

ENSAYO

¿Es factible y útil la detección precoz como estrategia de salud pública para el primer episodio de psicosis?

RUBÉN ALVARADO⁽¹⁾, CAMILO ERAZO⁽²⁾ y CATALINA POBLETE⁽³⁾

RESUMEN

Existe suficiente evidencia que permite sustentar que durante el primer episodio de psicosis se producen cambios importantes a nivel neurobiológico y psicosocial, que determinan en forma sustancial el pronóstico futuro, especialmente en lo que se refiere al grado de funcionamiento global y a los niveles de discapacidad (“hipótesis del periodo crítico”). A su vez, hay evidencia que demuestra que un menor tiempo de psicosis no tratada durante el primer episodio se asocia con un mejor pronóstico. Esto ha motivado el desarrollo de intervenciones que permitan una detección lo más temprana posible desde el inicio de los primeros síntomas de la psicosis. Los resultados obtenidos - todos en países desarrollados - muestran una notable mejoría en el tiempo de psicosis no tratada, en la recuperación y pronóstico de la enfermedad, así como en la reducción de riesgos asociados (tales como el consumo de drogas y el suicidio). Estos antecedentes han permitido que la OMS haya recomendado que los países adopten políticas al respecto, orientadas a la detección temprana de personas con episodios de psicosis.

Palabras clave: detección precoz, psicosis.

ABSTRACT

¿IS EARLY DETECTION FEASIBLE AND USEFUL AS A PUBLIC HEALTH STRATEGY FOR THE MANAGEMENT OF FIRST-EPISODE PSYCHOSIS?

ABSTRACT

There is enough evidence to support the fact that important neurobiological and psychosocial changes take place during the first-episode psychosis, that may have a substantial effect on the future outcomes, particularly on the degree of global functioning and the levels of disability (“critical period hypothesis”). In turn, there is evidence demonstrating that the shorter the period a psychosis remains untreated during the first episode, the better the prognosis. The latter has prompted the development of interventions allowing an earlier detection of psychosis from the very first onset of the first symptoms. The results – all obtained in developed countries – show a remarkable improvement of the duration of untreated psychosis, in the recovery and prognosis of the disease, as well as in the decrease of the associated risks (such as drug abuse and suicide).

(1) Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. ralvarado@med.uchile.cl

(2) Médico en Programa de Formación como Especialista en Psiquiatría.

(3) Médico – Psiquiatra del Niño y del Adolescente.

Such background has powered the WHO to advise the countries to adopt policies directed towards the early detection of people with first-episode psychosis.

Keywords: *early detection, psychosis*

INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que la esquizofrenia y sus trastornos afines tienen una prevalencia de vida cercana al 1%¹⁻³. Aunque la prevalencia es baja respecto de otros trastornos mentales, la relevancia para la salud pública está dada por su tendencia a evolucionar en forma crónica⁴ generando importantes grados de discapacidad y pérdida de funcionamiento psicosocial, por la afectación de la calidad de vida en los pacientes y sus cuidadores^{5,6}, así como por la cantidad de recursos que se requieren para su atención, con los consecuentes costos que conllevan^{1,7}.

Hasta bien avanzado el siglo XX, la concepción acerca de las características y evolución de la esquizofrenia estaba marcada por el modelo desarrollado por Kraepelin, donde esta enfermedad era concebida como una entidad mórbida cuya evolución avanzaba inevitablemente hacia un deterioro progresivo⁸. Actualmente hay una concepción diferente, más optimista, que proviene de los estudios que se basan en el seguimiento de cohortes de pacientes en diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad.

Una de las áreas donde se ha concentrado gran parte de la investigación es en el período inicial del primer episodio de psicosis, ya sea en la etapa previa a la aparición de los primeros síntomas psicóticos (prodromo), o en la fase que va desde la aparición del primer síntoma psicótico y el inicio de un tratamiento adecuado (fase de psicosis no tratada- FPNT). Los estudios que se concentran en la fase de prodromo tienen por finalidad llegar a desarrollar intervenciones de prevención primaria, idea muy promisoriosa, pero que hasta ahora los resultados no han sido concluyentes y han originado fuertes cuestionamientos éticos^{9,10}. Es un campo donde se debe seguir avanzando en la investigación básica antes de transformar este conocimiento en intervenciones sanitarias¹⁰.

