetivo General

Determinar la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en pacientes con un trastorno psicótico (no afectivo) y conocer las variables sociodemográficas que se mencionan en la literatura como probables factores de impacto al realizar intervención terapéutica temprana.

Objetivos Específicos: Determinar

- La duración de la psicosis no tratada.
- El diagnóstico (según la clasificación CIE-10).

Se identificaron las siguientes variables sociodemográficas:

- Género, edad, estado civil, ocupación del paciente, nivel máximo de estudios, lugar de residencia, ingresos económicos mensuales, atención médica previa al diagnóstico formal sin tratamiento específico, género del cuidador primario, parentesco del cuidador primario, edad del cuidador primario, nivel de estudios del cuidador primario y religión.

Material y Métodos

Muestra

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

Criterios de inclusión :

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

agudos transitorios), F23.9 (trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación), F28 (otros trastornos psicóticos no orgánicos) y F29 (psicosis no orgánica sin especificación).

- Que acudieron a los servicios de hospitalización continua o consulta externa para diagnóstico o seguimiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015.
- Autorización del protocolo por parte de Comité de Investigación y Comité Ético de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Criterios de exclusión:

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

Se obtuvieron los datos de 100 expedientes clínicos de pacientes que recibieron atención médico-psiquiátrica durante el periodo comprendido entre en el 1 de enero al 31 de julio de 2015.El 50% fueron mujeres y el 50% restante a hombres.

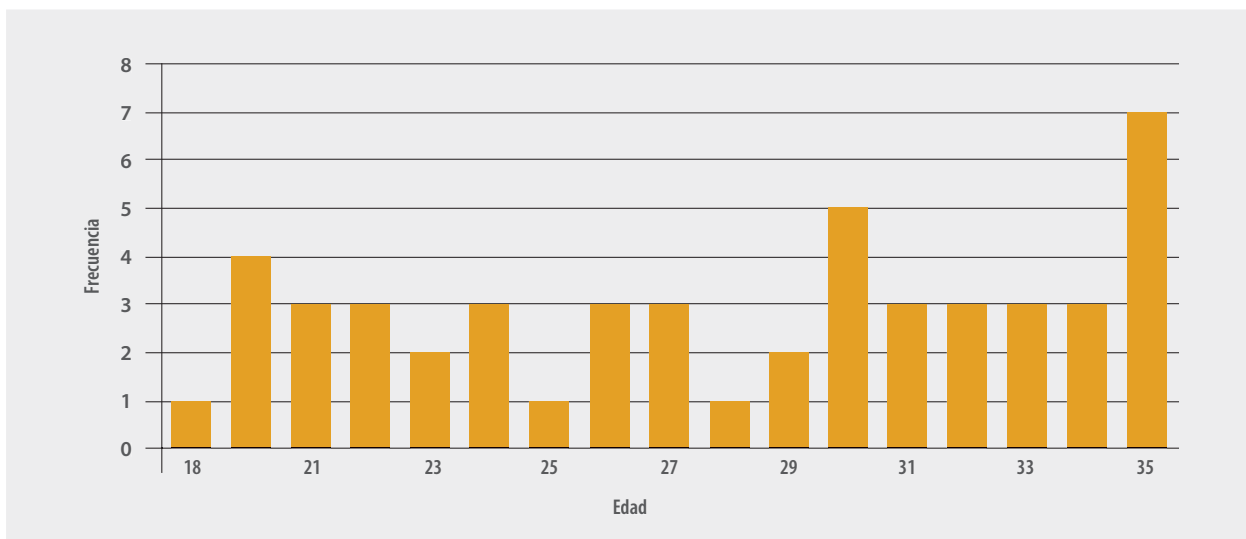
Resultados

Los datos diferenciaron a la población por género y se encontró que en las mujeres el rango de edad fue 18 a 35 años, con una edad media de 28 ± 5.3 años. En el grupo de hombres el rango de edad fue 18 a 35 años, con una edad media de 26.2 ± 4.7 años (ver tabla 1; ver gráficos 1 y 2).

