

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



“Asociación entre necesidades y estado clínico en pacientes con primer episodio de esquizofrenia en Chile”

NATALIA JORQUERA PEÑA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. RUBEN ALVARADO MUÑOZ

Santiago, Julio 2015

Índice

Resumen	6
Introducción	7
Marco Teórico	9
La esquizofrenia	9
Etiología de la esquizofrenia	10
Diagnóstico de la esquizofrenia	10
La esquizofrenia como problema de Salud Pública	11
Tratamiento de esquizofrenia ofrecido en Chile	11
El primer episodio de esquizofrenia: momento de intervenir	12
Intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia	14
Necesidades en trastornos mentales severos	15
Objetivos	17
Material y Método	18
Diseño de investigación	18
Universo y muestra	18
Variables	19

Instrumentos	19
Trabajo de campo	21
Plan de análisis	21
Consideraciones éticas	22
Resultados	23
Descripción de las variables de la muestra	23
Características sociodemográficas de los participantes	23
Participación y apoyo social	23
Antecedentes de la derivación	24
Antecedentes clínicos	24
Estado clínico al momento de la entrevista	25
Descripción de los resultados de la variable de grado de satisfacción de las necesidades	26
Correlación entre necesidades y estado clínico	28
Discusión	30
Conclusiones	33
Bibliografía	34

Anexos	37
Cuestionario sociodemográfico (Anexo 1)	38
Instrumento CAN (Camberwell Assesment of Need) (Anexo 2)	44
Encuesta basada en el PANSS (Anexo 3)	68
Publicación de tesis en revista Frontiers in Psychiatry (Front. Psychiatry 6:57. doi: 10.3389/fpsy.2015.00057) (Anexo 4)	69

Resumen

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que causa necesidades en algunas áreas en los pacientes que la padecen, usualmente estas necesidades no están cubiertas. Una necesidad es definida como la diferencia entre el estado ideal y el estado actual del paciente en un determinado ámbito.

El objetivo del estudio fue describir las necesidades en pacientes con primer episodio de esquizofrenia al inicio del tratamiento y describir los factores clínicos asociados.

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal, en pacientes sobre los 15 años de edad, con primer episodio de esquizofrenia e ingresados a tratamiento en el sistema público de salud, de 6 comunas que pertenecen a 2 ciudades de Chile, entre los años 2005 y 2006. Se obtuvo datos sociodemográficos, evaluaciones clínicas del episodio psicótico basados en Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) y tiempo de psicosis no tratado. Además se aplicó el Camberwell Assessment of Need (CAN) para la medición de necesidades.

29 pacientes fueron evaluados, 79,3% hombres, promedio de edad 21,9 años. Las áreas con más necesidades reportadas fueron: síntomas psicóticos con 65,5% de la muestra, 21,1% de las cuales fueron reportadas como necesidades insatisfechas; actividades de la vida diaria, donde 44,8% de los pacientes reportaron necesidad, de ellos 61,5% como necesidad insatisfecha. Se demostró una correlación positiva entre el porcentaje de necesidades insatisfechas con el puntaje PANSS ($\rho=0,63$, $p<0,001$) y con el tiempo de síntomas positivos previo al diagnóstico ($\rho=0,39$, $p=0,023$).

La evaluación de necesidades en personas con esquizofrenia es muy importante ya que están relacionadas con el curso clínico del trastorno, además, evaluarlas permite explorar aspectos psicosociales y no sólo las manifestaciones clínicas. Las necesidades psicosociales influyen considerablemente en la recuperación de los trastornos mentales severos, por lo tanto el tratamiento no debe estar enfocado únicamente en el control sintomático. Definir las principales necesidades en personas con esquizofrenia puede permitir un mejor diseño de estrategias para el manejo de este trastorno orientadas a obtener mejores resultados terapéuticos y mejor recuperación.

Esta Tesis se desarrolló dentro del proyecto FONIS SA05I20059 "Evaluación de una intervención comunitaria para la detección precoz y tratamiento oportuno de personas con primer episodio de esquizofrenia".

Introducción

La esquizofrenia corresponde a un trastorno mental severo en el cual los pacientes presentan ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos (abulia, alogia y aplanamiento afectivo). El comienzo de esta enfermedad es entre los 15 y 45 años, afectando periodos productivos de la vida, causando enormes costos emocionales a los pacientes y sus familias. La tasa de prevalencia de vida a nivel mundial de la esquizofrenia se ha estimado en cerca de 0,4%, mientras que en Chile se ha estimado en 0,9%. (1,2,3)

Desde un punto de vista social, la esquizofrenia es una enfermedad extremadamente costosa, principalmente por la reducida productividad de los individuos afectados, junto con el desempleo, la falta de vivienda, la elevada comorbilidad médica y el abuso de sustancias. La estigmatización se añade a los costos individuales y sociales de la esquizofrenia (3)

Existe tratamiento farmacológico para control de sintomatología a través de los neurolépticos además de intervenciones a nivel psicosocial que ayudan a estos pacientes a lograr un estado óptimo.

Se sabe que mientras más precozmente se inicie el tratamiento del primer episodio de psicosis, es decir, mientras más corta sea la fase de psicosis no tratada, mejores podrían ser los resultados del tratamiento en el mediano y largo plazo (4,5,6)

En Chile, desde el año 2005 está garantizado por ley el diagnóstico y tratamiento del primer episodio de esquizofrenia, con el objetivo de asegurar cobertura y oportunidad de atención temprana (esta política es conocida como GES, Garantías Explícitas en Salud) (7).

La intervención precoz en primer episodio de psicosis no puede estar centrada exclusivamente en el control sintomático, sino además es relevante abordar la disfuncionalidad psicosocial que ocurre en la vida de estas personas desde las etapas tempranas de su enfermedad. Para esto, se requiere realizar una adecuada evaluación de las necesidades de los pacientes.

Se entiende por necesidad aquella diferencia entre el estado óptimo y el estado actual del paciente, en un ámbito específico y para el cual existe una intervención efectiva que podría reducir esta brecha. (8)

Las necesidades insatisfechas corresponderían a un ámbito donde existe un problema y no se está recibiendo la intervención que podría mejorar dicha condición. (8) Una necesidad satisfecha, por el contrario, es un área que una persona la identifica como problemática, pero está siendo llevada por su equipo de salud o servicios sociales.

Desde la perspectiva de la salud pública, el asunto de las necesidades insatisfechas puede ser definido en diferentes niveles (por ejemplo el de la comunidad y el de los servicios), o desde diferentes perspectivas (por ejemplo los pacientes, sus familias, o los clínicos) (5).

La valoración de las necesidades clínicas y sociales, ha sido propuesta como un aporte esencial y básico para la planificación e implementación de planes al nivel de servicios y a nivel individual del paciente (9).

Las investigaciones han mostrado que profesionales y usuarios del servicio tienen diferentes percepciones de necesidades de cuidado, las visiones de los profesionales de la salud y pacientes deben estar necesariamente alineadas para entregar intervenciones racionales y esto debería tomarse en cuenta para diseñar planes de estrategias de cuidado individualizados (10,11,12).

Estudios muestran una fuerte relación inversa entre el número de necesidades no cubiertas y la calidad de vida en estos pacientes. Se ha demostrado que la satisfacción de las necesidades es relativamente estable en el tiempo (13,14,15). Es por esto la importancia de las intervenciones realizadas a nivel psicosocial, junto al tratamiento farmacológico.

Es posible realizar la medición de necesidades en estos pacientes a través de diversos instrumentos, entre los cuales el CAN (Camberwell Assessment of Need) es el más utilizado. Se aplica a los pacientes y permite la medición de 22 áreas de necesidades: salud física, síntomas psicóticos, drogas, alcohol, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, angustia, alimentación, actividades diarias, alojamiento, sexualidad, relaciones de pareja, compañía, información acerca del estado y tratamiento, teléfono, transporte, ayudas sociales, educación básica, dinero, cuidado de hijos, cuidado personal y cuidado del hogar (16,17)

Las necesidades varían entre los distintos países (15). En Chile no han sido estudiadas las necesidades en personas con primer episodio de esquizofrenia, pero sí en etapas más avanzadas del trastorno (18).

En este contexto el objetivo de este trabajo es medir necesidades en personas con primer episodio de esquizofrenia al momento del diagnóstico y estudiar la relación entre necesidades y características clínicas de la esquizofrenia y tiempo de psicosis no tratada, en Servicios de Psiquiatría del Sistema Público de Salud. Para lo cual se estudió a pacientes de 15 o más años que fueron diagnosticados con primer episodio de esquizofrenia, ingresados a tratamiento en el sistema público de atención en los años 2005 y 2006. El estudio se realizó en 6 zonas geográficas que correspondieron a áreas de referencia de Unidades de Psiquiatría de los hospitales Padre Hurtado, El Pino e Iquique. La muestra se obtuvo como parte del proyecto FONIS SA05I20059 "Evaluación de una intervención comunitaria para la detección precoz y tratamiento oportuno de personas con primer episodio de esquizofrenia".

Marco Teórico

La esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico, que puede evolucionar a trastorno mental severo en dos tercios de los casos, se inicia en personas jóvenes y produce discapacidad en la vida social, laboral y familiar. Es por esto que causa una importante pérdida en los años de vida potencialmente productivos.

La esquizofrenia se caracteriza por alteraciones del pensamiento, del estado de ánimo y del comportamiento. Las alteraciones del pensamiento se manifiestan por una distorsión de la realidad, acompañada a veces de delirios y alucinaciones y de una fragmentación de las asociaciones, que determina un trastorno característico del habla. La alteración del estado de ánimo abarca la ambivalencia y respuestas afectivas inadecuadas o constreñidas. El trastorno del comportamiento puede manifestarse por un comportamiento apático o una actividad grotesca. La esquizofrenia también suele producir alteraciones cognitivas. Presenta un curso crónico y su evolución pasa por una fase prodrómica, activa y residual (19).

La tasa de prevalencia de vida a nivel mundial de la esquizofrenia se ha estimado en cerca de 0,4%, mientras que en Chile se ha estimado en 0,9% (1,2). Sin embargo en el estudio chileno la metodología utilizada no permite una identificación del caso en forma precisa, pudiendo existir una sobre-estimación de casos; por lo tanto no se puede considerar esta diferencia como significativa.

La incidencia de esquizofrenia varía a lo largo del mundo, con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad asociado a vida urbana, migración y género masculino (20).

En nuestro país, las condiciones neuropsiquiátricas ocupan el primer lugar en pérdida de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) en ambos sexos. La esquizofrenia ocupa el puesto 17 en cuanto a pérdida de AVISA por causa específica, para cualquier enfermedad (21).

El comienzo de la esquizofrenia típicamente ocurre entre los 15 y 45 años, sin embargo el comienzo de la enfermedad ocurre en promedio entre 5 a 7 años después en las mujeres. La esquizofrenia puede presentar distintas evoluciones dependiendo del paciente, pero para una mayor comprensión de la enfermedad se puede decir que implica una serie de fases evolutivas. En primer término aparece una fase premórbida, con disfunción cognitiva, motora o social, sutil e inespecífica. Luego una fase prodrómica caracterizada por síntomas positivos (delirios y alucinaciones) atenuados o síntomas básicos y de declinación funcional. Tras esto aparece el primer episodio psicótico, el que señala el comienzo formal de la esquizofrenia. La década inicial de enfermedad generalmente está marcada por episodios repetidos de psicosis, con grados variables y parciales de remisión entre episodios, con aumento de discapacidad con cada episodio de la enfermedad. Finalmente sobreviene una fase estable, en la que los síntomas psicóticos son menos prominentes y predominan cada vez más los síntomas negativos (aplanamiento o pérdida de funciones afectivas o volitivas) o del déficit cognitivo estable (20,22).

En comparación con los hombres, las mujeres con esquizofrenia tienen un mejor funcionamiento premórbido, tienen síntomas afectivos más severos y síntomas negativos menos severos, presentan menos alteraciones cognitivas, tienen cifras menores de suicidio, responden mejor a los tratamientos y tienen un mejor pronóstico global (20).

Etiología de la esquizofrenia

Las investigaciones sobre la etiología de la esquizofrenia se han centrado en dos áreas: los factores genéticos y los ambientales (23).

Genética: el riesgo de tener esquizofrenia para los descendientes de un progenitor con esquizofrenia es del 13% y aumenta al 46% para los descendientes de ambos progenitores con esquizofrenia, siendo el 9% para los hermanos, es decir, que los sujetos con un familiar con esquizofrenia tienen más posibilidades de desarrollarla. Actualmente no queda claro qué cromosoma estaría vinculado con la herencia de la predisposición a la enfermedad, de este modo se han relacionado cromosomas diversos: 1,2,5,6,8,10, 11,13,15, 22 y X.

Componente ambiental: se han identificado como factores ambientales relacionados con la aparición de la enfermedad los factores prenatales y perinatales estresantes, las complicaciones obstétricas, el estrés familiar, la pérdida parental, infecciones virales durante el parto, las alteraciones conductuales en la primera infancia y el uso de tóxicos.

Actualmente la hipótesis que mejor explica la etiología de la enfermedad es que se desarrollaría en dos fases; en la primera se encontraría con el componente genético – biológico que sería necesario, pero no suficiente para desarrollarla y el otro ambiental que determinaría la aparición de la enfermedad, pero sólo en presencia del primer componente. De este modo, la vulnerabilidad genética ante la enfermedad se entiende como un rasgo persistente, que se inicia antes de cualquier tipo de sintomatología clínica y que se modela según las experiencias ambientales que vaya teniendo cada persona a los largo de su desarrollo vital.

Diagnóstico de esquizofrenia

Durante los años ha variado los criterios de cómo ha sido vista la enfermedad, la amplitud o restricción de los criterios empleados para el diagnóstico determina que sea mayor o menor el número de pacientes considerados esquizofrénicos.

Con la emergencia del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y el CIE 10, se ha logrado estandarizar los criterios diagnósticos de esta enfermedad en los últimos años.

Actualmente el DSM-5, publicado el año 2013, establece los siguientes criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (24):

A. Síntomas: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito). Al menos uno de estos debe ser (1), (2) o (3):

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

B. Disfunción social/ laboral: durante parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir periodos de sintomatología prodrómicos y residuales. Durante este periodo de pródromo o residual, los signos de alteración pueden estar manifestados por solo síntomas negativos o por dos o más síntomas que están en la lista de criterio A, presentes en forma atenuada.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

E. Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si existe historia de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones, en suma a otros síntomas de esquizofrenia, también se mantienen durante al menos un mes.

La esquizofrenia como problema de Salud Pública

Se ha visto que la esquizofrenia se asocia significativamente con una mayor falta de empleo y de vivienda. Alrededor de dos tercios de los pacientes nunca se casan y mantienen un reducido contacto con familiares y amigos. Los síntomas depresivos y negativos son los que más reducen el bienestar subjetivo y la severidad de los síntomas cognitivos y negativos es la que más se asocia a la alteración funcional. Desde un punto de vista social, la esquizofrenia es una enfermedad extremadamente costosa, principalmente por la reducida productividad de los individuos afectados, junto con el desempleo y la falta de vivienda y la elevada comorbilidad médica y abuso de sustancias. La estigmatización se añade a los costos individuales y sociales de la esquizofrenia. (20,25)

Debido a que la enfermedad tiene un comienzo temprano y es crónica, involucra costos económicos directos e indirectos a los países, los costos directos son los costos de hospitalización en episodios de descompensación, costos del tratamiento farmacológico, costos de baja productividad que tiene los pacientes y costos de mortalidad. Los costos indirectos son los costos en el impacto familiar que tiene esta enfermedad, y los costos en la justicia penal. (26)

Tratamiento de la esquizofrenia ofrecido en Chile

Se sabe que mientras más precozmente se inicie el tratamiento, es decir, mientras más corta sea la fase de psicosis no tratada, mejores son los resultados del tratamiento en el largo plazo. (4,5,6)

A raíz de esto, el año 2005, se integra la esquizofrenia a las garantías explícitas en salud (GES), el GES lo constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para personas afiliadas a FONASA e Isapres. Garantiza: acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad. Se confeccionó una Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia. Posteriormente el año 2009 se realiza una actualización de la guía clínica.

La guía establece que la esquizofrenia es una condición compleja y que cada persona es diferente, por lo cual el tratamiento debe ser personalizado en un Plan Individual de Tratamiento Integral que se elabora en base al diagnóstico integral y en consenso con el usuario y su familia. (7)

Los objetivos generales del tratamiento deben apuntar a lograr:

- Mejoría de los síntomas positivos, cognitivos, afectivos y negativos.
- Prevención de la hospitalización.
- Capacidad de vivir independiente.

- Capacidad de establecer y perseguir objetivos ocupacionales.
- Ausencia de efectos relacionados con los medicamentos.
- Adecuada calidad de vida en general e interacción social.

