

Disminución de los diagnósticos de esquizofrenia en las últimas décadas

IGLESIAS GARCÍA, C.

Hospital ADARO. Langreo. Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

Decline in the diagnosis of schizophrenia in the last decades

Resumen

En las últimas décadas distintos estudios realizados en distintas partes del mundo han demostrado importantes disminuciones en los diagnósticos de psicosis esquizofrénica. La razón de esta disminución aún no está clara y no se sabe si refleja una verdadera disminución de la incidencia de la enfermedad o si, simplemente, se trata de un artefacto. En cualquier caso, ha de tenerse en cuenta que las tasas de incidencia administrativa pueden estar influenciadas por una serie de factores de confusión entre los que se encuentran: los cambios en la conducta de enfermedad de los pacientes, los diferentes hábitos diagnósticos, las diferencias en la estructura de los servicios asistenciales y en los sistemas de información o las modificaciones sociodemográficas de la población.

Palabras clave: Esquizofrenia. Epidemiología. Incidencia administrativa. Registro de casos psiquiátricos.

Summary

Important declines in the diagnosis of schizophrenia have been demonstrated in different countries and continents over the past few decades. It is still not clear if this findings reflects a true decrease in the incidence or is simply an artefact. The administrative rates are influenced by factors such as changes in the illness behavior of the patients, changes in diagnostic habits, administrative inaccuracies, changes in the organisation and delivery of psychiatric services, or changes the underlying population structure.

Key words: Schizophrenia. Epidemiology. Administrative incidence. Psychiatric case register.

La tasa de incidencia anual de Psicosis Esquizofrénica, se sitúa entre 18 y 37 por 100.000 para los varones con edades entre 15-54 años, y entre 12 y 48 por 100.000 para las mujeres del mismo grupo de edad (1, 2). En los últimos años, han aparecido datos que orientan hacia una disminución en las cifras de incidencia administrativa de esquizofrenia (tabla I), lo que ha dado pie a algunos autores para explicar el hecho como el resultado de una disminución de la incidencia real que pudiera deberse, al menos en parte, a un efecto cohorte producido por la disminución de la intensidad de algún factor causal que actuaría en estadios precoces del desarrollo humano (3-8). Otros, por su parte, consideran que pudiera tratarse de un mero artefacto (9-12) producido por factores de confusión coincidentes en el tiempo (13). En cualquier caso, las dificultades conceptuales que rodean al grupo de los trastornos esquizofrénicos, su importancia epidemiológica, su pronóstico devastador, y la posibilidad de que existan factores causales que una vez identificados permitan establecer estrategias preventivas (6, 14), hacen que parezca pertinente destinar esfuerzos al estudio del comportamiento de la enfermedad.

En nuestro país, algunos datos, como los provenientes del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos del Principado de Asturias (Fig. 1), en la línea de los datos internacionales también han revelado un descenso en los diagnósticos de psicosis esquizofrénica registrados.

LOS REGISTROS ACUMULATIVOS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS COMO FUENTE DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LA ESQUIZOFRENIA

Los registros acumulativos de casos psiquiátricos son sistemas de información local, que reúnen información de las personas que contactan con los servicios psiquiátricos en un área geográfica delimitada y del tipo de atención que reciben (15). A falta de datos de morbilidad real obtenidos mediante estudios poblacionales, los registros constituyen un instrumento que permite realizar un acercamiento indirecto a la situación a través de la morbilidad.

TABLA I Cambios en la incidencia de esquizofrenia (por 1.000)