Tabla 1.
Datos Sociodemográficos de los pacientes

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)		Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Edad promedio (años)	28 ±5.3	26.2±4.7	Lugar residencia		
Estado civil			D. F.	36%	44%
Soltero	76%	98%	Estado de México	46%	40%
Casado	10%	0%	Hidalgo	8%	8%
Unión Libre	14%	2%	Morelos	6%	4%
Ocupación			Guerrero	0%	4%
Desempleado	52%	78%	Veracruz	4%	0%
Empleado	2%	8%	Tipo residencia		
Comerciante	4%	6%	Urbano	78%	84%
Hogar	36%	2%	Rural	16%	14%
Estudiante	2%	6%	Semiurbano	6%	2%
Profesionista	0%	0%			

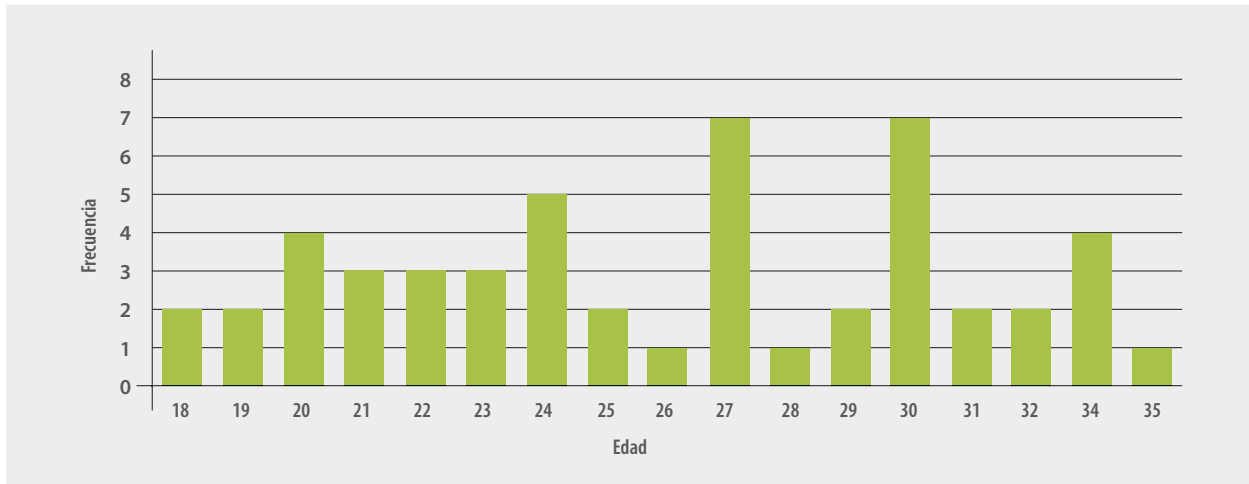
Gráfico 1.
Frecuencia de edad en grupo de mujeres (n =50)



En relación a los datos sociodemográficos, en las mujeres se reportó que 96% tenían la nacionalidad mexicana, un 2% colombiana (1 paciente) y 2% salvadoreña (1 paciente); con residencia en el Estado de México un

46%, en el Distrito Federal un 36%, en Hidalgo un 8%, en Morelos 6% y en Veracruz un 4%, así como una residencia de tipo urbano en 78%, rural un 16% y semiurbano en un 6%.

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



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

El nivel de estudios fue en 22% de primaria, 18% secundaria, 16% bachillerato incompleto, 12% secundaria incompleta, 10% licenciatura incompleta, 6% licenciatura, 6% bachillerato, 4% primaria incompleta, 4% carrera técnica y 2% carrera técnica incompleta. (ver tabla 1),

En los hombres, en estos mismos rubros, se reportó que 100% tenían la nacionalidad mexicana; con residencia en el Distrito Federal un 44%, en el Estado de México un 40%, en Hidalgo un 8%, en Morelos 4% y en Guerrero un 4%, así como con una residencia de tipo urbano en 84%, rural un 14% y semiurbano en un 2%.

