

Estudio mexicano sobre el primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas

Rogelio Apiquián¹
Francisco Páez¹
Cristina Loyzaga²
Eduardo Cruz²
Doris Gutiérrez²
José Alfredo Suárez²
Rosa Elena Ulloa²
Ana Fresán³
Gabriela Vallejo³
Humberto Nicolini¹
María Elena Medina-Mora⁴

Summary

This research describes the clinical and social-demographic characteristics of a group of patients going through their first psychotic episode.

Methodology: Fifty patients that arrived at a mental health institution for the first time, due to their first psychotic episode were included. The diagnosis was made by means of the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry in its Spanish version (SCAN). The sociodemographic data was obtained by a specific format with the application of the Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia Scale, together with other scales. The specific symptoms were evaluated for each specific illness.

Results: A predominant sample in females ($n = 26$, 52%) was obtained. The mean age of the total sample was 28 years. This study confirms that in males the psychotic episodes develop at an earlier age during a prolonged time. The schizophrenic patients were mainly unemployed and single and showed an early development of the psychiatric problem. The personality disorders of Cluster A were more common in schizophrenic patients. The severity of the pathology was similar in the diagnosis group.

Conclusion: The findings in this study are similar to other studies which suggest a better understanding and knowledge of the psychotic disorders, and which provide an updated and simple guide on the growing information in therapeutic research.

Key words: First psychotic episode, epidemiology.

¹ División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicana de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan 14370. México D.F.

² Residente del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Pasantes en servicio social. Facultad de Psicología. Universidad del Valle de México. Plantel Tlalpan.

⁴ División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Resumen

En este trabajo se describen las características sociodemográficas y clínicas de un grupo de pacientes que atravesaban por su primer episodio psicótico.

Metodología: Se incluyeron 50 pacientes con un primer episodio psicótico, que acudieron por primera vez a un servicio de salud mental. El diagnóstico se determinó por medio de los Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, en su versión en español (SCAN). Para evaluar la sintomatología específica de cada trastorno se registraron los datos sociodemográficos en un formato específico, se aplicó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS) al igual que otras escalas.

Resultados: Se encontró predominio del sexo femenino ($n = 26$, 52%) y que la edad promedio de la muestra era de 28 años. El estudio confirma que en los hombres se inicia a una edad más temprana y tiene un tiempo de evolución prolongado. Los pacientes con esquizofrenia tendieron a estar desempleados y sin pareja, además de presentar un inicio más temprano del padecimiento y una evolución prolongada. Los trastornos de personalidad del Cluster A, fueron más comunes en los esquizofrénicos. La severidad de la psicopatología fue similar en los grupos diagnósticos.

Conclusión: Los resultados son similares a los reportados en otros estudios, y nos proporcionan un mayor conocimiento de los trastornos psicóticos en nuestro medio.

Palabras clave: Primer episodio psicótico, epidemiología.

Introducción

Los estudios de los trastornos psicóticos se realizaron inicialmente en pacientes crónicos, utilizando generalmente, criterios diagnósticos no estandarizados y muestras heterogéneas respecto a la etapa de la enfermedad que padecían, representando un problema metodológico muy importante (22). Recientemente se

han desarrollado estudio denominados "del primer episodio psicótico", en el que se analizan directamente las etapas tempranas de un trastorno. Este tipo de estudios ofrecen muchas ventajas, como la eliminación de la cronicidad, la hospitalización y la exposición a un tratamiento farmacológico, lo que permite explorar las bases etiológicas de la enfermedad estudiando a pacientes que no han recibido tratamiento y reconocer las características y el curso temprano de este tipo de trastornos (19).

Se han utilizado principalmente tres estrategias para identificar a los pacientes que atraviesan por su primer episodio: estudios prospectivos comunitarios, seguimiento de la muestra de alto riesgo e identificación de los pacientes que usan los servicios médicos por primera vez debido a un cuadro psicótico. Las dos primeras estrategias resultan muy costosas, y la estrategia de incluir a los pacientes psicóticos al acudir por primera vez a un servicio de admisión resultó ser la más accesible, la de menor costo y la más efectiva para obtener amplias muestras de pacientes, por lo que sirvió como base para continuar con los estudios prospectivos para evaluar los factores pronósticos (28).

El inconveniente de este tipo de estudios es que dependen de las evaluaciones retrospectivas hechas por diferentes evaluadores, lo que origina que los datos sean poco confiables.

