



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CARACAS.

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: DETERMINANTES.

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Psiquiatría.

Delmeyer Alcalá
Nairovi Casadiego

Tutor: Ángel Tovar Pelayo

Caracas, diciembre de 2017.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA
(SICHT)

FECHA: 12/12/2017

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE
LICECIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y
TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Yo, (nosotros) Delmeyer Solome Alcalá Gutiérrez y Navarro Yamileth Casadiego Henares
autor(es) del trabajo o tesis, Primer Episodio Psíquico: determinantes
Presentado para optar: Especialista en Psicología.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

☒	Si autorizo
☐	Autorizo después de 1 año
☐	No autorizo
☐	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Firma(s) autor (es)

Delmeyer Alcalá S.

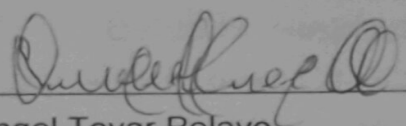
C.I.° 18026608

e-mail: salvador@gmail.com

En Caracas, a los 12 días del mes de Diciembre de 2017.

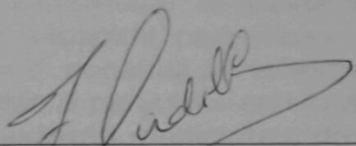
C.I.° 15.483.157

e-mail: ncasadiago@gmail.com



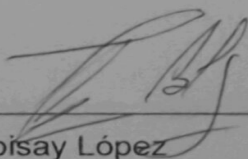
Ángel Tovar Pelayo

Tutor



Franklin Padilla

Director del Curso



Tibisay López

Coordinadora del Curso

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que con su paciencia y sabias palabras nos ayudaron con esta
investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
AGRADECIMIENTO	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	39

PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: DETERMINANTES

Nairovi Casadiego, C.I. 15483157. Sexo: Femenino, E-mail: ncasadiego@gmail.com.

Telf: 04140285481. Dirección: Sabana Grande, Caracas. Curso de Especialización en Psiquiatría.

Delmeyer Alcalá, C.I. 18026608. Sexo: Femenino, E-mail: salydag@gmail.com

Telf: 04142427318. Dirección: Av Sucre, Caracas. Curso de Especialización en Psiquiatría.

Tutor: **Angel Tovar**, C.I. 9250777. Sexo: Masculino, E-mail: tovarangel16@hotmail.com.

Telf: 04143251179. Dirección: Av. Centro América, Caracas. Especialista en Psiquiatría.

RESUMEN.

Objetivo: Identificar los factores que determinan la gravedad de presentación clínica del primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico de Caracas. Método: se incluyeron a los pacientes que acudieron a la consulta de emergencia del hospital desde junio 2014 hasta mayo 2015; mediante consulta, pruebas avaladas y entrevista se realizaron mediciones de la gravedad del episodio psicótico, la personalidad pre mórbida, el nivel socioeconómico, el tiempo de psicosis no tratada y el nivel académico. Resultados: la distribución de pacientes con un primer episodio psicótico (PEP) fue equitativa de acuerdo al género; la proporción según la edad es mayor en pacientes jóvenes. La forma de presentación más relevante fue la de PANSS positivo. El funcionamiento del paciente fue un determinante de la gravedad y del curso del PEP. Las otras variables estudiadas no se encontraron directamente relacionados con la gravedad del PEP.

PALABRAS CLAVE: Primer episodio psicótico, personalidad pre mórbida, tiempo de psicosis no tratada.

ABSTRACT.

FIRST PSYCHOTIC EPISODE: DETERMINANTS

Objective: Identify the factors that determine the severity of clinical presentation of first psychotic episode at the Psychiatric Hospital of Caracas. Method: patients who were seen at the emergency room and whose families were agree to participate in the study from June 2014 to May 2015 were included; by consultation, test and interview evidence measurements were recorded of the gravity of the psychotic episode; family support the socioeconomic status, the time of untreated psychosis, pre morbid personality and academic level were recorded. Results: the distribution of patients with a first psychotic episode (PEP) was fair according to gender; the ratio by age is higher in younger patients. The most important form of presentation was positive PANSS. Patient functioning was a determinant of the severity and course of PEP. The other variables studied were found not directly related to the severity of PEP.

KEY WORDS: First psychotic episode, pre morbid personality, time of untreated psychosis.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema.

En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los trastornos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con el 12% al costo total de las enfermedades médicas, y según la OMS con el 20%. Estos padecimientos, medidos por años de vida ajustados en función de la discapacidad, representan el 13% de la carga total de enfermedades.^(1,2)

En psiquiatría, la aparición abrupta, por primera vez en la vida, de un episodio de síntomas psicóticos se conoce como primer episodio psicótico (PEP), el cual es un cuadro de tipo sindromático que se aclara, en cuanto a un diagnóstico específico, sólo después de seguir la evolución clínica.⁽³⁾ Entre los trastornos psicóticos, la esquizofrenia tiene el peor pronóstico pues ocasiona deterioro en casi todas las funciones psicológicas y dificulta la adaptación social, académica y laboral. Su inicio y los cambios que conlleva pueden observarse como un deterioro lento y gradual,^(4,5) en muchas ocasiones comienza como un primer episodio psicótico.

Justificación e importancia.

Ante estas evidencias es importante contar con la información que se pueda obtener del período comprendido entre el inicio del padecimiento y el momento en que el paciente recibe atención psiquiátrica y un tratamiento especializado, debido a que se podrían establecer algunos de los mecanismos fisiopatológicos asociados a los trastornos psicóticos y permitiría planificar programas de detección oportuna para disminuir el impacto de los posibles factores agravantes de la psicosis en el pronóstico a largo plazo.

Antecedentes.

El concepto y la definición de primer episodio psicótico ya presenta una serie de controversias al no podernos referir a un grupo homogéneo de pacientes en cuanto a presentación clínica, formas de inicio y contexto. Los primeros episodios pueden iniciarse de manera aguda o insidiosa, en un contexto de larga e inespecífica evolución de síntomas prodrómicos, y con síntomas clínicos heterogéneos en el que pueden hallarse distintas

combinaciones de ideas delirantes, alucinaciones, alteración de conducta y desorganización del pensamiento.⁽⁶⁾

Pese a las dificultades que presenta el propio término de primer episodio, la investigación en este campo presenta una serie de ventajas cuyo valor hay que considerar ya que en los estudios con primeros episodios todavía no están presentes los efectos confusionales de la medicación neuroléptica, ni los factores relacionados con la cronicidad, las recaídas, las largas estancias institucionales, los agentes sociales familiares, así como el deterioro cognitivo y funcional.^(7, 8)

En estudios donde se han incluido pacientes con un primer episodio psicótico se ha observado que en los tres o cuatro años previos a la aparición del PEP se presentan una serie de síntomas psicológicos (denominados pródromos) poco específicos y/o hay un declive en ciertas áreas del funcionamiento del individuo,⁽³⁾ se ha observado también, que el tiempo entre el inicio de los síntomas psicóticos y el comienzo del tratamiento es aun prologando, pues el promedio es de uno a dos años, asociándose a un pronóstico poco favorable. Este periodo es denominado tiempo de psicosis no tratada.⁽⁴⁾ Una línea adicional de las investigaciones ha confirmado una asociación significativa entre pobre ajuste social en la infancia y la adolescencia como marcador de vulnerabilidad para una mayor propensión a los síntomas negativos, mientras que el rendimiento académico más bajo durante la infancia y la adolescencia temprana es probable que se aun marcador de pobres funciones cognitivas. Los síntomas como las ideas extrañas y desconfianza pueden tener una mayor especificidad para la psicosis, especialmente si se producen más proximal a la presentación del PEP.^(7, 9)

Marco teórico.

Duración de la psicosis no tratada.

La duración de la psicosis no tratada (DPNT), definida como el intervalo de tiempo entre la aparición de los síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento farmacológico adecuado, es un factor asociado al pronóstico de la esquizofrenia. La importancia de su estudio se relaciona con una grave situación a la que se enfrenta la población: el retraso en la búsqueda de tratamiento especializado. A este respecto, se ha demostrado que las personas tardan mucho tiempo en buscar ayuda especializada una vez que comienzan los síntomas psicóticos, siendo los familiares los primeros en reconocer dichos síntomas.^(10, 11)

Se ha observado que una de las principales causas por las que la DPNT se alarga es que la primera ayuda que reciben los pacientes proviene del médico general, quien no realiza un diagnóstico oportuno ni la correspondiente canalización al servicio de psiquiatría. Esto retrasa el inicio del tratamiento adecuado.^(12,13) Es importante señalar que en países en los que el primer nivel de atención está capacitado para la detección oportuna, no se observa el mismo patrón de retraso.^(10,11) Además se ha visto que los pacientes que mantienen contacto con el médico general, en comparación con aquellos que no lo tienen, presentan una DPNT más corta.⁽¹⁴⁾

Actualmente se considera que la DPNT es más larga de lo que se suele reconocer, es por lo que representa un problema de salud pública importante.⁽¹⁰⁾ Según el Estudio Mexicano del Primer Episodio Psicótico, la DPNT promedio de los pacientes es de 64 semanas, similar al reportado en diferentes estudios alrededor del mundo en los que se establece que el promedio de DPNT es de entre uno y dos años, con una mediana de alrededor de seis meses.^(10, 11, 14, 15)

La DPNT se ha establecido como un factor pronóstico en pacientes con esquizofrenia. Diversos estudios han mostrado que una DPNT corta se relaciona con una menor gravedad de los síntomas positivos,⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ y que una DPNT larga está relacionada con la presencia de síntomas negativos más pronunciados a lo largo del padecimiento.^(19,20) Así, la DPNT puede predecir el curso de los síntomas negativos.⁽²¹⁻²⁴⁾ No obstante, existen hallazgos contradictorios en los cuales no se ha encontrado alguna asociación entre la DPNT y la gravedad de los síntomas negativos;⁽²⁵⁾ incluso, se ha reportado que una DPNT corta se asocia

con un mejor pronóstico en los síntomas negativos, pero no con un mejor pronóstico de los positivos.⁽²⁶⁾ Igualmente, se ha observado que los síntomas negativos y la DPNT son dos predictores significativos de discapacidad psicosocial.⁽²⁷⁾ Las diferencias encontradas entre estos estudios pueden ser secundarias a otras diferencias en la metodología empleada. Asimismo, una DPNT larga se ha relacionado con una deficiente respuesta y remisión de síntomas de la esquizofrenia, así como con un peor pronóstico.^(10,28,29)

Síntomas Prodrómicos.

