

Estudio del primer episodio de psicosis y sus fases prodrómicas

Humberto Nicolini*

Posgrado en Ciencias Genómicas, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México D.F., México

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la esquizofrenia como un problema de salud pública; en el mundo representa la novena causa de discapacidad.¹ En México se estima que 20% de los pacientes están severamente incapacitados por la enfermedad² y que existe alrededor de un millón de personas con esquizofrenia, con una prevalencia poblacional estimada de 1%.² Este trastorno se presenta entre los 15 y 25 años de edad y su incidencia mundial anual se ha estimado entre 0.16 a 0.42 por 1000 habitantes.³ La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales con mayor costo para la sociedad; para el año 2002 en Estados Unidos se hizo un estimado económico de alrededor de 62.7 mil millones de dólares.⁴

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que se caracteriza de forma tradicional por dos grupos de síntomas: los positivos y los negativos, de los cuales los positivos o psicóticos son indispensables para su diagnóstico. Éstos se caracterizan por pérdida del contacto con la realidad, como la presencia de ideas incoherentes o ilógicas (delirios), alucinaciones (experiencias de la percepción sin estímulo sensorial) o alteraciones en la conducta (como conducta bizarra o agresividad). En la mayor parte de los pacientes, los síntomas psicóticos se observan como el inicio de la enfermedad y su manifestación y severidad tienden a ser episódicos a lo largo del tiempo.

Por su parte, los síntomas negativos pueden estar presentes antes del inicio de los positivos (pródromos) o en etapas más tardías de la esquizofrenia (síntomas residuales), permanecen más tiempo y tienden a fluctuar menos que los positivos.⁵ Se caracterizan por estados de déficit en los que los procesos emocionales y conductuales básicos se encuentran disminuidos o ausentes. Dentro de los síntomas negativos más comunes se incluyen afecto aplanado, anhedonia, abulia, aislamiento social, problemas cognitivos y disminución en la cantidad o contenido del lenguaje.

Aun cuando se sabe que los programas de detección temprana del padecimiento junto con una adecuada intervención terapéutica y de reinserción social abaten de mane-

ra importante el costo social de la misma,⁶ en México son casi inexistentes los programas institucionales especializados dirigidos a la detección temprana. Desde hace un año, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" se ha establecido un programa propositivo de detección y tratamiento del primer episodio psicótico, así como la detección oportuna de las fases prodrómicas o prepsicóticas de la enfermedad.

En cuanto al primer aspecto, cabe destacar que el primer episodio psicótico es una condición que requiere mayor estudio, dado que puede haber muchas causas secundarias de la sintomatología y, en ocasiones, se formulan dictámenes erróneos de esquizofrenia. En un estudio realizado en dicho Instituto y que incluyó a 125 pacientes, se diagnosticaron 11 pacientes con encefalitis viral cuyos síntomas principales correspondían a un primer episodio de psicosis.⁷

Por otro lado, en el mismo Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía el estudio de la fase prodrómica de la esquizofrenia se ha encausado en un servicio clínico bien constituido, dedicado a identificar y dar seguimiento a las personas con estas características. Lo anterior con el objetivo de implementar estrategias para retrasar la aparición de un primer episodio de psicosis y dar tratamiento lo más temprano posible, ya que se sabe que mientras más tiempo se mantenga el cuadro psicótico sin tratamiento, peor el pronóstico.⁸ Hasta el momento se han detectado 12 casos, de los cuales tres han presentado transición a un estado psicótico, recibiendo un tratamiento efectivo durante los primeros días del inicio de este primer episodio. En otros lugares del mundo, como Estados Unidos⁹ y Australia,¹⁰ se llevan a cabo estudios de estas fases prodrómicas, los cuales informan tasas de transición a psicosis entre 35 y 40% de los sujetos estudiados.

Así mismo, en la clínica del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", al igual que en los principales centros académicos que atienden la psicosis, se están desarrollando protocolos de investigación para identificar marcadores biológicos promisorios con ca-

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Humberto Nicolini. San Lorenzo 290, Col. Del Valle, 01300 México D.F., México. Tel.: (55) 5611 3028, extensión 111. Fax: (55) 3330 0108. Correo electrónico: nicolini_humberto@yahoo.com

pacidad de predecir de manera certera la transición hacia psicosis. Entre éstos se encuentra el procesamiento neural de la anticipación al desagrado o a la recompensa¹¹ y la espectroscopia por resonancia magnética de protón, cuyos datos preliminares se presentan en el artículo “Incremento del glutamato en el estriado de asociación en esquizofrenia: estudio longitudinal con espectroscopia por resonancia magnética”, publicado en este número de *Gaceta*.¹²

Por lo anterior, considero que todas las instituciones que atienden enfermos psicóticos (hospitales e institutos de salud) e incluso escuelas, deben elaborar modelos y programas de “psicoeducación” de detección temprana de esta enfermedad, dirigidos a los pacientes y sus familiares. Así mismo, es indispensable disponer de un sistema de referencia rápido y efectivo de estos pacientes, para su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, ya que esto representa un beneficio directo para ellos y la sociedad.

Referencias

1. Desjarlais RR. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press; 1995.
2. Frenk-Mora J. Alucinaciones, delirio y paranoia, síntomas de esquizofrenia. Comunicado de Prensa 341, Secretaría de Salud, México; 2005.
3. 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;22:1.
4. Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L, Ball DE, Kessler RC, Moullis M, et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1122-1129.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Serretti A, Mandelli L, Baj E, Cevenini N, Papili P, Mori E, et al. The socio-economical burden of schizophrenia: A simulation of cost-offset of early intervention program in Italy. *Eur Psychiatry* 2009;24:11-16.
7. Ramírez-Bermúdez J, Soto-Hernández JL, López-Gómez M, Mendoza-Silva M, Colín-Piana R, Campillo-Serrano C. Frequency of neuropsychiatric signs and symptoms in patients with viral encephalitis. *Rev Neurol* 2005;41:140-144.
8. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149:1183-1188.
9. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:28-37.
10. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res* 2003;60:21-32.
11. Menon M, Jensen J, Vitcu I, Graff-Guerrero A, Crawley A, Smith MA, et al. Temporal difference modeling of the blood-oxygen level dependent response during aversive conditioning in humans: effects of dopaminergic modulation. *Biol Psychiatry* 2007;62:765-772.
12. De la Fuente-Sandoval C, Favila R, Alvarado P, León-Ortiz P, Díaz-Galvis L, Amezcua C, et al. Incremento del glutamato en el estriado de asociación en esquizofrenia: estudio longitudinal con espectroscopia por resonancia magnética. *Gac Med Mex* 2009;146:109-113.