
Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra *Prevalence and incidence of schizophrenia in Navarra*

I. Mata¹, M. Beperet¹, V. Madoz¹ y grupo Psicost²

RESUMEN

Las tasas de prevalencia e incidencia del trastorno esquizofrénico en Navarra son similares a las publicadas para otras regiones de nuestro entorno español y europeo. La prevalencia real anual se sitúa en torno al 0,8% y la asistida alrededor del 0,2%. La incidencia real anual posiblemente se halle próxima al 0,2‰, y la asistida ronda igualmente esta cifra. Existen, probablemente, bastantes casos de sujetos con esquizofrenia en la comunidad, antiguos y nuevos, que no precisan tratamiento psiquiátrico. Por consiguiente, el pronóstico de la enfermedad no es tan pesimista como el imaginario colectivo valora. Es necesario una mejor y más precoz detección de la enfermedad.

Palabras clave: Esquizofrenia. Prevalencia. Incidencia

ABSTRACT

The rates of prevalence and incidence of schizophrenic disorder in Navarra are similar to those published for other regions of Spain and Europe. The real annual prevalence is situated at about 0.8% and the assisted rate at about 0.2%. The real annual incidence is possibly close to 0.2‰, and the assisted rate is about the same figure. There are probably many cases of subjects with schizophrenia in the community, both old and new, who do not require psychiatric care. Consequently, the outlook for the disease is not as pessimistic as the collective imagination would have it. A better and earlier detection of the disease is required.

Key words: Schizophrenia. Prevalence. Incidence.

ANALES Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 1): 29-36.

1. Fundación Argibide.
2. Grupo multidisciplinario constituido para la contribución española al proyecto europeo BIOMED CT 94/1304.

Este trabajo se ha realizado con la subvención de dos becas FIS (95/1961 y 97/1295) y una BIOMED CT 94/1304

Correspondencia:

Vicente Madoz Jáuregui
Fundación Argibide
Apdo Correos 435
31080 Pamplona
Tfno. 948 266511
Fax 948 266650
E-mail: fundacionargibide@maptel.es

INTRODUCCIÓN

En esta revisión no pretendemos realizar una aportación científica puntual, fruto de un estudio original concreto, sino ofrecer un desarrollo deductivo lógico que nos permita conocer la realidad de la presencia de la esquizofrenia en la comunidad navarra.

Con este fin, utilizaremos diversas fuentes de información que nos autoricen a configurar –entre todas– un marco de referencia suficientemente fiable.

FUENTES DE DATOS

Fundamentalmente, vamos a barajar cuatro canales de búsqueda:

– El Sistema de Información en Salud Mental (SISM) de la Red Pública de Salud Mental de Navarra, con sus once años de vigencia.

– La indagación personal en los recursos psiquiátricos privados de la comunidad.

– El estudio Psicost, sobre incidencia y prevalencia asistida de la esquizofrenia, que se viene realizando desde hace más de seis años con la población del Centro de Salud Mental IB (Burlada).

– Referencias bibliográficas nacionales e internacionales.

En el caso de la prevalencia e incidencia cuantitativa hemos ponderado los datos existentes en el SISM durante cinco años, que consideramos significativos por su presumible estabilidad: periodo 1993-1997.

En cuanto a la morbilidad asistida cualitativa, utilizaremos los hallazgos del Psicost, referidos a la población del Sector IB, ya que suponemos que sus resultados son extrapolables al universo de enfermos navarros, con mínimas variaciones.

PREVALENCIA CUANTITATIVA

Como es bien sabido, existe una gran variabilidad entre los índices de prevalencia de esquizofrenia publicados, con un rango de prevalencia que oscila entre un 0,3 ‰ a un 17,0 ‰¹, probablemente debido a la utilización de criterios diagnósticos diferentes y a otros problemas metodológicos, sin que podamos descartar, total-

mente, la existencia de disparidades reales según zonas y culturas.

Trabajos recientes apuntan hacia una posible influencia de factores ambientales, lugar y estación de nacimiento, sobre las tasas de esquizofrenia. Así mismo, los factores prenatales y perinatales de riesgo de esquizofrenia están atrayendo últimamente una considerable atención^{2,5}.