El término "pródromo" se deriva del griego "pródromos" palabra que significa pro = adelante y dromos = correr, es decir el precursor de un evento. En medicina clínica, un pródromo se refiere a los primeros síntomas y signos de una enfermedad que preceden a las manifestaciones características de la enfermedad aguda, completamente desarrollada. El pródromo es un concepto retrospectivo, diagnosticado sólo después de la aparición de síntomas y signos definitivos.⁽³⁰⁾

La fase prodrómica se caracteriza por alteraciones reportadas u observadas en el estado mental o de comportamiento que aparecen antes de la aparición de los síntomas psicóticos, incluyendo cambios en el estado de ánimo, el pensamiento, el comportamiento, la percepción y el funcionamiento global, lo que también podría justificar la necesidad y el derecho del paciente a recibir asistencia (no necesariamente farmacológica).⁽³¹⁾

Se conoce que en los tres o cuatro años previos a la aparición del PEP se presentan una serie de síntomas psicológicos poco específicos y/o hay un declive en ciertas áreas del funcionamiento del individuo.⁽³²⁾ A este conjunto de manifestaciones se le denomina pródromos. Los síntomas prodrómicos más conocidos son el afecto depresivo, el aislamiento social, la disminución de la concentración y motivación, las alteraciones del sueño y la suspicacia.⁽³³⁾

Síntomas semiológicos predominantes (psicopatología)

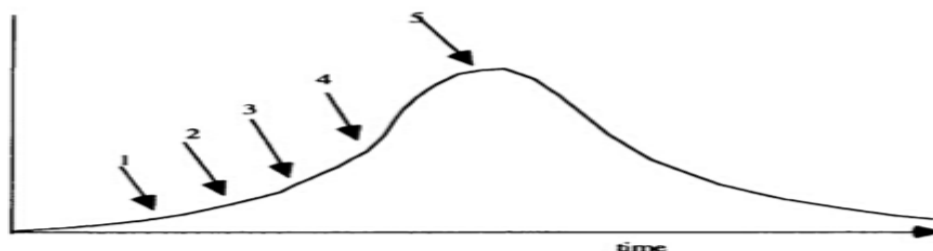
Nancy Andreasen propuso agrupar los síntomas de la esquizofrenia en positivos y negativos.⁽³⁴⁾ Entre los primeros figuran los delirios, las alucinaciones, la desorganización del pensamiento y de la conducta. Los negativos, en cambio, son relativamente silenciosos y

pueden pasar desapercibidos. Los principales son respuesta emocional disminuida, retraimiento social, apatía, desinterés en el entorno, pensamiento lento y empobrecido, así como falta de habilidades para el desempeño social. Los síntomas negativos parecen estar relacionados con un curso menos favorable de la enfermedad independientemente de la severidad de los síntomas positivos.⁽³⁵⁾ Una vez establecido el episodio, la presencia temprana de síntomas negativos que no responden al tratamiento se relaciona con el diagnóstico de esquizofrenia y con un pobre resultado en términos de funcionalidad y calidad de vida.⁽⁹⁾

En los pacientes con PEP se ha encontrado una menor introspección, lo que implica dificultad para atribuir los síntomas a una enfermedad e interpretar la experiencia psicótica como anormal. Como resultado hay menor aceptación y cumplimiento del tratamiento.⁽³⁶⁾ Al igual que en los pacientes con esquizofrenia establecida, mientras mayor y mejor sea el conocimiento, y el reconocimiento de los síntomas, mejores los resultados.⁽³⁷⁾

En la literatura internacional se discute respecto a la delimitación y conceptualización (características, instrumentos y evolución) de los síndromes prodrómicos, hallándose varios modelos y patrones. La Figura 1 ilustra algunas de las dificultades con que define con precisión este período de tiempo. El eje Y representa la gravedad de los síntomas o cambios en el funcionamiento de un hipotético paciente que ha desarrollado una psicosis y luego se recuperó. El eje X muestra la escala de tiempo. Los puntos representados por las flechas son estimaciones aproximadas de días, semanas o incluso meses, determinado por el paciente o su familia (o amigos) de los cambios que ocurren gradualmente, y el punto de partida va desde el nivel normal de funcionamiento del paciente (flecha 1 o 2) y el punto en el que los cambios podrían ser llamados "psicótico" (flecha 3 o 4).^(30,38)

Figura 1. Desarrollo de la Psicosis en el tiempo, con flechas se señalan los puntos de cambios notados por el paciente o informantes.⁽³⁰⁾



Flechas: 1 = paciente notas los primeros cambios en sí mismo, 2 = la familia o amigos notan los primeros cambios en el paciente, 3 = paciente nota los primeros síntomas psicóticos en sí mismo, 4 = familia y amigos notan los primeros síntomas psicóticos en el paciente, 5 = primera intervención en los síntomas psicóticos.⁽³⁰⁾

La flecha 1 indica el punto en el que el paciente primero notó algún cambio en sí mismo, pero no síntomas que serían llamados psicótico. Por ejemplo, él puede recordar haberse sentido más desinhibido y diciendo lo que estaba pensando más a menudo. Los cambios pueden haber sido sutiles, de modo que sólo la persona y no sus conocidos se hubieran dado cuenta.⁽³⁸⁾

- Patrón 1: cambios no específicos, seguido de síntomas pre psicóticos específicos, luego entonces la psicosis. Los síntomas subjetivos suelen ir acompañados de un cierto deterioro en el funcionamiento del papel y otros cambios conductuales. Hay "cambios de hipofunción" y "cambios de hiperfunción". El patrón de la hipofunción se caracteriza por presentar un comportamiento tranquilo y retirado. El patrón de la hiperfunción se caracteriza por quejas de nerviosismo, inquietud, tensión, inquietud, temor y ansiedad.

La flecha 2 indica el momento en que la familia del paciente o amigos notaron un cambio en la persona, pero no cambios indicativos de psicosis franca. Por ejemplo, pueden haber notado al paciente de mal humor o irritable, ansioso, o que hiciese algunas cosas fuera de lugar, como gastar mucho dinero. Es posible que hayan atribuido esto a "una fase que estaba pasando" (especialmente en el caso de los adolescentes) o pudieran pensar que se debe a preocupaciones en el trabajo.

La flecha 3 indica el momento en que por primera vez el paciente se da cuenta de los cambios que se describen como psicóticos. Por ejemplo, podría haber oído voces o haber tenido la creencia de que estaban controlando su mente.

- Patrón 2: cambios específicos tempranos, con reacción a los síntomas neuróticos, luego la psicosis. Su teoría es que los cambios subjetivos específicos ocurren primero y son seguidos por síntomas neuróticos aparentes y el cambio de comportamiento.

- a. La alteración en la atención: incapacidad para filtrar los estímulos irrelevantes, un disturbio, la dificultad para atender a la información de forma selectiva. El paciente se

distrae con múltiples eventos y se siente abrumado, lo que resulta en una sobrecarga en la formación y, finalmente, una interrupción total de la atención.

b. La alteración en la percepción: descrita como intermitente y transitoria, pero ocasionalmente grave. Se incluyen anomalías en la percepción visual, como ver objetos muy alterados en tamaño, forma, color, brillo, movimiento y distancia. También describe la incapacidad en algunos casos para percibir los objetos como un todo o se desvíen hacia la inspección de las partes del todo en su lugar.

c. El bloqueo de los fenómenos: este término se refiere a las interrupciones repentinas en la atención, el pensamiento, la percepción, la memoria, el habla y la movilidad. El paciente es consciente de intermitentes "hechizos en blanco" o "trances". Estos fenómenos de bloqueo pueden ser causados por defectos en la atención selectiva. A medida que el paciente se vuelve más y más distraído por las experiencias sensoriales, va a cambiar repentinamente al no poder atender a todos. Con el aumento de los volúmenes de información que no es capaz de procesar, el paciente finalmente llega a un punto en el que se altera su conciencia.

d. Alteración en el lenguaje: se describe como intermitente e incluye la dificultad en la producción del habla, así como en la capacidad de expresión. Son secundarios a un trastorno de la atención selectiva.

e. Alteración en la función motora: incluye la pérdida de los movimientos espontáneos y coordinación. Los trastornos de la motilidad son secundarios a las alteraciones tanto de la atención y la percepción, por ejemplo, tener que dejar de moverse por ciertas sensaciones visuales o auditivas.

La flecha 4 indica el punto en que la familia u otras personas se dieron cuenta de los cambios que se le atribuyen a la psicosis, como las acusaciones a los otros de leer su mente o decir tener grandes poderes.

