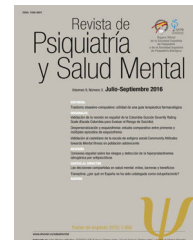




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA AL DIRECTOR

Incidencia de esquizofrenia en España: más preguntas que certezas



Schizophrenia incidence in Spain: More questions than facts

Sr. Director:

La esquizofrenia y otras psicosis no afectivas son condiciones frecuentemente incapacitantes que se inician desde la adolescencia y tienen un enorme impacto en los sistemas sociales y sanitarios. Mejorar la prevención de las psicosis esquizofrénicas es una prioridad de salud pública. Un paso necesario para estos esfuerzos de prevención sería ampliar nuestro limitado conocimiento de las causas de las psicosis, para lo que estudiar la incidencia de las enfermedades es un paso crucial: el método epidemiológico típicamente genera hipótesis causales comparando las incidencias de diferentes poblaciones, momentos y lugares¹. Además, conocer la incidencia de un trastorno permite adecuar la planificación sanitaria a las necesidades de la población. Sin embargo, identificar los casos nuevos de psicosis no afectivas es un reto: en muchos casos se trata de síndromes de aparición insidiosa, con manifestaciones tempranas inespecíficas que anteceden de forma variable al desarrollo del cuadro completo, y cuyos síntomas pueden fluctuar, cambiar o desaparecer a lo largo del tiempo.

Principalmente, existen 2 diseños para estudiar la incidencia de psicosis. Por un lado, los *estudios de primer contacto*, desarrollados a partir de la década de 1970 por la Organización Mundial de la Salud en el marco del *Ten Country Study*² se basan en identificar a las personas que contactan con los sistemas de salud, por primera vez, por motivos compatibles con un trastorno psicótico. Por el otro, los análisis de registros sanitarios, generalmente más sensibles³, identifican a todas las personas que reciben un primer diagnóstico de psicosis no afectiva en una ventana espaciotemporal (fig. 1). Estos estudios han puesto de manifiesto la existencia de tasas de incidencia de esquizofrenia más altas y variadas entre sí de lo pensado hace unas décadas⁴, descartando la antigua creencia en una incidencia constante a nivel global.

En España no se ha hecho hasta la fecha un estudio de incidencia de psicosis representativo nacionalmente. Algunos estudios locales han arrojado resultados heterogéneos: mientras en Cantabria un estudio de primer contacto estimó

unos 20 casos anuales por 100.000 personas entre 15-54 años⁵, otro estudio que utilizó registros de Barcelona encontró 51 casos para el mismo denominador⁶. Recientemente, un estudio europeo ha renovado el interés en el tema al encontrar tasas de incidencia inusualmente bajas en algunas zonas de España (e Italia), en comparación con otras de países más septentrionales⁷. Además, sorprendentemente, Jongsma et al. no encontraron asociación entre incidencia de psicosis y densidad poblacional en España, en contraposición a lo observado en estudios en el norte de Europa⁸, de que la exposición a un entorno urbano aumenta y puede duplicar el riesgo de esquizofrenia.

Las causas de la psicosis, como las de todas las enfermedades, pueden actuar a diferentes niveles, tanto infra individuales —gen, neurona— como más allá del individuo —barrios, sociedades— (Schwartz et al., 1999)⁹. Por ejemplo, según el paradigma más aceptado actualmente, la ciudad como entorno determinaría formas específicas de relacionarse, favoreciendo procesos de discriminación o de apoyo interpersonal implicados en el inicio esquizofrénico. Las aparentes discrepancias o excepciones identificadas recientemente en el sur de Europa generan preguntas que son, a la vez, oportunidades para ampliar nuestro conocimiento sobre la etiología de la psicosis. Por ejemplo, ¿es plausible que, en España, la incidencia de psicosis no se asocie al grado de urbanismo? ¿O se trata de un error de diseño o medición? Si se trata de un hallazgo real, ¿qué componentes sociológicos del constructo «medio urbano» (discriminación o apoyo interpersonal, fragmentación o cohesión social, etc.) se comportan de manera diferente en España en comparación con otros países occidentales? En este sentido, es interesante subrayar que la asociación entre incidencia de psicosis y entorno urbano tampoco se ha reportado en países del Sur global como Brasil¹⁰.