Por otra parte, se conoce ya de antiguo el fenómeno de “recogida” de pacientes con esquizofrenia crónica y/o residual en determinadas “bolsas” sociales, así como el influjo de la consanguinidad⁶ en la distribución diferenciada de la enfermedad.

En el caso de Navarra, estamos en condiciones de realizar la siguiente aproximación al tema que nos ocupa:

Prevalencia Real durante toda la vida

La cifra clásica de que un 1%⁷ de la población general desarrollará un cuadro de esquizofrenia a lo largo de su vida se mantiene inamovible, a pesar de las críticas y posibles nuevas evidencias recibidas.

El rango de lo publicado oscila entre el 0,3% y el 3,7%⁸, y nada nos permite discernir en qué situación estamos en Navarra, si bien la similitud de nuestros hallazgos epidemiológicos con otros del entorno europeo nos autoriza a suponer que nos encontramos en niveles similares a los de estos países, muy próximos al mencionado 1%.

Según esto, podemos aventurar que uno de cada cien navarros sufrirá a lo largo de la vida, cuando menos, un episodio de esquizofrenia.

Prevalencia Real Puntual

Cuando en los años 1976 y 1978 se realizó el estudio epidemiológico psiquiátrico de Navarra⁹, detectamos una tasa de sujetos afectados por un cuadro esquizofrénico reconocible del 0,52% de la población mayor de 17 años (0,35 % de la población general), con un descubrimiento añadido: casi la mitad de los mismos nunca habían consultado a un médico por dicho motivo. Algo similar ocurre en la actualidad en zonas mundiales con una escasa cobertura sanitaria¹⁰.

La cifra reseñada se corresponde con la horquilla de prevalencia puntual de esquizofrenia señalada en los estudios internacionales: entre el 0,5% y el 0,6% de la población adulta¹¹.

En España, en Cantabria, Vázquez-Barquero¹², en un trabajo publicado en 1987, obtiene una cifra del 0,56% de Prevalencia Real Puntual de esquizofrenia para la población mayor de 17 años, lo que –de alguna manera– validaría la actualización de nuestros hallazgos de hace años, obtenidos con una metodología muy similar a la utilizada en Cantabria.

Podemos, por consiguiente, dar por válida la tasa presumible de un 0,52% de la población navarra mayor de 17 años afectada de esquizofrenia en un momento dado.

Prevalencia Real Anual

No disponemos de estudios de campo para Navarra que nos aporten este dato. En la literatura¹¹ se barajan índices de prevalencia anual de esquizofrenia oscilando entre el 0,6% y el 0,9% de la población adulta (mayor de 17 años).

Correlacionando estas tasas previsibles con las admitidas para Navarra en los dos apartados anteriores, podemos sospechar que la prevalencia real anual de esquizofrenia en Navarra puede estar situada alrededor del 0,7%-0,8%, quizá más próxima a la segunda que a la primera cifra.

Prevalencia Asistida Anual

De acuerdo con el SISM de Navarra y con las averiguaciones efectuadas en otros recursos sanitarios de la comunidad, conocemos que en el Sistema Sanitario de la misma se atiende anualmente una media de 818 pacientes navarros con un diagnóstico de esquizofrenia.

Esta cifra referida a la población navarra mayor de 17 años, supone el 1,96‰ de la misma, es decir aproximadamente el 0,2% de la población adulta. Dicho de otra forma, de cada 1.000 navarros mayores de 17 años dos son visitados por los especialistas a lo largo de un año por padecer una esquizofrenia.

A nivel mundial, la dispersión de datos asistenciales existentes a este respecto es notable: se han publicado tasas que van desde el 0,6‰ a otras del 17,4‰^{8,11}.

En el ámbito nacional, las tasas conocidas de prevalencia anual asistida de esquizofrenia, referidas a la población general, sin corrección para el factor edad, son: Madrid: 0,18%; Granada: 0,25%; Cataluña: 0,22%; Asturias: 0,20% y la Rioja: 0,29%¹³.

