

¿Uno por ciento, esquizofrenia?

Jorge L. TIZÓN*

La afirmación «uno por ciento, esquizofrenia» ha adquirido entre nosotros la categoría de eslogan. Posiblemente no se trata de un signo negativo, pues eso significa que, a cierto nivel, hay un interés social por el tema de las psicosis, la locura, su epidemiología, su relevancia social, etc. Por otra parte, ha dado lugar a estimables obras artístico-documentales, tales como el film de Julio Medem con ese título.

Pero desde el punto de vista asistencial y científico, creo que es un eslogan y una cifra sobre el que hemos de reflexionar. Por ejemplo, porque, hablando con especialistas en epidemiología, podemos llegar al convencimiento de que, si sumamos la prevalencia de enfermedades graves en la población que anuncian las principales sociedades médico-científicas, a cada español nos tocarían sin duda varias enfermedades graves en cualquier momento de la vida (Andreu Segura, comunicación personal). Hay sobradas evidencias para pensar hoy que, salvo excepciones, las cifras de prevalencia de numerosas enfermedades de los países del «primer mundo» están sobredimensionadas, en cada caso por diversas causas.

* Psiquiatra.

Correspondencia: Dr. Jorge L. Tizón. Equipo de Prevención en Salud Mental-EAPPP (Equipo de atención precoz a los pacientes en riesgo de psicosis). Institut Català de la Salut. Córcega, 544. 08020 Barcelona (España).

Correo electrónico: jtizon@gencat.cat

La realización de este trabajo ha sido apoyada por las becas para el Proyecto SASPE (02E/99 de la Fundació Seny tras evaluación de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya) y el Proyecto LISMEP (Ayuda MatatóTV 02/0133 de la Fundación MaratóTV3, tras evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva).

Pero en el caso del síndrome esquizofrénico y, en general, de las psicosis delirantes, como, a otro nivel, en los «trastornos del estado de ánimo», esa «sobredimensionación» parece cada vez más obvia. Por ejemplo, investigaciones epidemiológicas más recientes hablan de índices de prevalencia desde luego menores del 1 por ciento.^{1,2} Ahora bien: La afirmación-eslogan de la cual partíamos y, sobre todo, las preconcepciones que la subyacen no parecen moverse demasiado. No deseo centrar esta editorial en cómo pueden influenciar en el asunto determinados intereses económicos o profesionales —entre otros motivos, porque no conozco suficientes pruebas al respecto. Por eso, preferiría manifestar mi idea acerca de que, en realidad, esa afirmación y ese eslogan poseen un fundamento no probado, probablemente ideológico, que no es difícil identificar: «Como se trata de una ‘enfermedad’, y una ‘enfermedad genética’, ‘sus tasas no varían entre poblaciones, culturas, pueblos, etc’». A menudo, cuando se defiende esos índices y tasas «para cualquier pueblo y medio social», se piensa que así se apoya su «fundamento genético».

Pero es que, en realidad, numerosas «enfermedades» cuyos *factores de riesgo fundamentales* son los genéticos, poseen distribuciones poblacionales diferenciadas, marcadas tanto por la propia genómica de las poblaciones como por los desencadenantes ambientales de tales enfermedades, que ponen en marcha «cargas genéticas» mucho más claras y demostradas que las aducidas para las psicosis y para las «esquizofrenias».

Por otro lado, ¿de verdad alguien cree que las psicosis y el estado más avanzado de la psicosis desintegrativa postpuberal, al cual llamamos «esquizofrenia», poseen tasas de incidencia y prevalencia similares en todo tipo de poblaciones y medios? ¿Qué la prevalencia es la misma entre los islandeses, los gitanos, los caribeños inmigrados a Londres o los amish? ¿Entre inmigrantes y no inmigrantes? ¿Entre los sobrevivientes de una catástrofe natural o social y entre los no afectados por la misma? ¿Entre los hijos de embarazadas sometidas a graves duelos o conflictos durante el embarazo y los que no han sido engendrados en dichas circunstancias?³ ¿Entre las diversas clases y grupos sociales? ¿Entre los adolescentes y adultos con enfermedades y lesiones tempranas del SNC y los no afectados en la primera infancia por dichas lesiones? ¿Entre los adolescentes y adultos que han sido «niños raros y aislados» y los que no lo han sido? ¿Entre las personas y grupos socialmente aislados y los que poseen una amplia y viva «red social»? ¿Entre los descendientes de las familias gravemente disfuncionales y aquéllos que provienen de familias integradas y cohesionadas? ¿Entre los «sin techo» y los «con techo»? ¿Entre las diversas tribus urbanas? ¿Entre los internados en cárceles y el resto de la población? Hoy no podemos seguir pensado así.⁵⁻⁸

Una cosa es la investigación de los factores de riesgo biológicos de las psicosis, incluidos los genéticos, que hoy hemos de reconocer como importante y necesaria. Otra muy diferente, el *reduccionismo biologista*: Considerar de entrada que esos son los factores de riesgo fundamentales en cualquier población o individuo. Por mucho que duela a los defensores de las hipótesis *biologistas* de las psicosis, en todas esas situaciones la prevalencia, posiblemente la incidencia y, desde luego, la evolución de las psicosis es

ampliamente diferente. Las (importantes) diferencias en la evolución eran bien conocidas desde, al menos, el Estudio Piloto Internacional sobre la Esquizofrenia. Hora sería pues de utilizar modelos teóricos menos simplificados (*reduccionistamente* simplificados) y, desde luego, modelos técnicos que pudieran tener en cuenta el peso diferenciado, en diferentes poblaciones, microgrupos sociales, familias e individuos, de esos factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales.