La flecha 5 indica el primer punto de la intervención psiquiátrica, como la participación de equipo de la comunidad o admisión en un hospital. La gravedad de los síntomas suele disminuir tras la intervención eficaz. Se puede presentar posteriormente el Síndrome de Puesto de Avanzada.⁽³⁸⁾

- **Síndromes de Puesto de Avanzada:** son una variante de los patrones de cambio en la evolución de la psicosis. Son un conjunto de síntomas y conductas que transversalmente parecen pródromos, pero que se resuelven espontáneamente sin inmediatamente progresar a la psicosis.⁽³⁰⁾

Los estudios de pacientes que cursan con primer episodio psicótico facilitan la evaluación del funcionamiento premórbido y su relación con otras variables clínicas, ya que permiten la observación directa de las fases tempranas de la enfermedad.⁽³⁹⁾ Se ha establecido que en comparación con las mujeres, los hombres presentan un bajo funcionamiento premórbido, asociado a un mayor índice de síntomas negativos y un mayor intervalo entre el inicio de los síntomas psicóticos y la hospitalización.⁽⁴⁰⁻⁴²⁾ Por otro lado se ha observado que algunos pacientes con esquizofrenia presentan un marcado deterioro en el funcionamiento premórbido durante la adolescencia tardía, condicionado probablemente por los cambios conductuales que se observan en la infancia. Estos cambios no se observan en los pacientes con psicosis afectivas.⁽⁴³⁾ Se han propuesto dos diferentes fenotipos de la esquizofrenia: el primero se caracteriza por un bajo funcionamiento premórbido y el segundo por un buen funcionamiento premórbido.⁽⁴⁴⁾

Consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el abuso, está presente en gran proporción de pacientes y es la principal comorbilidad, aun mayor al encontrado en la población general, en especial en lo referente al abuso de marihuana y alcohol y se ha relacionado con un peor pronóstico de la enfermedad y una mayor severidad de los síntomas.⁽³⁾

El cannabis es la droga ilícita más ampliamente utilizada del mundo, alrededor del 10% de los adultos jóvenes en los países desarrollados son usuarios regulares. Los estudios farmacológicos indican que la exposición aguda y crónica a los cannabinoides se asocian con deficiencias en una serie de procesos cognitivos y, se ha postulado que se debe a su interacción con los receptores CB1 mediante el bloqueo de la liberación de glutamato, los cuales están involucrados en el desarrollo del cerebro durante el período sensible de la adolescencia y conducen a efectos neurotóxicos y anomalías estructurales corticales.⁽⁴⁵⁾

El inicio del abuso de drogas precede a la aparición de los síntomas negativos y positivos, mientras que el inicio del abuso de alcohol se produce al mismo tiempo que el inicio de los síntomas negativos y significativamente antes de la primera aparición de síntomas psicóticos. Pocas diferencias en los síntomas han sido reportados entre los pacientes de PEP que abusan de sustancias y los que no, a excepción de un mayor comportamiento antisocial y trastornos del pensamiento.⁽⁹⁾

El consumo de sustancias psicoactivas puede, por lo tanto, ser un moderador o el factor causal que contribuye a las alteraciones de la sustancia gris en la esquizofrenia y el desarrollo de los síntomas psicóticos. Adicionalmente, el uso de alcohol y sobre todo cannabis se ha descubierto que es frecuente en los últimos años en pacientes con psicosis. Una posible explicación es que los pacientes utilizan el alcohol y el cannabis como un método de automedicación para la reducción de la inadaptación social asociada a la psicosis inminente.^(45,46)

Condiciones psicosociales.

La prevalencia de la esquizofrenia es mayor en los estratos socioeconómicos bajos, pero no se ha encontrado una explicación clara al respecto. La situación se agrava debido a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, al pobre reconocimiento de los síntomas prodrómicos por parte del personal médico, incluyendo a los psiquiatras, y al estigma que aún en países desarrollados genera la enfermedad mental.⁽⁴⁷⁾

Cooper, en Londres, determinó que las características de las personas con psicosis eran pertenecer al grupo etario adulto joven, desempleados. Las personas pertenecientes a grupos étnicos negros eran cuatro veces más propensos a tener la psicosis que los blancos, abandono escolar a la edad de 18 años o antes y pertenecer a la clase social V.⁽⁴⁸⁾

Objetivo general.

Explorar los factores que influyen en la presentación del primer episodio psicótico en pacientes del Hospital Psiquiátrico de Caracas.

Objetivos específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con un primer episodio psicótico.
2. Exponer las características clínicas de los pacientes en el primer episodio psicótico.
3. Identificar los factores influyentes en el primer episodio psicótico.

Aspectos éticos.

La investigación se sometió al consentimiento y aprobación del Comité de Ética y de la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Se solicitó el consentimiento informado y anexo firmados por representante/familiar(es) de los pacientes participantes.

Se observó el cumplimiento de las guías de buena práctica clínica y de los preceptos éticos establecidos para la investigación biomédica nacionales e internacionales.

MÉTODOS

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Psiquiátrico de Caracas entre junio de 2014 y mayo de 2015, con el objetivo de explorar los factores que influyen en la presentación del primer episodio psicótico.

Población y muestra.

La población en estudio fue de 203 pacientes que correspondió al total que asistieron por primera vez a la consulta de emergencia del Hospital Psiquiátrico de Caracas, entre junio 2014 y mayo 2015, con diagnóstico de episodio psicótico agudo y que cumplían con los criterios de inclusión.

Se realizó un estudio piloto de 25 pacientes para establecer el cálculo del tamaño de la muestra definitiva, donde se utilizó un método de muestreo aleatorio sistemático, para un nivel de confianza de 0,95 y de error de $E = 0,078$. A partir de este resultado se determinó que 146 pacientes de la población total cumplían cabalmente con los criterios de inclusión, para mantener las características de confianza y error, ya descritos, se procedió al cálculo del tamaño de una muestra significativa, usando nuevamente un método de muestreo aleatorio sistemático y se obtuvo un resultado total de 68 pacientes (33,49% de la población en estudio), que se corresponderían con la muestra definitiva.

Se consideraron como criterios de inclusión haber manifestado un primer episodio psicótico, según los criterios de la clasificación internacional de enfermedades en su decima versión (CIE 10) incluidos en el apartado de “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, ser mayores de 14 años, sin patologías asociadas y con disposición de los familiares o representante para participar en el estudio expresada en la firma de un consentimiento informado.

Se excluyeron aquellos pacientes que manifestaron psicopatología con curso de intoxicación aguda por consumo de múltiples sustancias, y aquellos que tenían historia previa de trastorno psicótico atendidos médicamente.

Procedimientos.

La información se obtuvo a partir de las historias clínicas, así como de entrevistas y consultas psiquiátricas de la población en estudio. Se describió la presentación clínica del primer episodio psicótico mediante la aplicación de la escala de síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia (PANSS por sus siglas en inglés); se midieron variables demográficas, edad y género; clínicas y sociales, el nivel académico, la personalidad premórbida mediante la escala de ajuste premórbido, el funcionamiento mediante la escala breve de funcionamiento y el nivel socioeconómico mediante la escala Graffar Méndez-Castellanos modificado.

Se diseñó una base de datos en Microsoft Excel para almacenar la información de la población en estudio, la cual contó con las variables definidas anteriormente. Se procesaron los datos estadísticamente y los resultados se presentaron en tablas.

Tratamiento estadístico.

El tratamiento estadístico partió de la aceptación de un nivel de confianza de 0,95 y de error de $E = 0,078$. Se utilizó el modelo de regresión lineal multivariante para predecir el comportamiento del instrumento PANNS en función a las variables de edad, sexo, estrato social, síntomas prodrómicos, antecedentes psiquiátricos familiares y médicos, grado de instrucción y rendimiento académico.

RESULTADOS.

Características sociodemográficas de los pacientes con un primer episodio psicótico.

Cuadro 1. Distribución de la muestra según género.

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	34	50
Masculino	34	50
Total	68	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro N° 1 se puede apreciar que la mitad de los pacientes entrevistados son del género masculino y la otra mitad son del género femenino.

Cuadro 2. Distribución de la muestra según grupo de edades.

Grupo de edades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menor a 18	4	5,88
18 a 24	24	35,29
25 a 34	15	22,06
35 a 44	8	11,76
45 a 54	11	16,18
55 o más	6	8,82
Total	68	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro N° 2 se observa que la mayoría de los pacientes estudiados tienen entre 18 y 24 años de edad con un 35% de frecuencia porcentual, seguidos de los que tienen de 25 a 34 años de edad con un 22%. Luego aparecen los que tienen entre 35 y 44 años de edad con un 12%. En promedio los pacientes de la muestra son relativamente jóvenes.

Cuadro 3. Distribución de la muestra según el estrato social.

Estrato Social	Frecuencia	Porcentaje (%)
II	7	10,29
III	27	39,71
IV	29	42,65
V	5	7,35
Total	68	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

Como se aprecia en el cuadro N° 3 la mayoría de los pacientes de la muestra son del estrato social IV con un 43% de frecuencia porcentual, seguidos de los que pertenecen al estrato III con un 40%, luego los de estrato II con 10% y cierran los de estrato V con un 7% de frecuencia porcentual. Se trata en su mayoría de pacientes en pobreza relativa y de clase media.

Cuadro 4. Distribución de la muestra según antecedentes médicos.

Antecedentes médicos	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	48	70,59
Sí	20	29,41
Total	68	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

El cuadro N° 4 refleja que la mayor parte de los pacientes, 70,59%; no tienen antecedentes médicos.

Cuadro 5. Distribución de la muestra con antecedentes médicos según enfermedad.

Antecedentes médicos según enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertensión Arterial	1	5
Epilepsia	3	15
Asma	1	5
Meningitis	2	10
Abuso de Sustancias Ilícitas	3	15
Traumatismo Craneal	3	15
Uso de Alcohol	1	5
Hipotiroidismo	1	5
Diabetes Mellitus con EPOC	1	5
Hipoacusia Derecha	1	5
Retardo Mental Moderado	1	5
Cáncer	1	5
Otra	1	5
Total	20	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas.
Junio 2014 - mayo 2015.

En los pacientes que sí presentaron antecedentes médicos, cuadro N° 5, se observa una variedad de patologías entre las que destacan ligeramente los traumatismos craneales, epilepsia y abuso de sustancias ilícitas, con un 15% de frecuencia porcentual, seguidos de la meningitis con un 10%.

Cuadro 6. Distribución de la muestra según escolaridad.

Nivel escolar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	1	1,47
Primaria incompleta	5	7,35
Primaria completa	38	55,88
Bachiller	18	26,47
Universitaria	6	8,82
Total	68	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro N° 6 se observa que la mayoría de los pacientes de la muestra tienen escolaridad primaria completa con un 56% de frecuencia porcentual, luego aparecen los bachilleres con 26% y con formación universitaria un 9%.

Cuadro 7. Distribución de la muestra según situación conyugal.

Situación conyugal	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	49	72,06
Casado	8	11,76
Viudo	1	1,47
Divorciado	3	4,41
Unido	5	7,35
Separado	2	2,94
Total	68	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

Como muestra el cuadro N° 7, El 72% de los pacientes eran solteros, con una diferencia notable sobre los casados, que correspondieron al 11,76% de los casos.

Cuadro 8. Distribución de la muestra según antecedentes familiares de enfermedad mental.

Antecedentes de enfermedad mental	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	61	89,71
Sí	7	10,29
Total	68	100

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas.
Junio 2014 - mayo 2015.

Como se aprecia en el cuadro N° 8 la mayoría de los pacientes de la muestra no tienen antecedentes familiares, correspondiéndose con el 90% de los casos.

Cuadro 9. Estadística descriptiva de PANSS positivo, negativo y general.