Estudio, año y referencia	País	Periodo	Fuente de datos	Tasa por 1.000 (de → a)
Eagles y Whalley, 1985 (3)	Escocia	1969-1978	DHSS*	0,20 → 0,12
Munk-Jorgensen, 1986 (32)	Dinamarca	1970-1984	Registro de casos (nacional)	0,31 → 0,16
Joyce, 1987 (37)	Nueva Zelanda	1974-1984	Centro Nacional de Estadística	0,17 → 0,09
Eagles et al, 1988 (38)	Escocia	1969-1984	Registro de Casos (Aberdeen)	0,13 → 0,06
Der et al, 1990 (39)	Escocia y Gales	1979-1978	DHSS	0,15 → 0,09
Castle et al, 1991 (9)	Inglaterra	1965-1984	Registro de casos (Camberwell)	0,20 → 0,25
Bamrah et al, 1991 (40)	Inglaterra	1974-1984	Registro de casos (Salford)	0,17 → 0,19
Harrison et al, 1991 (41)	Inglaterra	1975-1987	Registro de Casos (Nottingham)	0,11 → 0,10
De Alarcon et al, 1992 (42)	Inglaterra	1975-1986	Registro de casos (Oxford)	Disminución del 3,3% anual
Munk-Jorgensen y Mortensen 1992 (25)	Dinamarca	1971-1987	Registro de casos (nacional)	Disminución del 50%
Kendell et al, 1993 (43)	Escocia	1971-1989	Registro de casos (Edimburgh)	0,22 → 0,11
Geddes et al, 1993 (4)	Escocia	1969-1988	ISD*	0,15 → 0,08 (hombres) 0,11 → 0,05 (mujeres)
Stoll et al, 1993 (44)	Estados Unidos	1972-1988	Seis Hospitales Universitarios	Disminución a un tercio.

* DHSS, Department of Health and Social Services (United Kingdom); ISD, Information and Statistics Division (Scotland).

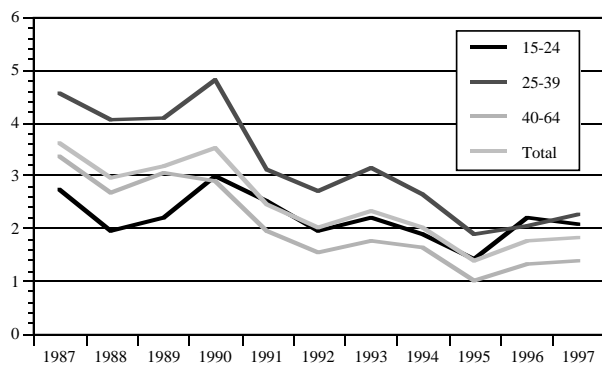
dad registrada o administrativa (16). Las diferencias entre la morbilidad registrada y la morbilidad administrativa pueden venir dadas por distintos factores entre los que se pueden contar: factores de los pacientes como la conducta de enfermedad; factores de los profesionales como los hábitos diagnósticos (17-21); factores estructurales como la accesibilidad o el nivel de calidad asistencial percibido por la población, y factores sociodemográficos

como las migraciones o las diferencias en la estructura de la pirámide de edad (9, 10, 22, 23).

La obligada transversalidad de los diagnósticos recogidos en los registros de casos también supone un problema adicional cuando se utilizan para estudios de incidencia (24). Se debe a que en los registros acumulativos la información se estructura sobre los individuos y no sobre los procesos mórbidos; ésta implica la inclusión dentro del grupo de morbilidad incidente de una determinada enfermedad, solamente de los pacientes que sean diagnosticados de la misma en su primer contacto asistencial. El error puede venir, por una parte, de la exclusión de los casos en los que el diagnóstico aparece después de contactos asistenciales previos por otro proceso; y por otra, de la inclusión de los diagnosticados como esquizofrénicos en el primer contacto, pero cuyo diagnóstico cambió posteriormente.

Estas circunstancias ayudan a explicar la diferencia observada en los resultados en función de las características de los datos analizados. Así, resulta lógico que las tasas de incidencia de esquizofrenia sean mayores en los estudios que incluyen todos los centros asistenciales: 1,51 y 1,14 por 10.000 habitantes en mujeres y hombres respectivamente (22) o 3,11 por 10.000 habitantes entre 15 y 64 años para los hombres y 1,79 para las mujeres en Asturias, que en los que sólo utilizan como fuente de datos los primeros ingresos hospitalarios (0,87 por 10.000 habitantes en hombres y 0,56 en mujeres) (4).

No obstante, existen estrategias que pueden ayudar a superar estas limitaciones. La utilización generalizada de criterios diagnósticos estructurados definidos (23, 13) aumenta la fiabilidad y validez de los diagnósticos. La inclusión en el sistema de información de datos provenientes de todos los dispositivos asistenciales del área de captación, tanto hospitalarios como ambulatorios (23), también ayuda a evitar los sesgos producidos por la



15-24	2,74	1,95	2,19	2,99	2,5	1,95	2,19	1,89	1,4	2,19	2,06
25-39	4,56	4,04	4,07	4,82	3,12	2,69	3,15	2,63	1,88	2,04	2,25
40-64	3,36	2,67	3,04	2,89	1,93	1,53	1,77	1,62	1,01	1,31	1,37
Total	3,6	2,95	3,18	3,53	2,44	2	2,31	2,01	1,38	1,74	1,81

