

Epidemiología de las psicosis desde los Servicios Comunitarios de Salud Mental y de Atención Primaria de Salud



JORGE L. TIZÓN*

RESUMEN

Los pacientes psicóticos no acceden tanto a los servicios hospitalarios como podríamos pensar, incluso en las poblaciones de alta incidencia y frecuentación de esos servicios. Tal vez sea posible proporcionar datos complementarios útiles sobre la epidemiología de la esquizofrenia y otras psicosis si se cumplen las siguientes condiciones: poner en marcha estudios multicéntricos, metodológicamente bien fundamentados, sobre ese tipo de pacientes; no dejarse deslumbrar demasiado en ellos por los medios y refinamientos metodológicos, norteamericanos o no, que desdeñan como «poco científicos» algunos de los estudios que sí podemos realizar entre nosotros; recoger, sin embargo, las aportaciones metodológicas de esos estudios; utilizar las ventajas de nuestro sistema sanitario y sus facilitaciones metodológicas.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia. Epidemiología. Prevalencia. Psicosis.

EPIDEMIOLOGY OF PSYCHOTIC DISORDERS FROM THE PERSPECTIVE OF COMMUNITY MENTAL HEALTH AND GENERAL MEDICINE SERVICES

SUMMARY

Psychotic patients do not resort to hospital services as much as one might imagine, even in communities where there psychotic cases are prevalent and psychiatric services are frequented. It may be possible to collect useful complementary data on the epidemiology of schizophrenia and other forms of psychosis if certain conditions are

* Neuropsiquiatra, psicólogo, psicoanalista. Director de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-Nord del Institut Català de Salut.Barcelona

Correspondencia: Jorge L. Tizón. Unidad de Salud Mental Sant Martí-Nord. Pza. de la Infancia s/n. 08020 Barcelona. Correo electrónico: jtizong@meditex.es

Recibido: 15-1-04. Aceptado: 8-3-04.

met. One is the launching of methodologically well-founded inter-center research on psychotic patients. Another is that we do not let ourselves be carried away by media and methodological refinements, American or not, that dismiss as «unscientific» the studies that we are able to undertake among ourselves. We must however indeed be able to collect the results obtained, and make the most of our health system and its methodological advantages.

KEY WORDS: Schizophrenia. Epidemiology. Prevalence. Psicosis.

INTRODUCCIÓN

Si bien el estudio de la epidemiología de las psicosis en general y de los síndromes esquizofrénicos en particular tiene casi un siglo de antigüedad, no deja de encontrarse aún hoy lleno de problemas. Entre nosotros, Lastra y colaboradores han realizado hace poco una excelente revisión del tipo de estudios practicables y de los problemas de cada tipo de estudios, aunque los primeros trabajos globales sobre el tema metodológicamente valorables, tales como los de Faris y Dunham, Roger Bastide o Raymond Cochrane, ya pasan del medio siglo de antigüedad.

Como corresponde a un punto de vista epidemiológico, también en este ámbito los estudios más valorados son los realizados sobre la población general, tanto con fuentes secundarias como primarias. En una hipotética «jerarquía epistemológica» deberíamos conceder la cima del podio a los estudios basados en los censos de población y los estudios muestrales. Siguiendo la influencia norteamericana en este como en otros muchos campos, existe una cierta pátina de cientificidad que concede el más alto valor a los estudios muestrales, sobre todo con la mejoría metodológica de realizarlos en dos fases, metodología utilizada ya hace años incluso en nuestro país y con resultados más que respetables: los estudios de Herrera y colaboradores en el Baix Llobregat o los estudios de José L. Vázquez Barquero y su equipo en Cantabria, entre otros, son excelentes muestras al respecto.

Ahora bien: en este campo como en otros ámbitos, no hemos de olvidar que, en buena medida, los refinamientos metodológicos históricamente han tenido que ver con las dificultades de la psiquiatría norteamericana (y, en general, de los servicios sanitarios norteamericanos) para realizar estudios censales o estudios basados en registros de casos: la pobreza y desorganización de buena parte de sus dispositivos públicos dificultan en grado sumo la realización de estudios con registros de casos, con poblaciones en tratamiento. Por el contrario, los países nórdicos, avanzados en la práctica de los registros de casos sanitarios, caminan decenios por delante de nosotros en la aplicación de las metodologías basadas en los mismos para el estudio de la epidemiología de la esquizofrenia: por ejemplo, los estudios de Alanen y colaboradores o los de Tienari en el ámbito de la epidemiología y la genética del síndrome.