	PANSS		
	Positivo	Negativo	General
N	68	68	68
Media	22,56	16,94	42,35
Mediana	22,00	15,00	42,00
Moda	22	14	40
Desviación estándar	6,692	7,461	12,436

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro N° 9 se aprecia la descripción del comportamiento del PANSS respecto a los pacientes evaluados, con respecto al PANSS positivo promedio de la muestra es de 22,56 puntos, asimismo, el valor central es de 22 puntos es decir, el 50% de los datos son menores a 22 puntos y el 50% restante son mayores a 22 puntos, en tanto que el PANSS positivo más frecuente es, también, de 22 puntos. Por su parte, la desviación estándar indica que en promedio los PANSS positivos se distancian de la media en 6,692 puntos. El PANSS positivo es un valor que oscila entre 7 y 49 puntos y la media obtenida es de 22,56 puntos lo cual indica que está por debajo del punto medio entre 7 y 49, que es de 28 puntos, por lo cual se observa que los pacientes tienen un bajo valor de PANSS positivo en promedio.

En cuanto al PANSS negativo promedio de los pacientes de la muestra es de 16,94 puntos, asimismo el valor central es de 15 puntos, es decir, el 50% de los datos son menores a 15 puntos y el 50% restante son mayores a 15 puntos, en tanto que el PANSS negativo más frecuente es de 14 puntos. Por su parte, la desviación estándar indica que en promedio los PANSS negativos se distancian de la media en 7,461 puntos. El PANSS negativo es un valor que oscila entre 7 y 49 puntos y la media obtenida es de 16,94 puntos, lo cual indica que está por debajo del punto medio entre 7 y 49 que es de 28 puntos por lo cual se observa que los pacientes tienen un bajo valor de PANSS negativo en promedio.

Comparando los 2 PANSS se obtiene que el PANSS positivo muestra valores mayores que el negativo, por lo cual los pacientes resultan ser más expresivos en su primer episodio psicótico.

En correspondencia con el PANSS general, se aprecia que el promedio de los pacientes de la muestra presentan 42,35 puntos, asimismo el valor central es de 42 puntos, es decir, el 50% de los datos son menores a 42 puntos y el 50% restante son mayores a 42 puntos, en tanto que el PANSS general más frecuente es de 40 puntos (hay varias modas pero se toma la menor). Por su parte, la desviación estándar indica que en promedio los PANSS generales se distancian de la media en 12,43 puntos. El PANSS general es un valor que oscila entre 16 y 112 puntos y la media obtenida es de 42,35 lo cual indica que está por debajo del punto medio entre 16 y 112 que es de 64 puntos por lo cual se refleja que los pacientes tienen un bajo valor de PANSS general en promedio.

Cuadro 10. Estadística descriptiva de la escala breve de funcionamiento.

Escala breve de funcionamiento.	
N	68
Media	51,57
Mediana	55,00
Moda	24
Desviación estándar	13,915

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas.
Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro N° 10 se observa que la escala breve de funcionamiento (EBF) promedio de los pacientes de la muestra es de 51,57 puntos, asimismo, el valor central es de 55 puntos, es decir, el 50% de los datos son menores a 55 puntos y el 50% restante son mayores a 55 puntos, en tanto que el EBF más frecuente es de 24 puntos. La desviación estándar indica que en promedio los EBF se distancian de la media en 13,915 puntos. El EBF es un valor que oscila entre 0 y 72 puntos, y la media obtenida es de 51,57, lo cual indica que está por encima del punto medio entre 0 y 72 que es de 36 puntos, se observa entonces, que los pacientes tienen un alto valor de EBF.

Cuadro 11. Estadística descriptiva de la escala de ajuste pre mórbido.

Escala de ajuste pre mórbido.	
N	68
Media	,4490
Mediana	,4800
Moda	,50
Desviación estándar	,20749

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas.
Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro N° 11 se aprecia que la escala de ajuste pre mórbido (EAP) promedio de los pacientes de la muestra es de 0,4490 puntos, así mismo, el valor central es de 0,48 puntos, es decir, el 50% de los datos son menores a 0,48 puntos y el 50% restante son mayores a 0,48 puntos, en tanto que el EAP más frecuente es de 0,5 puntos. Por su parte, la desviación estándar indica que en promedio los EAP se distancian de la media en 0,20749 puntos. La EAP es un valor que oscila entre 0 y 1 puntos, y la media obtenida es de 0,4490 lo cual indica que está por debajo del punto medio entre 0 y 1 que es de 0,5 puntos, por lo que se observa que los pacientes tienen un moderado a bajo valor de EAP.

Factores que Afectan al PANSS

Las 3 variables numéricas disponibles, es decir, EAP, EBF y edad se correlacionan a la variable PANSS positivo, mediante un modelo de regresión lineal múltiple para determinar cuáles de estas 3 variables son significativas para explicar al PANSS positivo.

Utilizando la técnica de pasos sucesivos se obtienen los siguientes resultados:

Cuadro 12. Correlación entre PANSS Positivo, EAP, EBF y edad.

Modelo	Suma de cuadrados	Df	Media cuadrada	F	Significante*
Regresión	278,631	1	278,631	6,756	,012 ^a
Residual	2722,133	66	41,244		
Total	3000,765	67			
a. Predictor: (Constante), EBF					
b. Variable dependiente: PANSS positivo					
*Valor significativo de $p < 0,05$					

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

Como muestran los resultados del cuadro 12, se corre el modelo con las variables independientes disponibles de las cuales sólo resulta significativa la variable EBF generando la siguiente ecuación: $\text{PANSS Positivo} = 15 + 0,147 \cdot \text{EBF}$

Este resultado indica que por cada punto adicional de EBF el PANSS positivo aumenta en 0,147 unidades. Es decir, existe una relación directa y significativa entre el PANSS positivo y el EBF. En cuanto a las variables de edad y EAP con respecto a EBF y PANSS positivo no son estadísticamente significativas con un valor de 0,956 y 0,989 respectivamente.

Se realiza el mismo proceso con el PANSS negativo obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro 13. Correlación entre PANSS negativo, EAP, EBF y edad.

Modelo		Suma de los cuadrados	Df	Media cuadrada	F	Significante*
1	Regresión	455,654	1	455,654	9,185	,003 ^a
	Residual	3274,111	66	49,608		
	Total	3729,765	67			
2	Regresión	933,608	2	466,804	10,851	,000 ^b
	Residual	2796,157	65	43,018		
	Total	3729,765	67			
a. Predictor (Constante): edad						
b. Predictores (Constante): edad, EBF						
c. Variable dependiente: PANSS negativo						
*Valor significativo de $p < 0,05$						

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

Como muestran los resultados del cuadro 13, se corre el modelo con las variables independientes disponibles resultando significativas las variables EBF y edad, generando la siguiente ecuación: $\text{PANSS negativo} = 13,111 - 0,185 * \text{Edad} + 0,192 * \text{EBF}$.

Este resultado indica que por cada punto adicional de EBF el PANSS negativo aumenta en 0,192 unidades manteniendo constante la edad y por cada año adicional de edad el PANSS negativo disminuye en 0,185 puntos manteniendo constante el EBF. Es decir, existe una relación directa y significativa entre el PANSS negativo y el EBF y una relación inversa y

significativa entre el PANSS negativo y la edad. En cuanto a la variable de EAP con respecto a edad y EBF no fue estadísticamente significativas con un valor de 0,32 y 0,96 respectivamente.

Se repite el mismo proceso ahora con el PANSS general obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro 14. Correlación entre PANSS general, EAP, EBF y edad.

Modelo	Suma de los cuadrados	Df	Media cuadrada	F	Significante*
1 Regresión	672,308	1	672,308	4,580	,036 ^a
Residual	9689,222	66	146,806		
Total	10361,529	67			
a. Predictor: (Constante), EBF					
b. Variable Dependiente: PANSS general					
*Valor significativo de $p < 0,05$					

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

Como muestra el cuadro 14, se corre el modelo con las variables independientes disponibles de las cuales sólo resulta significativa la variable EBF generando la siguiente ecuación: $\text{PANSS general} = 30,612 + 0,228 \cdot \text{EBF}$.

Este resultado indica que por cada punto adicional de EBF el PANSS general aumenta en 0,228 unidades. Es decir, existe una relación directa y significativa entre el PANSS general y el EBF. En relación a las variables de edad y EAP con respecto a EBF y PANSS general se determinó que no fueron estadísticamente significativas con un p-valor de 0,99 y 0,96 respectivamente para cada variable.

De esta forma se obtiene que el PANSS positivo y el PANSS general son afectados por el EBF, mientras que el PANSS negativo es afectado por la edad y el EBF.

Con las variables cualitativas dicotómicas disponibles, es decir, género, antecedentes médicos y antecedentes psiquiátricos familiares se procede a determinar si existe diferencia significativa entre las medias de los PANSS para ambas categorías de dichas variables:

Cuadro 15. Correlación entre PANSS y género.

PANSS	Género	N	Media	Desviación estándar	Significancia* por Test de Levene's para igualdad de variables
PANSS positivo	Masculino	34	22,21	6,901	0,352
	Femenino	34	22,91	6,561	
PANSS negativo	Masculino	34	18,29	7,650	0,322
	Femenino	34	15,59	7,123	
PANSS general	Masculino	34	43,15	11,447	0,699
	Femenino	34	41,56	13,478	
*Valor significativo de p < 0,05					

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

Como se observa en el cuadro 15, la prueba para los 3 PANSS arroja que las varianzas poblacionales son iguales ya que los p-valores correspondientes para estas pruebas de 0,352, 0,322 y 0,699 son mayores que un nivel de significación de 0,05 lo cual lleva a no rechazar la hipótesis nula de que las varianzas poblacionales son iguales.

Con respecto a las medias, usando los resultados obtenidos con varianzas iguales como se obtuvo anteriormente arroja que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los 3 PANSS de los pacientes hombres y las mujeres ya que los p-valores 0,667, 0,136 y 0,602 son mayores que un nivel de significación de 0,05.

En este caso, el género no afecta a ninguno de los 3 PANSS.

Cuadro 16. Correlación entre PANSS y antecedentes médicos.