Sobre el estado civil se encontró que 98% eran solteros y 2% vivían en unión libre. Un 78% estaban desempleados, 8% era empleados, 6% eran comerciantes, 6% estudiantes y 2% se dedicaba a las labores del hogar.

El nivel de estudios fue en 26% de secundaria, 16% secundaria incompleta, 16% bachillerato incompleto, 10% licenciatura incompleta, 8% primaria, 6% bachillerato, 4% analfabetos, 4% primaria incompleta, 4% carrera técnica incompleta, 4% licenciatura y 2% carrera técnica (ver gráficos 3 y 4).

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

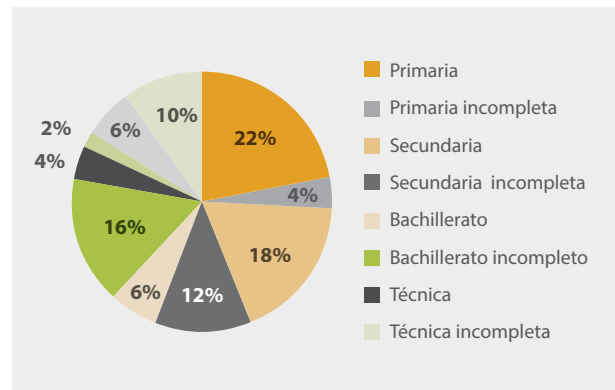
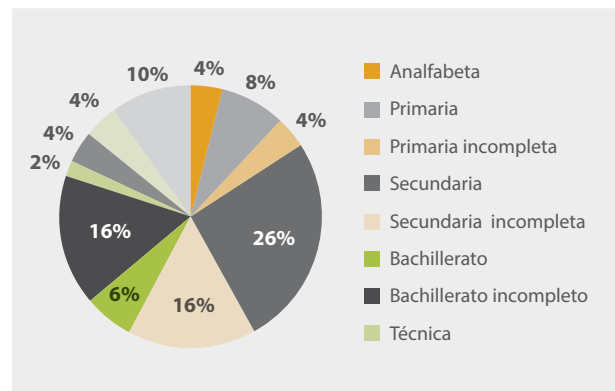


Gráfico 4.
Nivel máximo de estudios en hombres (n=50)



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

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

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

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Género		
Mujer	66%	80%
Hombre	34%	20%
Parentesco		
Madre	52%	76%
Padre	20%	20%
Hermanos	12%	2%
Cónyuge	12%	0%
Otros	4%	2%

Fuente: expedientes clínicos.

En relación al ingreso mensual por familia se encontró que en el grupo de mujeres el ingreso promedio fue de 3350 ± 2207.8 pesos mexicanos, con un ingreso mínimo de 500 y un máximo de 12000 pesos mexicanos. En cambio, en los hombres se encontró además que el ingreso mensual promedio por familia fue de 3938.6 ± 3152.1 pesos mexicanos, con un ingreso mínimo de 600 y un máximo de 20000 pesos mexicanos.

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

En las mujeres el 76% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20.0), 14% esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 8% un trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y 2% un trastorno agudo transitorio sin especificación; la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 21.5 ± 5.3 años con una DPNT promedio de 42.7 ± 48.8 meses (mediana 24), observándose un tiempo mínimo de DPNT de 0.3 (10 días) y un máximo de 192 meses, reportándose además que en el 48% de los casos el paciente acudió a valoración médica previa al diagnóstico y tratamiento específico.

En los hombres el 72% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20.0), 18% esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 4% esquizofrenia desorganizada (F20.1), 2% un trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2), 2% otros trastornos agudos transitorios sin especificación y 2% psicosis no orgánica sin especificar; se encontró que la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 18.7 ± 4.4 años con una DPNT promedio de 36.9 ± 30.5 meses, observándose un tiempo mínimo de DPNT de 0.23 (7 días) y un máximo de 132 meses, reportándose además que en el 64% de los casos el paciente acudió a valoración médica previa al diagnóstico y a un tratamiento específico (ver tabla 4).