Actualmente, existen en nuestro país registros electrónicos longitudinales de casos, así como una miríada de variables sociodemográficas, económicas y culturales, medidas a nivel individual pero también en el ecológico, como, por ejemplo, el código postal. Combinando datos de ambas fuentes podremos proponer y testar hipótesis sobre el rol causal específico que desempeñan el urbanismo y otras variables ecológicas en la incidencia de psicosis en España y en otros países culturalmente próximos. Consideramos que, además, conducir estudios de incidencia basados en registros clínicos representativos nacionalmente permitirá una planificación sanitaria más adecuada a la dimensión real del problema y a su impacto en nuestras comunidades.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.05.002>

1888-9891/© 2021 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

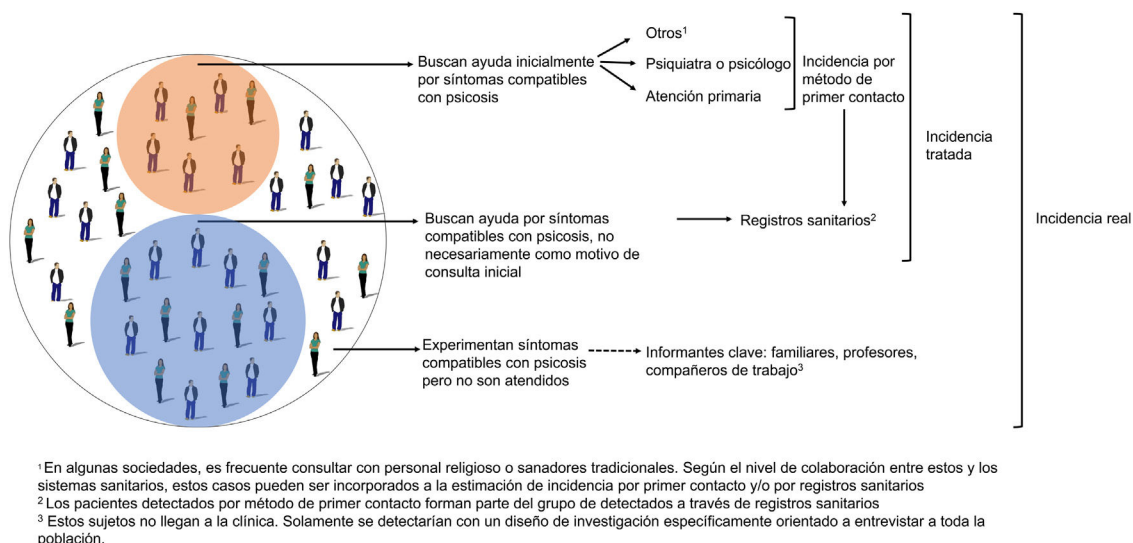


Figura 1 Tipos de incidencia en psicosis y metodología correspondiente para estimarla (elaboración propia).

Financiación

El presente trabajo se realizó gracias a una beca para rotar en el extranjero, concedida al primer autor por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Bibliografía

1. Susser E, Schwartz S, Morabia A, Bromet EJ. *Psychiatric epidemiology: Searching for the causes of mental disorders*. Oxford University Press; 2006.
2. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Med (Monograph Suppl)*. 1992;20:1-9, <http://dx.doi.org/10.1017/s026418010000904>.
3. Hogerzeil SJ, Van Hemert AM, Rosendaal FR, Susser E, Hoek HW. Direct comparison of first-contact versus longitudinal register-based case finding in the same population: Early evidence that the incidence of schizophrenia may be three times higher than commonly reported. *Psychol Med*. 2014;44:3481-90, <http://dx.doi.org/10.1017/S003329171400083X>.
4. 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 medicine*. 2004;2:13, <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-2-13>.
5. Vázquez-Barquero JL, Cuesta MJ, Castanedo SH, Lastra I, Herrán A, Dunn G. Cantabria first-episode schizophrenia study: Three-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1999;174:141-9, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.2.141>.
6. Tizón JL, Ferrando J, Parés A, Artigüé J, Parra B, Pérez C. Trastornos esquizofrénicos en la atención primaria

a la salud mental. *Aten Primaria*. 2007;39:119-24, <http://dx.doi.org/10.1157/13099556>.

7. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulé A, Szöke A, et al. Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:36-46, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>.
8. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bull*. 2012;38:1118-23, <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs096>.
9. Schwartz S, Susser E, Susser M. A future for epidemiology? *Annual Review of Public Health*. 1999;20(1):15-33.
10. Del-Ben CM, Shuhama R, Loureiro CM, Ragazzi TCC, Zanatta DP, Tenan SHG, et al. Urbanicity and risk of first-episode psychosis: Incidence study in Brazil. *Br J Psychiatry*. 2019;215:726-9, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.2019.110>.

Víctor Romero-Pardo^{a,*}, Franco Mascayano^{b,c}, Ezra S. Susser^{b,c} y Gonzalo Martínez-Alés^{b,d}

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^b Department of Epidemiology, Columbia University Mailman School of Public Health, New York, Estados Unidos

^c New York State Psychiatric Institute, New York, Estados Unidos

^d Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vromero@salud.madrid.org (V. Romero-Pardo).