PANSS	Antecedentes médicos	N	Media	Desviación estándar	Significancia* por Test de Levene's para igualdad de variables
PANSS positivo	Sí	20	21,90	6,248	0,404
	No	48	22,83	6,914	
PANSS negativo	Sí	20	16,45	6,613	0,486
	No	48	17,15	7,844	
PANSS general	Sí	20	42,85	10,333	0,319
	No	48	42,15	13,310	
*Valor significativo de p < 0,05					

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro 16 se observa que la prueba para los 3 PANSS arroja que las varianzas poblacionales son iguales ya que los p-valores correspondientes para estas pruebas de 0,404, 0,486 y 0,319 son mayores que un nivel de significación de 0,05 lo cual lleva a no rechazar la hipótesis nula de que las varianzas poblacionales son iguales.

Con respecto a las medias, usando los resultados obtenidos con varianzas iguales como se obtuvo anteriormente arroja que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los 3 PANSS para los pacientes que sí tienen antecedentes médicos y los que no tienen ya que los p-valores 0,604, 0,729 y 0,833 son mayores que un nivel de significación de 0,05.

La presencia o no de antecedentes médicos no afecta a ninguno de los 3 PANSS.

Cuadro 17. Correlación entre PANSS y antecedentes psiquiátricos familiares.

PANSS	Antecedentes psiquiátricos familiares	N	Media	Desviación estándar	Significancia* por Test de Levene's para igualdad de variables
PANSS positivo	Sí	7	24,00	5,164	0,196
	No	61	22,39	6,861	
PANSS negativo	Sí	7	21,00	6,429	0,726
	No	61	16,48	7,476	
PANSS general	Sí	7	48,14	7,290	0,275
	No	61	41,69	12,768	
*Valor significativo de p < 0,05					

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

La prueba para los 3 PANSS, como se observa en el cuadro 17, arroja que las varianzas poblacionales son iguales ya que los p-valores correspondientes para estas pruebas de 0,196, 0,726 y 0,275 son mayores que un nivel de significación de 0,05 lo cual lleva a no rechazar la hipótesis nula de que las varianzas poblacionales son iguales.

Con respecto a las medias, usando los resultados obtenidos con varianzas iguales como se obtuvo anteriormente, arroja que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los 3 PANSS para los pacientes que sí tienen antecedentes psiquiátricos familiares y los que no tienen ya que los p-valores 0,551, 0,130 y 0,196 son mayores que un nivel de significación de 0,05.

Los antecedentes psiquiátricos familiares no afectan a ninguno de los 3 PANSS.

Ahora con las variables cualitativas con más de 2 categorías disponibles, es decir, estrato social, escolaridad y situación conyugal, se procede a determinar si existe diferencia significativa entre las medias de los PANSS para todas las categorías de estas variables:

Cuadro 18. Correlación entre PANSS y estrato social.

PANSS	Distribución	Suma de cuadrados	Df	Media cuadrada	F	Significante*
PANSS positivo	Entre grupos	241,331	3	80,444	1,866	0,144
	Dentro de los grupos	2759,433	64	43,116		
	Total	3000,765	67			
PANSS negativo	Entre grupos	9,358	3	3,119	0,054	0,983
	Dentro de los grupos	3720,407	64	58,131		
	Total	3729,765	67			
PANSS general	Entre grupos	373,061	3	124,354	0,797	0,500
	Dentro de los grupos	9988,468	64	156,070		
	Total	10361,529	67			
*Valor significativo de $p < 0,05$						

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro 18 no se aprecia diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los 3 PANSS para todas las categorías de estratos sociales ya que los p-valores obtenidos de 0,144, 0,983 y 0,500 son mayores que un nivel de significación de 0,05. El estrato social no influye en ninguno de los 3 PANSS.

Cuadro 19. Correlación entre PANSS y escolaridad.

PANSS	Distribución	Suma de cuadrados	Df	Media cuadrada	F	Significante*
PANSS positivo	Entre grupos	90,020	4	22,505	0,487	0,745
	Dentro de los grupos	2910,744	63	46,202		
	Total	3000,765	67			
PANSS negativo	Entre grupos	65,524	4	16,381	0,282	0,889
	Dentro de los grupos	3664,241	63	58,163		
	Total	3729,765	67			
PANSS general	Entre grupos	10,811	4	2,703	0,016	0,999
	Dentro de los grupos	10350,718	63	164,297		
	Total	10361,529	67			
*Valor significativo de p < 0,05						

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

Los resultados reflejados en el cuadro 19 indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los 3 PANSS para todas las categorías de niveles de escolaridad ya que los p-valores obtenidos de 0,745, 0,889 y 0,999 son mayores que un nivel de significación de 0,05. El nivel de escolaridad no influye en ninguno de los 3 PANSS.

Cuadro 20. Correlación entre PANSS y situación conyugal.

PANSS	Distribución	Suma de los cuadrados	df	Media cuadrada	F	Significante*
PANSS positivo	Entre grupos	231,380	5	46,276	1,036	0,405
	Dentro de los grupos	2769,385	62	44,668		
	Total	3000,765	67			
PANSS negativo	Entre grupos	444,892	5	88,978	1,679	0,153
	Dentro de los grupos	3284,872	62	52,982		
	Total	3729,765	67			
PANSS general	Entre grupos	1173,971	5	234,794	1,584	0,178
	Dentro de los grupos	9187,558	62	148,186		
	Total	10361,529	67			
*Valor significativo de p < 0,05						

Fuente: historias y archivos médicos del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Junio 2014 - mayo 2015.

En el cuadro 20 no se evidencia diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los 3 PANSS ya que los p-valores obtenidos de 0,405, 0,153 y 0,178 son mayores que un nivel de significación de 0,05. La situación conyugal no influye en ninguno de los 3 PANSS.

DISCUSIÓN.

En relación a las características sociodemográficas, en el estudio la población comparte las características demográficas encontradas en la mayoría de las investigaciones acerca del primer episodio psicótico, es decir, mayor prevalencia en personas jóvenes, entre los 18 y 24 años de edad, de escolaridad básica y solteros, no así en hombres y mujeres, donde no hubo diferencia de prevalencia, al contrario de lo observado en la mayoría de los estudios citados donde se ve mayor afectación en hombres.^(3, 6, 7, 10, 26, 32 39, 44)

Con respecto a la descripción de las características clínicas en este estudio se hizo uso de la escala PANSS para medir la forma de presentación del primer episodio psicótico observándose que las características acordes al PANSS positivo fueron más relevantes que las del PANSS negativo, notándose que los pacientes resultaron ser más expresivos en su primer episodio psicótico, aunque con un bajo valor de PANSS general en promedio. En otros estudios que evaluaron la intensidad de los síntomas usando escala de PANSS o la escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS), los puntajes tuvieron tendencia a ser más elevado pero manteniendo la prevalencia de síntomas positivos sobre los negativos.^(8, 17, 32)

En cuanto a la afectación funcional y nivel de calidad de vida la escala breve de funcionamiento y la escala de ajuste pre mórbido mostraron una afectación importante de la funcionalidad con un limitado ajuste pre mórbido en los pacientes; siendo estos además en su mayoría pacientes en pobreza relativa. Estos datos son compartidos con la mayoría de estudios similares.^(7, 9, 26, 32) Muchos de estos pacientes presentan un cuadro pre mórbido de larga duración con características clínicas que afectan directamente en su desempeño social, familiar, laboral o educacional mucho antes que se manifiesten los signos claros de psicosis.⁽³⁰⁾

Sobre los antecedentes personales y familiares, la mayoría de los pacientes no tenían otra enfermedad asociada, y no se evidenció un alto antecedente de consumo de drogas ilícitas como si se aprecia en otros estudios,^(10, 32) fenómeno que puede estar influenciado por el hecho de que en este estudio no se incluyeron pacientes con consumo reciente de drogas. Otra novedad fue que la mayoría no tienen antecedentes de enfermedades psiquiátricas familiares en contraposición a lo que muestran otros estudios.^(8, 10, 32)

En lo que refiere a los factores asociados con la gravedad del cuadro clínico, se

exploraron las variables que podrían estar asociadas observándose que el PANSS positivo y el PANSS general son afectados por el funcionamiento del paciente medido por la EBF, mientras que el PANSS negativo es afectado por la edad y la EBF, con las otras variables en estudio no se encontró correlación directa con la gravedad del primer episodio psicótico, en otro estudio consultado⁽³²⁾ tampoco se encontraron variables demográficas directamente relacionadas con la forma de presentación del PANSS.

Limitaciones

En el estudio se incluyeron pacientes que acudían en primer episodio psicótico, en tratamiento ambulatorio o de hospitalización, lo que implicó usar escalas de aplicación rápida y se imposibilitó el seguimiento de todos los casos, esto obligó a utilizar como referencia la información de la historia clínica con el fin de completar aspectos del formulario de recolección de datos.

Como criterio de exclusión se usó el consumo reciente de drogas ilícitas o historial de consumo compulsivo por tanto no se pudo medir este parámetro y su influencia en la forma de presentación. Esta variable debiera considerarse para el diseño de estudios similares.

CONCLUSIONES.

La distribución de pacientes con un primer episodio psicótico (PEP) es equitativa de acuerdo al género; y la proporción según la edad es mayor en pacientes jóvenes. La forma de presentación clínica más relevante fue la de PANSS positivo. El PANSS negativo es afectado por la edad y el funcionamiento, este último es un determinante también para el PANSS positivo y general. Las otras variables estudiadas no se encontraron directamente relacionadas con la gravedad o el curso del PEP.

RECOMENDACIONES.

- Promover en otros centros de salud mental a nivel estatal y nacional estudios de casos con primer episodio psicótico para análisis comparativos.
- Impulsar en los centros de salud mental estudios de seguimientos de casos desde el primer episodio psicótico.
- Brindar apoyo institucional a los pacientes con nivel de funcionamiento general bajo mediante incorporación de programas de formación e incorporación social.

AGRADECIMIENTO:

Al personal del Hospital Psiquiátrico de Caracas, en especial al personal del departamento de historias médicas por su disposición y gran colaboración.

A los pacientes y sus familiares por su cooperación.

REFERENCIAS.