Los autores norteamericanos y otros muchos en pos de ellos han tenido que refinar su metodología para poder realizar estudios epidemiológicos valorables, dada la organización de su sanidad y, por lo tanto, dada de la imposibilidad de realizar estudios fiables sobre poblaciones en tratamiento. De ahí han surgido, por ejemplo, la serie de estudios de los ECA y sus reconsideraciones actuales. Pero no hemos de olvidar, en cualquier caso, que con ellos, en buena medida, se está haciendo «de la necesidad, virtud». Si, idealmente, pudiéramos contar con un censo actualizado suficientemente fiable, y con un registro de casos omnicompreensivo y accesible —con las necesarias cuidados éticos en su uso— posiblemente tendríamos que convenir en que resultan mucho más válidos y fiables los datos proporcionados por las poblaciones realmente en tratamiento y contrastablemente diagnosticadas incluidas en censos fiables y válidos. Como esto no es así, ni incluso en algunos de los países del norte de Europa, siguen siendo válidos los estudios con población general e incluso los realizados a partir de fuentes secundarias.

Pero no hemos de olvidar en ningún caso que, mal que nos pese a los psiquiatras y, en general, a los especialistas en salud mental, sigue siendo diferente realizar estudios epidemiológicos muestrales sobre la tuberculosis, el sida o cualquier otra enfermedad con indicadores, marcadores o criterios biológicos claramente determinados y contrastables, que sobre trastornos mentales. Posiblemente, sigue siendo más difícil alcanzar esos criterios objetivos de «caso» en este tipo de trastornos y, particularmente, en algunos tan difíciles de diagnosticar con cierta sensibilidad y discriminación, incluso en el ámbito clínico, como es la (o las) esquizofrenia(s).

En esencia diríamos que la investigación en este ámbito tropieza con problemas tanto *teóricos* como *metodológicos*. Desde el punto de vista *metodológico*, a menudo se han señalado varios tipos de problemas: 1) Dificultades para la detección de los casos. 2) Dificultades para el diagnóstico fiable de los mismos. 3) Dificultades para la agrupación de los «casos» en los estudios según diagnóstico, dificultades que están estrechamente relacionadas con problemas teóricos. Para ejemplificar este primer grupo de problemas recordemos que en numerosos estudios se realizan diversas mezclas y agrupaciones de los síndromes o trastornos esquizofrénicos con otros tipos de trastornos psiquiátricos: la mezcla más frecuente es con los trastornos delirantes, pero también es relativamente frecuente que, desde una perspectiva teórica al parecer periclitada por el DSM-IV, se incluyan en el grupo de las «psicosis» —o en el grupo de los «casos»— incluso trastornos bipolares y otros diagnósticos igual de alejados. La amplitud de tal «grupo» es, en ocasiones, mayor aún cuando el estudio se hace sobre un supuesto «espectro esquizofrénico». El resultado frecuente de ese tipo de problemas, aún hoy irresueltos, es que, con cada una de esas insuficiencias metodológicas y teóricas y con los posibles errores metodológicos consecuentes y acumulativos, la fiabilidad de nuestros estudios resulta disminuida. El resultado empírico, que hemos de reconocer, es la amplia variabilidad proporcionada por los estudios de prevalencia del

síndrome y, mucho más aún, por los estudios de incidencia: si se comparan las cifras al respecto del ECA y, por ejemplo, las de Cantabria y las nórdicas, se ve claro que hablar de unas décimas más o menos en prevalencia, cuando la comparación es por cien o por mil personas de la población general, es mucha variación. Y no digamos en la incidencia, donde los resultados empíricos pueden variar y han variado en magnitudes que van desde dos a diez veces mayores (por ejemplo, en algunos estudios del ECA con respecto a los europeos).

Entre los dilemas de tipo *teórico* hay que considerar en primer lugar los problemas de definición y delimitación del síndrome, grupo o «trastorno esquizofrénico»: cada vez resulta más clara su heterogeneidad, lo que lleva a no pocas dudas y filtros a la hora de su definición. A nivel técnico-metodológico el problema posee graves repercusiones. Por un lado, nos encontramos con una incierta validez y fiabilidad, especificidad y/o discriminación de gran parte de los instrumentos diagnósticos disponibles, en especial cuando son utilizados fuera del momento del ingreso, fuera de las instituciones psiquiátricas «de agudos y subagudos», es decir, hospitalarias. Otro problema, estrechamente vinculado con este, consiste en cómo detectar en la comunidad los pacientes afectados de tal trastorno cuando, por definición, tienden a evitar los contactos y, por lo tanto, el diagnóstico. Es un problema pragmático que supera en mucho los dilemas estadísticos de la especificidad y la capacidad discriminativa de nuestros instrumentos. También aquí la tendencia al infra-diagnóstico, motivada por la misma naturaleza del trastorno y por la pobreza actual de nuestros medios de detección, puede llevar a los investigadores a decisiones pragmáticas a veces de dudosa justificación: por ejemplo, sustituir el uso de las entrevistas estandarizadas y semi-estandarizadas por *check-lists* más o menos fiables, basados además en la información clínica que figura en las historias o dossiers y en los informes de ingreso y/o alta hospitalaria. También puede llevar a incluir o no casos dudosos o a considerar como datos de incidencia o prevalencia los conseguidos en hospitales o servicios psiquiátricos, sin tener en cuenta la prevalencia y la incidencia oculta durante años por causa de las características del trastorno.