Por otra parte, ya existe suficiente consenso acerca de la importancia de desarrollar intervenciones orientadas a la detección temprana de las personas que cursan su primer episodio de psicosis, con la finalidad de reducir la FPNT¹¹, lo que ha llegado a transformarse muy recientemente en una recomendación de la OMS para todos los países del mundo¹².

FUNDAMENTOS PARA UNA INTERVENCIÓN DE DETECCIÓN TEMPRANA

Para el desarrollo de una intervención de detección precoz o temprana se requiere la conjunción de, al menos, tres elementos: a) la existencia de una fase pre-clínica de la enfermedad en la cual se focalizaría la detección, b) la existencia de un mecanismo que permita detectar los casos con una elevada eficiencia (alta proporción de verdaderos positivos y de verdaderos negativos), y c) la existencia de un tratamiento eficaz para esta etapa. Al parecer, estos tres aspectos ya están presentes en este problema.

M. Birchwood et al¹³ han desarrollado la “hipótesis del período crítico”, en la que plantean que existiría una fase que sería crucial para la evolución posterior de la enfermedad, y que estaría ubicada en el período que va entre poco antes del inicio de la psicosis y alrededor de 3 a 5 años después de que ha comenzado. Durante éste se producirían importantes cambios a nivel neurobiológico y psicosocial, que determinarían el pronóstico futuro¹³. Además, en este período predominan fuertes sentimientos de ansiedad y depresión, ocasionando un alto riesgo de suicidio y consumo de drogas, lo que complicaría el curso posterior de la enfermedad¹³. Posteriormente la enfermedad se estabilizaría y sólo ocasionalmente presentaría reagudizaciones¹³.

El deterioro progresivo que fue descrito por Kraepelin sería producto de la institucionalización

de estos pacientes, lo que ya ha sido extensamente corroborado por los resultados de los procesos de reforma en la atención psiquiátrica que han sido bien evaluados^{14,15}.

La evidencia más importante que sustenta esta hipótesis es la asociación entre la duración de la FPNT y los resultados clínicos y psicosociales. Los seguimientos de corto plazo (1 a 5 años) han demostrado que las personas que tienen una FPNT más larga tienen una respuesta terapéutica y una recuperación clínica más lenta¹⁶⁻¹⁹, tienen una peor calidad de vida^{20,21} y han sufrido un nivel más alto de estrés, lo que se relaciona con una peor adaptación personal y familiar^{22,23}. Hay dos estudios que han seguido cohortes de pacientes con esquizofrenia por períodos más largos (entre 15 y 25 años) y ambas han concluido que los resultados clínicos en la primera etapa, especialmente en lo que se refiere a la duración de la FPNT, están fuertemente correlacionados con los resultados clínicos en el largo plazo^{24,25}.

Algunos autores han planteado críticas metodológicas importantes a estos estudios, entre las que hay dos que son destacables: a) se trata fundamentalmente de estudios correlacionales, y b) puede haber un sesgo de selección, ya que se trabaja con pacientes que han buscado y seguido un tratamiento y no con los que se recuperarían en forma espontánea dentro de la comunidad^{26,27}. La primera de estas críticas ha llevado a la discusión acerca de que pudiera existir otro factor que estuviese relacionado con el tiempo de duración de la FPNT y los resultados (se trataría de un factor contundente) y no que estos últimos sean consecuencia de lo primero. Hasta la fecha no se ha podido dilucidar este debate en una u otra dirección²⁸.

Sin embargo, la gran mayoría de los autores está de acuerdo en que existe evidencia suficiente para desarrollar intervenciones que tengan como objetivo reducir el tiempo de la FPNT, lo que sumado a la existencia de tratamientos eficaces²⁹⁻³¹ que permitirían ayudar a estas personas y reducir la experiencia de estrés que ellas y sus familias sufren, transformando así a esta intervención de detección precoz en un imperativo técnico y ético^{11,32}. Por esta razón,

en el Reino Unido se han desarrollado los equipos para intervención temprana en psicosis como política del NHS³³, y la OMS ha planteado recomendaciones en la misma dirección para todos los países¹².

