

Trastornos esquizofrénicos en la atención primaria a la salud mental

Jorge L. Tizón^a, Josep Ferrando^b, Antonia Parés^c, Jordi Artigüé^c, Belén Parra^d y Conxita Pérez^c

Objetivos. Determinar la prevalencia y la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis en una unidad de salud mental (USM) estrechamente vinculada con la atención primaria de salud.

Diseño. Estudio longitudinal, retrospectivo, del registro de todos los pacientes con psicopatología detectados en un área geodemográfica y asistencialmente delimitada.

Emplazamiento. Cinco áreas básicas de salud de Barcelona (103.615 habitantes).

Participantes. Pacientes de la USM que habían consultado por trastornos de salud mental durante el período 1982-2000 (n = 21.236). Se aplicaron criterios asistenciales y diagnósticos estrictos basados en la clasificación DSM-4. Todos los casos fueron validados mediante consulta de la historia clínica y el censo.

Mediciones. Incidencia (en los últimos 3 años) y prevalencia de esquizofrenia y otras psicosis, en todo el período del estudio, tanto en población general como en la población en edad de riesgo (15-54 años).

Resultados. En total, 838 pacientes cumplían los criterios para ser diagnosticados como esquizofrénicos (n = 476) o afectados por otras psicosis (n = 362). La incidencia de esquizofrenia es de 3,47/10.000 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,3-4,6) en la población general y de 5,09/10.000/IC del 95%, 3,2-6,9) en la población en riesgo, y la prevalencia de esquizofrenia es de 54,9/10.000 (IC del 95%, 41,8-50,1) en la población general y de 80,7/10.000 (IC del 95%, 73,5-88) en la población en riesgo.

Conclusiones. La interfase USM comunitaria-atención primaria de salud puede ser un buen lugar para la detección y el estudio de los síndromes esquizofrénicos y otras psicosis, siempre que se cumplan determinados criterios asistenciales y de investigación.

Palabras clave: Esquizofrenia. Psicosis. Epidemiología. Factores de riesgo. Prevención. Detección precoz.

SCHIZOPHRENIC DISORDERS IN PRIMARY CARE MENTAL HEALTH

Objectives. To determine the prevalence and incidence of schizophrenia and other psychoses in a mental health unit (MHU) closely connected to primary health care.

Design. Retrospective longitudinal study of the register of all patients with psychiatric illnesses detected in a specific geodemographic and health care area.

Setting. Five basic health care areas of Barcelona (103 615 inhabitants).

Participants. MHU patients who had attended clinics due to mental health disorders during the period from 1982-2000 (N=21 236). Strict health and diagnostic criteria based on the DSM-4 classification were applied. All cases were validated using clinical history review and consensus.

Measurements. Incidence (in the last 3 years) and prevalence of schizophrenia and other psychoses in the whole period of study, both in the general population and in the risk population age group (15-54 years).

Results. In total, 838 patients complied with the diagnosis of suffering from schizophrenia (N=476) or other psychoses (N=362). The incidence of schizophrenia was 3.47/10 000 (95% confidence interval [CI], 2.3-4.6) in the general population and 5.09/10 000, 95% CI, 3.2-6.9) in the population at risk, and the prevalence of schizophrenia was 54.9/10 000 (95% CI, 41.8-50.1) in the general population and 80.7/10 000 (95% CI, 73.5-88) in the population at risk.

Conclusions. The MHU-primary health care interface can be a good place to detect and study schizophrenic syndromes and other psychoses, as long as they comply with the agreed health and research criteria.

Key words: Schizophrenia. Psychosis. Epidemiology. Risk factors. Prevention. Early detection.

English version available at
www.doyma.es/193.667

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 125)

^aPrevención en Salut Mental-EAPPP. Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb Psicosis. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^bDepartament d'Educació. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

^cUnidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^dUniversitat de Barcelona. Secció Departamental de Treball Social i Serveis Socials. Barcelona. España.

La realización de este trabajo ha sido apoyada por la beca para el Proyecto SASPE 02E/99 de la Fundació Seny, tras evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya.

