

**VÍA HACIA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA, EN CHILE**  
*PATHWAY TO CARE OF PEOPLE WITH FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA, IN CHILE*  
**Rubén Alvarado<sup>1</sup>, Eliecer Valencia<sup>1</sup>, Carlos Madariaga<sup>1 2</sup>, Francisco Aliste<sup>3</sup>, Alberto Minoletti<sup>1</sup>,  
Rafael Sepúlveda<sup>1</sup>**

---

### Resumen

**Antecedentes.** Se ha considerado que la duración del primer episodio de psicosis es un período crítico para la evolución clínica y psicosocial de personas con diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, se conoce poco de esta situación en países de bajos y medianos ingresos. **Objetivo.** Describir las características clínicas y de los contactos con servicios en personas con primer episodio de esquizofrenia antes del diagnóstico e inicio de tratamiento. **Material y método.** La muestra correspondió a la totalidad de las personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia, en cinco centros de atención psiquiátrica del norte, centro y sur de Chile. El diagnóstico se confirmó con criterios CIE-10 y los síntomas psicopatológicos se exploraron utilizando la PANSS. **Resultados.** La muestra fue de 48 pacientes (79,2% varones, edad promedio de 23,4 años). El síntoma de depresión fue el primero en aparecer (mediana de 15 meses, previo al diagnóstico). Los síntomas positivos aparecen en el año previo al diagnóstico (ideas delirantes, con mediana en 6 meses). Los síntomas positivos motivan la consulta en el 77,1% de los casos. 91,7% de los casos tuvieron atenciones médicas en esta etapa (en centros de APS y centros comunitarios de salud mental). La mediana de consultas previas fue de 3,5, pero en ellas no se hizo el diagnóstico correcto. **Conclusión.** La mayoría de los pacientes tienen consultas médicas por síntomas psicóticos, pero el diagnóstico no se realiza oportunamente, retardando el inicio del tratamiento. Es necesario desarrollar estrategias para mejorar la capacidad de diagnóstico.

### Abstract

**Background.** It has been considered that the duration of first episode of psychosis is a critical period influencing the clinical and psychosocial evolution in people with diagnosis of schizophrenia. However, there is little knowledge about this issue in Low and Middle Income Countries. **Objective.** To describe the clinical characteristics and contacts with health services of people with first episode of schizophrenia, prior to their diagnoses and initiation of treatment. **Sources and methods.** The sample included all persons with diagnosis of first episode of schizophrenia, in five psychiatric care centers, located in the North, Center and South of Chile. Diagnosis was confirmed with ICD-10 criteria and psychopathology symptoms were explored using PANSS. **Results.** The sample was constituted by 48 patients (79.2% men, average age in 23.4 years). The symptom of depression was the first to appear (median of 15 months, before diagnosis). Positive symptoms started in the previous year before diagnosis (delusions, median of 6 months). Positive symptoms triggered the first contact in 77.1% of the patients. Of these cases, 91.7% had medical care in this period (in Primary Health Care Centers and Mental Health Centers). The median for previous contacts was 3.5, but the correct

---

(1) Instituto de Salud Poblacional "Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende", Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

(2) Servicio de Psiquiatría, Hospital de Iquique. Iquique, Chile.

(3) Unidad de Salud Mental, Hospital Padre Hurtado. Santiago, Chile.

### Autor correspondiente

Rubén Alvarado . Instituto de Salud Poblacional "Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende". Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 938 - Santiago. Fono: (56-2) 9786133. Correo electrónico: ralvarado@med.uchile.cl

### Financiamiento

Esta publicación fue realizada dentro del proyecto del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS SA05i20059, de CONICYT. Declaración de conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses por declarar.

diagnosis was not done at that time. Conclusion. Most of the patients had medical contacts for their psychotic symptoms, but their diagnosis were not made within that period, delaying the start of treatment. There is a need to develop strategies to improve diagnosis capabilities in these centers.