Además se tiende a incluir a los pacientes con cuadros crónicos, pues la definición de "primer episodio" no es muy clara (27). Para mejorar la metodología de los estudios sobre el primer episodio se ha recomendado la utilización de criterios diagnósticos estandarizados, que el diagnóstico se obtenga por medio de entrevistas estandarizadas y que el diseño del estudio sea prospectivo, en donde se evalúe a los pacientes que por primera vez acuden a un servicio de admisión (28). Es necesario que los criterios de exclusión se orienten a eliminar a los pacientes con múltiples episodios, y que en los estudios se incluyan los diferentes trastornos psicóticos para analizar la diferencia clínica entre las distintas categorías diagnósticas.

La OMS llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo en pacientes esquizofrénicos de 10 países, utilizando los lineamientos de la estrategia del primer contacto con los servicios de salud. Se encontró una mayor proporción de hombres, más jóvenes que las mujeres, y solteros; la proporción de pacientes que vivían solos fue menor en los países en desarrollo; de la población total estudiada, 25 % de los pacientes nunca habían tenido una actividad remunerada debido a diversas razones; la mayoría de los pacientes vivían en condiciones socioeconómicas promedio, y la escolaridad fue muy variada. La esquizofrenia tuvo una frecuencia similar en todos los centros: un valor aproximado de 1 por 10,000 habitantes. Se encontró la tendencia a que la esquizofrenia se inicie a edades más tempranas en el sexo masculino que en el femenino (15).

En el estudio de Northwick Park se incluyeron 253 pacientes con un primer episodio de esquizofrenia. Se encontró que la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino, que la edad promedio de la muestra era de

25 años, que cerca de la mitad de estos pacientes vivía solo, que el nivel escolar era bajo y que el inicio de la enfermedad tendió a ser insidioso (16). A mediados de los años 80; el Grupo Escocés de Investigación de la Esquizofrenia llevó a cabo un proyecto en el que se incluyeron 47 pacientes con un primer episodio de esquizofrenia. Los hallazgos sociodemográficos son muy similares a los reportados anteriormente, sin embargo, en este estudio predominaron las mujeres, 8 % de los pacientes tenían un familiar de primer grado con esquizofrenia, alrededor de 20 % de la muestra presentó algún antecedentes de una probable disfunción neurológica, en 11 pacientes se confirmó la presencia de síntomas depresivos, y en 6 pacientes se encontró el antecedente de abuso de sustancias (29). Los hallazgos de la fase basal del Estudio de Hillside, en el que se estudio a los pacientes que atravesaban por su primer episodio psicótico de esquizofrenia y esquizoafectivo, son similares a los de otros estudios (21).

Las investigaciones en las que se han incluido otros diagnósticos diferentes de la esquizofrenia suelen ser escasas. Destaca la que llevó a cabo Tohen y cols, en la que se evaluó la recuperación y la recurrencia de los primeros episodios psicóticos. Esta incluyó a 102 pacientes de una edad promedio de 29 años; la distribución diagnóstica fue la siguiente: 59 % trastorno bipolar con síntomas psicóticos, 15 % depresión psicótica, 10 % esquizofrenia, 9 % trastornos delirantes y 8 % otro tipo de trastornos psicóticos. Los pacientes con psicosis no afectivas permanecieron más tiempo en el hospital con bajos índices de recuperación funcional medida mediante su capacidad ocupacional. Las mujeres mostraron mayor psicopatología al ingresar, pero fue mejor su recuperación funcional en comparación con la de los hombres. La comorbilidad fue un factor importante en la mala evolución, lo cual se observó con más frecuencia en los casos de depresión psicótica (30).

En Suffolk, Nueva York, se evaluaron pacientes con trastornos psicóticos, que ingresan por primera vez a un hospital debido a sus síntomas psicóticos. El diagnóstico más común fue la esquizofrenia, le siguen las psicosis afectivas, y no se han encontrado diferencias clínicas entre los diferentes diagnósticos (5).

La prevalencia de trastornos psicóticos en México es similar a la del resto del mundo, representando un alto costo social y económico para nuestra comunidad. Sin embargo, aún no contamos con estudios sobre el primer episodio psicótico, por lo que desconocemos las características clínicas y el curso temprano de los diferentes diagnósticos.

Este es el informe preliminar sobre un estudio de seguimiento, en el que se pretende evaluar de forma integral a un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico. Los objetivos de este estudio son describir las características sociodemográficas y clínicas, así como la distribución diagnóstica de los pacientes que atravesaban por un primer episodio psicótico al ser admitidos al hospital, así como establecer las diferencias entre los distintos grupos diagnósticos y entre ambos sexos.