Correspondencia: Dr. J.L. Tizón. Institut Català de la Salut. Roger de Llúria, 130, 1.º, 3.ª. 08037 Barcelona. España. Correo electrónico: jtizon@meditex.es

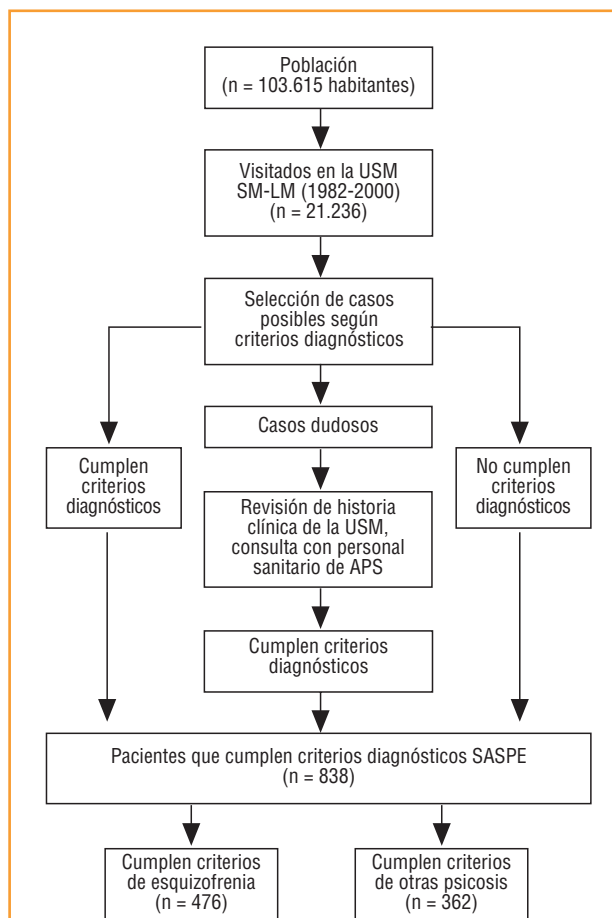
Manuscrito recibido el 30-11-2005. Manuscrito aceptado para su publicación el 5-4-2006.

Introducción

El estudio de la epidemiología de las psicosis en general y de los síndromes esquizofrénicos en particular tiene casi un siglo de antigüedad. Desde los primeros estudios de Faris y Dunham, Roger Bastide o Raymond Cochrane, los trabajos en este ámbito suelen agruparse según se hayan realizado directamente en la población general o bien mediante los «registros de casos psiquiátricos»¹. La literatura científica que trata y resume los problemas de cada tipo de estos estudios es hoy muy amplia²⁻¹¹. Entre los problemas de tipo teórico hay que considerar en primer lugar la definición y la delimitación del síndrome, el grupo o el trastorno esquizofrénico. Otro problema consiste en cómo detectar en la comunidad a los pacientes afectados cuando, por definición, tienden a evitar los contactos y, por lo tanto, el diagnóstico. La tendencia al infradiagnóstico¹⁰ puede llevar a los investigadores a tomar decisiones pragmáticas como, por ejemplo, sustituir el uso de las entrevistas estandarizadas y semiestandarizadas por *check-list* más o menos fiables, basadas en la información clínica que figura en las historias de ingreso y/o alta hospitalaria. También puede llevar a juntar a pacientes con diagnósticos diversos, a incluir o no casos dudosos, o a considerar como datos de incidencia o prevalencia poblacional los conseguidos en hospitales o servicios psiquiátricos sin tener en cuenta la prevalencia y la incidencia oculta en la población durante años a causa de las características del trastorno^{3,4}. De ahí que recoger datos directamente en la atención primaria de salud (APS) y en unidades de salud mental (USM) estrechamente vinculadas a la APS podría resultar una vía para complementar, y tal vez matizar, los datos proporcionados por los otros tipos de estudios¹²⁻¹⁵. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis en una USM con estrechas relaciones con la APS.