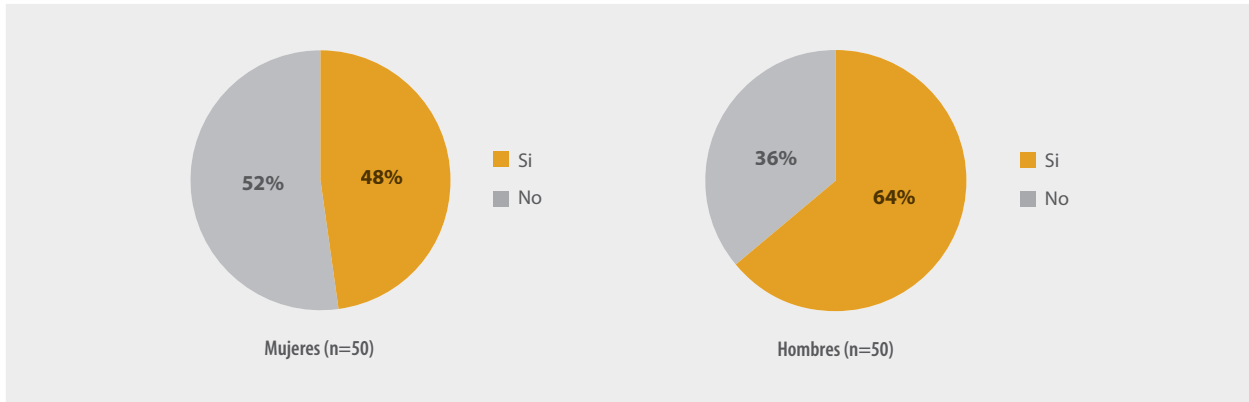
Tabla 3.
Edad de inicio, DPNT y diagnóstico

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Edad promedio de inicio (años)	21.5 ± 5.3	18.7 ± 4.4
DPNT (meses)	42.7 ± 48.8	36.9 ± 30.5
Diagnóstico (CIE-10)		
F20.0	76%	72%
F20.1	0%	4%
F20.3	14%	18%
F23.2	8%	2%
F23.8	0%	2%
F23.9	2%	0%
F29	0%	2%

Fuente: expedientes clínicos.

En el grupo de mujeres el 48% acudió con algún médico antes de que se llegara a un diagnóstico formal y recibiera tratamiento. Entre los hombres el 64% había buscado atención médica antes del inicio de un tratamiento (ver gráfico 6).

Gráfico 5.
Porcentaje de pacientes que recibieron atención médica previa al diagnóstico e inicio de tratamiento específico



Discusión

La esquizofrenia es un síndrome complejo con una combinación heterogénea de síntomas cuyo inicio tiene varias etapas, primero hay la fase prodrómica (es decir, antes de la manifestación de la primera episodio psicótico) y consiste en una disminución del funcionamiento cognitivo y social, que comienza generalmente en los primeros años de la adolescencia. Posteriormente hay una fase psicótica en donde las manifestaciones clínicas son ostensibles y requieren intervención farmacológica y en muchos casos hospitalización. En la fase siguiente el curso clínico de las personas con esquizofrenia puede variar desde la recuperación completa hasta la necesidad atención continua por tiempo prolongado, y, en promedio, la esperanza de vida de los que tienen este trastorno se reduce en 20 años en comparación con la población general.

La última década ha sido testigo de un aumento en los estudios de investigación que han modificado la visión que teníamos de esta patología. Es así que se ha hecho evidente que la esquizofrenia es mucho más que un trastorno psicótico, lo que ha justificado en renovado enfoque sobre la afectación que produce en las funciones cognitivas que aparecen en la adolescencia temprana, y no en la edad adulta temprana como se pensaba anteriormente.

La identificación precoz de individuos con mayor riesgo de padecer un trastorno psicótico se considera actualmente como clínica y científicamente imprescindible.