Se debe considerar que la persona con un primer episodio de esquizofrenia requerirá tratamiento durante toda su vida, mientras persista el diagnóstico de esquizofrenia, aunque lo más probable es que la intensidad y énfasis de las intervenciones varíen según se manifiesten las distintas etapas de la enfermedad. (25)

Ahora, si bien la farmacoterapia ha sido el elemento central en el tratamiento de la esquizofrenia desde la introducción de los neurolépticos en los años cincuenta, se sabe que cerca del 50% de las personas que padecen la enfermedad no adhieren a la medicación, produciéndose un aumento en las tasas de recaída y en las re-hospitalizaciones, con un consiguiente aumento de la carga económica y social, tanto para la persona misma como para su familia y los servicios de salud mental. (25)

Es por esto que el tratamiento de una persona con esquizofrenia incluye siempre evaluación integral, intervenciones psicosociales, farmacoterapia y servicios de apoyo, que ayudarían a mejorar la adherencia al tratamiento. Estos componentes del tratamiento deben adaptarse a las distintas fases de la enfermedad, las que pueden reaparecer en distintos momentos de la vida del individuo. (7,25)

El uso de métodos específicos psicológicos y psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia es relativamente reciente en nuestro país, un número importante de acercamientos psicológicos han sido incorporados al tratamiento de la esquizofrenia, entre ellos el entrenamiento de habilidades sociales, las intervenciones familiares para prevenir las recaídas, la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual primero para ayudar a reducir el padecimiento ocasionado por los síntomas psicóticos y luego para el trabajo con los problemas emocionales y la funcionalidad, para el entrenamiento de funciones cognitivas tales como el aprendizaje, la planificación, la atención y la memoria y para el manejo adecuado de la medicación, lo que actualmente se conoce como terapia de adherencia.(7)

En un estudio publicado el año 2011, en que se evaluó el cumplimiento de las normas de la guía GES de esquizofrenia en nuestro país en 110 pacientes usuarios de la atención pública de salud, se encontró que el cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas se alcanzó en un 86% de los pacientes, esto es catalogado como muy bueno. Sin embargo sólo el 55% de los pacientes recibió psicoeducación y 71% recibió algún tipo de intervención psicosocial, por lo que estas intervenciones no son rigurosamente seguidas. En un estudio similar a este en Estados Unidos se encontró que las tasas de adherencia a recomendaciones de tratamiento psicosocial también son más bajas que para el tratamiento psicofarmacológico. (27)

El primer episodio de esquizofrenia: momento de intervenir

En la historia de la psiquiatría, la intervención precoz en trastornos psicóticos ha constituido uno de los temas menos considerados por médicos e investigadores. Sin embargo, desde principio de la década de los 90' ha existido un crecimiento en el número de evidencias y amplios esfuerzos internacionales para reformar servicios y enfoques terapéuticos. (4)

La llegada del enfoque preventivo ha exigido que se desplazara la forma de considerar la esquizofrenia y los restantes trastornos psicóticos. Más que considerarlos enfermedades de un mal pronóstico, cuya norma sea el deterioro de los parámetros sociales y funcionales, la concepción actual, basada en las evidencias obtenidas en amplios estudios internacionales plantea el curso de estas enfermedades como algo más fluido y maleable (4).

La depresión co-mórbida, el abuso de sustancias, la disfunción de la personalidad y el trastorno por estrés post traumático, son factores que pueden influir en la evolución de una persona con primer

episodio psicótico. El abordaje precoz y sostenido de estos problemas puede dar lugar a una mejor evolución (22).

La intervención precoz es un concepto complejo, debido a que el diagnóstico de los trastornos psicóticos sólo puede ser por síntomas o combinaciones de síntomas, y no existe una base etiopatológica para su diagnóstico. Por lo que la intervención precoz en realidad, significa prevención secundaria precoz (4).

La intervención precoz en el primer episodio de psicosis comprende tres momentos o estadios principales: 1) riesgo ultraelevado, 2) primer episodio, y 3) recuperación o periodo crítico (1).

El objetivo de la intervención precoz en primer episodio de psicosis no puede estar centrado exclusivamente en la esquizofrenia como entidad mórbida, por las dificultades para hacer el diagnóstico específico en estadios tan tempranos. Por eso, se prefiere hablar de "detección temprana del primer episodio de psicosis", lo que sería más apropiado desde el punto de vista conceptual y para efectuar decisiones terapéuticas preventivas importantes.

Un punto incluso más precoz y amplio de intervención es el estadio clínico que se ha denominado de riesgo ultra elevado, en el que existe una necesidad de atención antes de que los síntomas psicóticos pasen a ser graves y sostenidos (4).

Estadios de la psicosis precoz:

Estadio 1: de *riesgo ultra elevado*: se sabe que, en los trastornos psicóticos, existe un estadio pre-psicótico precoz, en el que se produciría una gran parte de los daños psicosociales colaterales. Este estadio sintomático, si bien pre-psicótico, constituye el punto más precoz en el que actualmente se conciben las intervenciones preventivas de la psicosis (1).

Este periodo prodrómico suele durar varios años y consiste en síntomas no psicóticos y cambios en el comportamiento previo al inicio de la psicosis. Los cambios observados durante esta fase implican a menudo el ánimo y comportamiento social. Estos cambios suelen ser sutiles y es probable que ocurran en muchas personas (especialmente en la adolescencia) que no están en una trayectoria de desarrollo de psicosis (falsos positivos). En general, estos pródromos tendrían una alta sensibilidad, pero una muy baja especificidad como predictores de psicosis. Por lo tanto, las intervenciones durante este periodo podrían incluir a muchos casos falsos positivos, y dependiendo de la naturaleza del tratamiento elegido, existe el riesgo de hacer daño ante la posibilidad de estar exponiendo a los pacientes a tratamientos innecesarios y potencialmente nocivos, además del estigma que le puede generar al paciente la posibilidad de tener una enfermedad como esquizofrenia (22).

Debido a la dificultad en su estudio y a los potenciales problemas éticos que involucra, este campo de trabajo sobre la fase prodrómica o de riesgo ultra elevado, se mantiene exclusivamente como un ámbito de investigación. Además, aún se desconoce que tratamientos serán los más útiles y aceptables para los pacientes y, lo más importante, en que secuencia o combinación (4).

Estadio 2: *detección y tratamiento precoz del primer episodio psicótico*: implica el foco terapéutico en el periodo que sigue a la instauración de la psicosis completa. Se divide en dos momentos: el periodo previo a la detección de la psicosis y el periodo posterior a la detección. Después de la detección, los objetivos de la intervención, son el ingreso del paciente, su familia o ambos y el inicio de los tratamientos farmacológicos y psicosociales. Durante las primeras semanas y meses de tratamiento se suministran intervenciones intensivas destinadas a una recuperación sintomática y funcional máxima y a la prevención de las recaídas. El objetivo es reducir el periodo de psicosis no tratada. Estudios han establecido que un período de psicosis no tratada más prolongado es tanto un marcador como un factor de riesgo independiente para una mala evolución (4,22).

En la reducción del periodo de psicosis no tratada, los dos componentes clave de la intervención son la detección temprana del cuadro y el tratamiento efectivo, integral y adecuado para esta etapa. En cuanto a los elementos específicos de la intervención en el primer episodio psicótico, diversos ensayos han demostrado que los antipsicóticos atípicos en dosis bajas son superiores en los pacientes con primer episodio de psicosis, en cuanto a tolerabilidad y seguridad. La terapia cognitivo conductual y la reinserción laboral constituyen dos intervenciones psicosociales claves en el primer episodio de psicosis (4).

Se ha hipotetizado que la demora en el tratamiento de la psicosis tiene efectos neurotóxicos, que resultarían en un deterioro mayor e irreversible en el buen funcionamiento cerebral, y el cual se manifestaría clínicamente como resistencia a tratamiento y pérdida de funcionalidad. Sin embargo, en conjunto, la evidencia es inconsistente y no se ha confirmado esta supuesta hipótesis de la neurotoxicidad. Por lo cual, ¿qué mecanismo(s) podría(n) causar los efectos deletéreos en los individuos? Varios estudios han planteado que el retraso en el tratamiento está relacionado con mayores niveles de síntomas negativos, especialmente anhedonia y abulia. Existen reportes de retrasos largos en tratamiento que están relacionados con pobre apoyo psicosocial y pobre integración social. Es posible que los efectos de la psicosis puedan ser parcialmente entendidos en términos de su efecto en el concepto de sí mismo, motivación y apoyo e integración social. Es decir, se plantea que serían los mecanismos psicosociales los más relevantes en la mediación de este efecto nocivo en el mayor tiempo de vivir con psicosis no tratada. Sin duda, aún resta mucho por aprender acerca de los mediadores de cualquier efecto acerca de la duración de la psicosis no tratada en los resultados del tratamiento (5).

Estadio 3: periodo crítico de los 5 primeros años tras el diagnóstico: el objetivo del tratamiento en esta fase es el manejo de medicación eficaz y el uso de intervenciones psicosociales eficientes para minimizar el desarrollo de discapacidades y maximizar el funcionamiento. Se sabe que los primeros 2-5 años posteriores al diagnóstico son cruciales para predecir la evolución a largo plazo y la posibilidad de recuperación. Se trata del periodo de riesgo máximo de disgregación, recaídas y suicidio, que coincide con los mayores problemas evolutivos para crear una identidad estable, un grupo de amigos, una preparación laboral y relaciones íntimas. Hay evidencia de que, si estos programas sólo se ofrecen durante 1-2 años, se pierden algunos beneficios, lo cual permite pensar que, al menos en un considerable subgrupo, la atención especializada en este primer episodio de psicosis debe suministrarse durante un periodo más prolongado, probablemente hasta los 5 primeros años, en la mayoría de los casos (4,5).

Intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia

Las intervenciones psicosociales comunitarias para esquizofrenia han mostrado ser efectivas en reducir sintomatología positiva y negativa, y psicopatología general; después del primer episodio psicótico y en otras fases de la enfermedad. Los efectos en sintomatología negativa son de especial interés, ya que estas intervenciones comunitarias pueden servir como una alternativa complementaria a manejar síntomas refractarios, que a veces no responden incluso a tratamiento con antipsicóticos atípicos. (28)

La evidencia muestra que las intervenciones psicosociales basadas en la comunidad reducen significativamente las recaídas y los re ingresos hospitalarios, aumenta el contacto con los equipos de salud mental comunitaria y mejoran la adherencia al tratamiento farmacológico. (28)

Existe fuerte evidencia que la psicoeducación familiar, entrenamiento en habilidades sociales y apoyo al empleo combinado con medicación está asociado con reducción significativa de recaídas comparadas con sólo tratamiento de medicamentos. (5,25)

La terapia cognitivo conductual muestra excelentes resultados en términos de mejorar la sintomatología negativa y positiva, psicopatología general, y síntomas depresivos y ansiosos. Además reduce las tasas de recaídas y re hospitalización. La terapia cognitivo conductual en versión de grupos, muestra reducción de ansiedad y ansiedad social.

Las intervenciones familiares son también efectivas en mejorar la adherencia del paciente y en reducir recaídas y uso de servicios de urgencia, destacando la necesidad de incluir a los miembros de la familia, cuando es posible, en todos los programas de tratamiento de la esquizofrenia.

La rehabilitación cognitiva e intervenciones enfocadas en la cognición social, han mostrado que restauran procesos de memoria y función ejecutiva. Mejora sintomatología y resultados psicosociales. La implementación de tecnologías computacionales para conectarse con pacientes con esquizofrenia ha reportado buenos resultados, aumentando el contacto con los cuidadores y mejorando la calidad de vida y la satisfacción usuaria. (28)

Necesidades en trastornos mentales severos

Se entiende por necesidad aquella diferencia entre el estado óptimo y el estado actual del paciente (un problema), en un ámbito específico y para el cual existe una intervención efectiva que podría reducir esta brecha (8).

Maslow propuso una jerarquía de necesidades como modelo para la comprensión de las acciones humanas que va desde las necesidades fisiológicas básicas, hasta la necesidad de autorrealización, donde las necesidades más básicas debían ser cubiertas antes que las superiores (29). Bradshaw examinó las necesidades desde una perspectiva sociológica y distinguió entre necesidades sentidas (sólo experimentada) y expresadas (experimentada y comunicada), así como entre normativas (basada en juicio de profesionales) y comparadas (basada en la posición del individuo respecto a otros de referencia) (10).

Las necesidades insatisfechas corresponderían a un ámbito donde existe un problema y no está recibiendo la intervención que podría mejorar dicha condición (8). Desde una perspectiva de la salud pública, el asunto de las necesidades insatisfechas puede ser definido en diferentes niveles (por ejemplo el de la comunidad y el de los servicios), o desde diferentes perspectivas (por ejemplo los pacientes, sus familias, o los clínicos). Además, existe actualmente un debate acerca del umbral en el cual la atención sería esencial, y la falta de esta podría constituir una necesidad no satisfecha (5).

En los servicios de salud mental, la evaluación de necesidades se ha centrado en personas que sufren una enfermedad mental severa, como por ejemplo la esquizofrenia. Poder observar las necesidades de manera estandarizada, y valorar cuáles o cuántas están o no siendo atendidas, se ha convertido en un foco de máximo interés (10).

La valoración de las necesidades clínicas y sociales, ha sido propuesta como un aporte esencial y básico para la planificación e implementación de planes al nivel de servicios y a nivel individual del paciente (9,30).

Las investigaciones han mostrado que profesionales y usuarios del servicio tienen diferentes percepciones de necesidades de cuidado, las visiones de los profesionales de la salud y pacientes deben estar necesariamente ordenadas para entregar intervenciones racionales y ambos deberían tomar esto en cuenta cuando se comparten los planes de estrategias de cuidado individualizadas (10).

Estudios muestran una fuerte relación inversa entre el número de necesidades no cubiertas y la calidad de vida en estos pacientes. Se ha demostrado que la satisfacción de las necesidades es relativamente estable en el tiempo. Es por esto la importancia de las intervenciones realizadas a nivel psicosocial, además del uso de fármacos (13,30).

En Estados Unidos, entre los años 1990 y 1992, se realizó el estudio epidemiológico *National Comorbidity Survey* (NCS). Incluyó una muestra representativa de individuos entre 15 y 54 años y se utilizó la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (CIDI). Una década más tarde, entre los años 2001 y 2003, se realizó el estudio *National Comorbidity Survey-Replication* (NCS-R), en donde se aplicó una versión revisada del CIDI. Según los datos publicados de ambos estudios, al menos un 40% de los individuos con síntomas activos del espectro esquizofrénico, viviendo en entornos comunitarios en los Estados Unidos, no tiene contacto constante con los servicios necesarios, y más de la mitad no reciben tratamiento de especialidad en el área de salud mental. Estos números reflejan un alto grado de posibles necesidades no satisfechas para tratamiento entre individuos con esquizofrenia, viviendo en varias comunidades de Estados Unidos (31).

Objetivos

Objetivo general:

Describir las áreas de necesidades de pacientes con primer episodio de psicosis, al momento del ingreso a tratamiento, en Servicios de Psiquiatría del Sistema Público de Salud.

Objetivos específicos:

1. Describir cuáles son las áreas de necesidades más frecuentes entre los pacientes con primer episodio de psicosis, que inician su tratamiento.
2. Determinar cuáles de estas áreas corresponden a necesidades insatisfechas en este grupo de pacientes.
3. Evaluar la posible existencia de asociación entre las áreas de necesidades insatisfechas con diferentes factores socio-demográficos y clínicos, en este grupo de personas.
4. Proponer mejoras a los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental del Sistema Público, orientado a satisfacer necesidades, en base a la información sobre cuáles son las áreas de necesidades insatisfechas.

Material y Método

Diseño de investigación

Se realizó un estudio de tipo transversal, basado en una encuesta aplicada a una muestra de personas con diagnóstico de primer episodio de psicosis, que estaban siendo atendidas en Servicios de Psiquiatría, del Sistema Público de Salud.

Universo y Muestra

El universo de estudio corresponde a personas con primer episodio de psicosis ingresados al programa GES del Sistema de Público de Salud de Chile.

La muestra se obtuvo dentro del proyecto FONIS “Evaluación de una intervención comunitaria para la detección precoz y tratamiento oportuno de personas con primer episodio de esquizofrenia” (código SA5I20059), el cual se realizó en 6 zonas geográficas del país, que corresponden a las áreas de referencia de las Unidades de Psiquiatría de los hospitales: Padre Hurtado (comunas de La Granja y San Ramón), El Pino (sector de la comunas de El Bosque y San Bernardo), e Iquique (comunas de Alto Hospicio e Iquique), en los años 2005 y 2006.

Se utilizaron los siguientes criterios para la definición de caso (criterios de inclusión):

- tener 15 años cumplidos o más;
- tener el diagnóstico confirmado de primer episodio de esquizofrenia;
- lo anterior incluye que se haya descartado que el episodio fuese secundario, o debido a otro trastorno (como consumo de sustancias, cuadro orgánico cerebral, epilepsia, trastornos endocrinos, psicosis puerperal, etc.)
- que al momento del diagnóstico resida en alguna de las zonas donde se realiza el proyecto y que el diagnóstico se haya planteado por primera vez durante los períodos que corresponden a las fases de recogida de datos del proyecto.

Se detectaron los posibles casos a través de los registros de ingresos para casos GES de primer episodio de esquizofrenia (SIGGES y registros específicos en cada Servicio), y se confirmó que era un caso a través de la información del equipo tratante (ficha clínica y/o entrevista a médico tratante).

Variables

Las variables en estudio fueron:

1. Áreas de necesidades de los sujetos:
 - a. Número de necesidades presentes
 - b. Número de necesidades insatisfechas presente
 - c. Porcentaje de necesidades insatisfechas (necesidades insatisfechas en relación a total de necesidades presentes)
2. Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, con quién vive, nivel de estudio, situación laboral, participación en grupos sociales (deportivos, religiosos, sociales)
3. Síntomas de esquizofrenia

Instrumentos

Se utilizó una encuesta que constó de 3 partes

1.- Un cuestionario de las variables sociodemográficas, antecedentes de derivación y antecedentes clínicos (Anexo 1).