PREVALENCIA ASISTIDA CUALITATIVA

Sobre la muestra de los 93 pacientes esquizofrénicos –60 varones y 33 mujeres– vistos en el Sector IB de la Red Pública de Navarra durante un año¹⁴ podemos esbozar cuáles son los perfiles de los pacientes afectados de esta patología que acuden a los centros psiquiátricos navarros. Pueden existir ligeras variaciones de unas zonas y de unos recursos a otros, pero por los datos comprobables (sexo y edad) podemos asegurar que nuestra muestra refleja probablemente bastante bien a la totalidad de los casos navarros.

La media de edad se sitúa en 39,88 años para los varones y 39,76 años para las mujeres, con un rango para cada sexo entre 22-61 para el primero y 19-60 para el segundo.

El resto de los datos aparecen recopilados en las tablas 1 a 14.

Tabla 1. Grupos de edad.

Edad	Hombres	Mujeres
< 25	6,7%	12,1%
25-34	30%	24,2%
35-44	28,3%	27,3%
45-54	25%	21,2%
>55	10%	15,2%
Total	100%	100%

Tabla 2. Estado civil.

E. civil	Hombres	Mujeres
Soltero	81,7%	81,8%
Casado	15%	12,1%
Divorciado	3,3%	3%
Viudo	0%	3,1%
Total	100%	100%

Tabla 3. Tipo de convivencia.

Convivencia	Hombres	Mujeres
Familia Origen	75%	59,4%
Familia Propia	15%	15,6%
Viven Solos	5%	9,4%
Institución	1,7%	9,4%
Otros	3,3%	6,2%
Total	100%	100%

Tabla 5. Nivel de escolarización.

Nivel	Hombres	Mujeres
No escolarizados	0%	3%
Primaria Incompleta	22%	15,2%
Primaria Completa	23,7%	36,3%
Secundaria Incompleta	27,1%	18,2%
Secundaria Completa	15,3%	9,1%
Superiores Incompletos	10,2%	9,1%
Superiores Completos	1,7%	9,1%
Total	100%	100%

Tabla 7. Media de edad al inicio de enfermedad.

Edad (años)	Hombres	Mujeres
Media	25,37	24,70
Rango	9-51	15-49

Tabla 9. Subtipo de Esquizofrenia.

Subtipo	Hombres	Mujeres
Paranoide	75%	72,7%
Desorganizada	5%	0%
Catatónica	1,7%	3%
Indiferenciada	6,7%	6,1%
Otros	11,6%	18,2%
Total	100%	100%

Tabla 4. Relación con la persona responsable.

Para el responsable el paciente es:	Hombres	Mujeres
El hijo/a	45%	54,5%
El hermano	13,3%	3%
El cónyuge	1,7%	9,1%
La madre	0%	3%
No hay responsable	40%	30,4%
Total	100%	100%

Tabla 6. Situación laboral.

Situación	Hombres	Mujeres
Pensionistas	59,3%	50%
Activos	30,5%	15,6%
Parados	6,8%	15,6%
Labores Domésticas	1,7%	9,4%
Estudiantes	1,7%	3,1%
Otros inactivos	0%	6,3%
Total	100%	100%

Tabla 8. Tiempo de evolución de la enfermedad.

Años	Hombres	Mujeres
Media	14,52	15,06
Rango	2-42	1-42

Tabla 10. Nivel sintomático.

PANSS	Hombres	Mujeres
Media-P	11,7	12,7
Media-N	21,82	19,19
Media-G	33,02	29,26

Tabla 11. Nivel de funcionamiento.

GAF clínico	Hombres	Mujeres
Media	48,46	50,74
Rango	20-81	25-90

Tabla 12. Nivel de discapacidad.

DAS-S (Medias)	Hombres	Mujeres
Cuidado Personal	0,87	0,44
Ocupacional	4,06	3,41
Familia	1,67	2,41
Otras actividades	2,12	2,11

Tabla 13. Adherencia al tratamiento.

Grado	Hombres	Mujeres
Alto	81,7%	66,6%
Moderado	15%	27,3%
Dudoso	3,3%	0%
Nulo	0%	6,1%
Total	100%	100%

Tabla 14. Recaídas.