Métodos

Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo de una población en tratamiento en la USM Sant Martí-La Mina (USM SM-LM) del Institut Català de la Salut. Dicha USM, dadas sus vinculaciones con la CAP y los equipos de referencia de segundo y tercer nivel, así como su estricta territorialización, puede contar con la colaboración de la APS en la detección y la validación de casos. Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio denominado Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Signos Prodrómicos de la Esquizofrenia)¹³. La población en la que se realizó el estudio se organiza en 5 áreas básicas de salud que agrupan a un total de 103.615 habitantes, los cuales desde hace más de 20 años tienen a la USM SM-LM como centro de referencia para todo tipo de trastornos de salud mental, tanto de niños como de adultos y tanto en el ámbito terapéutico como en el preventivo. Para el tipo de estudio propuesto era necesario contar con una USM de alta accesibilidad y estrechamente vinculada con las APS. La USM SM-LM parecía



Esquema general del estudio

Estudio retrospectivo, longitudinal, de la incidencia y prevalencia en servicio en una unidad de salud mental de alta accesibilidad vinculada con la APS.

que cumplía dichos requerimientos, puesto que funcionaba integrada en centros de salud y parecía poseer una de las más altas accesibilidades de Europa: a finales de 2001 se habían visitado en

TABLA 1
Diagnósticos DSM-IV utilizados para la calificación de «caso SASPE»

Esquizofrenia	295,10, 295,20, 295,30, 295,60, 295,90
Trastorno esquizofreniforme	295,40
Trastorno esquizoafectivo	295,70
Trastorno delirante	207,10
Trastorno psicótico breve	298,8
Trastorno psicótico compartido	297,3
Trastorno psicótico debido a: enfermedad médica	293,
Trastorno psicótico inducido por sustancias	292,11
Trastorno psicótico no especificado	298,90
Trastornos psicóticos en la infancia: trastornos generalizados del desarrollo	299,00, 299,10, 299,80

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

TABLA 2 Criterios para el diagnóstico de «caso» en los estudios SASPE

Criterios	
A.	A1. Los diagnósticos de la tabla 1 realizados según criterios DSM-IV
	A2. Mantenidos un mínimo de 6 meses
	A3. Y en 3 o más visitas en la unidad de salud mental
	O bien
B.	Dos o más ingresos en servicios de psiquiatría hospitalarios o de hospitales monográficos con esos grupos diagnósticos (tabla 1)
	O bien
C.	Dos o más visitas en urgencias de hospital general o servicio de psiquiatría de hospital con esos diagnósticos de salida (tabla 1)

alguna ocasión en dicha USM 22.846 personas de la población adscrita (103.615 personas), lo que corresponde al 22,05% de la población de su territorio.

En las tablas 1 y 2 se resumen los criterios por los cuales se diagnosticó como «caso Saspe» a los pacientes incluidos en el Registro de Casos de la USM. En dicho Registro se hallan incluidos todos los pacientes que en algún momento han sido visitados en la USM, aunque luego el tratamiento sea en común o, en un pequeño porcentaje de casos, el tratamiento haya sido encomendado a la APS con la colaboración del equipo especializado.

Para la determinación de la prevalencia y la incidencia de esquizofrenia y otras psicosis en la población de referencia se han utilizado los registros clínicos informatizados de todos los pacientes. A partir de ellos se han seleccionado los que cumplían los criterios de una definición de caso operativa orientada a no realizar «sobreclusiones» de casos. Cada registro ha sido validado con información demográfica, tras eliminar las defunciones y los traslados, y si era necesario, mediante interconsulta con sus médicos de familia, enfermeras o pediatras, hasta decidir si cumplían los criterios para ser definidos como «caso SASPE».

Se ha calculado la incidencia de esquizofrenia y psicosis para el período 1998-2000, tanto en la población general como en la población en edad de riesgo (15-54 años). La prevalencia de esquizofrenia y otras psicosis se ha calculado para el conjunto del período de estudio (1982-2000). Los denominadores de población de La Verneda provienen de la actualización del censo del año 2000 y los de La Mina (municipio de Sant Adrià de Besós), de la actualización del padrón de 1996.

Resultados

Hay una detección bastante estable en el equipo, ya que desde que se completó (en 1989) se han detectado entre 42 y 87 casos nuevos por año (tabla 3). Sus diagnósticos se resumen en la tabla 4.