## Introducción

Se ha estimado que la esquizofrenia y sus trastornos afines tienen una prevalencia de vida cercana al 1% <sup>(1,2)</sup>. Aunque la frecuencia es relativamente baja, su relevancia para la salud pública está dada por su tendencia a generar importantes grados de discapacidad y pérdida de funcionamiento psicosocial <sup>(3)</sup>, en especial cuando no recibe cuidados adecuados y efectivos <sup>(4,5)</sup>. De esta forma, se afecta la calidad de vida en quienes la padecen y en sus cuidadores <sup>(6,7,8)</sup>. Además, si su evolución tiende a ser prolongada y con mayores grados de discapacidad, se requerirán más recursos para la atención de sus necesidades, con los consecuentes costos que esto conlleva <sup>(1,8,9)</sup>.

Se ha desarrollado bastante evidencia y consenso que apoya la necesidad de brindar atención efectiva en forma temprana durante el primer episodio de psicosis <sup>(10,11)</sup>. Los estudios muestran que períodos más prolongados de psicosis no tratada durante el primer episodio se asocian con peores resultados en la evolución clínica y funcional <sup>(12,13,14)</sup>. Birchwood et al. <sup>(15)</sup> desarrollaron la "hipótesis del período crítico", en la que plantean la existencia de una fase que sería crucial para la evolución posterior de la enfermedad, ubicada en un período que va entre poco antes del inicio de la psicosis y alrededor de 3 a 5 años después de que esta ha comenzado. Durante este período se producirían importantes cambios a nivel neurobiológico y psicosocial, que determinarían el pronóstico futuro <sup>(15)</sup>. Además, en este período predominan fuertes sentimientos de ansiedad y depresión, ocasionando un alto riesgo de suicidio y consumo de drogas, lo que complicaría el curso posterior de la enfermedad <sup>(15)</sup>.

Si bien, aún se mantiene debates conceptuales y metodológicos acerca de esta asociación <sup>(16,17)</sup>, existe un amplio consenso en la necesidad de desarrollar servicios que realicen la detección y el tratamiento temprano de personas con primer episodio de psicosis <sup>(10,11,17)</sup>. Varios estudios han demostrado que proveer servicios de detección temprana me-

jora los resultados clínicos y reduce el riesgo suicida, manteniendo estos resultados en el tiempo, lo que permitiría reducir los efectos negativos de la enfermedad y lograr un mejor funcionamiento social <sup>(11,18,19)</sup>. Esta idea se consolida con la publicación de las International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis, que recomienda el desarrollo de este tipo de intervenciones en todo el mundo, en la medida de los recursos que los países disponen <sup>(20)</sup>. Uno de los elementos claves para el logro de intervenciones tempranas es el contacto precoz entre pacientes y sus servicios de salud. Para esto, es fundamental conocer cómo y dónde se produce el primer contacto de estos pacientes con el sistema sanitario, conocer la capacidad de sus profesionales para identificar el problema y hacer un buen diagnóstico, al igual que conocer el camino y las barreras para llegar a una atención que permita comenzar un tratamiento precoz y efectivo. Los estudios han demostrado que la mayoría de las personas con trastornos mentales consultan primero en centros de medicina general y esta situación es igual para las personas con trastornos mentales severos <sup>(21,22)</sup>. Existen pocos estudios que han analizado esta situación en personas con primer episodio de psicosis, mostrando que la mayoría tiene varios contactos previos al diagnóstico, y entre los factores que determinan esta dilación se encuentran: la menor capacidad de los médicos generales para hacer el diagnóstico, la presencia de otras conductas que encubren el diagnóstico (como el consumo de drogas), la menor accesibilidad de los servicios, las diversas manifestaciones del estigma y la resistencia a aceptar el diagnóstico <sup>(22,23,24)</sup>. Todos los estudios se han realizado en países desarrollados, no existiendo información de este tipo para países en vías de desarrollo.