Método

Sujeto

Se incluyeron 50 pacientes de uno y otro sexo, que acudieron al Instituto Mexicano de Psiquiatría y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 1) Haber recibido cualquier diagnóstico de trastorno psicótico de acuerdo con el DSM-IV (2); 2) tener entre 15 y 65 años y 3) que éste fuera su primer contacto en toda su vida con un servicio especializado de psiquiatría, debido a su cuadro psicótico actual. Se excluyeron los pacientes que habían recibido atención psiquiátrica debido a problemas similares al actual, así como aquellos que habían recibido tratamiento antipsicótico durante más de un mes antes de su inclusión en el estudio, y se omitieron los diagnósticos de retraso mental, demencia y *delirium*.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y transversal.

Instrumentos y procedimiento

Para llevar a cabo el estudio se captaron los pacientes que acudieron a los servicios del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que cubrieran los criterios antes mencionados y aceptaran su participación en el estudio firmando su consentimiento por escrito.

El diagnóstico inicial se efectuó con los Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) (33,34), que consta de preguntas semiestructuradas para realizar estudios clínicos, y que incluye el PSE-10 y se califica con el CATEGO-5, que es un programa informático diseñado para calificar y obtener categorías diagnósticas del DSM-III-R (1) y del CIE-10 (24). Se decidió utilizar este instrumento por tener acceso a su versión en español, y por ser altamente confiable (31); inclusive contamos en nuestro país con un estudio que demuestra la confiabilidad del PSE y del CATEGO (6).

Posteriormente se registraron los datos clínico-demográficos de cada uno de los pacientes, para lo cual se utilizó un instrumento *ad hoc*, diseñado previamente. Este formato se compone de ocho secciones: 1) ficha de identificación, 2) diagnóstico y tratamiento y 3) antecedentes heredo-familiares. Esta sección consta de una serie de preguntas que provienen del método de la historia familiar (FH-RDC) (3), en donde únicamente se registró la información de los familiares de primer grado, 4) los antecedentes obstétricos, 5) los antecedentes de sus enfermedades anteriores, 6) los antecedentes del abuso de sustancias y 7) los contactos previos con los servicios de salud, lo que consta en una entrevista semiestructurada tomada de la cédula de la entrevista diseñada por la OMS para evaluar los caminos que siguen los pacientes en busca de atención médica (9), y 8) las características del cuadro actual. Para llenarlo correctamente se utilizó una guía semiestructurada. La recolección de los datos se hizo por medio de un interrogatorio directo con el paciente y sus familiar (es) con un contacto estrecho y con el

pleno conocimiento de la evolución del padecimiento y del paciente.

Cuando se terminó de llenar este formato, se procedió a evaluar la severidad de la psicopatología de cada una de las condiciones diagnósticas incluidas en el estudio, mediante escalas clínicas que tienen una adecuada confiabilidad y han sido validadas en nuestro medio. Se determinó la confiabilidad interevaluador entre los investigadores que participaron en el proyecto, los cuales recibieron un entrenamiento previo para aplicar correctamente dichas escalas.

A todos los pacientes del estudio se les evaluó con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS) (17). Para explorar la presencia de síntomas depresivos en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y diagnósticos afines (esquizofreniformes, esquizoafectivos, psicosis reactivas breves, trastornos delirantes y trastornos psicóticos secundarios a la condición médica) se utilizó la Escala de Calgary de Depresión en la Esquizofrenia (25). Los pacientes con depresión mayor fueron evaluados con la Escala de Hamilton de Depresión (14), y la severidad de los síntomas maníacos de los pacientes con trastorno bipolar se midió con la Escala para la Evaluación de la Manía (4).

Análisis estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (d.e \pm) para las variables continuas. Como pruebas de las hipótesis en la comparación de los distintos grupos diagnósticos, se utilizaron la Chi cuadrada (X^2) para los contrastes categóricos y el análisis de varianza simple (ANOVA) con corrección de Bonferroni para las variables continuas, utilizando el grupo diagnóstico como variable independiente. La comparación entre hombres y mujeres se llevó a cabo con la "t" de Student. El nivel de significancia se fijó con una $p < 0.05$.