La incidencia media de esquizofrenia en los últimos 3 años respecto a la población general es de 3,47 casos por 10.000 habitantes (intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,3-4,6), mientras que en la población de riesgo (15-54 años) es de 5,09 casos por 10.000 habitantes (IC del 95%, 3,2-6,9). Si se toma el conjunto de los casos con psicosis en la población general, la incidencia media en los últimos 3 años es de 6,17 casos por 10.000 habitantes (IC del 95%, 4,6-7,6). Los síndromes esquizofrénicos, incluso con estos criterios estrictos, constituyen la psicosis más prevalente en nuestra población: 45,9 por 10.000 habitantes (IC del 95%, 41,8-

TABLA 3 Año de la primera visita de los pacientes esquizofrénicos o con otras psicosis agrupados según todas las edades o en edad de riesgo (15-54 años)

Año	Esquizofrenia		Otras psicosis	
	(todas las edades)	(15-54 años)	(todas las edades)	(15-54 años)
1982	11	8	6	3
1983	14	10	6	3
1984	16	16	7	6
1985	5	4	2	1
1986	10	10	3	2
1987	4	4	4	2
1988	16	15	18	13
1989 ^a	23	23	19	11
1990	24	21	29	22
1991	31	28	22	12
1992	42	39	45	23
1993	34	33	25	18
1994	32	25	26	17
1995	44	37	28	14
1996	36	32	21	11
1997	27	26	17	13
1998	34	26	24	14
1999	32	28	27	17
2000	41	35	33	19
Totales	476	420	362	221

^aAño de consolidación del equipo asistencial de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina.

TABLA 4 Diagnósticos ampliados de los pacientes psicóticos calificados como «caso SASPE»

Diagnostico DSM-IV	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia	404	48,2
Trastorno esquizofreniforme	38	4,5
Trastorno esquizoafectivo	34	4,1
Trastorno delirante	209	24,9
Trastorno psicótico breve	11	1,3
Trastorno psicótico compartido	1	0,1
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	9	1,1
Trastorno psicótico inducido por sustancias	10	1,2
Trastorno psicótico no especificado	62	7,4
Psicosis infantil	60	7,2
Totales	838	100,0

50) en la población general y 80,8 por 10.000 habitantes (IC del 95%, 73,5-88) en la población de riesgo (tabla 5). Su prevalencia detectada es mayor que el resto de psicosis conjuntamente y más de 2 veces superior que la de los trastornos delirantes.

Discusión

Según el National Institute of Mental Health norteamericano, a partir del estudio ECA, la prevalencia anual de la

TABLA 5 Prevalencia de la esquizofrenia y «otras psicosis» detectadas en la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina, años 1982-2000

Diagnóstico	n	%	Población general		Edad de riesgo	
			Prevalencia (por 10.000 habitantes)	IC del 95%	Prevalencia (por 10.000 habitantes)	IC del 95%
Esquizofrenia	476	56,8	45,9	41,8-50,1	80,8	73,5-88
«Otras psicosis»	362	43,2	34,9	31,3-38,5	61,4	55,1-67,7
Trastornos delirantes	209	24,9	20,2	17,4-22,9	35,5	30,7-40,3
Otras psicosis del adulto	93	11,1	9,0	7,15-10,8	15,8	12,6-19
Otras psicosis de inicio en la infancia	60	7,1	5,8	4,3-7,2	45,4*	34-56,9
Total	838	100	80,9	75,4-86,3	142	133-152

IC: intervalo de confianza.
*Población 0-14 años, n = 13.204.

esquizofrenia oscila entre 0,9 y 1,3/10.000^{8,16-20}. El estudio alemán ABC^{4,18,19} presenta una incidencia del 1,02/10.000 en la población de riesgo (15-54 años). El estudio español de Vázquez-Barquero en Cantabria⁹ aporta una incidencia del 0,80/10.000 y de 1,90/10.000 en la edad de riesgo (15 a 54 años). En la tabla 6 pueden observarse las variaciones entre los diferentes estudios, tanto en incidencia como en prevalencia.

Esta disparidad de resultados puede atribuirse a las diferentes poblaciones estudiadas, a las distintas fuentes de información consultadas, así como a los diferentes criterios diagnósticos utilizados.

Nuestra intención era realizar un estudio no tanto de la población general, sino de la población «realmente asisti-

da» en algún momento de su historia. Para ello, parecía idóneo investigar la incidencia y la prevalencia en los dispositivos de APS y/o en USM en esa línea asistencial.