En Chile, el Sistema Público de Salud atiende a cerca del 70% de la población, incluyendo los grupos más pobres. Este Sistema tiene un primer nivel de atención formado por Centros de Atención Pri-

maria (en zonas urbanas y rurales), en el que trabajan médicos generales, junto a otros profesionales y técnicos. Tienen a su cargo la atención básica de salud de una población que habita en un territorio definido y son ellos los encargados de hacer el primer diagnóstico de los problemas de salud, resolver aquellos de menor complejidad y derivar a un nivel de atención especializado los de mayor complejidad. Desde el año 2005, el país implementó una nueva política de salud que se basa en la definición de garantías explícitas de acceso, de oportunidad, de calidad y de protección financiera, para un grupo de problemas de salud considerados prioritarios, entre los cuales se encuentra el primer episodio de esquizofrenia y los Centros de Atención Primaria deben hacer el diagnóstico correcto y oportuno, para luego derivar a estas personas a servicios especializados de psiquiatría.

El objetivo de este estudio fue conocer el recorrido que hacen los pacientes con primer episodio de esquizofrenia, que son beneficiarios del sistema público de salud, hasta llegar al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como las principales barreras para lograr una rápida atención.

### Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo, de tipo clínico – social, cuya muestra estuvo constituida por la totalidad de los personas a quienes se les diagnosticó un primer episodio de esquizofrenia, que fueron atendidas en cinco centros especializados de atención psiquiátrica del sistema público de salud de Chile, ubicados en los hospitales de Iquique (en el norte del país), Barros Luco, El Pino y Padre Hurtado (en la ciudad de Santiago, centro del país), y en el hospital de Castro (en el sur del país). Estos hospitales atienden al 12,04% de la población adscrita al sistema público de salud de Chile. Los casos corresponden a todos aquellos que fueron diagnosticados durante un año, entre abril 2003 y marzo 2004.

Se excluyeron aquellos pacientes en los cuales no se pudo asegurar que el actual episodio psicótico fuese el primer episodio, aquellos donde se sospechó una causa orgánica o donde el episodio psicótico fue producido por consumo de alguna sustancia psicoactiva.

Se aplicó una entrevista que contenía una encuesta de datos socio-demográficos del paciente, una lista de chequeo para confirmar los criterios diagnósticos de la CIE – 10, otra lista para verificar los criterios de inclusión y los de exclusión para el estu-

dio, la PANSS <sup>(25)</sup> para la identificación de síntomas positivos, negativos y de psicopatología general (su existencia al momento del diagnóstico y el tiempo transcurrido previo a este), y una entrevista sobre uso de servicios desde el inicio de los primeros síntomas psicóticos hasta el comienzo del tratamiento actual. En esta entrevista se preguntó por los factores y barreras que habían dilatado la atención especializada después de la derivación que había hecho el médico general.

Las entrevistas fueron realizadas por médicos psiquiatras de los diferentes centros clínicos, previa firma de un consentimiento informado. Se aplicó una entrevista al paciente y a su cuidador más cercano (habitualmente la madre), para cotejar la información y estimar la concordancia respecto del tiempo que el paciente presenta síntomas positivos, negativos y de psicopatología general. No hubo rechazos.

Los datos fueron analizados utilizando SPSS 15.0. El análisis descriptivo se realizó a través de distribución de frecuencias, estimaciones de promedios y desviaciones estándar, o medianas, dependiendo del tipo de variable.

### Resultados Características del grupo estudiado

La muestra estuvo constituida por 10 mujeres (20,8%) y 38 varones (79,2%). El rango de edad fluctuó entre los 15 y los 54 años, con un promedio en 23,4 años y una desviación estándar de 7,2 años (el RI25-75 estuvo entre 19,3 y 26,8 años, dado que el caso de 54 años es excepcional)

44 casos se encontraban solteros (91,7%), 2 estaban casados y vivían con su pareja (4,2%) y otros 2 estaban separados (4,2%). 39 de ellos vivían con sus padres (81,3%) y otros 7 lo hacían con otros familiares (14,6%). Había 2 personas que vivían con su pareja.