En los antecedentes de derivación se registró el tiempo que transcurrió entre la sospecha de un primer episodio de esquizofrenia en atención primaria por un médico general y la confirmación del diagnóstico e inicio del tratamiento por un psiquiatra.

Entre los antecedentes clínicos se registró el tiempo de psicosis no tratada, correspondiente al tiempo transcurrido con síntomas positivos previo a que se hiciera el diagnóstico que motivó el inicio del tratamiento. Además, se registró el tiempo con síntomas negativos y depresivos previo al diagnóstico.

2.- El instrumento CAN (Camberwell Assesment of Need) para la medición de las necesidades (Anexo 2).

El CAN ha sido usado para medir el número de necesidades presentes en sujetos, por áreas, y también para medir el número de necesidades insatisfechas. (16,17)

Fue desarrollado por el PRiSM (siglas de un equipo de investigación del instituto de Psiquiatría de Londres y del Maudsley hospital) y se presentó en el año 1993. Consiste en una entrevista desarrollada para ser usada en pacientes (CAN-P) y en el equipo de salud (CAN-S), que comprende 22 ítems agrupados en cinco dominios conceptuales: salud (salud física, síntomas psicóticos, drogas, alcohol, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, angustia), básicos (alimentación, actividades diarias, alojamiento), social (sexualidad, relaciones de pareja, compañía), servicio (información acerca del estado y tratamiento, teléfono, transporte, ayudas sociales) y funcionamiento (educación básica, dinero, cuidado de hijos, cuidado personal, cuidado del hogar). El instrumento mantiene una estructura idéntica para todas las áreas, y cada área de necesidad incluye cuatro secciones. La primera sección establece si hay un problema actual en el área, constituyendo un filtro antes de seguir explorando esa área. Cada ítem está evaluado en una escala de 3 condiciones 0=sin problema, 1=problema inexistente o moderado debido a que la persona recibe intervenciones continuas (necesidad satisfecha), 2=problema actual serio y no recibe intervenciones (necesidad

insatisfecha). Si al inicio no se detecta problema en el área específica, el resto de la secciones se omiten (10,13,17, 32).

La segunda sección explora la ayuda que viene recibiendo el paciente de amigos, familiares y otros cuidadores informales. La tercera sección valora cuánta ayuda está recibiendo de los servicios públicos locales, y cuánta necesitaría. Las puntuaciones de este nivel comprenden una escala de cuatro valores: 0=ninguna, 1=poca, 2=moderada, 3=mucha. Se juzga apropiado el nivel de apoyo de los servicios locales, cuando en la sección tercera se puntúa por igual el nivel de ayuda que se recibe y el que se requiere; la puntuación más alta para la ayuda requerida pone en manifiesto la necesidad de una necesidad no cubierta. La cuarta sección hace distinción entre las dos versiones del CAN, el CAN – c (versión clínica del instrumento) registra la opinión del usuario en cuanto al tipo de ayuda que requiere, además esboza un plan de cuidados. El CAN – r (versión para la investigación del instrumento) valora el grado de satisfacción mediante dos preguntas específicas: si la persona está recibiendo el tipo de ayuda adecuado para su problema, y si está satisfecho con la cantidad de ayuda que está recibiendo (10,13,17,32).

Los resultados del estudio de validación del instrumento original han sido publicados por Phelan y cols en el año 1995 (16) y la versión en español fue validada por Rosales y cols., (17). La versión de investigación del instrumento fue utilizada para el estudio de fiabilidad, pero los resultados son aplicables a ambas versiones, puesto que los datos son ofrecidos para las tres primeras secciones del instrumento, que son comunes a ambas versiones. En el estudio psicométrico para este instrumento se evaluó tanto la fiabilidad interjueces así como la test-retest, valorando tanto la opinión del personal como la de los pacientes. Las puntuaciones medias obtenidas, para el nivel de necesidad, indican un alto nivel de concordancia entre evaluadores (kappa medio: 0,87 y 0,90 para puntuaciones de enfermos y profesionales respectivamente); así como moderada concordancia test-retest para puntuaciones de pacientes (kappa medio: 0,51), y fuerte para puntuaciones de profesionales (kappa medio: 0,61). (10,17,32)

3.-Una encuesta basada en el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) para evaluación de síntomas de esquizofrenia (Anexo 3).

El PANSS es una escala ampliamente utilizada para medir la gravedad de los síntomas de los pacientes con esquizofrenia. Está basado en la de Brief Psychiatric Rating Scale (BRPS) de Overall J, Gorham D, de 1962. La escala publicada en inglés el año 1987 (33).

Evalúa cuatro aspectos:

Escala positiva (PANSS-P): evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal; estos son delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio y hostilidad.

Escala negativa (PANSS-N): evalúa los déficits respecto a un estado mental normal; estos son embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracciónsocial/apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad/fluidez de la conversación y pensamiento estereotipado.

Escala de psicopatología general (PANSS-PG): evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico; estos son preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos y posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio e introspección, trastorno de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación y evitación social activa.

• Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de la escala positiva sobre la negativa o viceversa.

En 1994 la escala es validada al español por Peralta y cols (34), el estudio psicométrico para este instrumento arrojó una fiabilidad interobservador: 0.31 a 0.93. Las escalas positiva y negativa en su globalidad tienen una buena fiabilidad siendo 0.71 y 0.80 respectivamente, sin embargo en la escala de psicopatología general es más moderada (0.56). En cuanto en la relación de la escala positiva versus negativa es buena con un Kappa= 0.87. La consistencia interna medida mediante el índice α de Cronbach y la correlación ítem-total; para la escala positiva es moderada (α total=0,62) y en la negativa muy elevada (α total=0,92). Todas las correlaciones ítems-total son significativas. Y, por último en la escala de psicopatología general se obtiene un índice moderado (α total=0,55)

Para evaluar cada ítem de las tres primeras escalas se puntúan según una escala likert de 7 grados de intensidad donde 1 siempre equivale a ausencia de síntoma y 7 representa gravedad extrema, obteniendo al final cuatro puntuaciones dimensionales; síndrome positivo, síndrome negativo, escala compuesta y psicopatología general. Las puntuaciones de las escalas positiva, negativa y psicopatología general se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que pertenecen a la escala evaluada. Las puntuaciones oscilarán, por tanto, entre 7 y 49 en las dos primeras y entre 16 y 112 en la última. La puntuación de la cuarta escala, la compuesta, se obtiene restando la puntuación de la escala negativa a la positiva, así obtendremos un valor que oscilará entre -42 y +42 (32,33).

Trabajo de campo

Se identificaron 33 casos, 2 de ellos no pudieron ser ubicados (habían abandonado sus controles), 1 rechazó ser encuestado y 1 se trasladó a vivir a otra región del país y no alcanzó a ser encuestado, por lo que finalmente la muestra quedó constituida por 29 individuos.

Estos pacientes se citaron a la Unidad de Psiquiatría donde estaban siendo atendidos (se le pagaban los gastos de movilización) y el encuestador le aplicaba la entrevista. Los encuestadores fueron dos profesionales especialmente entrenadas para esta actividad (una de ellas trabajó con los pacientes del Hospital Padre Hurtado y la otra lo hizo en los Hospitales de Iquique y El Pino).

Plan de análisis

Se describirá la muestra según variables sociodemográficas, síntomas de esquizofrenia, número de necesidades de las personas, y número y porcentaje de necesidades insatisfechas. Se describirá además las áreas de necesidades más frecuentes.

Se analizará la correlación entre: a) puntaje de síntomas de esquizofrenia y el porcentaje de necesidades no satisfechas de los pacientes; y, b) tiempo de psicosis no tratada y el porcentaje de necesidades no satisfechas de los pacientes. El período de psicosis no tratada se definió como el tiempo entre el inicio del primer síntoma positivo y diagnóstico del episodio.

Se realizó un análisis de correlación de Spearman entre el porcentaje de necesidades insatisfechas (número de necesidades insatisfechas divididas por el número de necesidades totales presentes por sujeto), y la puntuación PANSS total y para cada una de las subescalas. Asimismo, se realizó una correlación de Spearman entre las necesidades no satisfechas y el tiempo de psicosis no tratada medido en meses. Se consideró un nivel de confianza unilateral del 95%. Las correlaciones entre estas necesidades y la puntuación PANSS se compararon antes y después de excluir la necesidad 'síntomas psicóticos' ya que hay una posibilidad de un solapamiento entre esta necesidad y la PANSS. Esto se hizo para evitar un posible sesgo.

La edición de la base de datos, la descripción y el análisis estadístico se realizó utilizando el software R 3.0.1.

Consideraciones éticas

El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, antes de comenzar con las actividades de entrevista de los pacientes.

Una vez que el caso era identificado y confirmado por el equipo tratante, el coordinador local tomaba contacto con él, le informaba del estudio, solicitaba su participación y procedía a la firma del consentimiento informado

Si durante la aplicación del instrumento se detectaba alguna situación de riesgo para el paciente o sus cuidadores, se conversaba con el paciente y se ponía en contacto con su equipo tratante para informarle.

El uso de los datos de los pacientes fueron empleados sólo para fines de esta investigación, así protegiendo la confidencialidad de estos.

Resultados

Descripción de las variables de la muestra

Características sociodemográficas de los participantes

La muestra estuvo constituida por 29 pacientes, 6 de los cuales fueron mujeres (20,6%) y 23 fueron hombres (79,3%).

El promedio de edad fue 21,9 años con una desviación estándar de 6,08 años, la mediana estuvo en 20 años, con un rango de 14 a 38 años y un RI₂₅₋₇₅ de 18 a 24 años.

Respecto del estado civil de los pacientes: 24 de ellos eran solteros (82,7%), 2 eran casados (6,8%), 2 convivían (6,8%) y 1 estaba separado (3,4%).

Con respecto a la identificación étnica, 26 de los pacientes se identifican como chilenos (89,6%), 2 pacientes se identifican como mapuches (6,8%), y 1 con otra etnia (3,4%).

En relación a la situación ocupacional, 9 de los pacientes eran estudiantes al momento de la entrevista (31%), 4 tenían trabajo ocasional (13,7%), 6 trabajo estable (20,6%), 7 pacientes se encontraban cesantes (24,1%) y 3 pacientes tenían otra situación (10,3%).

Ante la pregunta de si tiene pareja, 19 pacientes si la tenían (65,4%), 6 de ellos señalaron que no tenían pareja (20,6%), y. De los que tenía pareja, 15 de ellos (51,7%) no viven con su pareja y 4 de los entrevistados (13,7%) si lo hacían. 4 pacientes no contestaron en este ítem (13,7%).

En cuanto a la pregunta de con quien vive actualmente (al momento de la entrevista), 2 de ellos (as) (6,8%) viven con esposo (con o sin hijos), 1 vive con pareja (3,4%) y 26 viven con sus padres (89,6%).

Para el total de personas que viven con el entrevistado bajo el mismo techo (incluyéndolo a él o ella), el promedio fue de 5,3 personas, con una desviación estándar de 2, una mediana de 5, un RI₂₅₋₇₅ de 4 a 6 y un rango de 2 a 10 personas.

En cuanto al nivel de escolaridad al momento del diagnóstico, el promedio de años de enseñanza completos fue de 10,2 años con una desviación estándar de 2,2, la mediana fue de 10, con un RI₂₅₋₇₅ de 8 a 12 años y un rango que fluctuó entre 7 y 15 años. Del total de entrevistados, 2 de ellos (6,8%) señalaron tener enseñanza básica incompleta, 7 alcanzaron a completar la enseñanza básica (24,1%), 12 señalaron no haber terminado la enseñanza media (41,3%), 4 alcanzaron a completar la enseñanza media (13,7%), 1 entrevistado refirió haber completado la enseñanza técnica superior (3,4%) y 2 no habían completado la enseñanza universitaria (6,8%). Un entrevistado no contesta (3,4%).

Participación en grupos sociales

En relación con la participación en diferentes grupos sociales de los individuos participantes. La totalidad de ellos (100%) no participan o no lo han hecho nunca en una organización de junta de vecinos. Con respecto a la participación en grupos deportivos, 2 pacientes (6,8%) participa en la mayoría de las actividades de un grupo deportivo, 4 pacientes (13,7%) participan en forma ocasional, y 23 pacientes (79,3%) no participa en grupos deportivos. Respecto de la participación en grupos de iglesia, 2 pacientes (6,8%) participa en todas las actividades de la iglesia, 1 paciente

(3,4%) participa en la mayoría de las actividades, 2 pacientes (6,8%) lo hacen sólo en forma ocasional, y 24 pacientes (82,7%) declararon no participar en estos. Por último, acerca de la participación en otro grupo social, 28 pacientes refirieron que no participaban y 1 paciente no respondió.

Antecedentes de la derivación

Con respecto a la derivación del paciente desde un Centro de Atención Primaria a la red secundaria, 18 pacientes (62,1%) fueron derivados desde alguno de estos centros y 11 pacientes (37,9%) no fueron derivados desde Centro de Atención Primaria, sino desde otros servicios del Hospital (como el Servicio de Urgencias).

Del total de los pacientes derivados, en 24 de ellos (82,7%) se hizo con el diagnóstico correspondiente a primer episodio psicótico, el resto de los pacientes (17,3%) fue derivados con el diagnóstico de otro trastorno mental.

En cuanto al tiempo que transcurrió desde la fecha de derivación hasta la primera atención y realización de diagnóstico por parte de la Unidad de Psiquiatría correspondiente, el promedio fue de 18,3 días con una desviación estándar de 19,4 días, la mediana estuvo en 12 días, con un rango de 1 a 70 días y un RI 25-75 de 4,5 a 22 días. A esta pregunta respondieron 23 pacientes y en 6 de ellos no estaba este antecedente.

Antecedentes clínicos

De los antecedentes al ingreso, se registró tiempo de psicosis no tratada, como el tiempo transcurrido previo al diagnóstico del primer síntoma positivo (Tabla 1).

Se encontró un promedio de 4,4 meses de algún(os) síntoma positivo previo al diagnóstico, con una desviación estándar de 2,7 una mediana de 6 meses, un rango de 0 a 7 meses y un RI 25-75 de 2 a 7 meses.

Además se registró el tiempo transcurrido previo al diagnóstico del primer síntoma negativo y depresivo (Tabla 1).

Para los síntomas negativos se evidenció un promedio de 5,8 meses de algún(os) síntoma negativo previo al diagnóstico, con una desviación estándar de 3,2 una mediana de 7 meses, un rango de 1 a 18 meses y un RI 25-75 de 4 a 7 meses.

Para el síntoma depresión, se obtuvo un promedio de 4,7 meses de un síntoma depresivo previo al diagnóstico, con una desviación estándar de 3,4, una mediana de 5 meses, un rango de 0,5 a 18 meses y un RI 25-75 de 2 a 6 meses.

Tabla n°1

Tiempo transcurrido previo al diagnóstico de síntomas positivos, negativos y depresivos

Periodo de síntomas previo al diagnóstico (meses)	Prom ± de	Mediana	RI 25-75	Rango
Síntomas negativos	5,8±3,2	7	7-19	4-7
Síntomas positivos	4,4±2,7	6	2-7	0-7
Síntoma depresivo	4,6±3,4	5	2-6	0,5-18

Estado clínico al momento de la entrevista

El estado clínico actual de los pacientes en la entrevista se realizó a través de la aplicación de la PANSS. La subescala de los síntomas positivos presentó una puntuación promedio de 16,3 puntos con una desviación estándar de 14,2; la mediana estuvo en 12, con un rango de 0 a 48 puntos por paciente y un RI₂₅₋₇₅ de 7 a 19.

La subescala de síntomas negativos presentó una puntuación promedio de 25, con una desviación estándar de 13,4, la mediana se calculó en 22, con un rango de 0 a 48 puntos y un RI₂₅₋₇₅ de 15 a 37. La subescala de psicopatología general registró una puntuación promedio de 44,7 puntos, con una desviación estándar de 25,6, la mediana se calculó en 34 puntos, con un rango de 16 a 99 y un RI₂₅₋₇₅ de 29 a 53.

El resultado total de la PANSS registro un promedio de 85,9 puntos, con una desviación estandar de 51,1, una mediana en 67 puntos, con un rango de 18 a 186 y un RI₂₅₋₇₅ de 53 a 100.

En la siguiente tabla se muestran los resultados para las subescalas de la PANSS y para ésta en su conjunto.

Tabla n °2

Mediana y promedio de puntajes PANSS en personas con primer episodio psicótico en 3 centros del país.

Resultados en la PANNS	Prom ± de	Mediana	RI₂₅₋₇₅	Rango
Subesc. sintomas positivos	16,31 ±14,17	12	7-19	0-48
Subesc. sintomas negativos	25,00 ±13,39	22	15-37	0-48
Subesc. psicopatol. general	44,66± 25,59	34	29-53	16-99
Total PANNS	85,97±51,1	67	53-100	18-186

Descripción de los resultados de la variable de grado de satisfacción de las necesidades

Una descripción general de las necesidades se presenta en la Tabla n°3

Tabla n°3

Necesidades identificadas e insatisfechas en personas con primer episodio psicótico en 3 centros del país.