Por desgracia, los registros de casos psiquiátricos son sistemas que se limitan a los pacientes que contactan con los servicios asistenciales: si únicamente se tienen en cuenta los servicios hospitalarios, incluso en el caso de la esquizofrenia, ello puede sesgar los resultados de forma relevante, al

dejar fuera a una importante proporción de personas afectadas. El problema se observa también aunque la base de los registros de casos «psiquiátricos» sea extrahospitalaria, ambulatoria o comunitaria. De ahí que convenga realizar estudios tanto en la población general como en la APS: se trata del dispositivo de la línea asistencial que, si está suficientemente desarrollado en el país, recibe gran parte de las enfermedades de todo tipo, incluidas las mentales^{1,5,12-15-28}.

Como puede observarse, para el grupo de estudios con poblaciones en tratamiento, los índices proporcionados por el Proyecto SASPE, incluso tras descontar las pacientes muertas o trasladados, son superiores, lo que indica una mayor accesibilidad de dicho dispositivo.

TABLA 6 Metodología y principales resultados obtenidos en los estudios nacionales e internacionales más utilizados como fuente de comparación por el equipo SASPE

Autor y referencia bibliográfica	Población (casos de esquizofrenia y/o OOPP)	Método	Ámbito fundamental	Prevalencia (%)		Incidencia (por 10.000 habitantes)	
				Esquizofrenia	Delirantes y otras psicosis del adulto	Esquizofrenia	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Jablenski et al, OMS, 1992 ⁶ (Ten Country Study) ^a	— (980)	Registro de casos en 13 áreas de 10 países Entrevista estructurada + CATEGO	Hospitalario (10 países)	0,36-0,69 anual	0,31-0,59 (puntual) ?	0,9-2,1 ?	2-5 ?
Gattaz y Häfner	150.000	Registro de casos	Hospitalario				1,02 ^a
ABC Study ^{19,a}	(232)	Registro de casos y doble fase					
ECA-NIMH ^{8,a}	20.000 (> 3.000)	Registro de casos en áreas de captación	Sectores de población general	0,7-1,9 1,3-1,4		10-71	
Vázquez-Barquero EPEEC ^{9,a}	522.663 1.223 (86)	Estudio transversal a partir del primer contacto asistencial	Hospitalario	0,5-1,1	0,8-1,9 ^a		
Herrera et al Baix Llobregat (Barcelona)	811 (10 + 8)	Doble fase	Muestra de población general	1,08-1,35	0,85-1,08		
Alanen et al, Finlandia ²	Población general asistida	Registro de casos	Población asistida	0,9-2,1		1,6-2,0	
DSM-IV ¹⁶		Estimación de expertos	Todos	0,5-1,0	0,20-0,30	1,00	1,36
Tizón et al, Estudio SASPE ^{13,a} (Barcelona)	103.615 21.536 pacientes (838)	Registro de casos + criterios definitorios	APS	0,41-0,50 0,7-0,8 ^b	0,31-0,38 0,5-0,6 ^b	2,3-4,6 3,2-6,9 ^b (1998-2000)	4,6-7,6 (1998-2000)

APS: atención primaria de salud.

^aResultados calculados en la población de riesgo: 15-54 años.

^bEn población de riesgo y con censo corregido al alza para integrar el impacto de la posible «deriva social».

Lo conocido sobre el tema

- Se suele decir que los trastornos esquizofrénicos tienen una prevalencia en la población general cercana al 1% y una incidencia anual de 1-2 por 10.000 habitantes.
- Hay una importante variación entre diferentes estudios. Los datos de prevalencia están siendo revisados «a la baja» y, en los datos defrenciados según cada trastorno psicótico concreto, la dispersión es aún mayor.
- Sin embargo, entre los consultantes del sistema sanitario, estos pacientes y sus familias se encuentran entre los que más sufrimientos soportan, así como entre los que implican una dedicación económica mayor de los presupuestos sanitarios y sociales.