Número	Hombres	Mujeres
Ninguna	80%	90,9%
Una	18,3%	9,1%
Dos	1,7%	0%
Total	100%	100%

INCIDENCIA CUANTITATIVA

Tomando como referencia un año, nos encontramos con las siguientes estimaciones:

Incidencia Anual Real

La literatura apunta hacia cifras de primeros episodios de esquizofrenia, en un año, en torno al 0,7-1,4 por cada 10.000 habitantes de la población general.

Corregida esta tasa por edad, y refiriéndola a la población en riesgo, estimada entre los 15 y 54 años, podríamos quedarnos, como cifra a recordar, la de aproximadamente dos primeros brotes de esquizofrenia al año por cada 10.000 personas en dicho rango de edad (entre 1,2 y 2,4 por cada 10.000 personas de esta edad).

Según esto, en Navarra se darían, teóricamente, unos 35-70 casos nuevos de esquizofrenia cada año, con una media sospechada de 60.

Incidencia Anual Asistida

Nuestra previsión anterior se queda ligeramente corta, a la vista de la media de

primeros episodios de esquizofrenia atendidos en Navarra cada año: 65 casos, lo que supone 2,2 casos para cada 10.000 personas entre los 15 y 54 años.

En Cantabria, Vázquez-Barquero¹⁵ halla una incidencia anual asistida del 1,9 por cada 10.000 habitantes en la edad de riesgo (15-54 años).

Nuestra sospecha es que la mejor accesibilidad al Sistema Sanitario en Navarra explica esta pequeña diferencia entre las dos comunidades¹⁶.

INCIDENCIA CUALITATIVA

El recuento de los primeros casos registrados en Navarra y Cantabria^{15,16} nos permite ofrecer un perfil bastante aproximado del paciente esquizofrénico "caso nuevo" visto en el Sistema Sanitario de Navarra:

- El 60% son varones
- La media de edad ronda los 28 años (rango \pm 6)
- Un 77% son solteros
- El 50% tienen la Educación Obligatoria incompleta

– Para cuando acuden al especialista ha transcurrido, de media, algo más de dos años desde el inicio de los síntomas.

COMENTARIOS

¿Se tratan todos los esquizofrénicos de Navarra?

Parece claro, de los datos aportados, que la Red Sanitaria Navarra atiende prácticamente a la totalidad de “casos nuevos” de esquizofrenia surgidos en la comunidad, cuando los mismos han alcanzado la forma de un síndrome psicopatológico claramente detectable. No obstante, existe un prolongado lapso de tiempo entre el inicio de los síntomas y la visita médica y psiquiátrica (rondando los dos años), lo que nos hace sospechar que los casos de primeros episodios más leves y de mejor evolución nunca son atendidos, pasando desapercibidos para el Sistema de Salud.

Bastante más claro y obvio resulta la percepción de que los recursos sanitarios no controlan todo el universo de casos de esquizofrenia existentes en nuestra comunidad. Así lo evidenció el estudio epidemiológico sobre el terreno de hace veintitrés años, y así parece mostrarlo la diferencia hallada entre la presunta Prevalencia Real Anual (7-8 ‰ navarros adultos) y la Prevalencia Asistida Anual (2 ‰ navarros adultos).

Este hecho no tiene por qué tener, necesariamente, una lectura totalmente negativa. Es posible, y prácticamente seguro, que habrá bastantes enfermos esquizofrénicos navarros que, por un motivo u otro, se nieguen a ser atendidos y para los que su existencia discurre sin beneficiarse de una ayuda médica que, posiblemente, les vendría muy bien. La encapsulación de sus delirios, su refugio en estilos de vida más o menos marginales, y otros mecanismos adaptativos, conocidos de antiguo en el mundo de la Psiquiatría, posiblemente favorezca su permanencia en la comunidad, aunque sólo sea de forma precaria, sin crear dinámicas excesivamente disruptivas.

Sin embargo, junto a este colectivo de personas patológicas “escondidas” en la comunidad, existen sin duda muchos otros pacientes esquizofrénicos razona-

blemente bien recuperados de sus brotes, con secuelas mínimas, que están suficientemente capacitados para llevar regímenes de vida bastante normalizados y satisfactorios, sin necesidad de solicitar ayuda especializada. Un reciente trabajo de Vázquez-Barquero¹⁷ abundaría en esta hipótesis.