Necesidades	Sin necesidades		Necesidades satisfechas		Necesidades insatisfechas	
	n	%	n	%	n	%
Alojamiento	28	96,5	0	0,0	1	3,4
Alimentación	26	89,7	2	6,9	1	3,4
Cuidado del hogar	28	96,5	1	3,4	0	0,0
Cuidado personal	23	79,3	6	20,7	0	0,0
Actividades diarias	16	55,2	5	17,2	8	27,6
Salud física	29	100,0	0	0,0	0	0,00
Síntomas psicóticos	10	34,5	15	51,7	4	13,8
Información del estado de tto	18	62,1	7	24,1	4	13,8
Angustia	25	86,2	4	13,8	0	0,0
Seguridad hacia si mismo	24	82,8	2	6,9	3	10,3
Seguridad de los otros	28	96,5	0	0,0	1	3,4
Alcohol	25	86,2	3	10,3	1	3,4
Drogas	28	96,5	0	0,0	1	3,4
Compañía	18	62,1	7	24,1	4	13,8
Relaciones de pareja	26	89,7	3	10,3	0	0,0
Sexualidad	25	86,2	3	10,3	1	3,4
Cuidado de los hijos	27	93,1	2	6,9	0	0,0
Educación básica	29	100,0	0	0,0	0	0,0
Teléfono	29	100,0	0	0,0	0	0,0
Transporte	26	89,7	3	10,3	0	0,0
Dinero	26	89,7	2	6,9	1	3,4
Intervenciones y ayudas	29	100,0	0	0,0	0	0,0

En la muestra, las 5 áreas que presentan más necesidades en orden de mayor a menor son: síntomas psicóticos, actividades diarias, información del estado de tratamiento, compañía y cuidado personal.

Un 65,5% de la muestra presenta necesidad en el área de síntomas psicóticos, siendo el área con mayor necesidad, sin embargo está satisfecha en gran parte, ya que el 51,7% tiene satisfecha esta necesidad y sólo un 13,8% la declara como insatisfecha.

El área de actividades diarias presenta necesidad en el 44,83% de los pacientes. Sin embargo, 27,59% de estos pacientes la reportan como una necesidad insatisfecha y tan sólo el 17,24% la reporta como necesidad satisfecha.

En el área que reporta información sobre el estado de tratamiento, se encuentra necesidad en 37,93% de los pacientes, de los cuales 24,14% la reporta como necesidad satisfecha y solo un 13,79% como necesidad insatisfecha.

En el ámbito de compañía, se reportó necesidad en 37,93% de los pacientes, de los cuales 24,14% la reporta como necesidad satisfecha y solo un 13,79% como necesidad insatisfecha.

Por último, en el área de cuidado personal se encontró necesidad en el 20,69% de los pacientes. Sin embargo, es una necesidad satisfecha en el 100% de los pacientes que la presentan.

Las áreas que no reportan necesidades son: salud física, educación básica, teléfono e intervenciones y ayudas.

Con respecto al número de las **necesidades por paciente** (tabla n°4), existe un promedio de 3,3 necesidades por paciente con una desviación estándar de 2,1, la mediana estuvo en 3 áreas de necesidades, con un rango de 0 a 8 necesidades por paciente y un RI₂₅₋₇₅ de 2 a 5.

Del total de pacientes, sólo 2 de ellos (6,8%) no presenta necesidades, 3 pacientes (10,3%) presentan 1 área de necesidad, 9 pacientes (31,03%) presentan 2 áreas de necesidades, 3 pacientes (10,3%) presentan 3 áreas de necesidades, 4 pacientes (13,7%) presentan 4 áreas de necesidades, 3 pacientes (10,3%) presentan 5 áreas de necesidades, 2 pacientes (6,8%) presentan 6 áreas de necesidades, 2 pacientes (6,8%) presentan 7 áreas de necesidades y sólo 1 paciente (3,4%) presenta 8 áreas de necesidades.

En cuanto al número de las **necesidades insatisfechas** (tabla n°4) por paciente, el promedio fue de 1,0 necesidades insatisfechas por paciente con una desviación estándar de 1,2, la mediana estuvo en 1 área de necesidad insatisfecha, con un rango de 0 a 5 necesidades insatisfechas por paciente y un RI₂₅₋₇₅ de 0 a 3.

Del total de pacientes, 12 de ellos (41,3%) no presentan necesidades insatisfechas, 9 pacientes (31,03%) presentaron 1 necesidad insatisfecha, 5 pacientes (17,3%) presentaron 2 necesidades insatisfechas, 2 pacientes (6,8%) presentaron 3 necesidades insatisfechas y sólo 1 paciente (3,4%) presente 5 necesidades insatisfechas.

Tabla n° 4

Cantidad de pacientes por cantidad de necesidades (n: 29).

A.			B.		
Número de necesidades	Número de sujetos	Porcentaje de sujetos	Número de necesidades insatisfechas	Número de sujetos	Porcentaje de sujetos
0	2	6.8%	0	12	41.3%
1	3	10.3%	1	9	31%
2	9	31%	2	5	17.3%
3	3	10.3%	3	2	6.8%
4	4	13.7%	4	0	0%
5	3	10.3%	5	1	3.4%
6	2	6.8%	6 o más	0	0%
7	2	6.8%			
8	1	3.4%			
9 o más	0	0%			

Correlación entre necesidades y estado clínico/tiempo de psicosis no tratada.

Se exploró si existía correlación entre necesidades insatisfechas y estado clínico según puntaje PANSS y según el tiempo de psicosis no tratada.

Se encontró una correlación positiva significativa entre el porcentaje de necesidades insatisfechas y el puntaje PANSS total, con un coeficiente de correlación de Spearman $\rho=0,63$ ($p<0,001$); y esta correlación se mantiene cuando se analizan cada una de las subescalas: de síntomas negativos ($\rho=0,46$; $p=0,008$), de síntomas positivos ($\rho=0,54$; $p=0,002$), y de psicopatología general ($\rho=0,62$; $p<0,001$).

Cuando se excluye el área de necesidad de síntomas psicóticos y se evalúa la correlación del porcentaje de necesidades insatisfechas con el puntaje PANSS, se mantiene una correlación positiva significativa tanto para el puntaje total ($\rho=0,38$; $p=0,026$) como para las subescalas de síntomas positivos ($\rho=0,34$; $p=0,045$) y psicopatología general ($\rho=0,37$; $p=0,03$); sin embargo esta correlación estadísticamente significativa no fue observada para síntomas negativos ($\rho=0,22$; $p=0,14$).

Por otra parte, se encontró una correlación positiva significativa entre el porcentaje de necesidades insatisfechas y el tiempo transcurrido del primer síntoma positivo previo al diagnóstico (tiempo de psicosis no tratada) con un coeficiente de correlación de Spearman de $\rho=0,39$ ($p=0,023$).

Ahora bien, cuando se excluye el área de necesidad de síntomas psicóticos y se evalúa la correlación de porcentaje de necesidades insatisfechas con el tiempo de síntomas positivos previo al diagnóstico, encontramos que se mantiene esta correlación significativa ($\rho=0,37$; $p=0,03$).

Al explorar otras asociaciones, no se encontró correlación significativa entre el porcentaje de necesidades insatisfechas y el tiempo de síntomas depresivos previo al diagnóstico ($\rho=-0,06$; $p=0,38$), así como con los síntomas negativos ($\rho=0,19$; $p=0,17$) previo al diagnóstico. Tampoco se

encontró correlación significativa entre porcentaje de necesidades insatisfechas y tiempo desde la sospecha al diagnóstico ($\rho = -0,18$; $p = 0,22$).

Discusión

Como resultado de este trabajo se encontró que las principales necesidades de los pacientes con primer episodio de esquizofrenia estuvieron en las áreas de síntomas psicóticos, actividades diarias, información del estado de tratamiento, compañía y cuidado personal. Podemos destacar que en el área de síntomas psicóticos la mayoría de los pacientes tenía esta necesidad satisfecha, también estaban en su mayoría satisfechas las necesidades de información del estado de tratamiento, compañía y cuidado personal; mientras que el área de actividades diarias estaba insatisfecha en la mayoría de los casos.

Resulta importante destacar que los pacientes con primer episodio psicótico tienen como una de las principales necesidades satisfechas los síntomas psicóticos, mientras que tienen insatisfecha la necesidad de actividades de la vida diaria. Esto se puede entender si consideramos que los tratamientos habitualmente se orientan al control sintomático con psicofármacos, incluso desde la sospecha diagnóstica de esquizofrenia, y corresponde al elemento clínico que más atención y cuidado recibe en estos pacientes; pero no se debe desatender un aspecto igualmente importante para la funcionalidad como las actividades de la vida diaria y sobre este aspecto es que tienen un rol principal las intervenciones psicosociales.

Existe una fuerte evidencia que las intervenciones psicoeducativas a la familia, entrenamiento en habilidades sociales y un empleo de apoyo, combinado con la medicación están asociados a un significativo menor riesgo de recaídas que el tratamiento solo con medicación. (35)

En Chile el porcentaje de pacientes que reciben intervenciones psicosociales es bajo, tal como lo recomienda la guía GES (27), tan sólo el 71% de los pacientes recibirían algún tipo de intervención psicosocial. Esto es importante ya que en estas intervenciones psicosociales se abordan en gran medida las necesidades que los pacientes señalan tener insatisfechas.

Otro resultado importante ha sido encontrar correlación entre necesidades insatisfechas y la intensidad de los síntomas (evaluados con PANSS), ya esto apoya la hipótesis de que mayores necesidades insatisfechas se asocian a peor condición clínica del sujeto. Además se encontró que la correlación se mantiene al excluir los síntomas psicóticos como necesidad (excepto en la subescala de síntomas negativos). Esta exploración excluyendo los síntomas psicóticos se realizó ya que dicha necesidad podría estar midiendo el mismo fenómeno que la evaluación clínica con PANSS, sin embargo, los resultados presentados muestran que se mantiene la correlación al excluir síntomas psicóticos por lo tanto no estaría sesgada esta asociación.

Cuando se analizó la asociación entre el tiempo de psicosis no tratada y las necesidades, se encontró una correlación positiva significativa entre tiempo de síntomas positivos y necesidades insatisfechas, lo que también se mantuvo al excluir los síntomas psicóticos de las necesidades. Este resultado confirma la importancia de un diagnóstico e intervención precoz.

Los resultados de nuestro trabajo concuerdan con la literatura en las áreas de necesidad que fueron identificadas con mayor frecuencia. En estudios de otros países también se encuentra que el área de los síntomas psicóticos son frecuentemente reportados como necesidad. (14,15,36).

Ochoa y cols, señalaron necesidades en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en España, la muestra constó de 231 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al menos 6 meses previo al estudio y detectaron que las necesidades más frecuentes para los pacientes fueron síntomas psicóticos, cuidado del hogar, alimentación e información acerca de su tratamiento. Encontraron que los resultados del PANNS presentan una correlación positiva con las necesidades insatisfechas, así

los pacientes con mayor severidad de síntomas clínicos y alta discapacidad, tienen más necesidades insatisfechas. (14,36)

Rosales Varo y cols, estudiaron necesidades en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en España, luego de entrevistar a 246 pacientes y sus terapeutas concluyeron que las necesidades ligadas a la sintomatología clínica como son síntomas psicóticos y angustia, aparecen con mayor frecuencia en opinión de ambos. La media de necesidades obtenidas fue de 6,5 siendo las más frecuentes las relacionadas con actividades de la vida diaria, compañía, síntomas psicóticos, angustia, educación básica y manejo de su dinero. Las variables sociodemográficas más asociadas a estas necesidades fueron: no tener pareja, nivel educacional bajo, y recibir una pensión de invalidez. Pacientes con menor nivel educacional y aquellos con una pensión de invalidez tienen un mayor número de necesidades. (37)

En Chile, Alvarado y cols, midieron necesidades en 141 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos psicóticos relacionados, que estuvieran en tratamiento y el diagnóstico se hubiese realizado hace 2 a 4 años. Identificó las variables de nivel socioeconómico, momento del diagnóstico, evolución del trastorno y estado clínico al momento de la entrevista, como variables que están asociadas con el número de necesidades insatisfechas. El número de necesidades insatisfechas está significativamente asociado con funcionalidad y puntaje PANNS. A la vez, encontraron una asociación indirecta con pacientes identificados con una minoría étnica, número de personas que viven con el paciente, número de años de escolaridad, edad del paciente al diagnóstico, y la tasa anual de recaídas. (18)

Los estudios antes señalados (14, 18, 37), tomaron como muestra pacientes que ya presentaban el diagnóstico de esquizofrenia o algún trastorno psicótico afín durante algún tiempo, a diferencia de este estudio presentado en que se midió necesidades en primer episodio psicótico, esto es importante ya que es el primer estudio en este tipo que se realiza en esta población en Chile.

Al comparar el estudio de Alvarado y cols., ya que ambos estudios son realizados en Chile, en el sistema público de salud y en pacientes con similar diagnóstico (18), con nuestro trabajo, podemos observar que el número de necesidades insatisfechas al momento del primer episodio así como a los 2 a 4 años de tratamiento, son similares, 1 y 1,2 necesidades promedio por persona, respectivamente. De igual forma, el porcentaje de pacientes con necesidades insatisfechas también es similar, donde un 58,7% y un 54,6% presenta algún área de necesidad insatisfecha, respectivamente.

A partir de estos datos, dada la mantención del número de necesidades y del porcentaje de las necesidades insatisfechas (a los 2 a 4 años de tratamiento), se puede deducir que los servicios de atención no están siendo capaces de dar servicios efectivos que permitan dar satisfacción a estas necesidades. Esta hipótesis debería ser testeada en futuros trabajos, para proponer mejoras en la atención de estas áreas de necesidades desde que se inicia el tratamiento en el primer episodio de esquizofrenia.

Nos parece muy importante señalar que la evaluación de necesidades, considerando la perspectiva del paciente, es crucial para poder diseñar adecuados abordajes del tratamiento en pacientes con esquizofrenia. Satisfacer las demandas propias de los pacientes puede ofrecer mejores resultados clínicos, en calidad de vida, funcionalidad y disminución de la carga de enfermedad. En la recuperación de las personas con esquizofrenia es fundamental tanto la exploración clínica como psicosocial, individualizada, y también la concordancia entre lo que piensa el paciente, sus familiares, con el equipo terapéutico en las áreas que deben ser abordadas en el manejo de ellos (19,20). Por esto, la investigación sobre las necesidades de los pacientes desde su propia perspectiva es muy importante para el recuperación, así como para el diseño de planes de tratamiento individuales y para la planificación de los servicios de salud mental a nivel poblacional.

Entre las fortalezas de este trabajo podemos destacar que es la primera experiencia en Chile de medición de las necesidades en primer episodio psicótico, donde se midió conjuntamente con la condición clínica (a través de la PANSS) y tiempo de psicosis no tratada, en varios centros de atención psiquiátrica del país.

Una limitación importante ha sido el bajo número de casos. Creemos que en trabajos futuros se podría ampliar el número de casos y así mejorar la potencia estadística de la muestra, a la vez que permitiría adicionar variables en el análisis.

Conclusiones

Dentro de los resultados más importantes destacan que el promedio de necesidades por paciente es 3,3, mientras que el promedio de necesidades insatisfechas por paciente es de 1. Las 3 áreas que presentan más necesidades son síntomas psicóticos (65,5%), actividades diarias (44,83%) e información del estado de tratamiento (37,93%) de la muestra.

Se encontró una correlación positiva significativa entre el porcentaje de necesidades insatisfechas y el puntaje PANSS total, y además se encontró también una correlación positiva significativa entre el porcentaje de necesidades insatisfechas y el tiempo transcurrido del primer síntoma positivo previo al diagnóstico. No se encontró correlación significativa entre el porcentaje de necesidades insatisfechas y el tiempo de síntomas depresivos previo al diagnóstico, así como con los síntomas negativos previo al diagnóstico. Tampoco se encontró correlación significativa entre porcentaje de necesidades insatisfechas y tiempo desde la sospecha al diagnóstico.

El estudio de necesidades en pacientes con primer episodio psicótico nos ayuda a ver la importancia del enfoque psicosocial en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. Definir las principales necesidades en sujetos con primer episodio de psicosis y los factores asociados permite diseñar mejor las estrategias de tratamiento, para obtener mejores resultados terapéuticos y recuperación.

Bibliografía

1. McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine* 2:13.
2. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III-R-R/CDI) (ECP). *Rev Med Chile* 130: 527-36.
3. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. (2008). Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res*;102(1-3):1-18.
4. McGorry P, Killckey E, Yung A. (2008). Intervención precoz en la psicosis: conceptos, evidencias y direcciones futuras. *Word Psychiatry (Ed Esp)* 6:3.
5. Malla A, Norman R. (2002). Early intervention in schizophrenia and related disorders: advantages and pitfalls. *Current Opinion Psychiatry* 15:17-23.
6. Reading, Birchwood M. (2005). Early Intervention in Psychosis. Rationale and Evidence for Effectiveness. *Dis Manage Health Outcomes* 13 (1): 53-63.
7. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2009). Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia. Serie de Guías Clínicas Minsal, Chile.
8. Torres González F, Rosales Varo C, Moreno Küstner B, Jiménez Estévez JF. (2000). Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. In: Bulbena Vilarrasa A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P, editors. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, Spain: Masson; p. 545-54.
9. Hansson L, Vinding HR, Mackeprang T, Sourander A, Werdelin G, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Dybbro J, Nilsson L, Sandlund M, Sùrgaard K, Middelboe T. (2001). Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 103: 45-51.
10. Jimenez J.F, Moreno B, Torres F, Castillo J, Phelan M. (1997). Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurologia* 60(2):113-124.
11. Bellack AS. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull*; 32(3):432-42.
12. Jose D, Ramachandra, Lalitha K, Gandhi S, Desai G, Nagarajaiah. (2015). Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: A systematic review. *Asian J Psychiatr*. S1876-2018(15)00007-6.

13. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, Ruggeri M. (2005). Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychological Medicine* 35 :1655–1665.
14. Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a spanish sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (2):201- 210.
15. McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene A, Knudsen HC, Vázquez-Barquero JL, Tansella M, Becker T. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatr Scand*; 103(5):370-9.
16. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*;167(5):589-95.
17. Rosales Varo C, Torres González F, Luna Del Castillo J, Jiménez Estévez J, Martínez Montes G. (2002). Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Spanish version of CAN Reliability Study). *Actas Esp Psiquiatr*. 30(2):99-104.
18. Alvarado R, Torres F, Schilling S, Alvarado F, Domínguez C, Moreno B, Aliste F. (2012). Factors associated with unmet needs in individuals with schizophrenia in Chile. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 20 (4): 466-72.
19. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock. *Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica*. Cuarta edición. 2007. Pp 104.
20. Silva Ibarra H. (2012). La esquizofrenia en el siglo xxi. In: Silva Ibarra H. *La esquizofrenia de Kraepelin al DSM V*. Santiago, Chile: Mediterraneo; p. 149-169.
21. Estudio carga de enfermedad y carga atribuible. 2007. MINSAL. Gobierno de Chile.
22. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. (2009). Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res*;110(1-3):1-23.
23. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Sexta Edición. Ed Elsevier Masson. 2006.
24. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association 2013.
25. Chisholm D. (2005). Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. *World Psychiatry*; 4(1):37-44.
26. Knapp M, Mangalore R, Simon J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull*; 30:279–293.
27. Markkula N, Alvarado R, Minoletti A. (2011). Adherence to guidelines and treatment compliance in the chilean national program for first-episode schizophrenia. *Psychiatric Services* Vol 62. No 12.
28. Armijo, J., Méndez, E., Morales, R., Schilling, S., Castro, A., Alvarado, R., & Rojas, G. (2013). Efficacy of Community Treatments for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 116. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00116>.

29. Maslow A. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50 370-396.
30. Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. (2014). Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry*; 59(1):13-7.
31. Mojtabai R, Fochtmann L, Chang S, Kotov R, Craig T, Bromet E. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophrenia Bulletin* vol 35 no. 4 pp.679-695,2009.
32. Wennström E, Wiesel FA. (2006). The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 41(9):728-33.
33. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bulletin*, 13(2):261-76.
34. Peralta Martín V, Cuesta Zorita MJ. (1994). Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. Jul-Aug;22(4):171-7.
35. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*; 382(9904):1575-86.
36. Ochoa S, Haro JM, Usall J, Autonell J, Vicens E, Asensio F. (2005). Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res*; 75(1):129-34.
37. Rosales C, Torres F, Luna-del-Castillo J, Baca E, Martínez G. (2002). Evaluación de necesidades en personas con enfermedad esquizofrénica (CAN). *Actas Esp Psiquiatr*;30(3):182-188.

Anexos



DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NUM:

CENTRO:

FICHA CLÍNICA :

NOMBRE PACIENTE:

RUT:

DIRECCIÓN:

.....

TELÉFONO EN CASA:

TELÉFONO CELULAR:

PERSONA DE CONTACTO:

DIRECCIÓN:

.....

TELÉFONO EN CASA:

TELÉFONO CELULAR:

FECHA DEL DIAGNÓSTICO:

AA.1. SEXO: 1. Mujer
2. Varón

AA.2. EDAD: años (cumplidos)

AA.3. ESTADO CIVIL ACTUAL: 1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Conviviente
4. Separado(a) (o anulado(a))
5. Viudo(a)

AA.4. SI TIENE PAREJA, ¿VIVE CON ÉL O CON ELLA?

1. No
2. Si
3. No tiene pareja

AA.5. GRUPO ÉTNICO: 1. Chileno
2. Mapuche
3. Aimara
4. Huilliche
5. Otro:

AA.6. ¿CON QUIÉN(ES) VIVE ACTUALMENTE?:

1. Vive solo(a) (con/sin hijos)
2. Con la esposa(o) (con/sin hijos)
3. Vive en pareja
4. Vive con los padres
5. Vive con otros familiares
6. Vive en hogar protegido
7. Vive con otros
8. Vive en la calle o sin residencia fija
9. Desconocido

**AA.7. N° TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON ÉL O ELLA, BAJO EL MISMO
TECHO (también debe incluirse al encuestado(a)):**

AA.8. NIVEL DE ESCOLARIDAD PREMÓRBIDO (considerar último año aprobado):

1. Sin instrucción
2. Ens. Básica Incompleta (1° a 4°)
3. Ens. Básica Incompleta (5° a 7°)
4. Ens. Básica Completa
5. Ens. Media Incompleta
6. Ens. Media Completa
7. Ens. Técnica Superior Incompleta
8. Ens. Técnica Superior Completa
9. Ens. Universitaria Incompleta
10. Ens. Universitaria Completa

AA.9. N° TOTAL DE AÑOS QUE ESTUDIÓ PREVIO AL DIAGNÓSTICO:

..... años

(Considere sólo los cursos aprobados, desde 1º Básico en adelante)

AA.10. SITUACIÓN LABORAL AL DIAGNÓSTICO (premórbido):

1. Dueña de casa
2. Estudiante
3. Jubilado(a) o Pensionado(a)
4. Con trabajos ocasionales o inestables
5. Con trabajo estable o empleado
6. Cesante
7. Otra situación:

AA.11. SI TIENE ALGÚN TRABAJO, DESCRÍBALO:

.....
.....
.....

AA.12. PARTICIPA EN LAS REUNIONES O ACTIVIDADES DE SU JUNTA DE VECINOS (últimos 12 meses):

0. No, nunca
1. Solo en forma ocasional (pocas veces)
2. En la mayoría de las actividades
3. En todas las actividades

AA.13. PARTICIPA EN GRUPOS DEPORTIVOS (últimos 12 meses):

0. No, nunca
1. Solo en forma ocasional (pocas veces)
2. En la mayoría de las actividades
3. En todas las actividades

**AA.14. PARTICIPA EN GRUPOS DE IGLESIA (últimos 12 meses):
(se refiere a grupos sociales y no incluye la asistencia a misa)**

0. No, nunca
1. Solo en forma ocasional (pocas veces)
2. En la mayoría de las actividades
3. En todas las actividades

AA.15. PARTICIPA EN ALGÚN OTRO GRUPO SOCIAL (últimos 12 meses):

¿Cuál?:

0. No, nunca
1. Solo en forma ocasional (pocas veces)
2. En la mayoría de las actividades
3. En todas las actividades

ANTECEDENTES DE LA DERIVACIÓN

AA.16. El paciente vive dentro del área geográfica que corresponde a un centro de APS del área de intervención

0. No (corresponde al área de control)
1. Si (corresponde al área de intervención)

AA.17. El paciente fue derivado desde un dentro de APS (cualquiera)

0. No (fue derivado de urgencia, consulta espontánea, etc.)
1. Si

AA.18. El médico que deriva al paciente recibió el entrenamiento durante la fase de intervención de este proyecto

0. No, porque pertenece al área de control
1. No, porque ingresó al centro de APS con posterioridad
2. No, por otra razón
3. Si

AA.19. El paciente fue derivado con un diagnóstico que corresponde a un “primer episodio de psicosis”

0. No corresponde, porque no fue derivado desde APS
1. No, fue derivado sin un diagnóstico de TM¹ preciso
2. No, fue derivado con otro diagnóstico de TM (excepto alternativas 3 o 4)
3. No, fue derivado con diagnóstico de “manía” o “trastorno bipolar”
4. No, fue derivado con diagnóstico de “psicosis por consumo de drogas”
5. Si²

AA.20. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde la fecha en que se deriva hasta el momento en que recibe la primera atención y se hace el diagnóstico en la Unidad de Psiquiatría correspondiente (ver fecha de interconsulta y de la atención en ficha)?

..... días

AA.21. ¿Cuál fue el motivo de consulta?

¹ TM = trastorno mental

² Considere como “sí” cualquier diagnóstico relacionado (esquizofrenia, paranoia, trastorno delirante, psicosis, etc),
² Considere como “sí” cualquier diagnóstico relacionado (esquizofrenia, paranoia, trastorno delirante, psicosis, etc), aunque no mencione que se trata de un “primer episodio”.

**AA.22. Señale cuál de los síntomas estaban presentes según el médico.
 Marque “0” si es no y marque “1” si es si.**

Síntomas negativos	
AA.22.1.	Embotamiento afectivo
AA.22.2.	Retraimiento emocional
AA.22.3.	Contacto pobre
AA.22.4.	Retraimiento social
AA.22.5.	Dificultad en el pensamiento abstracto
AA.22.6.	Ausencia de contacto espontáneo
AA.22.7.	Pensamiento estereotipado
Síntomas negativos	
AA.22.8.	Delirios
AA.22.9.	Desorganización conceptual
AA.22.10.	Comportamiento alucinatorio
AA.22.11.	Excitación
AA.22.12.	Grandiosidad
AA.22.13.	Susplicacia / Perjuicio
AA.22.14.	Hostilidad

AA.23. ¿Cuál es el primer síntoma negativo que se logra detectar en la historia o anamnesis del paciente, según el médico de APS?

..... (marque de 1 a 7, según la lista)

AA.24. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que se puede rastrear en la anamnesis este primer síntoma negativo, según el médico de APS?

..... semanas (sume el tiempo que señala al médico + el que transcurrió entre la interconsulta y la atención clínica que confirmó el diagnóstico)

AA.25. ¿Cuál es el primer síntoma positivo que se logra detectar en la historia o anamnesis del paciente, según el médico de APS?

..... (marque de 8 a 14, según la lista)

AA.26. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que se puede rastrear en la anamnesis este primer síntoma positivo, según el médico de APS?

..... semanas (sume el tiempo que señala al médico + el que transcurrió entre la interconsulta y la atención clínica que confirmó el diagnóstico)

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Antecedentes del ingreso

Período de psicosis no tratada (duración de los síntomas previo a que se hiciera el diagnóstico que motivó el inicio del tratamiento, expresado en meses):

- AB.1. Depresión:** semanas
- AB.2. Síntomas negativos (el primero):** semanas
- AB.3. Síntomas positivos (el primero):** semanas

Anexo 2

CAN R

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES CAMBERWELL

Versión investigación R3

Edición Española 1995

Grupo de investigación de Salud Mental de Granada Sur

UNIVERSIDAD DE GRANADA

El CAN (Camberwell Assessment of Need) es un instrumento que permite la evaluación sistemática y regular de las necesidades. Fue propuesto en 1993 por M. Pelan, G. Thornicroft y otros colaboradores del PRISM, del Instituto de Psiquiatría de Londres.

Son responsables de la edición española: Juan F. Jiménez Estévez, Berta Moreno Küstner, Enrique Rodríguez Linde, y Francisco Torres González, del Grupo de Investigación “Salud Mental Granada Sur”, de la Universidad de Granada.

COMO UTILIZAR LA VERSIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CAMBERWELL (CAN)

La versión de investigación del CAN puede ser usada para valorar los puntos de vista de los usuarios y del profesional. Antes de utilizar el CAN, lea toda la escala, incluyendo los ejemplos, que nos dan una guía acerca de las puntuaciones.

Hay 22 áreas, cada una con cuatro secciones en apartados separados. Están incluidas las puntuaciones del usuario y del profesional para reflejar ambos puntos de vista, y pueden diferir en alguna cuestión.

SECCION 1

Pregunte en cada área si hay un problema actual (**en el último mes**)

- Si un serio problema está presente (a pesar de que esté siendo dada cualquier ayuda) **Puntúa 2**
- Si no hay un serio problema debido a la ayuda dada **Puntúa 1**
- Si no hay un serio problema **Puntúa 0**

Si se puntúa 0 ó 9 se pasa a la siguiente área, en caso contrario complete las secciones restantes.

Dentro de cada área, las preguntas sugeridas están escritas en negrita.

SECCION 2

Pregunte sobre la ayuda recibida de cuidadores informales **durante el último mes.**

SECCION 3

Pregunte acerca de la ayuda profesional necesitada y recibida en el **último mes.**

SECCION 4

Pregunte sobre lo apropiado de los cuidados facilitados y sobre el grado de satisfacción del usuario con la cantidad de ayuda recibida.

CONTENIDO

NUMERO	AREAS
1	ALOJAMIENTO
2	ALIMENTACIÓN
3	CUIDADO DEL HOGAR
4	CUIDADO PERSONAL
5	ACTIVIDADES DIARIAS
6	SALUD FÍSICA
7	SÍNTOMAS PSICOTICOS
8	INFORMACIÓN ACERCA DEL ESTADO DE TRATAMIENTO
9	ANGUSTIA
10	SEGURIDAD HACIA SÍ MISMO
11	SEGURIDAD DE LOS OTROS
12	ALCOHOL
13	DROGAS
14	COMPAÑÍA
15	RELACIONES DE LA PAREJA
16	SEXUALIDAD
17	CUIDADO DE LOS HIJOS
18	EDUCACIÓN BASICA
19	TELEFONO
20	TRANSPORTE
21	DINERO
22	INTERVENCIONES Y AYUDAS SOCIALES

1. ALOJAMIENTO

EVALUACIONES

Usuario Personal

1.a. ¿Carece la persona de un lugar habitual para vivir?

0101

0102

¿Dónde vive usted?

¿Qué tipo de lugar es?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. La persona tiene un lugar adecuado incluso si está actualmente en un hospital.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. La persona está viviendo en un alojamiento o en una pensión.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Vagabundo, alojamiento precario o el alojamiento carece de las condiciones básicas.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

1.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona por parte de sus amigos o parientes para el alojamiento?

0103

0104

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente le dejan algunos muebles.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda sustancial en la mejora del alojamiento, tal como reparación del piso.
3= MUCHA AYUDA	E. Vive con parientes porque su propio alojamiento es insatisfactorio.
9= DESCONOCIDO	

1.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para su alojamiento?

0105

0106

1.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para su alojamiento?

0107

0108

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Reparaciones menores, dar la dirección de servicios comunales de alojamiento.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Reparaciones mayores, derivar a los de servicios comunitarios de alojamiento.
3= MUCHA AYUDA	E. Ser realojado, vivir en un hogar grupal o pensión.
9= DESCONOCIDO	

1.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para su alojamiento?

0109

0110

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

1.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para su alojamiento?

0111

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

2. ALIMENTACIÓN

EVALUACIONES

Usuario Personal

2.a. ¿Tiene dificultad la persona en conseguir suficiente comida?

0201

0202

¿Qué tipo de alimentación toma?

¿Prepara sus propios alimentos y hace su compra?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Capaz de comprar y preparar su comida.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Incapaz de preparar alimentos y se le proporcionan comidas.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Dieta muy pobre, comida culturalmente inapropiada.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

2.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para una alimentación suficiente?

0203

0204

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. La comida es facilitada semanalmente o con menor frecuencia.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda semanal en la compra o comida facilitada más de una vez por semana pero no diariamente.
3= MUCHA AYUDA	E. Comida facilitada diariamente.
9= DESCONOCIDO	

2.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para conseguir una alimentación suficiente?

0205

0206

2.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para una alimentación suficiente?

0207

0208

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. 1 - 4 comidas proporcionadas semanalmente.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Más de cuatro comidas proporcionadas semanalmente o ayudado en todas las comidas.
3= MUCHA AYUDA	E. Se le facilitan todas las comidas.
9= DESCONOCIDO	

2.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para mantener una suficiente alimentación

0209

0210

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

2.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para conseguir una suficiente alimentación?

0211

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

3. CUIDADO DEL HOGAR

EVALUACIONES
Usuario Personal

3.a. ¿Tiene la persona dificultades para el cuidado de su hogar?

0301

0302

¿Es capaz de cuidar su casa?

¿Le ayuda alguien?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. El hogar puede estar desordenado, pero
------------------	--

	la persona lo mantiene básicamente limpio.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Incapaz para el cuidado del hogar y tiene una ayuda doméstica regularmente.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. El hogar está sucio y existe un riesgo potencial para la salud.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

3.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para el cuidado del hogar?

0303

0304

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Indicaciones o ayuda en el orden o limpieza ocasionalmente.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Indicaciones o ayuda en el orden o limpieza al menos una vez a la semana.
3= MUCHA AYUDA	E. Supervisión de la persona más de una vez por semana, lavado de toda la ropa y limpieza de la casa.
9= DESCONOCIDO	

3.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para el cuidado del hogar?

0305

0306

3.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para el cuidado del hogar?

0307

0308

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Indicaciones del personal.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Alguna ayuda con las tareas domésticas.
3= MUCHA AYUDA	E. La mayoría de las labores son realizadas por el personal.
9= DESCONOCIDO	

3.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para el cuidado del hogar?

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

0309

0310

3.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para el cuidado del hogar?