Qué aporta este estudio

- El Proyecto SASPE intenta aportar una perspectiva directa de la incidencia, la prevalencia y las características de la esquizofrenia y otras psicosis basada en casos realmente tratados en la APS y en las USM vinculadas con la APS, y no tan sólo en hospitales o encuestas de población.
- Confirma que la mayoría de los pacientes psicóticos se visitan en la APS o en la interfase APS-USM (el tipo de trabajo que hemos llamado «Atención Primaria a la Salud Mental»).
- Los datos aportados por este tipo de estudios, tanto de incidencia como de prevalencia, pueden resultar más útiles y realistas para la APS que los procedentes de estudios basados en el medio hospitalario, en el sentido de que se correlacionan más directamente con sus necesidades clínicas y asistenciales.

A partir de los resultados de la presente investigación, parece que la APS y los equipos de salud mental vinculados a ella son un buen lugar para la detección los trastornos mentales, especialmente cuando concurre una estabilidad por parte de las USM en el mismo territorio y con la misma población. Probablemente, los estudios con población asistida serán los que puedan proporcionar cifras más cercanas a la realidad psicopatológica de la población y, desde luego, las características diferenciales de los diversos tipos de cuadros y problemas psicopatológicos.

Tradicionalmente, se considera que los estudios con población general, en doble fase, son los que mejor se aproximan a la incidencia y prevalencia real de las psicosis en la población general. Sin embargo, con los resultados del presente estudio habría que matizar esa consideración.

Eso puede significar un nuevo apoyo para los estudios basados en registros de casos psiquiátricos o de APS y, en general, a los registros de casos vinculados con la clínica comunitaria y la APS¹: los médicos de APS adecuadamente apoyados^{14,15} es probable que detecten más los posibles casos de lo que suele considerarse. Una relación con una USM de alta accesibilidad puede mejorar la detección (y los cuidados) de este tipo de pacientes por parte del sistema sanitario en general.

Nuestros resultados de prevalencia con respecto a la población general, debido probablemente a nuestros criterios estrictos, son algo menores que los comunicados en algunos estudios internacionales con base poblacional, pero es posible que sean más realistas: todos corresponden a casos reales, tratados continuada o repetidamente como esquizofrénicos o psicóticos. Por otra parte, hay una correspondencia entre nuestros datos y la prevalencia en la edad de riesgo habitualmente comunicada para la esquizofrenia: si bien es del 1,0% en las estimaciones tipo American Psychiatric Association¹⁶, esas cifras están tendiendo a corregirse a la baja^{7,20,22,23} y se acercarían a nuestro 0,80% en edad de riesgo.

Asimismo, creemos que nuestros datos proporcionan una buena aproximación a la realidad de la incidencia y prevalencia de la esquizofrenia en una población delimitada también por otro motivo: porque nuestra metodología nos ha permitido no mezclar en el mismo grupo diagnóstico de esquizofrenia o de psicosis otros diagnósticos que a menudo se suman en el mismo apartado, diagnósticos que van desde el «espectro esquizofrénico» (que puede incluir incluso trastornos de personalidad como el esquizotípico o esquizoide) hasta las psicosis bipolares o depresivas como, por ejemplo, en los estudios ABC¹⁹.

Por otra parte, los estudios poblacionales, y más aún los del ECA y derivados, plantean los problemas de sobredimensionalización ya hace tiempo señalados⁷. Si, a pesar de todo, nuestros datos de incidencia y prevalencia siguen siendo comparables con ellos, probablemente ha de deberse o bien a características particulares de la población estudiada o bien a una mayor capacidad de captación de «casos» merced al método utilizado: recogida de los datos realmente tratados en servicios de salud mental de alta accesibilidad incluidos en la línea de APS.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio alemán ABC y de los estudios de Cantabria, habría que pensar incluso que, en nuestra población, con toda seguridad hay un número de esquizofrénicos y de pacientes con otras psicosis que no ha sido aún detectado: si la fase de los primeros síntomas ha comenzado una media de 5 años antes^{2,3,9-12,22}, la de pródromos o fase prepsicótica lo ha hecho al menos un año antes^{4,19,28}. Estos pacientes son aún indetectables para todos los estudios, incluso, en buena medida, para los estudios comunitarios y de APS.