De forma general la Medicina y la Psiquiatría, desde hace unas décadas han promovido un cambio en el

paradigma de salud mental, enfocándose ahora en el estudio de estrategias que permitan en el futuro la prevención de los trastornos mentales. Aunque en la actualidad dicha prevención no es una realidad, los sistemas de salud se deben orientar hacia el desarrollo de estrategias que permitan una atención oportuna para evitar un deterioro en las personas afectadas y sus familias.

Debido a la clara evidencia que existe sobre la importancia que tienen la DPNT y variables psicosociales de los pacientes y familiares y su relación con el pronóstico, hacen necesaria la implementación de acciones de protección, promoción y prevención en materia de salud mental con estrategias orientadas a reducir el tiempo de DPNT.

Esto se puede facilitar mediante programas de detección oportuna de los síntomas psicóticos como son la capacitación dirigida a maestros, personal de la salud y a la población general y psicoeducación a familiares.

El resultado de los esfuerzos encaminados para mejorar la situación actual en este campo ha sido insuficiente como lo muestra el presente estudio, en el que se observa que no se ha logrado reducir la DPNT a ser menor a 1 año, según lo descrito por Kruskal-Kurihari et al. como deseable para tener impacto sobre la mortalidad asociada a este grupo de pacientes; así como para disminuir la gravedad de los síntomas positivos, negativos y cognitivos, que pueden mejorar el pronóstico en cuanto al funcionamiento social y el desempeño global de los pacientes.

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

Por otro lado, se observa un sesgo en el grupo de mujeres en quienes la distribución de los datos relacionados a la DPNT tiene valores extremos, resultado una desviación estándar mayor a la media.

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

Sin embargo, como se ha reportado en la literatura algunas variables sociodemográficas tienen un impacto en la DPNT, siendo éstas lo que pudiera estar alargando la DPNT en nuestra muestra. Es así que se encontró que de las variables sociodemográficas que se relacionan significativamente con una DPNT larga algunas fueron prevalentes dentro de nuestra muestra como son el estado civil soltero (mujeres 76% y hombres 98% solteros), no contar con un empleo (mujeres 52% y hombres 78% en desempleo) y un ajuste premórbido pobre con una baja escolaridad (mujeres 26% y hombres 22% con estudios de bachillerato o licenciatura). Contrastando con lo reportado en la literatura internacional, se observó que en el género femenino existió una DPNT mayor que en los hombres, con un inicio de síntomas psicóticos en las mujeres de 21.5 ± 5.3 años y de 18.7 ± 4.4 años en los hombres.

Por último, en relación a los cuidadores primarios se encontró que en para las mujeres 66% y 80% para los

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

Conclusiones

Los considerables avances que ha visto la Psiquiatría en las últimas décadas gracias a las aportaciones producto del desarrollo en las neurociencias, principalmente en las áreas de neuroimagen, neuroendocrinología y al desarrollo en materia de genómica, han abierto un abanico de horizontes en relación a la etiología, evolución y tratamiento de problemas de salud mental que tiempo atrás se consideraban intratables.

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

Empero pese a estos avances notables, el camino por recorrer es aún largo en lo que se refiere a una atención oportuna, ya que las estrategias orientadas hacia la formación de recursos humanos destinados a la atención de la salud mental y a una adecuada cobertura de salud en el país son todavía poco invisibles en la práctica diaria.

De igual forma, la ineficacia de los planes de intervención en los niveles de prevención primaria y secundaria en materia de salud mental atestiguan el pobre interés que tiene el Sistema de Salud Mexicano en este campo, evidente en la asignación baja de recursos.

Observamos así que en nuestro país la atención psiquiátrica sigue limitada a los hospitales psiquiátricos, inmersos ellos dentro de las ciudades, con las consecuencias económicas que en estudios como el de García et al. del 2006 y Cabello et al. en 2011 han reportado; y sobre las consecuencias sociales, referentes al desarrollo familiar e individual.