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

0311

4. CUIDADO PERSONAL

**EVALUACIONES
Usuario Personal**

4.a. ¿Tiene dificultades la persona en el cuidado personal?

0401

0402

¿Tiene dificultades en mantenerse limpio y ordenado?

¿Necesita algunas veces que se lo recuerden? ¿Quién?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. El aspecto puede ser excéntrico o descuidado, pero básicamente limpio.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Necesita y recibe ayuda para su cuidado personal.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Poca higiene personal, olores.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

4.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona por parte de sus amigos o parientes

0403

0404

para el cuidado personal?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente le sugieren cambiarse de ropa.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Prepararle e insistir que utilice baño/ducha indicarlo a diario.
3= MUCHA AYUDA	E. Proporcionarle supervisión diaria en varios aspectos del cuidado.
9= DESCONOCIDO	

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

4.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para su cuidado personal?

0405	0406
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para su cuidado personal?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Sugerencias ocasionales.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Supervisión semanal de aseo.
3= MUCHA AYUDA	E. Supervisión de algunos aspectos del autocuidado. Programa de habilidades de autocuidado.
9= DESCONOCIDO	

0407	0408
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para su cuidado personal
(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

0409	0410
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para su cuidado personal?

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

0411
<input type="text"/>

5.- ACTIVIDADES DIARIAS

EVALUACIONES
Usuario Personal

5.a. ¿Tiene dificultades la persona para mantener actividades diarias normales y adecuadas?

0501	0502
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cómo pasa el día?

¿Tiene suficientes cosas que hacer?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Trabajo a tiempo completo, u ocupado adecuadamente en actividades domésticas o sociales.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Incapaz de ocuparse por sí mismo, por lo que asiste a un centro de día.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Desempleado y no ocupado adecuadamente con actividades domésticas o sociales
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

5.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona por parte de sus amigos o parientes para encontrar o mantener unas actividades diarias normales y adecuadas?

0503	0504
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente es aconsejado sobre actividades cotidianas.

2= MODERADA AYUDA	Ej. Tiene planificada actividades tales como educación de adultos o asiste a un centro de día.
3= MUCHA AYUDA	E. Es ayudado diariamente en la organización de actividades cotidianas.
9= DESCONOCIDO	

5.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para encontrar o mantener unas actividades diarias normales y adecuadas?

0505

0506

5.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para encontrar o mantener unas actividades diarias normales y adecuadas?

0507

0508

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. "Adiestramiento laboral"/educación de adultos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Empleo protegido diario. Centro de día 2-4 días por semana.
3= MUCHA AYUDA	E. Asistencia diaria al hospital de día o centro de día.
9= DESCONOCIDO	

5.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para encontrar o mantener unas actividades diarias normales y adecuadas?

0509

0510

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

5.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para encontrar o mantener unas actividades diarias normales y adecuadas?

0511

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

5. SALUD FÍSICA

EVALUACIONES Usuario Personal

6.a. ¿Tiene la persona alguna incapacidad o enfermedad física?

0601

0602

¿Cómo se siente físicamente?

¿Sigue algún tratamiento para problemas físicos prescrito por su médico?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Físicamente bien.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Enfermedad física como tensión alta que recibe un tratamiento apropiado.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Enfermedad física sin tratamiento, incluidos efectos secundarios.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

6.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona por parte de sus amigos o parientes para problemas de salud física?

0603

0604

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Se le sugiere que vaya al médico
2= MODERADA AYUDA	Ej. Es acompañado al médico.
3= MUCHA AYUDA	E. Diariamente se le ayuda a ir al servicio, a comer o a moverse.
9= DESCONOCIDO	

6.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para problemas de salud física?

0605

0606

6.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para problemas de salud física?

0607

0608

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Se le da una dieta o consejos para planificación familiar.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Medicación prescrita. Regularmente visita al médico de cabecera o enfermería.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Asistencia periódica al hospital. Alteraciones en el hogar.
9= DESCONOCIDO	

6.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para problemas físicos?

0609

0610

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

6.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para problemas físicos?

0611

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

6. SÍNTOMAS PSICÓTICOS

EVALUACIONES

Usuario

Personal

7.a. ¿Tiene la persona algunos síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones formales del pensamiento o pasividad?

0701

0702

¿Oye algunas voces o tiene problemas con sus pensamientos?

¿Está con alguna medicación o inyección? ¿Para qué?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. No hay síntomas positivos, no hay riesgo de padecerlos y no tiene medicación.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Síntomas tratados con medicación u otra ayuda.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Actualmente presenta síntomas o riesgo de padecerlos.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

7.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para estos síntomas psicóticos?

0703

0704

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Algún apoyo y comprensión
2= MODERADA AYUDA	Ej. Cuidadores implicados en ayudarlo con estrategias para el afrontamiento o cumplimiento de la medicación.
3= MUCHA AYUDA	E. Constante supervisión con la medicación y ayuda en las estrategias para el afrontamiento.
9= DESCONOCIDO	

7.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para estos síntomas psicóticos?

0705

0706

7.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para estos síntomas psicóticos?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Supervisión de la medicación trimestralmente o con menor frecuencia, grupo de apoyo.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Supervisión de la medicación más que trimestralmente, terapia psicológica estructurada.
3= MUCHA AYUDA	E. Medicación y cuidado hospitalario (24 horas) o manejo de la crisis en el domicilio.
9= DESCONOCIDO	

0707

0708

7.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para estos síntomas psicóticos?

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

0709

0710

7.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para estos síntomas psicóticos?

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

0711

7. INFORMACIÓN (SOBRE EL ESTADO Y TRATAMIENTO)

**EVALUACIONES
Usuario Personal**

8.a. ¿Ha recibido la persona una información clara, verbal o escrita acerca de su estado y tratamiento

0801

0802

¿Ha recibido alguna información clara sobre la medicación u otro tratamiento?

¿Cuánto le ha ayudado esta información?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Ha recibido y comprendido información adecuada.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. No ha recibido o comprendido toda la información.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. No ha recibido la información.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

8.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para obtener tal información?

0803

0804

0= NINGUNA	Ej. Ha recibido algún consejo de sus amigos o familiares.
1= POCA AYUDA	Ej. Reciben folletos o tienen contacto con grupos de autoayuda a través de amigos o familiares.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Relación regular con facultativos o grupos de autoayuda a través de amigos o familiares.
3= MUCHA AYUDA	
9= DESCONOCIDO	

8.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para obtener tal información?

0805

0806

8.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales

0807

0808

para obtener tal información?

0= NINGUNA	Ej. Breve información verbal o escrita sobre su problema/enfermedad/tratamiento.
1= POCA AYUDA	Ej. Recibe información de grupos de autoayuda, sesiones informativas amplias sobre medicamentos y tratamientos alternativos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Ha recibido información escrita detallada o educación personal específica.
3= MUCHA AYUDA	
9= DESCONOCIDO	

8.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para obtener tal información?

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

0809

0810

8.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para obtener tal información?

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

0811

8. ANGUSTIA (DISTRESS)

EVALUACIONES
Usuario Personal

9.a. ¿Esta actualmente la persona angustiada?

¿Se ha sentido recientemente muy triste y decaído?

¿Se ha sentido demasiado ansioso o atemorizado?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Angustia leve u ocasional.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Necesita y recibe apoyo regularmente.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. La angustia afecta significativamente a su vida hasta el punto de impedirle salir.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

0901

0902

9.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes con motivo de este problema?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Alguna comprensión o apoyo.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Tiene la oportunidad al menos semanalmente, para hablar acerca de su angustia con sus familiares y amigos.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Apoyo o supervisión constantes.
9= DESCONOCIDO	

0903

0904

9.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales con motivo de este problema?

0905

0906

9.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales con motivo de este problema?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Evaluación del estado mental o apoyo ocasional.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Tratamiento específico psicológico o social para la ansiedad, asesorado por el equipo al menos una vez por semana.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Atención hospitalaria durante las 24

0907

0908

	horas o en tiempo de crisis.
9= DESCONOCIDO	

9.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para este problema?

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

0909

0910

9.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe por este problema?

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

0911

9. SEGURIDAD HACIA SÍ MISMO

EVALUACIONES Usuario Personal

10.a. ¿Es un peligro para sí mismo?

**¿Ha pensado alguna vez en autoagredirse, o lo ha hecho realmente?
¿Te puedes poner tú mismo en peligro de otro modo?**

1001

1002

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Sin pensamientos suicidas.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. El riesgo o suicidio está controlado por el personal, recibe asesoramiento.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Ha expresado ideas suicidas durante el último mes o se ha expuesto a grave peligro.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

10.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para disminuir el riesgo de autoagredirse a sí mismo?

1003

1004

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Posibilidad de contactar con amigos o familiares si se siente inseguro.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Amigos o familiares están normalmente en contacto y es probable que sepan si se siente inseguro.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Amigos o familiares están en contacto regular y es muy probable que sepan y le proporcionen ayuda si se siente inseguro.
9= DESCONOCIDO	

10.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para reducir el riesgo de autoagredirse a sí mismo?

1005

1006

1.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para reducir el riesgo de autoagredirse a sí mismo?

1007

1008

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Alguien con quien contactar si se siente inseguro.
2= MODERADA AYUDA	Ej. El personal comprueba al menos una vez a la semana, asesoramiento regular.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Supervisiones diarias, hospitalizado.
9= DESCONOCIDO	

10.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para reducir el riesgo de

1009

1010

autoagredirse a sí mismo?

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

10.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe para reducir el riesgo de autoagredirse a sí mismo?

1011

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

10. SEGURIDAD DE LOS OTROS

EVALUACIONES
Usuario Personal

11.a. ¿Es la persona un riesgo actual o potencial para la seguridad de otras personas?

1101

1102

**¿Ha pensado que podía ser un peligro para la seguridad de otras personas?
¿Ha perdido alguna vez el control de sí mismo, y ha golpeado a alguien?**

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Sin historia de un comportamiento violento o amenazante.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Bajo supervisión debido a un riesgo parcial.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Violencia y amenazas recientes.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

11.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para reducir el riesgo que pueda dañar a alguien?

1103

1104

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Atención a su comportamiento amenazante una vez por semana o menos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Atención a su comportamiento amenazante más de una vez por semana.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Atención casi constante a su persistente comportamiento amenazante.
9= DESCONOCIDO	

11.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para reducir el riesgo que pueda dañar a alguien?

1105

1106

11.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para reducir el riesgo que pueda dañar a alguien?

0107

0108

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Control del comportamiento semanalmente o menos
2= MODERADA AYUDA	Ej. Supervisión diaria.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Supervisión constante. Programa de control de la ira.
9= DESCONOCIDO	

11.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para reducir el riesgo que pueda dañar a alguien?

1109

1110

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

11.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de

1111

ayuda que recibe para reducir el riesgo que pueda dañar a alguien?

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

11. ALCOHOL

EVALUACIONES Usuario Personal

12.a. ¿Bebe la persona excesivamente o tiene problemas para controlar la bebida

1201

1202

¿La bebida le causa algún problema?

¿Desearía beber menos?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Ningún problema en controlar la bebida.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. En riesgo de abuso de alcohol y recibiendo ayuda.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Actualmente bebiendo de forma perjudicial o incontrolable.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

12.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para controlar la bebida?

1203

1204

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Se le dice que corte.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Se le informa acerca de asociaciones de autoayuda para alcohólicos.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Control diario del alcohol.
9= DESCONOCIDO	

12.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para controlar su bebida?

1205

1206

12.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para controlar su bebida?

1207

1208

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Se le habla acerca de los riesgos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Se le informa sobre asociaciones de ayuda.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Acude a un centro para alcohólicos, programa de deshabitación.
9= DESCONOCIDO	

12.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada para controlar que su bebida es la correcta?

1209

1210

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

12.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de de ayuda que recibe para controlar su bebida?

1211

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

12. DROGAS

EVALUACIONES Usuario Personal

13.a. ¿Tiene la persona problemas con el abuso de drogas?

1301

1302

¿Toma alguna droga o medicamento que no le haya sido recetado?

¿Hay algún medicamento o droga que le cueste trabajo de tomar?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Sin dependencia o abuso de drogas.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Recibiendo ayuda por tener dependencia o abusar de drogas.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Dependencia o abuso de drogas prescritas, no prescritas o ilegales.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

13.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes a causa de su abuso de las drogas?

1303

1304

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Consejo o apoyo emocional.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Consejo regular, ponen en contacto con asociaciones de ayuda.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Supervisión, coordinación con otras agencias.
9= DESCONOCIDO	

13.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales por su abuso de las drogas?

1305

1306

13.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona recibir de los servicios locales por su abuso de las drogas?

1307

1308

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Consejo del médico de la familia.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Centros de drogodependencia.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Programa de deshabituación, ingresado.
9= DESCONOCIDO	

13.e. ¿Recibe la persona la ayuda adecuada por controlar su abuso de las drogas?

1309

1310

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

13.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la cantidad de ayuda que recibe por su abuso de las drogas?

1301

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

13. COMPAÑÍA

EVALUACIONES Usuario Personal

14.a. ¿Necesita la persona ayuda para el contacto social?

1401

1402

¿Se siente a menudo solo?

¿Le gustaría tener más contactos con otros?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Capaz de mantener suficientes contactos con otros, tiene suficientes amigos.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Asiste en forma apropiada a club social o a centro de día.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Frecuentemente se siente solo y aislado.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

14.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes en relación a los contactos sociales?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Menos de un contacto social por semana.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Contactos sociales semanalmente o más a menudo.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Contactos sociales al menos cuatro veces por semana.
9= DESCONOCIDO	

1403

1404

14.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para facilitar sus contactos sociales?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Le dan información sobre clubes sociales.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Asiste a un centro de día o grupo comunitario hasta 3 veces por semana.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Asiste a centro de día 4 o más veces por semana.
9= DESCONOCIDO	

1405

1406

14.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para facilitar sus contactos sociales?

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Le dan información sobre clubes sociales.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Asiste a un centro de día o grupo comunitario hasta 3 veces por semana.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Asiste a centro de día 4 o más veces por semana.
9= DESCONOCIDO	

1407

1408

14.e. ¿La ayuda que recibe la persona para facilitar el contacto social es la correcta?

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

1409

1410

14.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe para facilitarle el contacto social?

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

1411

14. RELACIONES DE PAREJA

EVALUACIONES
Usuario Personal

15.a. ¿Tiene la persona alguna dificultad para encontrar un/a compañero/a o en mantener una relación de pareja?

1501

1502

¿Tiene un compañero/a?

¿Tiene algún problema en su vida de pareja?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Relaciones satisfactorias o es feliz sin tener pareja.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Recibiendo terapia de pareja, la cual es útil.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Violencia familiar, quiere un compañero.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

15.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para formar o mantener relación de pareja?

1503

1504

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Algún apoyo emocional.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Varias conversaciones de apoyo.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Conversaciones frecuentes y apoyo para hacer frente a los sentimientos.
9= DESCONOCIDO	

15.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para formar y mantener una relación de pareja?

1505

1506

15.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para formar y mantener una relación de pareja?

1507

1508

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Una pocas conversaciones.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Varias conversaciones, apoyo regular.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Terapia de pareja o entrenamiento en habilidades sociales.
9= DESCONOCIDO	

15.e. ¿La ayuda que recibe la persona para formar y mantener una relación de pareja es la correcta

1509

1510

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

15.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe para formar y mantener una relación de pareja?

1511

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

15. SEXUALIDAD

**EVALUACIONES
Usuario Personal**

16.a. ¿Tiene la persona problemas con su vida sexual?

1601

1602

¿Cómo es su vida sexual?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Satisfecho con su vida sexual.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Beneficiándose de terapia sexual.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Seria dificultad sexual, tal como impotencia.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

16.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para afrontar problemas en su vida sexual?

1603

1604

0= NINGUNA	
------------	--

1= POCA AYUDA	Ej. Algún consejo.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Algunas charlas, material informativo, facilitarle anticonceptivos.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Establecer contactos con centros de asesoramiento y posibilidad de acompañarlos. Accesibilidad real para hablar acerca del problema.
9= DESCONOCIDO	

16.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para afrontar problemas en su vida sexual?

1605

1606

16.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para afrontar problemas en su vida sexual?

1607

1608

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Dar información sobre anticonceptivos, sexo seguro, impotencia a consecuencia de los fármacos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Charlas regulares sobre sexo.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Terapia sexual.
9= DESCONOCIDO	

16.e. ¿La ayuda que recibe la persona para afrontar problemas en su vida sexual es la correcta

1609

1610

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

16.f. ¿En conjunto ¿está satisfecha la persona con la ayuda que recibe para afrontar problemas de su vida sexual?

1611

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

16. CUIDADO DE LOS HIJOS

EVALUACIONES Usuario Personal

17.a. ¿Tiene la persona dificultades para el cuidado de sus hijos?

1701

1702

¿Tiene hijos menores de 18 años?

¿Tiene alguna dificultad en cuidar de ellos?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Sin hijos menores de 18 años o sin problemas en su cuidado.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Dificultades como padre y recibiendo ayuda.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Serias dificultades en el cuidado de los hijos.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

17.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para el cuidado de sus hijos?

1703

1704

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Le cuidan a los hijos menos de una vez por semana.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Le ayudan la mayoría de los días.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Los hijos viviendo con amigos o

	familiares.
9= DESCONOCIDO	

17.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para el cuidado de sus hijos?