1. Beaglehole R, Irwin A, Prentice T, Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. OMS; 2003. Report No.: 9.
2. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250(6):274-285.
3. Cano J. Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Rev. salud pública.* 9 (3):455-464, 2007
4. Meltzer HY, Hossein-Fatemi S. Schizophrenia. In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, editors. *Current diagnosis & treatment in psychiatry*; 2006.
5. Lauriello J, Bustillo JR, Keith SJ. Schizophrenia: Scope of the Problem. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
6. Palma C, Cañete J, Farriols N. Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de psicología.* 2005, vol. 21, no 2, 286-293.
7. Barnes T, Hulton S, Chapman MJ. West London first-episode study of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 2000. 177, 207-211.
8. Apiquián R. Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico. Estudio de seguimiento a un año. *Gac. Méd. Méx.* 2006. V.142 n.2.
9. Malla A, Payne J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull* 2005 Jul;31(3):650-71.
10. Apiquian R, Páez F, Loyzaga C. Estudio mexicano del primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental* 1997;20(supl. 3):1-7.
11. García I, Fresán A, Medina ME. Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia. *Salud Mental* 2008;31:479-485. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212099008>. Fecha de consulta: 5 de abril de 2014.
12. Fuchs J, Steinert T. Patients with a first-episode of schizophrenia spectrum psychosis and their pathways to psychiatric hospital care in South Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):357-380.
13. Fuchs J, Steinert T. Pathways to psychiatric care and duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002;70(1):40-45.

14. Skeate A, Jackson C, Birchwood M. Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis. Investigation of help-seeking behaviour in primary care. *Br J Psychiatry* 2002;43:s73-s77.
15. Ucok A, Polat A, Genc A, Cakir S, Turan N. Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2004; 38(2):163-168.
16. Addington J, Van Mastrigt S, Addington D. Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome. *Psychol Med* 2004;34(2):277-284.
17. Malla AK, Norman RM, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophr Res* 2002;54(3):231-242.
18. Simonsen E, Friis S, Haahr U, Johannesses JO, Larsen TK et al. Clinical epidemiologic first-episode psychosis: 1-year outcome and predictors. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(1):54-61.
19. Bottlender R, Sato T, Jäger M, Wegener U, Wittmann J et al. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62(1- 2):37-44.
20. Malla AK, Takhar JJ, Norman RM, Manchanda R, Cortese L, et al. Negative symptoms in first episode non-affective psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(6):431-439.
21. Ayres AM, Busatto G, Menezes PR, Schaufelberger MS, Coutinho L et al. Cognitive deficits in first-episode psychosis: a population-based study in Sao Paulo, Brazil. *Schizophr Res* 2007;90(1-3):338-343.
22. De Haan L, Van Der Gaag M, Wolthaus J. Duration of untreated psychosis and the long-term course of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2000;15(4):264-267.
23. Meagher DJ, Quinn J, Bourke S, Linehan S, Murphy P et al. Longitudinal assessment of psychopathological domains over late-stage schizophrenia in relation to duration of initially untreated psychosis: 3-year prospective study in a long-term inpatient population. *Psychiatry Res* 2004;126(3):217-227.
24. Osthuizen P, Emsley RA, Keyter N, Niehaus DJ, Koen L. Duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis. Perspective from a developing country. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(3):214-219.
25. Harris MG, Henry LP, Harrigan SM, Purcell R, Schwartz OS et al. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophr Res* 2005;79(1):85-93.

26. Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull* 2006;32(4):758-764.
27. Alptekin K, Erkoc S, Gogus AK, Kultur S, Mete L et al. Disability in schizophrenia: clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Res* 2005;135(2):103-111.
28. Altamura AC, Bassetti R, Sassella F, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated psychosis as predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophr Res* 2001;52(1-2):29-36.
29. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(9):975-983.
30. Alison R. Yung y Patrick D. McGorry. The Prodromal Phase of First-Episode Psychosis: past and Current Conceptualizations. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN* VOL. 22, NO. 2, 1996 353 Disponible en: www.schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/. Fecha de consulta: 4 de abril del 2014.
31. Del Bemi C, Armada C, Teixeira B, Fragata R. Differential diagnosis of first-episode psychosis: importance of an optimal approach in psychiatric emergency. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010. vol.32 supl.2.
32. Cano J, Cordova R, Fierro M, Venegas C, Alzate M, Olarte A, et al. Factores que determinan la gravedad de presentación clínica del primer episodio psicótico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2007. Vol 36, No 1.
33. Escobar R. Primer episodio psicótico. *Avances en psiquiatría biológica* 2000;1:46-55.
34. Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophr Bull* 1991;17(1):27-49.
35. Menezes NM, Milovan E. First-episode psychosis: a comparative review of diagnostic evolution and predictive variables in adolescents versus adults. *Can J Psychiatry* 2000 Oct;45(8):710-6.
36. Novak-Grubic V, Tavcar R. Predictors of noncompliance in males with first-episode, schizophreniform and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry* 2002 May;17(3):148-54.
37. Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM. Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry* 2001 Nov;42(6):498-503.
38. Chapman J. The early symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry*.1966 Mar;112(484):225-51.

39. Fresána R, Apiquiana R, Ulloa E, Loyzagaa H, Nicolina H, et al. Funcionamiento premórbido por género y su relación con la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el primer episodio psicótico. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(2):53-58.
40. Häfner H, Riecher-Rössler A, An Der Heiden W, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W. Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia. *Psychol Med* 1993;23:925-40.
41. Szymanski S, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff D, Loebel A, Geisler S, et al. Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152(5):698-703.
42. Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: early course parameters. *Schizophr Bull* 1996; 22:2.
43. Foerster A, Lewis S, Owen M, Murray R. Premorbid adjustment and personality in psychosis: effects of sex and diagnosis. *Br J Psychiatry* 1991;158:171-6.
44. Bailer J, Bräuer W, Rey E. Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:368-77.
45. Rapp C. Effects of Cannabis Use on Human Brain Structure in Psychosis: A Systematic Review Combining In Vivo Structural Neuroimaging and Post Mortem Studies. *Curr Pharm Des.* 2012; 18(32): 5070–5080.
46. Davidson M. El tratamiento de la esquizofrenia: desde las manifestaciones premórbidas al primer episodio psicótico. *Dialogues Clin Neurosci.* Mar 2005; 7(1): 7–16.
47. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005 Jan;39(1-2):1-30.
48. Cooper C. Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis. *The Royal College of Psychiatrists. BJP* 2008, 192:185-190.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, de ____ años de edad, con domicilio en _____ y Cédula de Identidad N° _____

Yo, _____, de ____ años de edad, con domicilio en _____ en calidad de (representante legal, familiar del (la) paciente) _____ y Cédula de Identidad N° _____

Este es un trabajo de investigación con el fin de identificar los factores que determinan la gravedad de presentación clínica del primer episodio psicótico, para lograr una mejor comprensión de la enfermedad psiquiátrica.

Como participante del estudio a su representado se le observará y entrevistará en el marco de la consulta psiquiátrica para obtener datos de las características de sus síntomas. Además, será necesaria su colaboración como representante dentro de la entrevista. La realización de la consulta y participación en el estudio no implicará ningún costo económico para usted.

Declaración de Consentimiento:

He leído o escuchado la información brindada sobre la investigación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente la participación de mi representado en el estudio y comprendo que tiene el derecho de retirarse en cualquier momento que lo desee sin que ello afecte o tenga consecuencias para él.

Fecha:/...../.....

Sr(a) _____ Cédula de Identidad N° _____ Firma: _____

Testigo: 1. Sr(a) _____ Cédula de Identidad N° _____ Firma _____

Testigo: 2. Sr(a) _____ Cédula de Identidad N° _____ Firma _____

ANEXO A LA DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez realizada la historia clínica y evaluación del (de la) Sr(a):
_____ CI N° _____ se concluye que
el(la) paciente presenta una condición mental que afecta sus funciones cognitivas y volitivas
por lo que está limitada su capacidad para decidir de acuerdo con sus objetivos, intereses y
valores. Por este motivo se decide que la declaración del consentimiento informado será
firmado por el Sr(a): _____ CI N°
_____ quien declara su condición de _____
del(la) mencionado(a) paciente.

Fecha:/...../.....

Sr(a) _____

Cédula de Identidad N° _____ Firma: _____

Testigo: 1. Sr(a) _____ Cédula de Identidad N° _____ Firma

Testigo: 2. Sr(a) _____ Cédula de Identidad N° _____ Firma

Fecha: _____

Fecha: Mayo 2014

Ciudadano
Director del Hospital Psiquiátrico de Caracas
Dr. Ángel Riera
Presente.-

Ante todo un cordial saludo. Nos dirigimos a Ud., en la oportunidad de solicitarle el permiso para realizar el Trabajo Especial de Investigación para optar al título de Especialista en Psiquiatría titulado “**PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: DETERMINANTES**”, que se realizará con los pacientes que acudan al área de Consulta de Emergencia con un primer episodio psicótico mediante la aplicación de la escala de PANSS; se medirán variables demográficas (edad y género) a través de escala GRAFFAR Méndez-Castellano modificado; clínicas y sociales a través de las escalas FAST y EAP, previa firma del consentimiento informado y anexo; con el fin de evaluar los factores que determinan la gravedad de presentación clínica del primer episodio psicótico de los pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico de Caracas en el segundo semestre del año 2014.

Agradeciendo de antemano su colaboración, sin más que agregar.

Atentamente,

Delmeyer Alcalá

CI. 18.026.608

Nairovi Casadiego

CI . 15.483.157

Fecha: Mayo 2014

**Ciudadano
Dr. Luis Morales Carrero
Presidente del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico de Caracas
Dr. Morales
Presente.-**

Ante todo un cordial saludo, nos dirigimos a Ud., en la oportunidad de solicitarle el permiso para realizar el Trabajo Especial de Investigación para optar al título de Especialista en Psiquiatría titulado “PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: DETERMINANTES”, que se realizará con los pacientes que acudan al área de consulta de emergencia con un primer episodio psicótico mediante la aplicación de la escala de PANSS; se medirán variables demográficas (edad y género) a través de escala GRAFFAR Méndez-Castellano modificado; clínicas y sociales a través de las escalas FAST y EAP, previa firma del consentimiento informado y anexo; con el fin de evaluar los factores que determinan la gravedad de presentación clínica del primer episodio psicótico de los pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico de Caracas en el segundo semestre del año 2014.

Agradeciendo de antemano su colaboración, sin más que agregar.