De ahí que algunos pensemos que, si nos dejamos deslumbrar algo menos por las influencias del Imperio, tal vez desde nuestros países del sur de Europa podríamos hacer algunas aportaciones más que valorables a los estudios epidemiológicos del síndrome esquizofrénico (y de otros trastornos mentales). Por ejemplo, ya sería hora de que valoráramos la posibilidad de utilizar la salud mental comunitaria o la psiquiatría comunitaria con estos fines. En nuestro país, ello pasaría seguramente por la realización de estudios directamente en la atención primaria de salud y en Unidades de Salud Mental estrechamente vinculadas con la APS, algo que, por definición, sólo puede realizarse en países en los cuales se den conjuntamente al menos tres condiciones: 1) Un cierto desarrollo de la red de APS (Atención Primaria en Salud). 2) Un cierto desarrollo de la red de salud mental comunitaria, extrahospitalaria. 3) Un cierto desarrollo de

las interrelaciones entre ambas. Hay pocos países cuya sanidad pueda permitirse esos estudios y creo que, a pesar de todas las insuficiencias de nuestra organización sanitaria y de la pobreza de nuestros medios para la salud mental, España es uno de ellos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta la escasez de registros de casos existentes en la Península o el «hospitalocentrismo» de los mismos, lo cual devalúa parcialmente su validez empírica: tras los primeros estudios en nuestro país resulta palmariamente claro que, hoy por hoy, sólo una pequeña parte de los pacientes psicóticos detectados en un área o zona contacta con los servicios de psiquiatría hospitalarios durante el año. Por ejemplo, de nuestra población de 838 pacientes psicóticos y un total de 4.937 pacientes con diagnósticos del grupo de «trastornos mentales severos», ingresaron en algún servicio hospitalario durante el año 2000, 136 pacientes. Ello significa que, de una población de pacientes psicóticos definida, ingresaron anualmente menos del 8 %. Y ese contacto con hospitales sigue siendo muy reducido por parte de esos pacientes incluso si investigamos las consultas de urgencias en hospitales generales, mucho más numerosas entre los pacientes psiquiátricos que las consultas en servicios de psiquiatría hospitalarios (de hospital general, de hospital psiquiátrico o de otro nivel de la red de salud mental). En efecto, en el año 2000, para esa muestra de 21.536 pacientes historiadados de una población general de 103.615 habitantes de la metrópoli de Barcelona, se realizaron 578 visitas —sin ingreso— en servicios de urgencias de hospitales generales o psiquiátricos cuyo diagnóstico «de alta» fue psiquiátrico*.

Es decir, que los pacientes psicóticos no acceden tanto a los servicios hospitalarios como podríamos pensar, incluso en las poblaciones de alta incidencia y frecuentación de servicio, tales como la nuestra. De ahí la idea básica de este editorial, que resumiré para terminar: si podemos poner en marcha estudios multicéntricos, metodológicamente bien fundamentados, sobre ese tipo de pacientes; si podemos no dejarnos deslumbrar demasiado en ellos por los medios y refinamientos metodológicos, norteamericanos o no, que desdeñan como «poco científicos» algunos de los estudios que sí podemos realizar entre nosotros; si podemos recoger, sin embargo, las aportaciones metodológicas (y de otros muchos tipos) de esos estudios anteriores; si podemos utilizar las ventajas de nuestro sistema sanitario y sus facilidades metodológicas; si podemos tener en cuenta esas cuestiones previas, tal vez seamos capaces de proporcionar datos complementarios útiles sobre este ámbito de la epidemiología de los trastornos mentales del cual venimos hablando, la epidemiología de la esquizofrenia y otras psicosis. Con el añadido de que tales estudios poseerían una ventaja adicional indudable: proporcionarían datos sobre *nuestra realidad sanitaria y asistencial*, tan diferente en esto, como en otros muchos ámbitos no sanitarios, de la norteamericana.

* Estudios realizados dentro del Proyecto SASPE gracias a la ayuda a la investigación 02E/99 de la Fundació Seny tras la evaluación previa de la Agència per a la Avaluació de la Tecnologia i la Recerca Mèdica Catalana, agencia colaboradora de la OMS.