¿Disminuye la Esquizofrenia?

En los últimos años, se ha convertido casi en un tópico aseverar que la esquizofrenia va disminuyendo en el mundo.

La polémica en torno al tema es notoria, máxime cuando existen difíciles cuestiones metodológicas que dificultan el discernimiento claro e inequívoco en este sentido.

Existen, sin embargo, algunos datos puntuales¹⁸ que podrían anunciar una posible disminución de la aparición de primeros casos de la enfermedad.

Paralelamente, hay una mucho más sólida constatación de que el pronóstico de los nuevos casos ha mejorado mucho con las nuevas medicaciones y los más recientes consensos terapéuticos aplicados a estos enfermos. La investigación de Vázquez-Barquero¹⁷ así lo atestigua, por ejemplo, en un entorno muy próximo al nuestro. Además, los nuevos tratamientos han atenuado la carga asistencial, reduciendo los ingresos hospitalarios y acortando la fase aguda de enfermedad.

Lo que antecede implica que son bastantes los pacientes que se recuperan de un primer brote sin que les queden secuelas, y otros tantos los que lo hacen con limitaciones residuales leves, compatibles con la vida normal. En definitiva, son menos los casos que se acumulan y, con ello, las tasas de prevalencia van disminuyendo.

Hoy en día, podemos calcular que, aproximadamente, un 20% de los pacientes esquizofrénicos que llegan al psiquiatra se recuperan completamente de su primer episodio y que otro 20% experimentan una remisión bastante adecuada, con síntomas residuales aceptablemente compatibles con un estilo de vida adecuado. El 60% restante, o tienen recaídas intermitentes relativamente frecuentes (un 10% más o menos), o presentan un síndrome negativo

importante (el 40%), o siguen una evolución crónica (otro 10%).

En otras palabras, si bien no se han confirmado definitivamente las expectativas de que la aparición de nuevos casos de esquizofrenia en el mundo vaya disminuyendo, en función de una serie de variables aun por constatar (razones ecológicas y alimentarias; mejor atención pre y perinatal; por ejemplo), lo que sí parece que se está logrando es mejorar la prevención secundaria, evitando secuelas y casos con minusvalías importantes, disminuyendo con ello la prevalencia.

Igualmente, en los últimos años se detecta un interés renovado por la prevención terciaria, propiciando y estimulando los mecanismos rehabilitadores, y tratando de paliar con ello la carga objetiva y subjetiva de la enfermedad, tanto para los sujetos afectados por la misma, como para sus familiares y la comunidad en general.

Todo ello contribuye a que existan menos ciudadanos en la sociedad sobrellevando el peso de esta patología discapacitante.

CONCLUSIONES

– Las tasas de prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra son concordantes con las halladas en otras comunidades autónomas españolas y en los países europeos de nuestro entorno.

– Cada año aparecen en nuestra comunidad unos 60-70 nuevos casos graves de esquizofrenia que acceden a los recursos psiquiátricos. La mayoría de ellos llegan a consulta con una larga demora a partir del inicio de la sintomatología.

– Posiblemente surgen otros casos más leves, no cuantificables, que siguen espontáneamente una mejor evolución y nunca llegan a ser vistos por un médico.

– Aproximadamente un 40% de los nuevos casos graves tratados con medicamentos progresan bien y no precisan un tratamiento indefinido.

– No obstante, cada año se acumulan los casos de mal pronóstico, hasta alcanzar Navarra una prevalencia anual asistida de unos 825 pacientes esquizofrénicos, de los cuales algo más del 90% son de larga evolución.

– Existen, además, probablemente, en la comunidad navarra alrededor de 2.500 esquizofrénicos sin tratar; las cuatro quintas partes de ellos porque padecen formas suaves de la enfermedad, compatibles con unos niveles de desenvolvimiento vital aceptables y aproximadamente una quinta parte de los mismos porque se niegan a utilizar la cobertura sanitaria que se les ofrece.

– Por consiguiente, posiblemente algo más de la mitad de los esquizofrénicos de la comunidad navarra están, de hecho, socialmente integrados, sin haber precisado para ello ayudas sanitarias o sociales especiales. Únicamente, una proporción minoritaria de los enfermos que padecen un trastorno esquizofrénico requieren rehabilitación y medidas específicas orientadas a su reinserción social.