FIG. 1.—Evolución de la incidencia administrativa de Esquizofrenia en sujetos entre 15 y 64 años, por grupos de edad (RAC-PAS, 1987-1997). Coeficientes de Correlación (Pearson) por grupos de edad: 15-24 años: $r=0,5$; $p=0,11$. 25-29 años: $r=0,89$; $p=0,000$. 40-64 años: $r=0,90$; $p=0,000$. Muestra total: $r=0,88$; $p=0,000$.

utilización de un solo centro asistencial, como es el caso de los estudios centrados en primeros ingresos hospitalarios, cuyos datos pueden estar influidos por: las diferencias en la estructura y organización de los servicios asistenciales, el aumento de las tasas de suicidio, o el incremento del número de esquizofrénicos que antes de iniciar tratamiento se ven abocados al vagabundeo o ingresan en prisión por actos criminales (25).

A pesar de sus debilidades, y si se cumplen determinadas condiciones (sistemas de clasificación estructurados y comunes, inclusión de todos los centros asistenciales, área geográfica delimitada y estable, control de las modificaciones diagnósticas), los registros acumulativos de casos psiquiátricos permiten acceder a una información homogénea y de calidad (15), que incluso puede ser comparable si se calculan tasas estandarizadas y específicas por grupos etarios.

¿ESTÁ CAMBIANDO LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA?

Del análisis de las variables sociodemográficas de la mayoría de estudios citados se extraen datos llamativos. La incidencia administrativa de esquizofrenia se mantiene más alta en hombres que en mujeres en todos los grupos etarios, además los hombres contactan con los servicios más precozmente. A partir de la constatación repetida de cifras de incidencia superiores en hombres, algunos autores llegan a poner en duda la tradicional creencia sobre la similitud del comportamiento de la enfermedad en ambos sexos (26-29), ya que ni la conducta de enfermedad, ni las diferencias en el proceso diagnóstico, ni otras variables causantes de sesgo potencial (período de tiempo entre el inicio de la enfermedad y el primer contacto asistencial, o diferente cronología en la aparición de los síntomas) serían suficientes para justificar la diferencia (30, 31).

El análisis por sexos y por grupos de edad evidencia tendencias ligeramente diferentes en los distintos grupos. Munk-Jorgensen (32) encuentra que la pendiente de disminución es más pronunciada en las mujeres; y cuando se analiza la edad, existen fenómenos que pueden explicar que, al contrario de lo que sucede en los grupos de mayor edad, en los menores de 25 años las tasas se mantengan estables. La incidencia de la enfermedad en jóvenes pudiera estar proporcionalmente aumentada compensando, en lo que a este grupo de edad se refiere, la disminución generalizada. Este aumento podría deberse principalmente a dos fenómenos: el primero de ellos es la anticipación genética (33), consistente en la aparición de enfermedades hereditarias con precocidad creciente en cada generación; y el segundo, la posible sobreinclusión diagnóstica derivada de etiquetar como esquizofrenia cuadros exógenos derivados del abuso de sustancias psicótropas ilegales cuyo uso se ha generalizado en los últimos años.

En cuanto a la disminución de las tasas globales de los diagnósticos de esquizofrenia, los datos de Asturias son

coincidentes con los encontrados por otros autores que consideran el hecho como un reflejo de la disminución de la incidencia real, que pudiera estar, al menos parcialmente, justificado por un verdadero efecto cohorte producido por circunstancias inespecíficas entre las que podrían estar: factores relacionados con las condiciones en el embarazo y parto o cuidados y tratamientos diversos que se realizan actualmente de forma cada vez más sistemática en las épocas tempranas de la vida (14, 34).