Para el análisis de confiabilidad interevaluador se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados

a) Datos sociodemográficos generales

Se incluyeron 50 pacientes (24 hombres y 26 mujeres), de una edad promedio de 28 años (16-58 años), con tendencia a ser mayor en las mujeres (27 años de los hombres vs 30 de las mujeres, $t = 1.13$, 48 gl, $p = 0.15$). La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja en el momento de hacer la evaluación (72 %), predominaron los sujetos pertenecientes a los niveles socioeconómicos bajo y medio (46 % y 52 %, respectivamente). Un poco más de la mitad de los pacientes tenía algún tipo de ocupación. La escolaridad promedio fue de 11 años (d.e ± 3 , 6-19 años). En el cuadro 1 se muestran los datos demográficos obtenidos tanto en este estudio como en otros sobre el primer episodio psicótico.

CUADRO 1
Las características demográficas comparadas con algunos de los principales estudios sobre el primer episodio psicótico

Características demográficas	Estudio			
	Mexicano n = 50	McLean n = 102	Scottish n = 49	Cantabria n = 86
Sexo				
Hombres	48 % [n = 24]	46 %	47 %	50 %
Mujeres	52 % [n = 26]	54 %	53 %	50 %
Edad	28 años	29 años	30 años	26 años
Nivel socioeconómico				
Alto	2 % [n = 1]			3 %
Medio	52 % [n = 26]			21 %
Bajo	46 % [n = 23]			76 %
Estado civil				
Sin pareja	72 % [n = 36]	72 %	88 %	74 %
Con pareja	28 % [n = 14]	28 %	12 %	26 %
Ocupación				
Empleado	62 % [n = 36]		79 %	49 %
Desempleado	38 % [n = 19]		21 %	51 %
Escolaridad	11 años			Primaria: 72 %

b) Distribución diagnóstica

La distribución que se encontró entre las distintas categorías diagnósticas se muestra en el cuadro 2. Para facilitar el análisis entre grupos se procedió a la formación de tres grupos diagnósticos. Dicha agrupación se hizo de acuerdo con lo reportado en artículos previos.

Los diagnósticos se agruparon de la siguiente forma: grupo I, esquizofrenia (n = 18, 36 %); grupo II, psicosis no afectivas (trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, trastornos delirantes, trastorno psicótico y secundario a la condición médica, psicosis reactiva breve y psicosis inespecífica) (n = 15, 30 %) y grupo III, psicosis afectivas (trastorno bipolar y depresión mayor) (n = 17, 34 %).

c) Características clínicas

La edad de inicio del padecimiento fue alrededor de los 27 años (d.e ± 10.3); las mujeres tendieron a iniciarlo a una edad más avanzada, sin que sea significa-

tiva esta diferencia (29.4 d.e ± 11.3 años vs 25.4 d.e ± 8.8 años en los hombres), el tiempo de evolución fue de 64 semanas (d.e ± 77.6, rango 1-312 semanas), siendo más prolongado en el sexo masculino (76 ± 87.8 semanas en los hombres vs 52.5 ± 66.4 en las mujeres, t = 1.09, 48 gl, p < 0.03). Un poco más de la mitad de los pacientes se hospitalizó (n = 30, 60%).

En 33 pacientes (66 %) se encontró que alguno de sus familiares en primer grado tenía el antecedente de haber padecido una enfermedad psiquiátrica. El diagnóstico de abuso de sustancias fue el más frecuente (44 %), afectando principalmente al padre, a los hermanos y a los tíos. El diagnóstico de depresión en las madres y en los hermanos de los pacientes tuvo una frecuencia de 22 %. La de la esquizofrenia en los hermanos se registró en 9 de los pacientes estudiados (18 %). Los trastornos de ansiedad, primordialmente en los tíos y los hermanos, se observaron en 5 pacientes (10 %).

Al evaluar los antecedentes obstétricos se encontró que 4 pacientes habían presentado complicaciones durante el periodo prenatal: uno de ellos reportó haber estado en riesgo de ser abortado, y el resto, haber tenido infecciones en las vías urinarias. En 8 pacientes el parto fue distócico (16 %) debido a la hipoxia neonatal (n = 2), a haber venido enredado en el cordón (n = 3) y por la utilización de fórceps (n = 3). En dos pacientes el parto fue prematuro (4 %), y en tres pacientes (6 %) se registró la existencia de un retraso psicomotor que requirió de atención especializada.

Entre los padecimientos previos al inicio del cuadro psicótico encontramos las infecciones virales (n = 13, 26 %) y los traumatismos craneoencefálicos con pérdida del estado de alerta (n = 13, 26 %).