EXPERIENCIAS DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

Revisemos brevemente la evidencia que proviene de intervenciones para la detección temprana de personas que sufren su primer episodio de psicosis.

El estudio pionero fue realizado en el condado de Buckinghamshire, en Inglaterra (The Buckingham Project), entre los años 1984 y 1988³⁴. Los médicos generales (GP) de un área que comprendía 35.000 habitantes fueron entrenados para detectar precozmente los posibles casos de psicosis. El diagnóstico era confirmado por un equipo especializado. En los 4 años en que el proyecto fue desarrollado se detectaron 16 personas con síntomas prodrómicos y uno a quien se le diagnosticó esquizofrenia (EQZ). A pesar de las diferentes críticas que este trabajo recibió, sus resultados produjeron un gran impacto en este campo. Uno de sus hallazgos más importantes fue que existían muchos casos que no habían sido diagnosticados durante su primer episodio.

Otra iniciativa de este tipo fue la dirigida por el Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (The EPPIC Study)³⁵, en 1996, en la zona oeste de Melbourne (800.000 habitantes), Australia. El EPPIC es un centro especializado en la detección y tratamiento de personas con psicosis. En este estudio se comparó el grupo de pacientes ingresados al centro durante el período de intervención (cohorte grupo experimental) v/s aquellos que lo habían hecho años antes (cohorte grupo control). Lograron un pequeño descenso en la mediana del período de psicosis no tratada, desde 60 semanas a 52 semanas (cifra que no fue estadísticamente significativa). El seguimiento de las cohortes demostró que el grupo experimental tenía menos re-admisiones, usaba dosis más bajas de neurolepticos (en las fases aguda y post-aguda), lograba mejores

puntuaciones en calidad de vida y presentaba menos síntomas negativos. Estos mejores resultados fueron más notorios en los pacientes con un menor período de psicosis no tratada (1 a 6 meses)³⁵.

Otra experiencia semejante fue la del TIPS Study (36), que se llevó a cabo en 3 zonas de la Europa Escandinávica (2 en Noruega y 1 en Dinamarca). Su objetivo fue la evaluación de un programa de detección y tratamiento precoz de EQZ, buscando modificar la evolución y pronóstico de esta enfermedad. Se inició en 1997 y el grupo experimental fue comparado con los ingresos de un estudio previo (1993 – 1994), donde no hubo intervención especial. Se desarrolló un extenso programa educativo en la comunidad, con énfasis en colegios y centros de atención primaria. Ellos encontraron que el grupo experimental tenía un significativo menor período de psicosis no tratada (especialmente entre los varones), los pacientes eran más jóvenes, con un mejor ajuste premórbido y una psicopatología menos severa.

Los pacientes con una corta fase de psicosis no tratada tenían una rápida y completa recuperación. En el grupo control no hubo este tipo de pacientes³⁶. En un reciente reporte de este grupo, donde se compararon los resultados con zonas de los mismos países que no participaron de la intervención, se logró una reducción significativa del período de psicosis no tratada (mediana de 5 semanas v/s 16 semanas) y con mejores resultados clínicos³⁷.

La mayor dificultad detectada hasta ahora ha sido que los pacientes y sus familias tomen la decisión de buscar ayuda, y cuando se hace (en atención primaria), no siempre logran un buen reconocimiento y diagnóstico del problema³⁸. Un proyecto más reciente es el REDIRECT (Birmingham Early Detection in Untreated Psychosis Trial), que ha puesto su foco en el entrenamiento de médicos generales (GP), para que mejoren su capacidad para detectar casos de primer episodio de psicosis y brinden las primeras atenciones, al igual que ha trabajado en mejorar la interrelación entre el nivel primario y secundario. Los autores reportan buenos resultados, con un incremento en la tasa de detección y un mejor funcionamiento de la

interfase entre atención primaria y secundaria¹².