Como limitaciones de nuestro estudio cabe mencionar nuestra definición de caso, quizás excesivamente restricti-

va: puede haber dado lugar a la aparición de falsos negativos, al incluir criterios temporales estrictos. A pesar de ello, como decimos, nuestros resultados son comparables a los de la mayoría de estudios metodológicamente más fiables, lo cual proporciona un apoyo suplementario a nuestros resultados.

En cualquier caso, se precisan replicaciones de estudios como el nuestro: al realizarlos en USM extrahospitalarias con otras características asistenciales, poblacionales o técnico-científicas, tal vez proporcionen datos diferentes. De igual forma, sería preciso extender este tipo de estudios al ámbito internacional y, en especial, a los medios urbanos. En el mismo sentido, convendría aprovechar este tipo de aproximaciones basadas en la APS para investigar y delimitar factores de riesgo accesibles desde esa línea asistencial: tal vez pudieran proporcionar conocimientos para la detección precoz y la prevención primaria y secundaria de los trastornos esquizofrénicos y de las demás psicosis, tanto del adulto como de los niños y adolescentes. Y no olvidemos que estos pacientes, así como sus familias, presentan un sufrimiento y un posible deterioro más graves que casi cualquier otro cuadro clínico de asistencia contemporáneo.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de Eva Cirera (Institut Municipal de la Salut), Enriqueta Pujol (Institut Català de la Salut) y de Marta Goma y Laia Català, becarias de investigación del Proyecto SASPE.

Bibliografía

1. Lastra I. El diagnóstico en los estudios epidemiológicos sobre la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*. 2002;168:205-16.
2. Alanen YO. *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnack Books; 1999.
3. Häfner H, Der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997;42:139-51.
4. Häfner H, Der Heiden W, Behrens S, Gattaz WF, Hambrecht M, Löffler W, et al. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bull*. 1998;24:99-113.
5. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Doménech J, Martín S. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas*. 1990;120:111-30.
6. Jablenski, A. Schizophrenia: epidemiology. *Curr Opin Psychiatr*. 1999;12:19-28.
7. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:115-23.
8. Regier DA, Farmer ME, Rae DS. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area Study. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;88:35-47.
9. Vázquez-Barquero JL, Cuesta MJ, De la Vargam M, Herrera S, Gaité L, Arenal L. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:156-62.
10. Van Os J. Social influences on risk for disorder and natural history. *Curr Opin Psychiatr*. 2000;13:209-13.
11. Woods SW, Ziedonis DM, Sernyak MJ, Díaz E, Rosenheck RA. Characteristics of participants and non-participants in medication trials for treatment of schizophrenia. *Psychiatr Services*. 2000;51:79-85.
12. Vázquez-Barquero JL, Lastra I, Cuesta MJ, Núñez S, Herrera C, Dunn G, et al. Patterns of positive and negative symptoms in first episode schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1996;168:693-701.
13. Tizón JL, Artigue J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Pareja F, Sorribes M, et al. La esquizofrenia en atención primaria: el Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica. *Aten Primaria*. 2004;34:493-8.
14. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria*. 2000;26:111-9.
15. Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder; 2000.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)*. Washington DC: APA; 1994.
17. US Department of Health and Human Services. *Mental Health: a report of the surgeon general*. Rockville: National Institute of Mental Health; 1999.
18. Häfner H, Reichel-Rössler A, Hambrecht M, et al. IRAOS: an instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia. *Schizophr Res*. 1992;6:209-23.
19. Gattaz WF, Häfner H. Search for the causes of schizophrenia. Vol IV. Balance of the century. Berlin: Springer; 1999.
20. Jones P, Cannon, M. The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 1998;21:1-25.
21. Lobo A, Montón C, Campos R.. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Madrid: Roche; 1995.
22. McGrath JM, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chand 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.
23. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Sommers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2002;47:833-43.
24. DalCin A, De Mesones J, Tizón, JL. La Mina district of Barcelona: a planning approach to psychopathology. *Cities*. 1995;12:87-95.
25. Torrey EF, Bowler AE, Clark K. Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data. *Schizophr Res*. 1997;25:169-76.
26. Iglesias C. Evolución de la incidencia administrativa de esquizofrenia en Asturias (1987-1997). *Anales de Psiquiatría*. 2001;17:9-17.
27. Retolaza A. Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 55-73.
28. Institute of Medicine. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: The National Academy of Sciences; 2000.