Los trastornos psiquiátricos previos al episodio psicótico que se reportaron con mayor frecuencia fueron las alteraciones conductuales durante la edad escolar (n = 9, 18 %), y la depresión (n = 6, 12 %).

CUADRO 2
Distribución diagnóstica

Diagnóstico	n	%
Esquizofrenia paranoide	14	28
Depresión psicótica	11	22
T. bipolar maniaco	6	12
T. esquizofreniforme	5	10
Esquizofrenia indiferenciada	4	8
Psicosis orgánica	3	6
T. esquizoafectivo	3	6
T. delirante	2	4
Psicosis inespecífica	1	2
Psicosis reactiva breve	1	2

CUADRO 3
Evaluación de la psicopatología

Escala	Total	D.E. ±	Rango
PANSS			
Positivo	24.50	5.42	12-39
Negativo	21.06	6.70	9-35
General	45.52	8.77	30-65
Total	91.24	17.04	56-132
<i>E. Calgary</i>	6.13	4.48	0-16
<i>E. Manía</i>	36.33	8.96	24-47
<i>E. Hamilton-D</i>	31.00	6.22	21-43

La severidad del cuadro clínico registrada en los 50 pacientes estudiados se muestra en el cuadro 3. La confiabilidad interevaluador del PANSS y de la Escala de Calgary se hizo en 21 pacientes, los cuales fueron entrevistados por cada uno de los investigadores que intervinieron en el estudio, encontrando coeficientes de confiabilidad adecuados (PANSS 0.88, Calgary 0.80).

d) Comparación entre grupos diagnósticos

Los hombres predominaron en los grupos I y II (n = 19, 79 %), y las mujeres en el grupo de las psicosis afectivas (n = 12, 46 %) ($X^2 = 4.77$, 2 gl, $p < 0.02$). La edad promedio de los tres grupos fue muy similar. Los esquizofrénicos tendieron más a no tener pareja que los otros grupos diagnósticos (el grupo I, 44% el grupo II, 33.3% el grupo III, 22.2%, $X^2 = 2.77$, 2 gl, $p < 0.05$). El nivel socioeconómico de los sujetos con distintos diagnósticos fue muy similar. El grupo de esquizofrenia presentó un bajo nivel ocupacional, sin ser significativo. El nivel de escolaridad fue mayor en los esquizofrénicos al compararlo con el de los psicóticos no afectivos y afectivos (12.5 años vs 11.5 y 10 años, respectivamente) ($F = 3.16$, 2 gl, $p < 0.05$).

La edad de inicio tendió a ser similar en los tres grupos (esquizofrenia = 27 años, psicosis no afectivas = 26 años y psicosis afectivas = 29 años) y el tiempo de evolución del padecimiento fue ligeramente mayor en los pacientes con esquizofrenia sin llegar a ser significativo (esquizofrenia = 93 semanas, psicosis no afectivas = 50 y psicosis afectivas = 45, respectivamente).

Los antecedentes heredo-familiares se distribuyeron de igual forma en los tres grupos. El antecedente familiar de trastornos de personalidad y suicidio se registró

solamente en los grupos de esquizofrenia y psicosis no afectivas.

No se encontraron diferencias significativas en los tres grupos respecto a la presencia de antecedentes obstétricos, enfermedades psiquiátricas previas y otras. La severidad de la psicopatología fue similar en los diferentes grupos diagnósticos (cuadro 4).

Discusión

En la distribución de acuerdo con el sexo, predominaron las mujeres (52%) y es similar a la reportada por el grupo escocés (53% mujeres) (29), sin embargo en otros estudios predomina el sexo masculino, como el reportado por Tohen (47% mujeres y 53% hombres) (30); en otro se ha encontrado una relación de 1:1 (32). Las diferencias en cuanto a esta distribución se deben a que en algunos estudios se incluyen solamente esquizofrénicos, mientras que en el nuestro se incluyeron pacientes con diferentes trastornos psicóticos. La edad promedio que encontramos fue de 28 años y es muy similar a la reportada en los estudios sobre el primer episodio, en donde se incluyeron pacientes con diferentes diagnósticos, por ejemplo, Tohen y cols., (30) reportaron 29 años, que es una edad similar a la encontrada en el estudio efectuado en Suffolk (5). Los hombres tendieron a ser más jóvenes que las mujeres, lo que se corrobora en la bibliografía (11).