Respecto del tamaño del grupo familiar, el rango para el número de personas que vivían en la casa (incluyendo a la persona entrevistada) fluctuaba entre 2 y 13 personas, con una mediana de 4 (RI25-75 entre 3 y 6 personas).

En cuanto al nivel educacional: 29,1% alcanzaron la enseñanza básica, un 56,3% llegó hasta la enseñanza secundaria y 14,6% tenía estudios superiores (técnicos o universitarios).

Respecto de la situación ocupacional, 26 se declaraban cesantes (54,2%), 8 eran estudiantes (16,7%), 4 tenían un trabajo ocasional o inestable (8,3%), 3 tenían un trabajo estable (6,3%), otros 3 hacían trabajo doméstico no remunerado (6,3%) y

4 tenían otra situación (8,3%).

Respecto de la principal fuente de ayuda económica, sólo en 5 casos eran los ingresos por su trabajo (10,4%), en 2 casos era una pensión o ayuda económica (4,2%) y en los 41 restantes eran los aportes que recibía de la familia (85,4%).

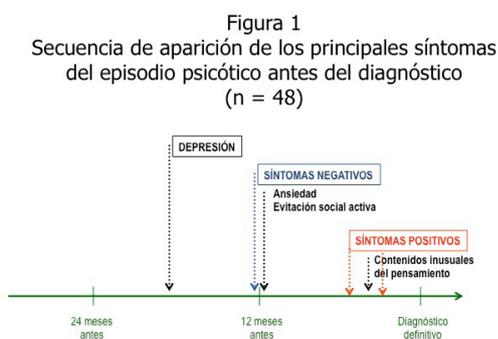
### Presencia de síntomas psicóticos previo al diagnóstico

Todos los pacientes señalaron presentar alguno de los síntomas de la sub-escala de psicopatología general de la PANSS. El síntoma de depresión es el primero en aparecer (con una mediana de 15 meses previo al diagnóstico) y está presente en 94,7% de los pacientes.

De igual forma, la totalidad de los pacientes señalaron experimentar al menos uno de los síntomas negativos que se exploran dentro de esta sub-escala de la PANSS. El más frecuente fue el retraimiento social (97,7%), y este síntoma, junto al retraimiento emocional y el contacto pobre, son los primeros en aparecer dentro de este grupo (con una mediana de 12 meses).

Todos los pacientes manifestaron sufrir al menos un síntoma positivo de esta sub-escala de la PANSS. El primer síntoma en aparecer fueron las ideas delirantes (mediana de 6 meses previo al diagnóstico). La secuencia temporal referida por los pacientes y expresada como valor de la mediana en meses, fue la siguiente: ideas delirantes (6 meses previos); suspicacia (3,5 meses previos); comportamiento alucinatorio, hostilidad, grandiosidad y desorganización conceptual (3 meses previos); y excitación (2 meses previos).

En la Figura N° 1 se muestra en forma gráfica la secuencia de los principales síntomas positivos, negativos y de psicopatología general, que fueron detectados previo al diagnóstico e inicio del tratamiento.



### Motivo de consulta

Los principales motivos de consulta que llevaron a los pacientes y sus familiares a solicitar atención médica en su centro de atención primaria fueron: el comportamiento alucinatorio (37,5% de los casos), seguido de los delirios (14,6%), las conductas hostiles (14,6%) y en cuarto lugar las conductas extrañas (10,4%). Estas cuatro categorías representan al 77,1% de los motivos de consulta (Tabla 1).