En Chile, un equipo de investigación encabezado por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, junto a varios equipos clínicos de servicios de psiquiatría del país, quienes han realizado el primer estudio nacional para describir la situación respecto de la fase de psicosis no tratada en nuestro medio³⁹. La mediana, desde que se inicia el primer síntoma psicótico hasta que se hace el diagnóstico, fue de 7 meses, y sólo un 31,9% de los pacientes inicia su tratamiento antes de los 3 meses. La mayoría (91,7%) ha tenido algún contacto con el sistema sanitario en este tiempo (casi todos con médicos de la atención primaria), pero sólo en un porcentaje menor se diagnostica el cuadro clínico. Existen varias creencias en el paciente y en su familia que limitan el acceso rápido a una atención adecuada. Asimismo, se describieron diversos problemas del sistema sanitario que retardan el inicio del tratamiento.

Además, es importante destacar que el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia es uno de los problemas de salud que ha sido incorporado al régimen Auge – GES de la reforma sanitaria en Chile y, por lo tanto, existen garantías para su tratamiento⁴⁰. La existencia de tratamientos que sean efectivos y estén disponibles es una condición clave para la implementación de estrategias de detección precoz.

Los hallazgos descritos en nuestro estudio previo, así como la presencia de un marco regulatorio que posibilita el acceso a un tratamiento adecuado de todos quienes lo requieran, motivaron a nuestro equipo de investigación a desarrollar un proyecto que busca evaluar una intervención comunitaria dirigida a la detección precoz de las personas que inician un episodio de psicosis, y que actualmente se encuentra en desarrollo en tres zonas de nuestro país. □

CONCLUSIÓN

Lo anterior llevó a la Organización Mundial de la Salud y al International Early Psychosis Association (IEPA) a formular recomendaciones

en este campo¹² : a) aumentar la conciencia de la comunidad sobre el problema y la relevancia de su detección temprana (focalizar en profesores y otras instituciones comunitarias que trabajan con jóvenes); b) aumentar la capacidad de los médicos de APS para su reconocimiento y manejo inicial, así como una buena coordinación con el nivel secundario; y c) lograr una media de hasta 3 meses para la FPNT entre los pacientes.

En nuestro país existen las condiciones para implementar una estrategia de este tipo, tanto por la existencia de información que permite conocer las características de este problema en nuestro medio como por la presencia de un marco regulatorio que permite el acceso a un tratamiento adecuado para quienes lo requieran.

REFERENCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. WHO. 2001.
2. WARNER R, DE GIROLAMO G. (1995). Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia. WHO.
3. VICENTE B, RIOSECO P, SALDIVIA S, KOHN R, TORRES S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III – R / CIDI) (ECP). Rev Med Chile 2002; 130: 527 – 536.
4. JABLENSKY A, SARTORIUS N, ERNBERG G ET AL. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten – country study. Psychol Med (Monogr Suppl). 20: 1 – 97.
5. BOBES J & GONZÁLEZ MP (2000). Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. Calidad de vida en los trastornos mentales. España: Masson. Pp. 157 – 169.
6. SCHENE AH, TESSLER RC, GAMACHE GM (1996a). Caregiving in severe mental illness: conceptualization and measurement. En: Kundsén HC & Thornicroft G, eds. Mental Health Service Evaluation. Great Britain: Cambridge University Press. Pp. 296 – 316.
7. KNAPP M (2000). Schizophrenia costs and treatment cost – effectiveness. Acta Psychiatr Scand, 102 (suppl 407): 5 – 18.
8. KRAEPELIN E. (1896). Dementia Praecox. En: Cutting J. And Shepherd M. The clinical routes of the schizophrenia concept. Cambridge University Press. U.K.
9. WARNER R Problems with early and very early intervention in psychosis. Br J Psychiatry 2005; 187 (suppl. 48): s104 – s107.
10. MCGLASHAN TH. Early detection and intervention in psychosis: an ethical paradigm shift. Br J Psychiatry 2005; 187 (suppl. 48): s113 – s115.
11. READING B & BIRCHWOOD M. Early intervention in psychosis: rationale and evidence for effectiveness. Dis Manage Health Outcomes 2005; 13 (1): 53 – 63.
12. BERTOLOTE J & MCGORRY (on behalf of the WHO & IEPS). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. Br J Psychiatry 2005; 187 (suppl. 48): s116 – s119.
13. BIRCHWOOD M, TODD P, JACKSON C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry 1998; 172 (suppl. 33): 53 – 59.
14. LEFF J, eds. Care in the community: illusion or reality?. England: John Wiley & Sons. 1997.
15. LEFF J & TRIEMAN N. Long – stay patient discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five – years in the community, The TAPS Project 46. Br J Psychiatry 2000, 174: 217 – 223.
16. LOEBEL AD et al. Duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia. Am J Psychiatry 1992; 149 (9): 1183 – 1188.
17. MCGORRY et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 1996; 22 (2): 305 – 326.
18. REMINGTON G, KAPUR SH, ZIPURSKI R. Pharmacotherapy of first – episode schizophrenia. Br J Psychiatry 1998; 172 (suppl. 33): 66 – 70.
19. PERKINS DO et al. Predictors of antipsychotic treatment response in patient with first – episode schizophrenia, achizoffective and schizophreniform disorders. Br J Psychiatry 2004; 185: 18 – 24.
20. BROWNE ST et al. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 174: 173 – 176.
21. MALLA AK et al. Determinants of quality of life in first – episode psychosis. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 46 – 54.
22. HÄFNER H. Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2000; 102 (suppl 407): 44 – 48.
23. BIRCHWOOD M. Pathways to emotional dysfunction in first – episode psychosis. Br J Psychiatry 2003; 182: 373 – 375.
24. HARRISON G et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25- year international follow-up study. Br J Psychiatry 2001; 178: 506 – 517.
25. KUA J et al. A 20-year follow-up study on schizophrenia in Singapore. Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 118 – 125.
26. FRIIS S et al. Methodological pitfalls in early detection studies – the NAPE Lecture 2002. Acta Psychiatr Scand 2003; 107: 3 – 9.

27. NORMAN R et al. Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl. 48): s19 – s23.
28. MALLA AK, NORMAN R, JOOBER R (2005). First – episode psychosis, early intervention, and outcome: what have we learned? *Can J Psychiatry*, 50: 881 – 891.
29. SPENCER E, BIRCHWOOD M, MCGOVERN D (2001). Management of first-episode psychosis. *Adv Psychiatry Treatment*, 7: 133 – 142.
30. NADEEM Z, MCINTOSH A, LAWRIE ST. (2002). Schizophrenia. En: *Clinical Evidence Mental Health*. BMJ Publishing Group. London. UK.
31. BUSTILLO JR, LAURIELLO J, HORAN WP, KEITH SJ. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry*. 158: 163 – 175.
32. PELOSI A & BIRCHWOOD M. Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources?. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 196 – 198.
33. DEPARTMENT OF HEALTH. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. London: HMSO, 2000.
34. FALLOON IR, KYDD RR, COVERDALE JH, TANNIS ML. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 271 – 282.
35. CARBONE S, HARRIGAN S, MC GORRY PD, CURRY C, ELKINS K. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first – episode psychosis: the impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 96 – 104.
36. LARSEN TK, JOHANNESSEN JO, GULDBERG C, OPJORDSMOEN S, VAGLUM P, MCGLASHAN TH. Early intervention programs in first – episode psychosis and reduction of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophr Res* 1999; 36: 344 – 345.
37. MELLE I, LARSEN TK, HAAHR U, FRIIS S, JOHANNESSEN JO, et al. Reducing the Duration of Untreated First – Episode Psychosis. Effects of clinival presentation. *Arch Gen Pshychiatry* 2004; 61: 143 – 150.
38. SKEATE A et al. Duration untreated psychosis and pathway to care in first – episode psychosis. Investigation of help – seeking behaviour in primary care. *Br J Psychiatry* 2002; 181 (suppl. 43): s73 – s77.
39. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Informe Final del proyecto: Detección de factores clínicos y sociales que permitan la identificación temprana de personas que presentan un primer episodio de esquizofrenia. Chile. Mayo 2004.
40. REPÚBLICA DE CHILE. Decreto N° 228 del 23 de diciembre del 2005, que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.