La mayoría de los pacientes se encontraba sin pareja cuando se les incluyó en el estudio, lo cual es un hallazgo igual al reportado en los estudios revisados (5,21,30,32,). En estudios como el de Cantabria (32) y el de Cali (20) se encontró que la mayoría de los pacientes eran de nivel socioeconómico medio y bajo, lo cual se corroboró en nuestro estudio.

Se encontró que más de la mitad de los pacientes tenía algún tipo de ocupación, mientras que, en general, en los distintos estudios aparece un alto índice de desempleo (16); la diferencia se debe a que muchos de nuestros pacientes se encontraban subempleados (14%), se dedicaban a las labores domésticas (20%) o estaban estudiando (12%), y como estas actividades se consideraban como actividades laborales, excluían a estos pacientes de la categoría de desocupados. El promedio de escolarización fue de 11 años, lo que corresponde a un nivel medio y no bajo de escolaridad, como se indica en otros estudios (32). Esta diferencia se debió a que algunos pacientes habían alcanzado el grado de maestría, por lo que subió la escolaridad promedio.

Al comparar las distintas características sociodemográficas entre los grupos diagnósticos, se encontró que los hombres tendían a predominar en el grupo de esquizofrenia y las mujeres en el grupo de psicosis afectivas, lo cual aparece en la bibliografía (12). La edad era similar en estos grupos diagnósticos, pero tendió a ser ligeramente mayor en los esquizofrénicos debido a que se incluyó a una paciente con esquizofrenia de inicio tardío. En los grupos de esquizofrenia y psicosis no afectivas predominaron los pacientes sin pareja. No hubo diferencias en cuanto al nivel socioeconómico entre los grupos, y los pacientes esquizofrénicos ten-

CUADRO 4
Características clínicas de los grupos diagnósticos

Escala	Esquizofrenia	Psicosis no afectiva	Psicosis afectiva
PANSS			
Positivo	24 ± 3.65	26 ± 6.96	24 ± 5.50
Negativo	21 ± 6.66	22 ± 8.30	20 ± 5.43
General	44 ± 7.15	45 ± 10.70	48 ± 8.40
Total	89 ± 14.78	93 ± 21.88	92 ± 15.14
<i>E. Calgary</i>	7	5	
<i>E. Manía</i>		32 ± 11.3	38.5 ± 8
<i>E. Hamilton-D</i>	24	31	

dieron a estar desempleados en comparación con el resto de la muestra, lo que también se reporta en otros estudios (32). Los pacientes con esquizofrenia alcanzaron un mayor nivel escolar debido, probablemente, a que la mayoría de nuestros pacientes con esquizofrenia eran del subtipo paranoide, por lo que su funcionamiento tendió a ser mejor de lo esperado (8).

La distribución que se encontró de acuerdo al diagnóstico fue similar a la reportada en el estudio de Suffolk, en la que predominaron los pacientes con esquizofrenia, seguidos de los diagnosticados con trastorno bipolar y depresión psicótica, y con menor frecuencia, con otro tipo de trastornos psicóticos (5). En el estudio de Tohen predominó el diagnóstico de trastorno bipolar (30). Esta diferencia se debe al tipo de población que maneja cada institución en los diferentes estudios.

La edad de inicio del padecimiento fue, en general, de 27 años, lo que indica una edad relativamente temprana para que se inicie la enfermedad. No se observaron diferencias en la edad de inicio entre los distintos grupos diagnósticos, pero los pacientes con psicosis afectivas tendieron a tener una edad de inicio más tardía. Tampoco se encontró diferencia entre los dos sexos, pero las mujeres tendieron a tener una edad de inicio más avanzada. En general, se indica que en los pacientes con esquizofrenia se inicia la enfermedad más temprano, esto es, entre los 15 y los 25 años (13). Los autores como DeLisi (7) y Häfner (2) informan que en las mujeres se presenta la enfermedad 5 años después que en los hombres.

El tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de alrededor de 64 semanas siendo más prolongado en los hombres. Un poco más de la mitad de los pacientes habían sido hospitalizados para recibir atención, debido a la tendencia a hospitalizar a este tipo de pacientes, como lo demuestran los estudios de Cantabria y Edimburgo, con porcentajes de hospitalización de 80% y 73%, respectivamente (10,32).