1705	1706
<input type="text"/>	<input type="text"/>

17.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para el cuidado de sus hijos?

1707	1708
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Asistiendo a una guardería.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda en las habilidades como padres.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Hijos en escuela hogar o internado.
9= DESCONOCIDO	

17.e. ¿La ayuda que recibe la persona para el cuidado de los hijos es la correcta?

1709	1710
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

17.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe para el cuidado de sus hijos?

1711
<input type="text"/>

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

17. EDUCACION BASICA

EVALUACIONES Usuario Personal

18.a. ¿Carece la persona de conocimientos básicos de cálculo, lectura y escritura?

1801	1802
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tiene dificultad en leer, escribir o comprender el español?

¿Puede contar el cambio que le devuelven en una tienda?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Capaz de leer, escribir y comprender impresos.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Dificultades con la lectura y recibe ayuda de la familia al respecto.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Dificultades con las habilidades básicas, carece de fluidez para la lectura y escritura.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

18.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes en materia de cálculo, lectura o escritura?

1803	1804
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente le ayudan a leer y escribir impresos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Le ponen en contacto con clases de alfabetización.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Le enseñan a leer.

18.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales en materia de cálculo, lectura o escritura?

1805

1806

18.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales en materia de cálculo, lectura o escritura?

1807

1808

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ayuda en la cumplimentación de impresos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Se le recomienda asistir a clases.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Asistiendo a educación de adultos.
9= DESCONOCIDO	

18.e. ¿La ayuda que recibe la persona en materia de cálculo, lectura o escritura es la correcta?

1809

1810

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

18.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe en materia de cálculo, lectura o escritura?

1811

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

18. TELEFONO

EVALUACIONES
Usuario Personal

19.a. ¿Tiene la persona alguna dificultad para el acceso o uso del teléfono y escritura?

1901

1902

¿Sabe usted usar un teléfono?

¿Le resulta fácil encontrar un teléfono que pueda usar?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Tiene un teléfono en casa o fácil acceso a uno público.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Tiene acceso a un teléfono cuando lo pide.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. No tiene acceso a teléfono o no es capaz de usarlo.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

19.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para poder hacer llamadas telefónicas?

1903

1904

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ayuda para hacer llamadas telefónicas con una frecuencia menor a una vez por mes o sólo en emergencias.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Entre mensual y diariamente.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Ayuda disponible siempre que la necesita.
9= DESCONOCIDO	

19.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para poder hacer llamadas telefónicas?

1905	1906
<input type="text"/>	<input type="text"/>

19.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para poder hacer llamadas telefónicas?

1907	1908
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Acceso al teléfono cuando lo pide.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Se le proporciona tarjeta telefónica.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Facilitarle un teléfono en casa.
9= DESCONOCIDO	

19.e. ¿La ayuda que recibe la persona para hacer llamadas telefónicas es la correcta?

1909	1910
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

19.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe para poder hacer llamadas telefónicas?

1911
<input type="text"/>

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

19. TRANSPORTE

EVALUACIONES Usuario Personal

20.a. ¿Tiene la persona algún problema para utilizar el transporte público

2001	2002
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cómo se maneja en el uso del autobús, del tren o del metro?

¿Dispone de billete gratuito o subvencionado?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Capaz de utilizar el transporte público o tiene coche
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Alguna ayuda relacionada con el transporte público.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. Incapaz de usar el transporte público.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

20.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para poderse desplazar?

2003	2004
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Se le anima a usar el transporte público.
2= MODERADA AYUDA	Ej. A menudo se le acompaña en el transporte público.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Se le proporciona transporte en todos sus desplazamientos.
9= DESCONOCIDO	

20.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para poderse desplazar?

2005	2006
<input type="text"/>	<input type="text"/>

20.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para poderse desplazar?

2007	2008
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Se le proporciona bono-bus.

2= MODERADA AYUDA	Ej. Se le proporciona taxi.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Todos los desplazamientos en ambulancia.
9= DESCONOCIDO	

20.e. ¿La ayuda que recibe la persona para poder desplazarse es la correcta?

2009	2010
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

20.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe para poder desplazarse?

2011
<input type="text"/>

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

20. DINERO

EVALUACIONES Usuario Personal

21.a. ¿Tiene problemas la persona para administrar su dinero y escritura?

2101	2102
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**¿Cómo se administra su dinero?
¿Se maneja para pagar sus recibos?**

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Capaz de pagar cosas básicas y facturas.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Recibe ayuda para administrarse.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. A menudo no tiene dinero para cosas básicas o recibos.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

21.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para administrar su dinero?

2103	2104
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ayuda ocasional para pagar los recibos domésticos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Calcular semanalmente el presupuesto.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Se le administra el dinero.
9= DESCONOCIDO	

21.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para administrar su dinero?

2105	2106
<input type="text"/>	<input type="text"/>

21.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para administrar su dinero?

2107	2108
<input type="text"/>	<input type="text"/>

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ayuda ocasional con el presupuesto.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Supervisión en el pago de alquiler, se le proporciona dinero semanalmente.
3= MUCHA AYUDA	Ej. Se le suministra el dinero diariamente.
9= DESCONOCIDO	

21.e. ¿La ayuda que recibe la persona para administrar su dinero es la correcta?

2109	2110
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

21.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe para administrar su dinero?

2111

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

21. INTERVENCIONES Y AYUDAS SOCIALES

EVALUACIONES
Usuario Personal

22.a. ¿Está la persona recibiendo todas las ayudas sociales a las que tiene derecho?

2201

2202

¿Está segura de que recibe todo el dinero al que tiene derecho?

0= SIN PROBLEMAS	Ej. Recibiendo todas las intervenciones y ayudas que le corresponden.
1= SIN PROBLEMA/PROBLEMA MODERADO DEBIDO A LA AYUDA DADA	Ej. Recibe ayuda adecuada en la reclamación de prestaciones sociales.
2= PROBLEMA GRAVE	Ej. No está seguro o no recibe las ayudas a las que tiene derecho.
9= DESCONOCIDO	

Si se puntúa 0 ó 9 ir al área siguiente

22.b. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de sus amigos o parientes para obtener todas las intervenciones sociales a las que tiene derecho?

2203

2204

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Ocasionalmente se le pregunta si está recibiendo algún dinero.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Se le ayuda a cumplimentar solicitudes.
3= MUCHA AYUDA	E. Se ha informado acerca de todos sus derechos.
9= DESCONOCIDO	

22.c. ¿Cuánta ayuda recibe la persona de los servicios locales para obtener todas las intervenciones sociales a las que tiene derecho?

2205

2206

22.d. ¿Cuánta ayuda necesita la persona de los servicios locales para obtener todas las intervenciones sociales a las que tiene derecho?

2207

2208

0= NINGUNA	
1= POCA AYUDA	Ej. Información ocasional sobre sus derechos.
2= MODERADA AYUDA	Ej. Ayuda para obtener derechos adicionales.
3= MUCHA AYUDA	E. Valoración completa de sus derechos actuales.
9= DESCONOCIDO	

22.e. ¿La ayuda que recibe la persona para obtener todos los subsidios a los que tiene derecho es la correcta?

2209

2210

(0= NO 1= SI 9=DESCONOCIDO)

22.f. ¿En conjunto ¿está la persona satisfecha con la ayuda que recibe para obtener todos los subsidios a los que tiene derecho?

2211

(0= NO SATISFECHO 1= SATISFECHO)

Anexo 3

SINTOMAS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA PANSS

Item	Síndrome Positivo	Presencia	
		No	puntuación
AD.1.	Delirios	0	
AD.2.	Desorganización conceptual	0	
AD.3.	Comportamiento alucinatorio	0	
AD.4.	Excitación	0	
AD.5.	Grandiosidad	0	
AD.6.	Susplicacia / Perjuicio	0	
AD.7.	Hostilidad	0	

Item	Síndrome Negativo	Presencia	
		No	puntuación
AD.8.	Embotamiento afectivo	0	
AD.9.	Retraimiento emocional	0	
AD.10.	Contacto pobre	0	
AD.11.	Retraimiento social	0	
AD.12.	Dificultad en el pensamiento abstracto	0	
AD.13.	Ausen. de espontaneidad y fluidez en contacto	0	
AD.14.	Pensamiento estereotipado	0	

Item	Psicopatología General	Presencia	
		No	puntuación
AD.15.	Preocupaciones somáticas	0	
AD.16.	Ansiedad	0	
AD.17.	Sentimientos de culpa	0	
AD.18.	Tensión motora	0	
AD.19.	Manierismos y posturas	0	
AD.20.	Depresión	0	
AD.21.	Retardo motor	0	
AD.22.	Falta de colaboración	0	
AD.23.	Contenidos inusuales del pensamiento	0	
AD.24.	Desorientación	0	
AD.25.	Atención deficiente	0	
AD.26.	Ausencia de juicio e introspección	0	
AD.27.	Trastornos de la volición	0	
AD.28.	Control deficiente de impulsos	0	
AD.29.	Preocupación	0	
AD.30.	Evitación social activa	0	

Association between unmet needs and clinical status in patients with first episode of schizophrenia in Chile

Natalia Jorquera^{1,2}, Rubén Alvarado^{2,*}, Nicolás Libuy¹ and Valeria de Angel¹

¹ Mental Health and Psychiatry Department North, Clinical Hospital of University of Chile, University of Chile, Santiago, Chile, ² Medicine Faculty, Public Health School, University of Chile, Santiago, Chile

Background: Schizophrenia is a severe mental disorder involving needs in several matters that are often not covered. A need is defined as a gap between the ideal state and the current state of a patient about a specific topic.

Aim: To describe needs in patients with first episode of schizophrenia at the start of treatment and to describe associated clinical factors.

OPEN ACCESS

Edited by:

Michael Noll-Hussong,
University of Ulm, Germany

Reviewed by:

Karl Bechter,
University of Ulm, Germany
Ruth Wells,
University of Sydney, Australia

*Correspondence:

Rubén Alvarado,
Faculty of Medicine, Institute of
Population Health, Dr Salvador
Allende Public Health School,
University of Chile, Independencia
938, Santiago 8380479, Chile
ralvarado@med.uchile.cl

Specialty section:

This article was submitted to Affective
Disorders and Psychosomatic
Research, a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 29 January 2015

Accepted: 02 April 2015

Published: 21 April 2015

Citation:

Jorquera N, Alvarado R, Libuy N and
de Angel V (2015) Association
between unmet needs and clinical
status in patients with first episode of
schizophrenia in Chile.
Front. Psychiatry 6:57.
doi: 10.3389/fpsy.2015.00057

Methods: Observational descriptive cross-sectional design. Patients were over 15 years old, with first episode schizophrenia, and admitted to treatment in the public health system from six districts in two cities of Chile, between 2005 and 2006. Sociodemographic data, clinical evaluations of current psychosis based on the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), and the time of untreated psychosis were obtained. A clinical interview was carried out followed by the Camberwell Assessment of Need.

Results: Twenty-nine patients were evaluated, 79.3% male, mean age 21.9 years old. The areas with more needs reported were; psychotic symptoms with 65.5% of sample, 21.1% of which reported it unmet; and daytime activities, where 44.8% of patients reported a need, 61.54% of them as unmet. The percentage of unmet needs correlated with PANSS score ($r = 0.55$; $p = 0.003$), and with time of positive symptoms prior to diagnosis ($r = 0.416$; $p = 0.03$).

Discussion: Needs assessment in schizophrenia is necessary. It may affect its clinical course, be relevant in its management, and help monitor recovery. Defining the main needs in people with first episode schizophrenia and associated factors allows for a better design of treatment strategies in order to obtain better therapeutic results and recovery.

Keywords: first episode of schizophrenia, needs assessment, mental health service, schizophrenia, unmet need

Introduction

Schizophrenia is a severe mental disorder that begins in young people and creates great dysfunction in the social, occupational, and family environment. The lifetime prevalence rate worldwide of schizophrenia has been estimated at about 0.4%, while in Chile it has been estimated at 0.9% (1–3).

Schizophrenia carries great burden to those diagnosed and their families, as it is known to negatively affect key areas of functioning and lifestyle. People with schizophrenia are described as having less access to housing and employment; around two-thirds of patients never marry and

maintain a reduced contact with family and friends. These social consequences of low productivity and having a reduced support group, coupled with the stigma attached to it, an increased risk of substance abuse and high medical comorbidity make this a very costly disease, both socially and economically (4–7).

To reduce the impact of schizophrenia, early diagnosis and treatment are paramount. When a first episode of psychosis appears, the earlier the treatment is received the more effective it may prove to be in the medium and long term (8–10). In light of this, and with the aim of shortening this critical period of untreated psychosis, the law in Chile guarantees the diagnosis and treatment of schizophrenia from the moment the disorder is suspected. This policy is known as GES (a Spanish acronym for Explicit Health Guarantees) (11).

In order to maximize the usefulness of interventions, they need to be not only timely but also effective. For this reason, interventions in first episode schizophrenia cannot be focused only on symptom control; it is also important to address the psychosocial dysfunction that occurs in the lives of each individual from the early stages of the disease (12, 13). For this, a proper evaluation of the needs of patients is required (14).

Needs are defined here as the difference between the optimal and the current state of the patient, in a specific field, and for which there is an effective intervention that could reduce this gap (15). The assessment of clinical and social needs has been proposed as an essential first step to the planning and implementation of patient-specific care plans (16). This approach makes for a more comprehensive intervention, tailored to people's specific requirements, which ultimately helps achieve an acceptable level of independence and quality of life for these patients.

To help identify and specify needs, the Camberwell Assessment of Need (CAN) (14, 17) was developed. This instrument measures health needs of people with severe and enduring mental disorders such as schizophrenia on a 22-item scale. The CAN was designed to first enumerate the needs that a patient may have and, second, to ascertain whether these needs are met or unmet for this particular person. Unmet needs correspond to a problematic area where the necessary intervention that could improve the condition is not being received (15). A met need, on the other hand, is an area which a person identifies as problematic but is being addressed by their health or social services.

From a public health perspective, the issue of unmet needs can be defined at different levels (e.g., community and services), or from different perspectives (e.g., the patients, their families, or a clinicians) (9). Research has shown that professionals and service users have different perceptions of care needs. Points of view from health professionals and patients should be necessarily aligned to deliver rational interventions, and this should be taken into account in designing individualized care plans (18–20).

Studies show a strong inverse relationship between the number of unmet needs and quality of life in these patients, as well as its relation to symptom severity (21–23). This outlines the importance of interventions at the psychosocial level, in addition to the use of drugs.

Needs vary between different countries (23). In Chile, the needs of people in their first episode of schizophrenia have not been studied as has been for those at later stages of the disorder (24).

In this context, the aim of this work is to measure needs in people with first episode schizophrenia and study the relationship between needs and clinical features of schizophrenia. As mentioned earlier, the time lag between first diagnosis and treatment initiation is a predictor of treatment outcome. For this reason, the time of untreated psychosis will also be examined to see if the number of needs varies according to this factor.

Materials and Methods

Participants

We included people who were 15 years old or more, and had a confirmed diagnosis of first episode schizophrenia. These people were being treated in the Psychiatric Services of the Public Health System in Chile.

People whose episode was secondary to another disease or due to another disorder (such as substance use, organic mental disorder, epilepsy, endocrine disorders, puerperal psychosis, etc.) were ruled out.

Recruitment took place in 2005 and 2006 from catchment areas of three hospitals, which comprised a total of six communes of the country. The Hospital Padre Hurtado encompasses the communes of La Granja and San Ramon, El Pino Hospital includes the communes of El Bosque and San Bernardo, and Iquique Hospital receives referrals from the communes of Alto Hospicio and Iquique.

Assessment Instruments

The CAN in its translated and validated version in Spanish was used to measure the number of present needs of subjects per area and the number of unmet needs (14, 17).

“Needs” are designated when a patient's level of functioning in an area is below an established standard, and when there is also an effective intervention to correct the discrepancy. A need is considered met, or covered, when it has undergone the most effective intervention known to date; conversely, it is unmet when no intervention has been put in place, or when there was an intervention but other more effective interventions exist, and so the need was not satisfied (18).

Camberwell Assessment of Need is an interview comprising 22 items grouped into five conceptual domains; health, consisting of physical health, psychotic symptoms, drugs, alcohol, safety to self, safety to others, and psychological distress; basic needs, consisting of food, daytime activities, and accommodation; social needs, consisting of sexual expression, intimate relationships, and company; service needs, consisting of information on condition and treatment, telephone (having access to a telephone), transport, and benefits; and functioning, consisting of basic education, money, child care, self-care, and looking after the home. The instrument maintains an identical structure for all areas, and each area of need includes four sections. The first section establishes whether there is a current problem in the area, constituting a filter before further exploring this area. If the patient does not consider that area to be problematic – so does not identify that item as a need – no ratings are required and the interviewer continues to the following item. If the patient does identify that item as a need, they are required to rate it. Each item is rated on a scale of three conditions:

0 = no problem, 1 = absent or moderate problem due to the person receiving ongoing interventions (met need), 2 = actual serious problem and no interventions received (unmet need) (17, 25).

Symptoms of schizophrenia were assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The PANSS is a widely used medical scale used for measuring symptom severity of patients with schizophrenia. It comprises three subscales that cover positive symptoms, negative symptoms, and general psychopathology (26, 27).

Sociodemographic variables, such as sex, age, marital status, who they live with, educational level, employment status, support network (sporting, religious, and social participation), were obtained by means of a questionnaire.

