

Esquizofrenia: un problema de salud pública de grandes dimensiones en la población mexicana

Las enfermedades mentales se han convertido en un verdadero problema de salud pública, principalmente en personas entre 20 y 30 años de edad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se estima que 6.6 % de la población mundial sufre trastornos psiquiátricos y neurológicos, englobados entre las cinco principales causas que originan discapacidad en el mundo.^{1,2}

Sin duda, la esquizofrenia es la enfermedad mental crónica más común de este grupo y se caracteriza por una sintomatología muy amplia, con signos y síntomas tales como euforia, aislamiento, depresión y agresividad, los cuales conducen a trastornos personales y familiares que repercuten en el entorno social.³

En la práctica clínica, los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia son los siguientes:⁴

- Síntomas característicos.
- Disfunción social/laboral.
- Duración.
- Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.
- Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedad médica.
- Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

Esta patología representa una carga económica importante para el sector salud debido a la concurrencia de factores como edad temprana de aparición, carácter crónico, largos periodos de hospitalización, tratamiento ambulatorio indefinido, necesidad de apoyo y constante supervisión, incumplimiento terapéutico, alta tasa de suicidio y elevada prevalencia con tendencia al incremento. De 1996 a 2000 por esta causa 34 813 personas en México demandaron atención,⁵ con una clara tendencia al incremento de casos anuales de 54 % ($p < 0.001$); en 2000 se tuvo un riesgo de padecer esquizofrenia 1.54 veces en relación con 1996.

El tratamiento de la esquizofrenia es complejo y requiere la utilización de terapias farmacológicas, además de un abordaje psicológico y programas de ayuda para la integración social y laboral del paciente, así como el uso de medicamentos antipsicóticos.

Los fármacos antipsicóticos clásicos son los prescritos desde la década de 1950 para el tratamiento de la enfermedad. Si bien el haloperidol es el representante de este grupo, la olanzapina, antipsicótico atípico utilizado en el tratamiento a corto y largo plazo de la esquizofrenia, ha supuesto un importante avance en el pronóstico global de la enfermedad.¹

El perfil de bloqueo de los receptores en el sistema nervioso explica los efectos terapéuticos y los indeseados, como la hiperglucemia, la hiperlipidemia, la sedación, el aumento de peso, la hipotensión, la taquicardia refleja, la disminución de la sexualidad, la elevación de las transaminasas hepáticas y el edema.

La interacción con carbamazepina, clorpromazina, omeprazol y morfina disminuye los niveles sanguíneos de la olanzapina con la subsecuente pérdida de la efectividad. El hábito de fumar, el consumo de cafeína y de jugo de toronja, así como la ciprofloxacina y teofilina podrían aumentar los niveles sanguíneos y producir toxicidad.⁶

Se han utilizado los antipsicóticos del grupo de la olanzapina para tratar los síntomas cognoscitivos, que si bien parecen prometedores no han sido sistemáticamente comparados en los estudios publicados. La risperidona es más prometedora con mejoría significativa en diferentes componentes, especialmente en la memoria de trabajo o a corto plazo, mientras que la olanzapina parece más eficaz en la fluencia verbal al igual que la clozapina.

La esquizofrenia es una enfermedad de gran impacto social y económico que se presenta principalmente en jóvenes entre 20 y 30 años de edad, lo que hace necesario implementar acciones oportunas de prevención y detección en la población susceptible, con la finalidad de reintegrar, con equidad, a esta población que bajo tratamiento puede llevar una vida productiva.

Referencias

1. Muñoz P, Gallardo R. Trastornos metabólicos en pacientes esquizofrénicos tratados con clozapina. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2004;42(1):37-42.

2. Sandoval-de Escurdia J, Richard-Muñoz MP. La salud mental en México. México: Servicios de Investigación y Análisis, División de Política Social, Cámara de Diputados. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
3. Dilla T, Prieto L, Ciudad A, Sacristán JA. Olanzapina: un tratamiento coste-efectivo para pacientes con esquizofrenia. *Rev Esp Econ Salud* 2003;2(6):380-384.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. US: American Psychiatric Association. Disponible en <http://www.dsmivtr.org>
5. Arredondo A, Ramos R, Zúñiga A. Evaluación económica de la demanda de atención médica para salud mental en México: esquizofrenia y depresión 1996-2000. *Rev Invest Clin* 2003;55(1):43-50.
6. Montes de Oca M, Saviñón JA. Olanzapina vs. risperidona en el tratamiento de la esquizofrenia. Revisión de estudios. *Neurol Neurocir Psiquiatr* 2005;38(3):107-110.

Atentamente

Irene Fraga-Díaz del Castillo,¹

María del Socorro Alvarado-Ruvalcaba,²

Arturo Saucedo-Sauceda,²

Luz Teresa Velarde-del Río,¹

Lilia Esperanza Fragoso-Morales²

¹Hospital General de Zona 1, Instituto Mexicano del Seguro Social

²Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Autónoma de San Luis Potosí
San Luis Potosí, San Luis Potosí, México