En la última década han aparecido estudios que aplican metodología más refinada y que han tenido resultados dispares. En un caso, aplicando retrospectivamente criterios diagnósticos operativos estructurados a los casos de un estudio previo se observó que los diagnósticos de esquizofrenia permanecían estables en el tiempo, lo que llevó a los autores a postular que las diferencias temporales desaparecen cuando se utilizan criterios diagnósticos exigentes (13, 35). Por otra parte, la aplicación de métodos de análisis más avanzados (análisis edad-período-cohorte) muestra que una gran parte de la disminución de los primeros ingresos por esquizofrenia puede deberse al efecto período (artefactos o efectos coincidentes), pero otra parte estaría justificada por un efecto cohorte (6). La aparición de datos que sugieren que la diferencia en la edad de inicio de la esquizofrenia no se mantiene cuando se analizan de forma separada los casos familiares de esquizofrenia (36), obliga a que en el futuro se deba considerar la influencia potencial de factores genéticos en las condiciones de presentación de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Como colofón ha de considerarse que la disminución de la incidencia administrativa de esquizofrenia pudiera deberse, al menos en parte, a una disminución de la incidencia real favorecida por: medidas preventivas «inespecíficas» (mejoras en la atención al embarazo y parto, utilización de neurolépticos antes del inicio franco de la enfermedad). No obstante, no puede descartarse la existencia de posibles elementos de confusión como son: los cambios en la conducta de enfermedad de los pacientes, los diferentes hábitos diagnósticos, las diferencias en la estructura de los servicios asistenciales y en los sistemas de información o las modificaciones sociodemográficas de la población, o incluso elementos tradicionalmente no evaluados como los factores genéticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986;16:909-28.

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. *Psychol Med* 1992; Monogr Supl 20:1-97.
3. Eagles JM, Whalley LJ. Decline in the diagnosis of schizophrenia among first admissions to Scottish mental hospitals from 1969-78. *Br J Psychiatry* 1985; 146:151-4.
4. Geddes JR, Black RI, Whalley LJ, Eagles JM. Persistence of the decline in the diagnosis of schizophrenia among first admissions to Scottish hospitals from 1969 to 1988. *Br J Psychiatry* 1993;163:620-6.
5. Munk-Jorgensen P, Mortensen PB. Is schizophrenia really on the decrease? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242:244-7.
6. Takei N, Lawis G, Sham PC, Murray RM. Age-period-cohort analysis of the incidence of schizophrenia in Scotland. *Psychol Med* 1996;26:963-73.
7. Brewin J, Cantwell R, Dalkin T, Fox R, Medley I, Glazebrook C, et al. Incidence of schizophrenia in Nottingham. A comparison of two cohorts, 1978-80 and 1992-94. *Br J Psychiatry* 1997;171:140-4.
8. Suvisaari JM, Haukka JK, Tanskanen AJ, Lonnqvist JK. Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish cohorts born from 1954 to 1965. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:733-40.
9. Castle D, Wessely S, Der G, Murray RM. The incidence of perationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965-84. *Br J Psychiatry* 1991;159:790-4.
10. Harrison G, Mason P. Schizophrenia-falling incidence and better outcome? *Br J Psychiatry* 1993;163: 535-41.
11. Jablensky A. The 100-year epidemiology of Schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;28:111-25.
12. Procopio M, Marriott PK. Is the decline in diagnoses of schizophrenia caused by the disappearance of a seasonal aetiological agent? An epidemiological study in England and Wales. *Psychol Med* 1998;28: 367-73.
13. Allardyce J, Morrison G, Van Os J, Kelly R, Murray M, McRae RG. Schizophrenia is not disappearing in south-west Scotland. *Br J Psychiatry* 2000;177:38-41.
14. McGorry P. Preventive strategies in early psychosis: verging on reality. *Br J Psychiatry* 1998;172(Supl 33):1-2.
15. Wing JK. Health Services Planning and Research. Contributions from Psychiatric Case Registers. Gaskell. Royal College of Psychiatrists. London; 1989.
16. Vázquez-Barquero JL. Los diseños para la investigación en la población general y en el primer nivel de atención. En: Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación, de C. d. S. y. S. Sociales. Oviedo. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 1990.
17. Loffler W, Haffner H, Fatkenheuer B, Maurer K, Riecher-Rossler A, Lutzhoft J, et al. Validation of Danish case register diagnosis for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:196-203.
18. McConville P, Walker NP. The reliability of case register diagnoses: a birth cohort analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:121-7.
19. Munk-Jorgensen P. Why has the incidence of schizophrenia in Danish psychiatric institutions decreased since 1970? *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:62-8.
20. Van Os J, Galdos P, Lewis G, Bourgeois M, Mann A. Schizophrenia sans frontieres: concepts of schizophrenia among French and British psychiatrists. *Br Med J* 1993;307:489-92.
21. Taylor MA, Abrams R. The prevalence of schizophrenia: a reassessment using modern diagnostic criteria. *Am J Psychiatry* 1978;135:945-8.
22. Goldacre M, Shiwach R, Yeates D. Estimating incidence and prevalence of treated psychiatry disorders from routine statistics: the example of schizophrenia in Oxfordshire. *J Epidemiol Comm Health* 1994; 48:318-22.
23. Oldehinkel AJ, Giel R. Time trends in the care-based incidence of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1995; 167:777-82.
24. Kirkby KC, Hay DA, Daniels BA, Jones IH, Mowry BJ. Comparison between register and structured interview diagnoses of schizophrenia: a case for longitudinal diagnostic profiles. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:410-4.
25. Munk-Jorgensen P, Mortensen PB. Incidence and other aspects of the epidemiology of schizophrenia in Denmark, 1971-1987. *Br J Psychiatry* 1992;161: 489-95.
26. Iacono WG, Beiser M. Are males more likely than females to develop schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1992;149:1070-4.
27. Iacono WG, Beiser M. Where are the women in first-episode studies of schizophrenia? *Schizophr Bull* 1992;18:471-80.
28. Campillo M, Escoté S, Guerrero A, Guillamat R. Distribución por sexos de los trastornos psicóticos: análisis de los datos aparecidos en la literatura. IV Congreso Nacional de Psiquiatría. Oviedo; 1999. Póster.
29. Olivares D, Castel B, Moreno R, Vázquez R, Elices N. Psicosis y género: diferencias clínicas y evolutivas en función del sexo. IV Congreso Nacional de Psiquiatría; 1999. Póster.
30. Welham JL, Pemberton MR, McGrath JJ. Incorporating lag effects in register-based age-of-onset distributions in schizophrenia. *Schizophr Res* 1996;20: 125-32.
31. Hafner H, Fatkenheuer B, Van der Heiden W, Loffler W, Maurer K, Munk-Jorgensen P, Riecher A. Sex differences in age of onset, symptomatology and evolution of schizophrenia. *Sante Ment Que* 1991;16: 77-98.
32. Munk Jorgensen P. Decreasing first admission rates in schizophrenia among males in Denmark from 1970 to 1984: changing diagnostic patterns? *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:645-50.
33. Gorwood P, Leboyer M, Falissard B, Jay M, Rouillon F, Feingold J. Anticipation in schizophrenia: new light