Design and Procedure

A cross-sectional study was carried out based on an assessment of people with a diagnosis of first episode of schizophrenia with the CAN, PANSS instrument, and a sociodemographic survey.

The cases were detected through GES admission records. Case confirmation was achieved through information from the treating team (clinical records or an interview with the physician).

Thirty-three cases were identified, two of them could not be located (they had abandoned treatment), one refused to be surveyed, and one moved to another region of the country and failed to be surveyed. The interview took place at the outpatient psychiatric unit where they were being treated – mobilization costs were paid for – and the interviewer carried out the survey. The interviewers were professionals (two occupational therapists and one psychologist) specially trained for this activity.

The time lag between suspicion of the first episode of schizophrenia in primary care by a general practitioner and confirmation of the diagnosis and initiation of treatment by a psychiatrist was also recorded.

The period in months of depressive, positive, and negative symptoms before diagnosis was recorded.

Statistical Analysis

A description of the sample was performed according to sociodemographic variables, symptoms of schizophrenia, number of needs of individuals, and number and percentage of unmet needs. The most frequent areas of needs were also described.

We analyzed whether there was a correlation between the percentage of unmet needs for patients and their clinical state according to the PANSS as well as between the percentage of unmet needs and time of untreated psychosis. Untreated psychosis was measured as time between start of the first depressive, positive, and/or negative symptoms and diagnosis of episode. A Pearson's correlation analysis between unmet needs as a continuous percentage variable with values between 0 and 1, and the PANSS score for each of the subscales and total score as continuous variables was performed. Likewise, a Pearson correlation between unmet needs and untreated psychosis time (as a continuous variable measured in months) was performed. Bilateral confidence levels of 95% were considered. Correlations between these needs and the PANSS score were compared before and after excluding the need "psychotic symptoms" as there is a possibility of an overlap between this need and the PANSS. This was done to avoid a possible bias.

Database editing, description, and statistical analysis were performed using R 3.0.1 software.

Ethical Considerations

Before interviewing the patients, this project was reviewed and approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine, University of Chile. Patients were informed about the study and informed consent was obtained.

Results

Demographics

The sample consisted of 29 patients, of whom 23 were men (79.3%). The mean age was 21.9 years with a standard deviation of 6.1 years, and the median was 20 years. The patients' marital status indicated that 24 patients were single (82.7%), 2 were married (6.8%), 2 cohabited (6.8%), and 1 was separated (3.4%). There was a median of five people living under the same roof as the patient.

Regarding employment, nine patients were students at the time of the interview (31.0%), four had occasional work (13.7%), six had stable jobs (20.6%), seven patients were unemployed (24.1%), and three patients were classified as "other" (10.3%).

In respect to the level of studies prior to the diagnosis, the mean number of years of education completed was 10.2 years with an SD of 2.2, and a median of 10 years.

Areas of Need

In the sample studied, we found that the five most frequent areas of present needs in patients with first episode psychosis were psychotic symptoms, daytime activities, information on condition and treatment, company, and self-care. Self-care and psychotic symptoms were the two areas with the highest percentage of met needs, while daytime activities was the area with the highest percentage of unmet needs. Areas that did not report needs were: physical health, basic education, telephone, and benefits. An overview of the needs is presented in **Table 1**.

With respect to patient needs, there is a mean of 3.3 areas of need per patient, with an SD of 2.1 and a median of 3 areas of needs.

As for the unmet needs, the mean was 1.0 unmet need per patient, with an SD of 1.2, and a median of 1. **Table 2** shows how many patients expressed a certain number of needs.

Clinical Status

Information on the clinical status of patients at the time of the interview was obtained by applying the PANSS. **Table 3** shows the mean total PANSS score for this sample, as well as the mean scores in each subscale.

Time of Untreated Psychosis

There was a mean of 4.7 months of depressive symptoms before diagnosis, with an SD of 3.4 and a median of 5 months. Negative symptoms appeared a mean of 5.8 months prior to formal diagnosis, with an SD of 3.2, and a median of 7 months. Positive symptoms, on the other hand, appeared a mean of 4.4 months before a diagnosis, with an SD of 2.7, and a median of 6 months.

TABLE 1 | Identified and unmet needs in people with first episode of schizophrenia in three centers in Chile (n = 29).

Needs	With need		Unmet need	
	n	%	n	%
Accommodation	1	3.5	1	100
Food	3	10.3	1	33.3
Looking after the home	1	3.5	0	0
Self-care	6	20.7	0	0
Daytime activities	13	44.8	8	61.5
Physical health	0	0	-	-
Psychotic symptoms	19	65.5	4	21.1
Info on condition and treatment	11	37.9	4	36.3
Psychological distress	4	13.8	0	0
Safety to self	5	17.2	3	60
Safety to others	1	3.5	1	100
Alcohol	4	13.8	1	25
Drugs	1	3.5	1	100
Company	11	37.9	4	36.4
Intimate relationships	3	10.3	0	0
Sexual expression	4	13.8	1	25
Child care	2	6.9	0	0
Basic education	0	0	-	-
Telephone	0	0	-	-
Transport	3	10.3	0	0
Money	3	10.3	1	33.3
Benefits	0	0	-	-

TABLE 2 | The amount of patients per quantity of needs (n = 29).

(A) No. of needs	No. of subjects (%)	(B) No. of unmet needs	No. of subjects (%)
0	2 (6.8)	0	12 (41.3)
1	3 (10.3)	1	9 (31)
2	9 (31)	2	5 (17.3)
3	3 (10.3)	3	2 (6.8)
4	4 (13.7)	4	0 (0)
5	3 (10.3)	5	1 (3.4)
6	2 (6.8)	6 or more	0 (0)
7	2 (6.8)		
8	1 (3.4)		
9 or more	0 (0)		

TABLE 3 | Mean and median PANSS scores in people with first episode of schizophrenia in three centers in Chile (n = 29).

Results in PANSS	Mean ± SD	Median
Positive symptoms	16.31 ± 14.17	12
Negative symptoms	25 ± 13.39	22
General psychopathology	44.66 ± 25.59	34
Total PANSS	85.97 ± 51.1	67

Correlation Between Needs and Clinical State

We explored whether there was correlation between unmet needs and clinical state as measured by the PANSS. The time of untreated psychosis was also explored.

We found a significant positive correlation between the percentage of unmet needs and total PANSS scores with a Pearson correlation coefficient of $r = 0.55$ (CI: 0.22–0.77, $p < 0.01$), such that, the higher the PANSS score, the higher the number of unmet needs reported by the patient. This correlation is maintained when

analyzing the three PANSS subscales individually; the negative symptom subscale, $r = 0.52$ (CI 0.18–0.75, $p < 0.01$), the positive symptom subscale $r = 0.52$ (CI: 0.17–0.75, $p < 0.01$), and general psychopathology $r = 0.54$ (CI 0.21–0.77, $p < 0.01$).

When the area of need of psychotic symptoms is excluded and the percentage of unmet needs is correlated with PANSS scores, there is a trend to keep the positive correlation; however, the correlation is non-significant for the total scores ($r = 0.35$; $p = 0.08$) as well as any of the subscales of positive symptoms ($r = 0.37$; $p = 0.06$), negative symptoms ($r = 0.33$; $p = 0.09$), and general psychopathology ($r = 0.31$; $p = 0.12$).

Moreover, we found a significant correlation between the percentage of unmet needs and time of positive symptoms prior to diagnosis, $r = 0.42$ (CI: 0.04–0.69, $p = 0.03$). Therefore, the longer the time elapsed between the first appearance of positive symptoms and a diagnosis (and therefore treatment), the higher the reported number of unmet needs.

In this case, when the area of need of psychotic symptoms is excluded and the correlation of percentage of unmet needs is evaluated against time of positive symptoms prior to diagnosis, the significant correlation remains; $r = 0.49$ (CI 0.12–0.74, $p = 0.012$).

When exploring other correlations between percentage of unmet needs and time of depressive symptoms ($r = 0.12$; $p = 0.57$), and negative symptoms before diagnosis ($r = 0.07$; $p = 0.71$), no significant correlation were found.

Discussion

This study found that the main needs identified by patients with first episode of psychosis were in the areas of psychotic symptoms, daytime activities, information on condition and treatment, company, and self-care. The fact that most patients had the area of psychotic symptoms as a met need must be emphasized. Other areas in which the majority of patients perceived their needs to be met were in: information on condition and treatment, company, and self-care. The area of daytime activities, on the other hand, was found by most to be unmet.

It should be noted that in these patients, one of the most important met needs was psychotic symptoms, while daytime activities were a major need that was largely reported as unmet. This can be easily understood if we consider that treatment is usually aimed at symptomatic control with psychotropic drugs even when the condition is not confirmed but suspected. This clinical element receives more attention and care in these patients, at the cost of neglecting an equally important aspect for functionality such as activities of daily living. It is this aspect that has a major role in psychosocial interventions. There is strong evidence that psychoeducational family interventions, social skills training, and employment support combined with medication are associated with a significantly lower risk of relapse compared to drug treatment alone (9, 13).

Another important result is the correlation between unmet needs and symptoms measured by PANSS. This result supports the hypothesis that a larger number of unmet needs are associated with a decline in the subject's clinical condition as measured by the PANSS. This correlation, however, is lost when excluding psychotic symptoms as a need. A possible interpretation following

from this result is that by evaluating this particular need, one is essentially measuring the same phenomenon as the clinical evaluation. An alternative explanation could be that there was insufficient power to detect a result due to the small sample size of this study.

When the association between time of untreated psychosis and needs was analyzed, a significant positive correlation between time of positive symptoms and unmet needs was found. That this association remained after excluding the need psychotic symptoms confirms the importance of diagnosis and early intervention.

The current results support previous literature in that very similar areas of need were identified. Studies from other countries also state that psychotic symptoms are a frequently reported need (22, 23, 28).

Ochoa et al. reported needs in patients with schizophrenia in Spain. They detected the most frequent needs for patients as being: psychotic symptoms, looking after the home, food, and information on condition and treatment. They found the results of the PANSS to show a positive correlation with unmet needs, such that patients with more severe clinical symptoms and high disability had a larger number of unmet needs (22).

Rosales Varo and colleagues also studied needs in patients diagnosed with schizophrenia in Spain. After asking patients and therapists, they concluded that the needs related to clinical symptoms such as psychotic symptoms and anxiety appeared most frequently. The average number of needs identified was 6.5, the most frequent of which were daytime activities, company, psychotic symptoms, anxiety, basic education, and money management. The sociodemographic variables most associated with these needs were not having a partner, low educational level, and receiving a disability pension. Patients with lower educational levels and those with a disability pension showed a greater number of needs (29).

In Chile, Alvarado and colleagues measured needs in 141 patients with schizophrenia or related psychotic disorders who had been undergoing treatment for 2 to 4 years. They identified socioeconomic variables, time since diagnosis, course of the disease, and clinical state at the time of the interview, and found them to be associated with the number of unmet needs. The number of unmet needs was significantly associated with functionality and PANSS score. Additionally, they found an indirect association with patients who identified with an ethnic minority, number of people living with the patient, number of years of schooling, patient age at diagnosis, and an annual relapse rate (24).

Unlike these studies (22, 24, 29), which used samples of patients who had had a diagnosis of schizophrenia or a related psychotic disorder for some time, the current investigation looks at first episode schizophrenia.

In the study of Alvarado et al. (24), we can see that the number of unmet needs after 2–4 years of treatment of the first episode

of schizophrenia is similar to our research; the mean number of needs reported per person is 1 and 1.2, respectively. Furthermore, the percentage of patients with unmet needs is also similar; with 58.7 and 54.6% having at least one area of unmet needs, respectively. From these data, one could think that if these unmet needs remain after 2–4 years of treatment, care services are not being able to provide effective cover for them. This hypothesis should be tested in future studies to propose improvements in addressing unmet needs from the first episode of schizophrenia.

It seems important to highlight that considering the patient's perspective when assessing needs is crucial to designing appropriate treatment approaches in patients with schizophrenia. Meeting the expressed demands of people with schizophrenia may offer better clinical outcomes, quality of life, functionality, and reduce the burden of disease. Individualized clinical and psychosocial exploration of the problematic areas as well as the concordance between patients and their significant others with the therapeutic team is crucial in their recovery (19, 20). Thus, research on the needs of patients from their own perspective is very important for their recovery, designing individual treatment plans, and the planning of mental health services at the population level.

Among the strengths of this study, we highlight the fact that it is the first experience in Chile on measuring needs after a first psychotic episode. Further strengths include the measurement of clinical condition using the PANSS, and recording time of untreated psychosis in different treatment referral centers in the country. An important limitation was the small number of cases. Future work should focus on expanding the number of cases and improve the statistical power to allow for further variables being added to the analysis. Another important limitation is that the association between the clinical status and needs can be measures of the same clinical phenomenon, as had discussed above. This point, however, may be better understood only with further research development in this area.

In conclusion, this paper has presented the main needs in patients with first episode schizophrenia and considered its relationship to symptoms and the time before diagnosis. An association between unmet needs and PANSS scores was found as well as an association between unmet needs and time of untreated positive symptoms. Studying needs in subjects with first episode of schizophrenia and associated factors may help to design treatment strategies in order to obtain better therapeutic results and recovery.

Acknowledgments

Financial support: This study is part of a project funded by the National Fund for Research and Development in Health (FONIS, in Spanish), code SA5i20059.

References

1. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* (2004) 2:13. doi:10.1186/1741-7015-2-13

2. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III-R-R/CDI) (ECP). *Rev Med Chil* (2002) 130:527–36. doi:10.4067/S0034-98872002000500007
3. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts” what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* (2008) 102(1–3):1–18. doi:10.1016/j.schres.2008.04.011

4. Silva Ibarra H. La esquizofrenia en el siglo xxi. In: Silva Ibarra H, editor. La esquizofrenia de Kraepelin al DSM V. Santiago: Mediterraneo (2012). p. 149–69.
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (2013) **382**(9904):1575–86. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6
6. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* (2004) **30**:279–93. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078
7. Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry* (2014) **59**(1):13–7.
8. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* (2008) **7**(3):148–56.
9. Malla A, Norman R. Early intervention in schizophrenia and related disorders: advantages and pitfalls. *Curr Opin Psychiatry* (2002) **15**:17–23. doi:10.1097/00001504-200201000-00004
10. Reading B, Birchwood M. Early intervention in psychosis. Rationale and evidence for effectiveness. *Dis Manag Health Outcomes* (2005) **13**(1):53–63. doi:10.2165/00115677-200513010-00006
11. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía clínica para el tratamiento de personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia (2009). Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fde433f944a9e04001011f0113b9.pdf>
12. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* (2009) **110**(1–3):1–23. doi:10.1016/j.schres.2009.03.005
13. Chisholm D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. *World Psychiatry* (2005) **4**(1):37–44.
14. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* (1995) **167**(5):589–95. doi:10.1192/bjp.167.5.589
15. Torres González F, Rosales Varo C, Moreno Küstner B, Jiménez Estévez JF. Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. In: Bulbena Vilarasa A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P, editors. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson (2000). p. 545–54.
16. Hansson L, Vinding HR, Mackeprang T, Sourander A, Werdelin G, Bengtsson-Tops A, et al. Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* (2001) **103**:45–51. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00083.x
17. Rosales Varo C, Torres González F, Luna Del Castillo J, Jiménez Estévez J, Martínez Montes G. Reliability of the Spanish version of the Camberwell Assessment of Needs (CAN) (Spanish version of CAN Reliability Study). *Actas Esp Psiquiatr* (2002) **30**(2):99–104.
18. Jimenez JF, Moreno B, Torres F, Castillo J, Phelan M. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Arch Neurol* (1997) **60**(2):113–24.
19. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* (2006) **32**(3):432–42. doi:10.1093/schbul/sbj044
20. Jose D, Ramachandra, Lalitha K, Gandhi S, Desai G, Nagarajaiah. Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: a systematic review. *Asian J Psychiatr* (2015). doi:10.1016/j.ajp.2015.01.006
21. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med* (2005) **35**:1655–65. doi:10.1017/S0033291705005611
22. Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull* (2003) **29**(2):201–10. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006998
23. McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene A, Knudsen HC, Vázquez-Barquero JL, et al. A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatr Scand* (2001) **103**(5):370–9. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00207.x
24. Alvarado R, Torres F, Schilling S, Alvarado F, Domínguez C, Moreno B, et al. Factors associated with unmet needs in individuals with schizophrenia in Chile. *Cad Saúde Colet* (2012) **20**(4):466–72. doi:10.1590/S1414-462X2012000400010
25. Wennström E, Wiesel FA. The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2006) **41**(9):728–33.
26. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* (1987) **13**(2):261–76. doi:10.1093/schbul/13.2.261
27. Peralta Martín V, Cuesta Zorita MJ. Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* (1994) **22**(4):171–7.
28. Ochoa S, Haro JM, Usall J, Autonell J, Vicens E, Asensio F. Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* (2005) **75**(1):129–34. doi:10.1016/j.schres.2004.06.002
29. Rosales Varo C, Torres González F, Luna-Del-Castillo J, Baca Baldomero E, Martínez Montes G. Assessment of needs in schizophrenia patients. *Actas Esp Psiquiatr* (2002) **30**(3):182–8.

Conflict of Interest Statement: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Copyright © 2015 Jorquera, Alvarado, Libuy and de Angel. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.