Las diferencias sociales en la incidencia y prevalencia de las psicosis fueron estudiadas ya desde mediados del siglo XX, por ejemplo, en los escritos e investigaciones pioneras de Hollingshead y Redlich, Cochrane, Bastide, etc. Y esos autores contribuyeron a aclarar algunas de las confusiones frecuentes entre «sociogénesis» y «deriva social». ^{6,7} Por otra parte, recientemente hemos podido terminar alguno de los estudios que nos propusimos en nuestro Proyecto SASPE («Señales de Alerta y Signos Prodrómicos de las Esquizofrenias»). En uno de ellos, por ejemplo, hemos encontrado que, entre dos barrios de la conurbación barcelonesa separados simplemente por una calle rudimentariamente urbanizada, atendidos durante 22 años por los mismos equipos clínicos y de investigación, con los mismos protocolos de trabajo y con poblaciones estables, la prevalencia de la «esquizofrenia» y de otras psicosis casi era el doble en el barrio sometido a importantes factores de riesgo psicosociales con respecto a otro simplemente representativo de la «clase media» y «media baja» de la Barcelona contemporánea.

Otro hallazgo diferenciador, sobre el que trabajaremos en el futuro, consiste en que, a pesar de la alta accesibilidad de los equipos de salud mental integrados que atendían a dichos barrios —que facilitó el que uno de cada cuatro habitantes de los mismos hubiera contactado en alguna ocasión con sus equipos de salud mental a lo largo de esos años, y a pesar de los controles puestos en marcha para depurar los registros de casos, la «prevalencia en servicio» de la «esquizofrenia» en la población general no llegaba al 1 por ciento, sino que se movía entre el 0,76 % en un barrio y el 0,37 % en el otro. Con otro dato revelador, sin embargo: A pesar de que los criterios diagnósticos eran bastante estrictos, la prevalencia de trastornos delirantes fue de 0,18% y 0,27%. Una tasa bastante más alta de la comunicada habitualmente en la literatura, lo cual nos ha de servir para otra serie de trabajos, dadas las repercusiones sanitarias y sociales de tal dato.

Un problema no menor es el de los dilemas y dificultades metodológicas para el diagnóstico de «esquizofrenia» y el escaso valor de los «síntomas en positivo» y los FRS (*first-rank symptoms*) para ese diagnóstico. ⁴ Razón de más para replantearnos esa tasa del 1 por ciento. ¿Es real? ¿O se trata de la consecuencia de una visión reduccionista, *biologistamente* deformada, de una aceptación acrítica de ciertos mitos y sus «necesarias» consecuencias epidemiológicas?

Y el asunto no es baladí o propio de hipótesis de investigación etiológicas tan sólo. Tal vez, si nos atreviéramos a separarnos del dogma biologista, podríamos estudiar y cuidar determinados factores de riesgo hasta hoy poco cuidados en los «pacientes desig-

nados», sus familias y sus grupos sociales. Tal vez esa visión menos unidimensional pudiera permitir realizar una detección y atención precoz de las personas más en riesgo. Tal vez detectar a esos grupos sociales, familias e individuos en riesgo pudiera hacer menos difícil el cuidado de las psicosis, porque hoy por hoy no las diagnosticamos y tratamos habitualmente sino años después de su inicio. Tal vez pensar y tener en cuenta los factores de riesgo psicológicos y sociales, además de los biológicos (pero en un sentido menos unidimensional), se revele terapéuticamente útil. Por ejemplo, extendiendo el dato científico hoy incontrovertible de que los pacientes con psicosis deberían tratarse con terapias combinadas adaptadas a las diversas fases clínicas del desarrollo del trastorno y no *sólo* con neurolépticos.

En definitiva: *¿Uno por ciento, esquizofrenia?...*

BIBLIOGRAFÍA

1. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(2):115-23.
2. 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.
3. Khashan AS, Abel KM, McNamee R, Pedersen MG, Webb RT, Baker PN, Kenny LC, Mortensen PB, Higher Risk of Offspring Schizophrenia Following Antenatal Maternal Exposure to Severe Adverse Life Events. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(2):146-52.
4. Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J: The Diagnostic Status of First-Rank Symptoms. *Schizophr Bul*. 2008;34(1):137-54.
5. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Läksy K, Moring J, Naarala M, Nieminen P, Wahlberg KE. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*. 2004;184:216-22.
6. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2006;32(4):592-8.
7. Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*. 2008;19(1):27-58.
8. Tizón JL, Ferrando J, Artigue J, Parra B, Parés A, Gomá M, et al. Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. *Schizophr Res*. 2009;112(1-3): 143-148. Disponible en: [doi:10.1016/j.schres.2009.04.008](http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.04.008) .