Atentamente,

Delmeyer Alcalá

CI. 18.026.608

Nairovi Casadiego

CI . 15.483.157

FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nº Historia (o código): ____ Edad: ____ Género: ____
____. Procedencia: ____ Lugar de
Nacimiento: ____ Antecedentes Médicos (relacionados
con EM): ____ Antecedentes Familiares de EM:
____. Antecedentes de Uso de
Sustancias Lícitas e Ilícitas: ____ Fecha de Último Consumo:
____.

Escala Breve de Funcionamiento (FAST).

Autonomía: ____

Funcionamiento Laboral: ____

Funcionamiento Cognitivo: ____

Finanzas: ____

Relaciones Interpersonales: ____

Ocio: ____

Total: ____

Escala Graffar Mendez-Castellanos

Profesión de Jefe del Hogar: ____

Nivel de Instrucción de la pareja: ____

Principal Fuente de Ingreso del Hogar: ____

Condiciones de alojamiento: ____

Total: ____

Estrato Social: ____

Escala de Ajuste Premórbido	
Infancia: _____ Adolescencia temprana: _____ Adolescencia Tardío: _____ Edad Adulta: General: _____	Escala: _____ Total: _____
Escala PANSS	
PANSS positivo: _____ PANSS negativo: _____	PANSS general: _____

ESCALA BREVE DE FUNCIONAMIENTO (FAST)

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?

Interrogue al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala: (0) Ninguna, (1) Poca, (2) Bastante, (3) Mucha

Autonomía	(0)	(1)	(2)	(3)
1. Encargarse de tareas de la casa	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Vivir Solo	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Hacer las compras	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene)	(0)	(1)	(2)	(3)
Funcionamiento Laboral	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Realizar un trabajo remunerado	(0)	(1)	(2)	(3)
6. acabar las tareas tan rápido como sea necesario	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Trabajar en lo que estudio	(0)	(1)	(2)	(3)
8. cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Alcanzar el rendimiento previsto en la empresa	(0)	(1)	(2)	(3)
Funcionamiento Cognitivo	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Concentrarse en una lectura, una película	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Hacer cálculos mentales	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Resolver adecuadamente los problemas	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Recordar los nombres de las personas nuevas	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Aprender nueva información	(0)	(1)	(2)	(3)

Finanzas				
15. Manejar el dinero propio	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Hacer compras equilibradas	(0)	(1)	(2)	(3)
Relaciones Interpersonales	(0)	(1)	(2)	(3)
17. Mantener una amistad	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Participar en actividades sociales				
19. Llevarse bien con las personas cercanas	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Convivencia familiar	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Relaciones sexuales satisfactorias	(0)	(1)	(2)	(3)
22. Capaz de defender los intereses propios	(0)	(1)	(2)	(3)
Ocio				
23. Practicar un deporte o ejercicio	(0)	(1)	(2)	(3)
24. Tener una afición, pasatiempo	(0)	(1)	(2)	(3)

ESCALA GRAFFAR MÉNDEZ-CASTELLANOS MODIFICADO

Profesión del Jefe del Hogar	1. Profesión Universitaria 2. Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores 3. 3 empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía. 5. 5 obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía
Nivel de Instrucción de la esposa(o) o cónyuge	1. Enseñanza universitaria o su equivalente 2. Enseñanza secundaria completa 3. Enseñanza secundaria incompleta 4. Enseñanza primaria o alfabeto 5. Analfabetas
Principal Fuente de Ingreso del Hogar	1. Fortuna Heredada o Adquirida 2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales 3. Sueldo Mensual 4. Salario semanal, por día. Entrada a destajo 5. Donaciones de origen público o privado
Condiciones de alojamiento	1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios 2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios 3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.

4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Total	Estrato Social
4 – 6	I
7 – 9	II
10 – 12	III
13 – 16	I V
17 – 20	V

ESCALA DE AJUSTE PREMÓRBIDO.

Instrucciones: esta escala está diseñada para medir solamente el funcionamiento premórbido, donde "pre mórbido" se define como el período que inicia 12 meses antes de la sintomatología psicótica florida. Deben estar clasificados en esta escala, independientemente de la edad actual del sujeto (por ejemplo, una mujer de 39 años de edad, quien tuvo su primer episodio psicótico a los 17 años no se clasificaría en la sección de adulto, pero sería clasificada en el resto de secciones, incluyendo la sección general. Si el individuo presentaba señales de síntomas psicóticos de menos de 12 meses antes de esta fecha, la sección correspondiente a este período de tiempo no debe ser anotado, ya que no entra en el "período premórbido. Los artículos de puntuación se han valorado de 0 a 6. Si no es posible clasificar un elemento, debe estar marcada como N/A (no disponible) en la hoja de puntuación. La puntuación posible indica la máxima puntuación obtenible mediante la adición de la puntuación máxima para todos los artículos terminados (por ejemplo, si un sujeto recibe calificaciones de 2, 3, 3 y 2 para los 4 elementos de la sección de la niñez, la puntuación total es de 10. La posible puntuación es $6 + 6 + 6 + 6 = 24$ la puntuación total dividido por la puntuación posible es 0,42). La puntuación correspondiente a cualquiera de las secciones se expresa como una puntuación total dividida por puntuación posible para los elementos clasificados. Si sólo 3 elementos podrían estar clasificados, entonces la puntuación posible sería 18 ($6 + 6 + 6$), la puntuación total sería de 8 ($2 + 3 + 3$) y la sección de la puntuación 0,44. La puntuación total se obtiene promediando las puntuaciones de la subescala. Al puntuar elementos particulares, el paciente no tiene que cumplir con todos los criterios establecidos en los puntos de anclaje. Por ejemplo, en el artículo 1 (sociabilidad y retirada), el punto de anclaje dado para una puntuación de 4, el paciente debe mostrar retirada moderado. El soñar despierto y la fantasía excesiva se ofrecen en el punto de anclaje para sugerir los tipos de comportamiento que podrían ser presentados por individuos que recibirían esta partitura. Es importante recordar, sin embargo, que se trata simplemente de directrices, y el individuo no está obligado a cumplir con todos los criterios que se ofrecen en el punto de anclaje para recibir esa puntuación.

Infancia (Hasta los 11 años)

1. Sociabilidad y Aislamiento

(0) No existe aislamiento, y frecuentemente se procura contactos sociales

- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente.
 - (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a tener fantasías excesivas, puede aceptar contacto con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
 - (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.
2. Relación con los compañeros
- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos
 - (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros
 - (4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones causales.
 - (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales
3. Rendimiento Escolar
- (0) Estudiante excelente
 - (2) Buen estudiante
 - (4) Estudiante regular
 - (6) Fracaso global
4. Adaptación Escolar
- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay o son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores
 - (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no hay o raras ausencias escolares. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extraacadémicas.
 - (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, ausencias escolares frecuentes, así como problemas de disciplina
 - (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia o vandalismo dirigidos contra ella.

Adolescencia Temprana (12 a 15 años)

1. Sociabilidad y Aislamiento
- (0) No existe aislamiento. Frecuentemente busca contactos sociales.
 - (2) Discreto aislamiento, disfruta de contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente

- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y fantasear en exceso, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
 - (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.
2. Relación con los compañeros:
- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos.
 - (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros.
 - (4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones casuales.
 - (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.
3. Rendimiento Escolar:
- (0) Estudiante excelente
 - (2) Buen estudiante
 - (4) Estudiante regular
 - (6) Fracaso global
4. Adaptación Escolar:
- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay o son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.
 - (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no hay o raras ausencias escolares. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extraacadémicas
 - (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, ausencias escolares frecuentes, así como problemas de disciplina
 - (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia o vandalismo dirigidos contra ella.
5. Aspectos Socio-Sexuales de la Vida durante la adolescencia temprana:
- (0) Inicio de relaciones, mostrando un “sano interés” por el sexo opuesto. Puede haber establecido relaciones, puede incluir alguna actividad sexual.
 - (1) Afecto e interés por los demás, puede ser por individuos del mismo sexo, puede estar integrado en un grupo. Interesado en el sexo opuesto, aunque no haya establecido relaciones afectivas íntimas. Relaciones afectivas con alguien del sexo opuesto, enamoramientos y galanteos.

- (2) Considerable interés por individuos del mismo sexo y escaso o nulo por los del sexo opuesto.
- (3) Relaciones casuales con individuos del mismo sexo, intentos inadecuados de establecer relación con individuos del sexo opuesto. Contactos casuales con ambos sexos
- (4) Contactos casuales con individuos del mismo sexo, sin interés por el sexo opuesto.
- (5) Solitario. Excepcionales o inexistentes contactos con chicos o chicas.
- (6) Antisocial, evita y es evitado por sus compañeros (difiere del anterior en que hay una evitación activa de los demás y no sólo un aislamiento pasivo)

Adolescencia Tardía (16 a 18 años)

1. Sociabilidad y Aislamiento

- (0) No existe aislamiento. Frecuentemente busca contactos sociales.
- (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente
- (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a fantasear en exceso, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.
- (6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. Relación con los compañeros

- (0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos
- (2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros
- (4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones casuales.
- (6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. Rendimiento Escolar:

- (0) Estudiante excelente
- (2) Buen estudiante
- (4) Estudiante regular
- (6) Fracaso global

4. Adaptación Escolar:

- (0) Bien adaptado, le gusta ir a la escuela, no hay o son escasos los problemas de disciplina, tiene amigos en la escuela, le gustan la mayoría de los profesores.

- (2) Bastante adaptado, problemas de disciplina ocasionales, no muy interesado en la escuela, no hay o raras ausencias escolares. Tiene amigos en la escuela pero no participa a menudo en actividades extraacadémicas
 - (4) Poco adaptado, aversión a la escuela, ausencias escolares frecuentes, así como problemas de disciplina
 - (6) Rechazo total a la escuela, con actos de delincuencia o vandalismo dirigidos contra ella.
5. Aspectos sociales de la vida sexual durante la adolescencia e inmediatamente después:
- (0) Siempre mostro un “sano interés” por el sexo opuesto, ha establecido “relaciones”, ha mantenido relaciones sexuales (no necesariamente coitales)
 - (1) Regularmente comprometido. Tuvo sólo un amigo del sexo opuesto con quien el paciente mantuvo “relaciones” durante largo tiempo (incluyendo los aspectos sexuales de la relación aunque no necesariamente el coito; pero dentro de la pareja, lo que lo distingue del siguiente)
 - (2) Estrechamente relacionado con chicos y chicas (incluye ser miembro de un grupo, interés y acercamiento por los demás, sin parejas).
 - (3) Interés profundo y consistente en el acercamiento a individuos del mismo sexo, con interés escaso o nulo en el sexo opuesto.
 - (4) Acercamientos casuales a individuos del mismo sexo y tentativas inadecuadas de salir con el sexo opuesto. Contactos casuales con chicos y chicas.
 - (5) Contactos casuales con individuos del mismo sexo, y pérdida de interés en el sexo opuesto.
 - (6) No deseos de estar con chicos y chicas, nunca ha salido con individuos del sexo opuesto.