Motivo de consulta	n	%
Comportamiento alucinatorio	18	37,5
Delirios	7	14,6
Hostilidad	7	14,6
Conductas extrañas	5	10,4
Susplicacia – Ideas de perjuicio	2	4,2
Retraimiento social	2	4,2
Desorganización conceptual	1	2,1
Embotamiento afectivo	1	2,1
Depresión	1	2,1
Intento suicida	1	2,1
Manierismos y posturas	1	2,1
Otro	2	4,2
TOTAL	48	100

Tabla 1

Motivos de consulta en personas con primer episodio de esquizofrenia en Centros de Atención Primaria. (n = 48)

Se puede observar que existen tres grupos de síntomas que inducen o motivan la consulta en la mayoría de los casos:

1. la productividad alucinatorio – delirante (con un 52,1% de los casos);
2. el comportamiento paranoide, con la suspicacia, ideas de perjuicio y hostilidad que le son propias (con un 18,8% de los casos); y
3. las conductas extrañas (con un 10,4% de los casos).

### Contactos con servicios sanitarios previos al diagnóstico

Se estudio el número de contactos del paciente con diferentes dispositivos sanitarios, previo a que se planteara la sospecha del diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia y ocurridos dentro del período en que ellos presentaban síntomas positivos. En la tabla 2 se muestran los resultados. Se puede apreciar que 44 de ellos (91,7%) habían tenido al menos un contacto previo con un médico durante esta etapa y donde no se sospechó este diagnóstico.

Los Centros de Atención Primaria son el lugar

Tipo de dispositivo sanitario	Pacientes		Mediana de contactos
	n	%	
Centro de Atención Primaria	26	54,2	1
Servicio de Urgencia de Atención Primaria	3	6,2	1
Centro Comunitario de Salud Mental	21	43,7	2
Hospital General – Atención ambulatoria en otras especialidades	12	25	2
Hospital General – Servicio de Urgencia	17	35,4	1
TOTAL – dispositivos del Sistema Público de Salud	42	88,5	2,5
Consultas privadas de médicos	15	31,2	1
TOTAL – dispositivos del Sistema Público de Salud y Consultas privadas de médicos	44	91,7	3,5

**Tabla 2**

Contactos con centros sanitarios en personas con primer episodio de esquizofrenia, previo al diagnóstico (n = 48)

donde más frecuentemente se han realizado consultas por estos pacientes (54,2%), seguidos de los Centros Comunitarios de Salud Mental (43,7%) y las Unidades de Urgencia en Hospitales Generales (35,4%).

La mediana de consultas previas al diagnóstico fue de 2,5 en dispositivos del sistema público y si se incluyen las consultas médicas privadas la mediana sube a 3,5. Esto muestra que se producen varios contactos previos en el sistema sanitario, pero que no se realiza el diagnóstico en forma oportuna, dilatando el inicio del tratamiento.

### **Factores de afectan una rápida atención especializada en estas personas**

Esta información proviene de las entrevistas a los

pacientes y su familiar. En la Tabla 3 se presenta una síntesis del análisis de las respuestas que ellos dieron y se ordenan en torno a tres categorías: a) las que corresponden a resistencias del paciente a acudir a una consulta a un centro especializado, b) creencias y opiniones de los familiares, y c) problemas derivados de la atención y los servicios de salud mental.

### **Discusión**

Este estudio presenta dos limitaciones que deben ser consideradas al momento de realizar el análisis de sus resultados y comparar estos con los de otras investigaciones. La primera corresponde al tamaño de la población estudiada (48 casos) y la segunda

**Tabla 3**

Opiniones de las causas por las que se retardó la atención en un centro especializado (n = 48)

Categorías de las respuestas específicas	Tipos de respuestas específicas	
Resistencia del paciente a acudir a un centro especializado	§	Por su resistencia general y no quería ir al médico.
	§	No estaba convencido de que fuera una enfermedad mental.
	§	El paciente se resistió y fue necesario hacer una internación no voluntaria.
Creencias de la familia sobre la enfermedad	§	Pensaron que era un "estado depresivo".
	§	La familia no aceptó el diagnóstico presuntivo de esquizofrenia.
	§	Les costó obtener una consulta con el médico especialista (psiquiatra).
	§	Porque sólo les dijeron que tenían que ir al especialista, pero no les explicaron que era importante hacerlo en forma rápida.
Problemas relacionados con la atención y los servicios sanitarios	§	Por discordancia entre los médicos que lo habían atendido (se planteaban otros diagnósticos, como depresión o psicosis causada por consumo de drogas).