- on a controversial problem. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1173-7.
34. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC. National Academy Press; 1994.
35. Levine RR, Strauss JS, Gift TE. Sex differences in age at first hospital admission for schizophrenia: fact or artifact? *Am J Psychiatry* 1981;138:440-4.
36. Woliniec PS, Pulver AE, McGrath JA, Tam D. Schizophrenia: gender and familial risk. *J Psychiatr Res* 1992;26:17-27.
37. Joyce PR. Changing trends in first admissions and readmissions for mania and schizophrenia in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 1987;21:82-6.
38. Eagles JM, Hunter D, McCance C. Decline in the diagnosis of schizophrenia among first contacts with psychiatric services in north-east Scotland, 1969-1984. *Br J Psychiatry* 1988;152:793-8.
39. Der G, Gupta S, Murray RM. Is schizophrenia disappearing? *Lancet* 1990;335:513-6.
40. Bamrah JS, Freeman HL, Goldberg DP. Epidemiology of Schizophrenia in Salford, 1974-1984: changes in an urban community over ten years. *Br J Psychiatry* 1991;159:802-10.
41. Harrison G, Cooper JE, Gancarczyk R. Changes in the administrative incidence of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1991;159:811-6.
42. De Alarcon J, Seagroatt V, Sellar C, Goldacre M. Evidence for decline in schizophrenia. *Schizophr Res* 1992;6:101.
43. Kendell RE, Malcom DE, Adams W. The problem of detecting changes in the incidence of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993;162:212-8.
44. Stoll AL, Tohen M, Baldessarini RJ. Shifts in diagnostic frequencies of schizophrenia and major affective disorders at six North American psychiatric hospitals, 1972-1988. *Am J Psychiatry* 1993;150:1669-73.

Correspondencia:
C. Iglesias
Hospital ADARO
Jove y Canella, 1
33900 Langreo (Asturias)
E-mail: icelso@yahoo.es