Este estudio refleja, con el resultado de una DPNT por encima de la media internacional, que las enfermedades mentales pese a las evidencias sobre el impacto que tienen en la sociedad, aún no se encuentran dentro

de las prioridades en el Sistema de Salud Mexicano, lo que dificulta la formación de recursos humanos en la materia y la atención integral y multidisciplinaria de los pacientes

Referencias bibliográficas

1. Perca. «La formación de las actitudes en la formación del médico.» *Jano* 1207 (1997): 1409-1410.
2. Retolaza. «La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria.» *Aten Primaria* 15 (1995): 593-608.
3. Vázquez-Barquero. «Mental health in primare care: an epidemiological study of morbidity and use of health resources.» *Br J Psychiatry* 170 (1997): 529-35.
4. Goldberg. «Epidemiology of mental disorder in primary care settings.» *Epidemiol Rev* 17 (1995): 182-190.
5. Herrán. «Salud mental en atención primaria: un estudio bibliométrico.» *Aten Primaria* 18, n° 502 (1996): 6.
6. Tizón. «Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental.» *Aten Primaria* 16 (1995): 105-114.
7. Bindman. «Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views.» *Br J Psychiatry* 171 (1997): 169-174.
8. IESM-OMS. «Informe sobre el sistema de salud mental en México.» Secretaría de Salud/OPS/OMS, México, 2011.
9. García, J L, J Freyre, H Rico, N López, F Luna, y C García. «Costo del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide y su impacto en la economía familiar.» *Psiquis* 15, n° 4 (2006): 89-94.
10. Srihari, y et al. «Reducing the duration of untreated psychosis and its impact in the U.S.: the STEP-ED study.» *BMC Psychiatry* 14 (335 2014): 1-14.
11. Jablensky, A. «Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability.» *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250 (6 2000): 274-285.
12. Geddes, J. «Prevention of relapse in schizophrenia.» *N Engl J Med* 346 (2002): 56-58.
13. Menezes, N, T Arenovich, y R Zipursky. «A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis.» *Psychol Med* 36 (2006): 1349.
14. Dutta, R, R M Murray, M Hotopf, y et al. «Reassessing the longterm risk of suicide after a first episode of psychosis.» *Arch Gen Psychiatry* 67 (2010): 1230-1237.
15. Birchwood, M, P Todd, y C Jackson. «Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis.» *Br J Psychiatry Suppl* 172 (1998): 53-59.
16. Marshall, M, S Lewis, A Lockwood, R Drake, y P Jones. «Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review.» *Archives General Psychiatry* 62 (2005): 975-983.
17. Anderson, K, R Fuhrer, y A Malla. «The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review.» *Psychological Medicine* 40 (10 2010): 1585-1597.
18. Apiquián, R, A Fresán-Orellana, M García-Anaya, y et al. «Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico.» *Gaceta médica de México* 142 (2006): 113-120.
19. Pérez, P, Y Huerta, J Freyre, y J L García. «Trayecto en la búsqueda de atención psiquiátrica en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.» *Psiquis* 17, n° 1 (2008): 31-39.
20. Kurihara, T, M Kato, y H Kashima. «Excess mortality of schizophrenia in the developing country of Bali.» *Schizophrenia Research* 83 (2006): 103-105.
21. Penttila, M, E Jääskeläinen, N Hirvonen, y M Isohanni. «Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis.» *The British Journal of Psychiatry* 205 (2014): 88-94.
22. García, I, A Fresán, M Medina-Mora, y G Ruíz. «Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia.» 31 (2008): 479-485.
23. Zurn, P, M Dal-Poz, B Stilwell, y O Adams. «Imbalances in the health workforce: Briefing paper.» OMS, Geneva, 2002.
24. Cabello, H, L Díaz, y A Arredondo. «Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México.» *Salud Mental* (2011;34:) 34, n° 2 (marzo-abril 2011): 95-102.
25. INEGI. «México en cifras.» Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, 2011.
26. Heinze, G, G Chapa, JA Santisteban, y I Vargas. «Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación.» *Salud Mental* 35, n° 4 (julio-agosto 2012): 279-285.