al hecho de que sólo se incluyeron los casos con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia. Respecto de los primeros, cabe señalar que esta cifra correspondió a la totalidad de los casos con este diagnóstico confirmado, a lo largo de un año, en los servicios donde se realizó el estudio. Los servicios que participaron en el estudio contaban con registro de estos casos (que les permite conocer los datos del ingreso, seguimiento, abandonos, etc.), razón por la cual consideramos que la información es de buena calidad y que corresponde a todos los casos que fueron atendidos en ese período de tiempo. Además, gran parte de los estudios germinales, que fueron realizados en otros países, utilizaron muestras de similar tamaño al nuestro <sup>(11)</sup>.

Por otra parte, la utilización de criterios CIE – 10 y de instrumentos estandarizados (PANSS), permite que nuestros resultados puedan ser comparados a los de otros estudios. De igual forma, para valorar la fiabilidad de la información, nosotros preguntamos en forma independiente al paciente y a su cuidador, acerca de los síntomas psicopatológicos (PANSS). Es importante destacar que el índice de concordancia de la información sobre síntomas psicopatológicos entregada por pacientes y por sus cuidadores fue elevada: entre 77,1% y 85,4% para síntomas positivos, y entre 72,9% y 87,5% para síntomas negativos. Esto confirma la buena calidad de la información acerca de los síntomas psicopatológicos y su secuencia de aparición.

Los resultados señalan que el período de psicosis no tratada en Chile es menor a la reportada en países con mayor desarrollo económico. En este estudio, la mediana para el primer síntoma positivo fue de 6 meses, en contraste con lo reportado en otros lugares donde se han reportado cifras de entre 1 y 2 años <sup>(11,12)</sup>. Esto pudiera explicarse por un buen acceso al sistema sanitario público, especialmente por la existencia de una extensa red de centros de atención primaria que viene desarrollándose desde la década de los 60'. El hecho de que el número de contactos con el sistema sanitario sea similar al reportado en otros estudios <sup>(22,24)</sup> y que la mayor proporción de estos contactos se realizan en la Atención Primaria, junto a un menor tiempo de psicosis no tratada, confirma nuestro planteamiento.

Los resultados que aquí se han reportado son importantes para el desarrollo de estrategias futuras. El hecho de que la mayor frecuencia de contactos se realiza en centros de Atención Primaria, nos orienta a que este debería ser el principal lugar para el

desarrollo de intervenciones que busquen mejorar la identificación de casos. Esta también ha sido la estrategia desarrollada por otros autores en países de mayores ingresos, pero donde el sistema público cuenta con una buena cobertura de atención primaria, como es el caso de Inglaterra o los países nórdicos en Europa. Adicionalmente, los equipos de atención primaria trabajan con un enfoque comunitario y familiar, tienen mejores contactos con organizaciones de la comunidad que el resto del sistema sanitario, y juegan un importante rol en actividades de prevención y detección temprana de otros problemas de salud (como por ej., en el cáncer cérvico – uterino). En Chile, con un sistema público que tiene un fuerte componente de atención primaria, este es el lugar más apropiado para el desarrollo de acciones de detección temprana de casos con primer episodio de esquizofrenia.

Otro hallazgo relevante corresponde a los factores que configuran barreras para un diagnóstico y tratamiento temprano, que nuevamente son similares a las reportadas en otros estudios <sup>(21,22,23,24)</sup>. Estos factores serán fundamentales para el diseño de una intervención, que debería considerar al menos tres componentes: 1) mejorar la sensibilidad y precisión diagnóstica por los médicos que trabajan en atención primaria; 2) incrementar la capacidad de estos para educar acerca de la enfermedad y persuadir al paciente y su familia respecto de la importancia de iniciar un tratamiento en forma precoz; y 3) mejorar la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada, con el objeto de disminuir al máximo el tiempo en que el paciente es atendido por un médico – psiquiatra.