– De acuerdo con todo lo que antecede podríamos extraer dos deducciones:

– El pronóstico de la esquizofrenia es menos pesimista de lo que habitualmente se piensa.

– Hoy en día, el resultado de los tratamientos y la evitación de secuelas mejorarían mucho si se hiciera, verdaderamente, una detección precoz de la enfermedad. Parece aconsejable realizar un esfuerzo en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. BALLESTEROS J, GUTIÉRREZ M. Epidemiología de la esquizofrenia: problemas metodológicos. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P. Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico. Ed. En neurociencias 1995: 13-29.
2. MORTENSEN PB, PEDERSEN CB, WESTERGAARD T, WOHLFAHRT J, EWALD H, MORS O et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999; 340: 603-608.
3. McGRATH JJ, WELHAM JL. Season of birth and schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of data from the Southern Hemisphere. *Schizophr Res* 1999; 35: 237-242.
4. HULTMAN CM, SPAREN P, TAKEI N, MURRAY RM. Prenatal and perinatal risk factors for schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case-control study. *Br Med J* 1999; 318: 421-426.

5. SUVISAARI J, HAKKA J, TANSKANEN A, HOVI T, LÖNNQUIST J. Association between prenatal exposure to poliovirus infection and adult schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1100-1102.
6. MYLES-WORSLEY M, COON H, TIOBECH J, COLLIER J, DALE P, WENDER P et al. Genetic epidemiological study of schizophrenia in Palau, Micronesia: prevalence and familiarity. *Am J Med Genet* 1999; 88: 4-10.
7. RICE DP. The economic impact of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 1: 4-6.
8. LEAL C. Aspectos Epidemiológicos de la Esquizofrenia. En: Gutierrez M, Ezcurra, J, Pichot P: Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico.(II) Ed. En Neurociencias 1995: 287-299.
9. Fundación Argibide. PASN (Plan Asistencia Sanitaria Navarra). Diputación Foral de Navarra 1977.
10. Padmavathi R, Rajkumar S, Srinivasan TN. Schizophrenic patients who were never treated, a study in an indian urban community. *Psychol Med* 1998; 28: 1113-1117.
11. WARNER R, GIRDANO G. Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems: schizophrenia. WHO 1995.
12. VÁZQUEZ-BARQUERO JL, DIEZ-MANRIQUE JF, PENA C, ALDAMA J, SAMANIEGO RODRIGUEZ C, MENÉNDEZ ARANGO J, MIRAPEIX C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.
13. HARO JM, MADOZ V, MUÑOZ PE, ARGENTE A. Peso de la Esquizofrenia en el Sistema Sanitario. En : Actas I Jornadas Nacionales sobre estandarización en evaluación de cuidados informales en Esquizofrenia. Pamplona 1998.
14. MATA I. Análisis diferencial de las características clínicas y sociales de cuatro cohortes de pacientes esquizofrénicos residentes en la comunidad en diferentes áreas españolas: Barcelona, Granada, Madrid y Navarra. En: Actas de la Conferencia sobre Evaluación de Programas de Tratamiento de los pacientes esquizofrénicos que viven habitualmente en la Comunidad. Madrid 1999.
15. VÁZQUEZ-BARQUERO JL, CUESTA MJ, VARGA M, HERRERA CASTANEDO S, GAITE L, ARENAL A. The Cantabria first-episode Schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 156-162.
16. SALVADOR-CARULLA L, HARO JM, CABASÉS J, MADOZ V, SACRISTAN JA, VÁZQUEZ-BARQUERO JL and the PSICOST Group. 1999. Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two extreme health scenarios in north-eastern Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 9: 1-9.
17. VÁZQUEZ-BARQUERO JL, CUESTA MJ, HERRERA CASTANEDO S, LASTRA I, HERRERA A, DUNN G. Cantabria first episode schizophrenia study: three-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 141-149.
18. SUVISAARI JM, HAUKKA JK, TANSKANEN AJ, LÖNNQUIST JK. Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish cohorts born from 1954 to 1965. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:733-740.