Se encontraron antecedentes heredofamiliares importantes en poco más de la mitad de los pacientes (66%); el más frecuente fue el abuso de sustancias, después, la depresión y, en tercer lugar, la esquizofrenia. La gran frecuencia con que se encontró abuso de sustancias en los familiares se explica porque alrede-

edor del 13% de la población mexicana tiene este tipo de problema (23). En el estudio de Cantabria se registró una frecuencia de antecedentes familiares de enfermedad mental de 64% (32).

Aunque no se encontraron diferencias importantes, el antecedente familiar de trastornos afectivos se encontró con mayor frecuencia en el grupo de psicosis afectivas, y el de esquizofrenia en pacientes con psicosis no afectivas y afectivas, en comparación con el grupo de esquizofrenia. El estudio escocés reportó una frecuencia de 8% de esquizofrenia en familiares de primer grado (29). Las diferencias de nuestro estudio se deben al tamaño de la muestra. Los trastornos de la personalidad del Cluster "A", en los familiares de primer grado, se presentó en los grupos de esquizofrénicos y psicóticos no afectivos. Esta asociación ya había sido reportada con anterioridad (18,26).

La presencia de enfermedades anteriores no psiquiátricas se registró en 30 pacientes, predominando los antecedentes de traumatismos craneoencefálicos complicados y de infecciones virales. El estudio realizado por el grupo escocés reportó una frecuencia de 17% en el antecedente de traumatismo craneoencefálico, lo que fue muy similar a la nuestra (29).

Los síntomas psicóticos y los síntomas afectivos fueron muy severos en todos los pacientes estudiados, y no se encontraron diferencias entre los distintos grupos diagnósticos, lo que demuestra que nuestros pacientes tenían una sintomatología severa que propiciaba que buscaran atención.

El número de pacientes incluidos en este estudio era pequeño, y se obtuvo de un solo centro de atención psiquiátrica, lo que hace difícil generalizar los resultados, sin embargo, los pacientes estudiados provenían de diversos sitios de la república, por lo que nuestros datos son similares a los reportados en otros estudios sobre el primer episodio psicótico.

Este estudio permite evitar sesgos debido a que se emplea un planteamiento metodológico de acuerdo con lo recomendado por otros autores, y actualmente se encuentra en el proceso el seguimiento de estos pacientes para evaluar algunos factores que puedan estar relacionados con el pronóstico. Lo anterior nos lleva a concluir que nuestro estudio puede contribuir a desarrollar líneas de investigación en un futuro.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-III-R. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed, revisada. Washington, 1987.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. IV edición. American Psychiatric Association Press, Washington, 1995.
3. ANDREASEN NC, ENDICOTT J, SPTIZER RL, WINOKUR G: The family history method using diagnostic criteria. *Arch Gen Psychiatry*, 34:1229-1235, 1977.
4. APIQUIAN R, PAEZ F, TAPIA RO, FRESAN A, VALLEJO G, NICOLINI H: Validez y confiabilidad de la Escala de Manía. *Salud Mental*, 20(3):23-29, 1997.
5. BROMET EJ, SCHWARTZ JE, FENNING S, GELLER L, JANDORF L, KOVASZNY B, LAVELLE J, MILLER A, PATO C, RAM R, RICH C: The epidemiology of psychosis: The Suffolk county mental health project. *Schizophr Bull*, 18(2):243-255, 1992.
6. CARAVEO AJ, LOPEZ MS, GONZALEZ FC: La importancia de los sistemas diagnósticos: experiencia obtenida utilizando el sistema PSE-CATEGO en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 11(2):20-29, 1988.
7. DE LISI L: The significance of age of onset for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 18(2):209-215, 1992.
8. FENTON WS, MCGLASHAN TH: Natural history of schizophrenia subtypes I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic an undifferentiated schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 48:969-977, 1991.
9. GATER R, DE ALMEIDA B, SOUSA E, BARRIENTOS G, CARAVEO J: The pathways to psychiatric care: Cross-cultural study. *Psychol Med*, 21:761-774, 1991.
10. GEDDES JR, KENDELL RE: Schizophrenic subjects with