Pensamos que uno de los aspectos más valiosos de este trabajo es que se haya realizado en un país en vías de desarrollo. Hasta la fecha, este uno de los pocos estudios reportados en países de bajo y mediano ingreso, en el mundo. Los resultados confirman la existencia de problema en la identificación de los casos con un primer episodio de psicosis y la consecuente dilación en el inicio del tratamiento. De igual forma, se establece la necesidad de implementar estrategias de detección temprana para personas con primer episodio de psicosis, tal como ya ha sido señalado por agencias internacionales <sup>(10)</sup>.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. WHO. 2001.

2. Warner R, de Girolamo G. *Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia*. WHO. 1995.
3. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. *Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten – country study*. *Psychol Med* 1992 (Monogr Suppl). 20: 1 – 97.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Guideline N° 82. Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. 2009.
5. American Psychiatric Association (APA). *Practice Guideline for the treatment of patients with Schizophrenia*. Sept 2009.
6. Bobes J & González MP. *Calidad de vida en la esquizofrenia*. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. 2000. Pp. 157 – 169.
7. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. *Caregiving in severe mental illness: conceptualization and measurement*. En: Kundsén HC & Thornicroft G, eds. *Mental Health Service Evaluation*. Great Britain: Cambridge University Press. 1996. Pp. 296 – 316.
- 8 Alvarado R, Torres F, Moreno B, Silva C. *Factores asociados a mejores resultados en la calidad de vida de personas con esquizofrenia*. *Rev Psiquiatr Urug* 2008; 72 (2): 130 – 141.
- 9 Knapp M. *Schizophrenia costs and treatment cost – effectiveness*. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 102 (suppl 407): 5 – 18.
10. Bertolote j & McGorry (on behalf of the WHO & IEPS). *Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement*. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s116 – s119.
11. McGorry P, Killackey E, Yung A. *Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions*. *World Psychiatry* 2008; 7: 148 - 156.
12. Norman R, Lewis Sh, Marshall M. *Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome*. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s19 – s23.
13. Marshal M, Lewis Sh, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. *Association between Duration of Untreated Psychosis and outcome in Cohorts of First-Episode Patients. A Systematic Review*. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 975 – 983.
14. Perkins DO, Gu H, Boteva K et al. *Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis*. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1785 - 1804.
15. Birchwood M, Todd P, Jackson C. *Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis*. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (suppl. 33): 53 – 59.
16. Friis S et al. *Methodological pitfalls in early detection studies – the NAPE Lecture 2002*. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 3 – 9.
17. Alvarado R, Erazo C, Poblete C. *¿Is Early Detection feasible and useful as a Public Health Strategy for the management of First-episode Psychosis?* *Rev Chil Salud Publica* 2006; 10 (3): 158 – 163.
18. Reading B & Birchwood M. *Early intervention in psychosis: rationale and evidence for effectiveness*. *Dis Manage Health Outcomes* 2005; 13 (1): 53 – 63.
19. Larsen TK, Melle I, Auestad B et al. *Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome*. *Schizophr Bull* 2006; 32: 758 – 764.
20. International Early Psychosis Association Writing Group. *International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis*. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s120 – s124.
21. Marino S, Gallo JJ, Ford D, Anthony JC. *Filters on the pathways to mental health care. I. Incident mental disorders*. *Psychol Med* 1995; 25: 1135 – 1148.
22. Lincoln C, McGorry P. *Who cares? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis*. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1166 – 1171.
23. Perkins DO, Nieri JM, Bell K, Lieberman JA. *Factors that contribute to delay in the initial treatment of psychosis*. *Schizophr Res* 1999; 36: 52.
24. Addington J, van Mastrigt S, Hutchinson J, Addington D. *Pathways to care: help seeking behaviour in first episode psychosis*. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 358 – 364.
25. Kay SR, Fiszbein A, Vital – Herne M, Silva – Fuentes L. *The Positive and negative Syndrome Scale – Spanish Adaptation*. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 510 – 517.