Edad Adulta (19 años y siguientes)

1. Sociabilidad y Aislamiento
- (0) No existe aislamiento. Frecuentemente busca contactos sociales.
 - (2) Discreto aislamiento, disfruta del contacto social cuando se encuentra implicado en él, buscándolo ocasionalmente
 - (4) Moderado aislamiento, dado a soñar despierto y a fantasear en exceso, puede aceptar contactos con los demás de forma pasiva pero sin buscarlos.

(6) No se relaciona con los demás, aislado y solitario. Evita contactos.

2. Relación con los compañeros

(0) Muchos amigos, estrechas relaciones con algunos

(2) Relaciones estrechas con pocos amigos (1 ó 2). Amistades casuales con otros

(4) Amistad sólo con chicos mayores o menores ó sólo con familiares, o bien sólo relaciones casuales.

(6) Aislamiento social, sin amigos, ni siquiera relaciones superficiales.

3. Aspectos de la vida socio-sexual adulta:

A. Casado, actualmente o con anterioridad:

(0) Casado (ó pareja estable), sólo un matrimonio (o se volvió a casar tras enviudar. Relaciones sexuales adecuadas.

(1) Actualmente casado, con historia de baja motivación sexual, períodos de dificultades en las relaciones sexuales, ó relaciones extraconyugales.

(1) Casado más de una vez, actualmente vuelto a casar. Adecuadas relaciones sexuales durante al menos un matrimonio.

(2) Casado o divorciado y vuelto a casar. Con vida sexual crónicamente insatisfactoria.

(2) Casado, y aparentemente permanece separado o divorciado sin volverse a casar, pero ha mantenido un hogar en alguno de los matrimonios al menos durante tres años.

(3) Casado, y aparentemente separado o divorciado sin volverse a casar, pero el divorcio ocurrió hace 3 ó más años y mientras estuvo casado mantuvo el hogar por menos de tres años.

B. No casado y mayor de 30 años

(2) Ha estado comprometido una o más veces o ha tenido una relación de al menos 2 años, incluyendo relaciones hetero u homosexuales, o aparentes evidencias de affaire amoroso con una persona, pero incapaz de conseguir un compromiso a largo plazo tal como un matrimonio

(3) Relaciones heterosexuales u homosexuales durante más de 6 meses, pero menos de 2 años. (si es estable, una relación homosexual más de dos años puntuar como “2”)

(4) Experiencias de noviazgos breves o de corto plazo (hetero u homosexuales) con una o más parejas, pero sin experiencia sexual de larga duración con una única pareja

(5) Las relaciones sexuales y/o sociales son raras y poco frecuentes.

(6) Interés sexual o social mínimo por cualquier hombre o mujer. Aislado.

C. Nunca casado, edad entre los 19 y 29 años.

(0) Ha tenido al menos una relación amorosa de larga duración (mínimo de 6 meses) o un compromiso, incluso aunque las ideas religiosas u otras prohibiciones o inhibiciones han impedido la unión sexual. Pueden haber vivido juntos.

(1) Ha estado activamente comprometido, ha tenido vados novios o novias, algunas relaciones han durado unos meses, pero no ha habido relaciones duraderas. Las relaciones pueden haber sido “serias”, pero no se han planteado compromisos a largo plazo tales como el matrimonio y si se han planteado han sido una eventualidad.

(3) Breves experiencias de noviazgo o relaciones con uno ó más compañeros, pero sin experiencias sexuales de larga duración con un único compañero(a).

(4) Relaciones sexuales o sociales casuales con personas de cualquier sexo sin vínculos emocionales profundos.

(5) Relaciones sexuales y/o sociales raras o poco frecuentes.

(6) Interés sexual o social mínimo hacia cualquier hombre o mujer. Aislado.

GENERAL

1. Educación

(0) Ha completado estudios superiores y/o universitarios de grado medio o superior.

(1) Ha completado el bachillerato y algún otro estudio, oficio o técnico

(2) Ha completado el bachillerato.

(3) Ha completado el 8vo grado.

(4) No ha completado ningún curso más allá del 5to grado

2. Durante un periodo de tres años a seis meses antes de la primera hospitalización o comienzo del primer episodio, el paciente tuvo un empleo remunerado o cursaba estudios.

(0) Todo el tiempo.

(2) La mitad del tiempo

- (0) Un breve periodo, sobre el 25% del tiempo.
 - (6) Nunca.
3. Dentro del periodo de un año a seis meses antes de la primera hospitalización o primer episodio los cambios en su rendimiento laboral o escolar ocurrieron
- (0) Bruscamente.
 - (2) A lo largo de tres meses.
 - (4) A lo largo de seis meses.
 - (6) Imperceptiblemente, dificultad o imposibilidad para determinar el comienzo del deterioro.
4. Durante un periodo de 3 años a 6 meses antes de la primera hospitalización o primer episodio, cambió con frecuencia de trabajo, si estaba trabajando, o interrumpía su asistencia a la escuela:
- (0) Mantuvo el mismo trabajo, o continuó en la escuela.
 - (2) En 2 ó 3 ocasiones cambió de trabajo o interrumpió el colegio.
 - (4) Mantuvo el mismo trabajo más de 8 meses pero menos de 1 año o permaneció continuamente en la escuela durante el mismo periodo.
 - (6) Menos de 2 semanas en un trabajo o en la escuela.
5. Independización
- (0) Establece su residencia fuera del hogar familiar con éxito, independencia económica de los padres.
 - (2) Ha realizado intentos de vivir independientemente sin éxito, vive en el hogar paterno, pero les paga su manutención, por lo demás es independiente económicamente.
 - (4) Vive en el hogar paterno, es mantenido por sus padres aunque es independiente para sus gastos (entretenimiento, ropa, etc.).
 - (6) No hace intentos de dejar el hogar o de ser económicamente independiente.
6. Valoración global del funcionamiento máximo alcanzado en la vida del paciente:
- (0) Enteramente capaz de funcionar sin problemas y disfrutar de 1- el colegio o el trabajo, 2- amigos, 3- relaciones sexuales íntimas, 4- religión, hobbies, etc. Disfruta de la vida y resuelve las situaciones con éxito.
 - (2) Capaz de funcionar bien y disfrutar de varias esferas de la vida, pero fracasa en al menos una.

- (4) Mínimo éxito y placer en tres áreas de la vida.
- (6) Incapaz de desenvolverse o disfrutar en cualquier aspecto de la vida.

7. Adaptación socio-personal

- (0) Líder o cabecilla de grupos, clubs, organizaciones o competiciones deportivas en el Instituto, Escuelas Profesionales, la Universidad, o en el comienzo de la vida adulta. Mantiene relaciones estrechas de amistad.
- (1) Participa de forma activa e interesada pero sin ser líder en grupos de amigos, clubs, organizaciones o competiciones deportivas. Mantiene también relaciones estrechas de amistad.
- (2) Es miembro nominal pero no está implicado ni comprometido en grupos de amigos, clubs, organizaciones, etc. Tiene relaciones estrechas con pocos amigos.
- (3) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana ha tenido pocos y ocasionales amigos.
- (4) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana no ha tenido amigos de verdad, sólo relaciones superficiales.
- (5) Desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana ha sido reservado, solitario, ha preferido estar solo, ha realizado mínimos esfuerzos para relacionarse con otras personas.
- (6) No desea estar con compañeros ni con la gente. Asocial o antisocial.

8. Grado de interés por la vida

- (0) Entusiasta, ambicioso en cualquiera de lo siguiente: hogar, familia, amigos, trabajo, deportes, artes, animales domésticos, plantas, actividades, sociales, música y teatro.
- (2) Grado moderado de interés en varias actividades incluyendo reuniones sociales, deportes, música y sexo opuesto.
- (4) Interés discreto en unas pocas cosas tales como trabajo, familia; reuniones sociales restringidas. El interés apenas se mantiene.
- (6) Aislado e indiferente frente a los intereses vitales de la mayoría de la gente. Sin intereses profundos en nada.

9. Nivel de actividad (Energía)

- (0) Muy motivado, entusiasta, activo, interés vivo por la vida. Le gusta la vida y tiene energías suficientes para disfrutarla. Extrovertido y adecuado en las reuniones.

- (2) Motivación moderadamente adecuada, energía e interés como se ha descrito arriba.
- (4) Nivel de energía moderadamente inadecuado. Tendencia a la sumisión y a las reacciones pasivas. Mostraba capacidad potencial para afrontar los problemas de la vida, pero prefería evitarlo antes que esforzarse.
- (6) Sumiso, incapaz, reacciones pasivas. Poco interés en la vida, no sabe solucionar los problemas de su vida, no participa activamente, pero acepta pasivamente su suerte sin tener energías para ayudarse a sí mismo.

ESCALA PANSS

ESCALA POSITIVA (PANSS-P)

Delirios	1	2	3	4	5	6	7
Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7
Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
Excitación	1	2	3	4	5	6	7
Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
Susplicacia/prejuicio	1	2	3	4	5	6	7
Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

Puntuación Directa:

Percentil:

Escala negativa (PANSS-N)

Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

Puntuación directa:

Percentil:

Escala general (PANSS-G)

Preocupaciones somáticas	1	2	3	4	5	6	7
Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
Manierismos y posturas	1	2	3	4	5	6	7
Depresión	1	2	3	4	5	6	7
Retardo Motor	1	2	3	4	5	6	7
Falta de Colaboración	1	2	3	4	5	6	7
Inusuales contenidos del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
Ausencia de Juicio e Introspección	1	2	3	4	5	6	7
Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
Control deficientes de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7