- no history of admission to hospital. *Psychol Med*, 25:859-68, 1995.
11. GOLDSTEIN JM, TSUANG MT, FARAONE SV: Gender and schizophrenia: implications for understanding the heterogeneity of the illness. *Psychiatry Res*, 28:243-253, 1989.
 12. HÄFNER H: New perspectives in the epidemiology of schizophrenia. En Häfner H, Gattaz WF (ed) *Search for the Causes of Schizophrenia*. Vol. 2. Springer Verlag, Berlin, 1991.
 13. HÄFNER H, MAURER K, LÖFFLER W, RIECHER-RÖSSLER: The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 162:80-86, 1993.
 14. HAMILTON M: Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychology*, 6:278, 1967.
 15. JABLENSKY A, SARTORIUS N, ERNBERG G, ANKER M, KORTEN A, COOPER JE, DAY R, BERTELSEN A: Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med*, (Suppl 20):1-97, 1992.
 16. JONHSTONE EC, CROW TJ, JOHNSON AL, MACMILLAN JF: The North Wick park study of first episodes of schizophrenia I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry*, 148:115-120, 1986.
 17. KAY SR, FIZBEIN A, VITAL-HERNE M, SILVA L: Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish Adaptation. *J Nerv Ment Dis*, 178:510-517, 1990.
 18. KENDLER KS, MCGUIRE M, GRUENBERG AM, WALSH D: Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon family study. *Arch Gen Psychiatry*, 52:296-303, 1995.
 19. KESHAVAN MS, SCHOOLER NR: First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterization. *Schizophr Bull*, 18:491-513, 1992.
 20. LEON CA, LEON A: Curso clínico y evolución de la esquizofrenia en Cali. Un estudio de seguimiento de 26 años. *Salud Mental*, 19(2):12-35, 1996.
 21. LIEBERMAN JA, ALVIR JMJ, WOERNER M, DEGREET G, BILDER RM, ASHTARI M, BOGERTS B, MAYERHOFF DI, GEISLER SH, LOEBEL A, LEVY DL, HINRICHSSEN G, SZYMANSKI S, CHAKOS M, KOREEN A, BORENSTEIN M, KANE JM: Prospective study of psychobiology in first-episode schizophrenia at Hillside hospital. *Schizophr Bull*, 18(3):351-370, 1992.
 22. MC GLASHAN TH, CARPENTER WT JR, BARTKO JJ: Issues of design and methodology in long term follow-up studies. *Schizophr Bull*, 14:569-574, 1988.
 23. MEDINA-MORA ME, TAPIA R, RASCON ML, SOLACHE G, OTERO BR, LAZCANO F, MARIÑO MC: Situación epidemiológica del abuso de drogas en México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 6(107):475-484, 1989.
 24. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10a. edición (CIE-10). Ed. Meditor, Madrid, 1993.
 25. ORTEGA HA, GRACIA S, IMAZ B, PACHECO J, BRUNNER E, APIQUIAN R, DE LA TORRE MP: Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 17(3):7-14, 1994.
 26. PARNAS J, SCHULSINGER F, SCHULSINGER H, TEASDALE TW, MEDNICK SA: Behavioral precursors of the schizophrenia spectrum. *Arch Gen Psychiatry*, 39:658-664, 1982.
 27. RAM R, BROMET EJ, EATON WW, PATO C, SCHWARTZ JE: The natural course of schizophrenia: A review of first-admission studies. *Schizophr Bull*, 18:185-207, 1992.
 28. SARTORIUS N, JABLENSKY A, KORTEN A: Early manifestations, incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychol Med*, 16:909-928, 1986.
 29. THE SCOTTISH SCHIZOPHRENIA RESEARCH GROUP: The Scottish first episode schizophrenia study. I. Patient identification and categorization. *Br J Psychiatry*, 150:331-333, 1987.
 30. TOHEN M, STOLL AL, STRAKOWSKI SM, GLANNI L, MAYER FP, GOODWIN DC, KOLBRENER M, MADIGAN AM: The McLean first-episode psychosis project: Six month. Recovery and recurrence outcome. *Schizophr Bull*, 18(2):273-281, 1992.
 31. VAZQUEZ-BARQUERO JL, GAITE L, ARTAL J, DIEZ-MANRIQUE JF, HERRERA-CASTANEDO S, WILLIAMS Y: Report on the Spanish translation of the SCAN, schedules and glossary. Informe a la Organización Mundial de la Salud. Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria, Santander, 1992.
 32. VAZQUEZ-BARQUERO JL, CUESTA-NUÑEZ MJ, DE LA VARGA M, HERRERA CASTANEDO S, GAITE L, ARENAL A: The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand*, 91:156-162, 1995.
 33. WING JK, BABOR T, BRUGH AT, BRUKE J, COOPER JE, GIEEL R, JABLENSKI A, REIGER D, SARTORIUS N: SCAN schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 47:589-593, 1990.
 34. WORLD HEALTH ORGANIZATION: SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Schedules WHO Ginebra, 1992.