

Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia

HARO, J. M.*; OCHOA, S.* y CABRERO, L.**

* Centro de Salud Mental Gavà. Sant Joan de Déu-SSM. ** Hospital Clínic. Institut de Psiquiatria i Psicologia.

Insight and use of health resources in patients with schizophrenia

Resumen

Introducción: El objetivo del presente trabajo es estudiar el grado de conciencia de enfermedad que tienen las personas que padecen esquizofrenia y cómo la conciencia de enfermedad se relaciona con las variables sociodemográficas, clínicas y el cumplimiento terapéutico. Además, evaluaremos la influencia del nivel de conciencia de enfermedad en la utilización de servicios.

Material y métodos: Se seleccionaron 69 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia a los que se entrevistó con un cuestionario sociodemográfico, escalas clínicas y de adaptación social (SCAN, GAF, PANSS, DAS), un cuestionario de servicios y costes (CECE) y la escala de conciencia de enfermedad de Amador (SUMD).

Resultados: Los resultados obtenidos indican que el género, el nivel de estudios y el tipo de convivencia y diversas variables clínicas y de discapacidad están relacionadas con el nivel de conciencia de enfermedad. Por otro lado, pacientes con menor nivel de conciencia de enfermedad acuden más a urgencias y menos a los centros ambulatorios.

Conclusiones: El nivel de conciencia de enfermedad es un factor determinante de un correcto uso de servicios sanitarios.

Palabras clave: Conciencia de enfermedad. Esquizofrenia. Utilización de servicios.

Summary

Introduction: The objective of this work is to study the insight level of patients with schizophrenia and how the insight is related to sociodemographic, clinical and compliance variables. Besides, we evaluated the influence of insight level in the utilization services.

Patients and methods: Sixty nine patients meeting schizophrenia criteria were selected. They were evaluated with a sociodemographic questionnaire, clinical and social adjustment scales (SCAN, GAF, PANSS, DAS), a services and cost questionnaire (CECE) and the insight scale of Amador (SUMD).

Results: The results were that gender, degree of education, type of residence and some clinical and disability variables were related to insight level. On the other hand, patients with a lower insight level attended more to emergencies and less to mental health centers.

Conclusion: Insight level is an important determinant of adequate health service use in schizophrenia.

Key words: Schizophrenia. Services. Insight.

La conciencia de enfermedad se define como el reconocimiento de la existencia de una sintomatología y su atribución a una enfermedad que se padece (1). La conciencia de enfermedad no es ni un constructo unidimensional ni dicotómico, puesto que existen diferentes factores que interactúan en la opinión del enfermo sobre su enfermedad. Debe diferenciarse a una persona que opina que no está enferma, de aquella que cree que lo estuvo en el pasado pero no en la actualidad, y de la que acepta padecer una enfermedad. Por lo tanto, debemos considerar la conciencia de enfermedad como una variable multidimensional y valorarla como tal.

La relación entre conciencia de enfermedad y las características sociodemográficas personales no está clara.

La mayoría de los autores no encuentran relación entre las variables sociodemográficas y la conciencia de enfermedad (2-5). Sin embargo, otros investigadores encuentran mayor conciencia de enfermedad en personas de más edad (6, 7), más años de educación (5, 8) y edad de inicio más tardía (9).

La ausencia de conciencia de enfermedad en los pacientes esquizofrénicos es una de las características más destacadas de este trastorno. En los últimos años el interés en este tema ha resurgido debido a su relación con la psicopatología y con el cumplimiento terapéutico. La mayoría de los autores consideran que existe relación entre la conciencia de enfermedad y la psicopatología. Algunos de estos estudios demuestran una clara relación

entre las puntuaciones totales de psicopatología y la conciencia de enfermedad (10-13). Por otro lado, la gran mayoría de autores encuentran relaciones entre algunas medidas de conciencia de enfermedad y algunos ítems concretos que valoran psicopatología, especialmente ítems que se refieren a la sintomatología positiva y general (2, 6, 8, 14-16, y el subtipo diagnóstico siendo el catatónico el que presenta los peores niveles de conciencia de enfermedad (6). Por último, otros autores no hallan relación entre la psicopatología y la conciencia de enfermedad (4, 17), ni en el subtipo de esquizofrenia (3).

La conciencia de enfermedad es un importante determinante de la utilización de los servicios sanitarios. Algunos autores (8, 15) encuentran una relación entre el mayor número de ingresos previos, más años de institucionalización y más tiempo tomando medicación antipsicótica y la conciencia de enfermedad, siendo ésta peor en las tres situaciones. Mc Evoy encuentra que cuanto mayor es la conciencia de enfermedad mejor es la evolución del paciente. Otros estudios (2, 5) no encuentran ninguna relación entre el número de ingresos y las variables de curso de la enfermedad y la conciencia de enfermedad.

La mayoría de autores encuentran que el cumplimiento terapéutico está relacionado con el nivel de conciencia de enfermedad del paciente (3, 5, 15, 17-21). Algunos trabajos demuestran que aquellos pacientes que no tienen una elevada conciencia de enfermedad no cumplen con los patrones establecidos por el psiquiatra, no existe un nivel de cooperación adecuado con éste (11-13) y suelen rechazar el tratamiento (8). Es de esperar que este tipo de pacientes suelen negarse a acudir a los centros de salud mental y a tomar la medicación prescrita, por lo que suelen ingresar con más frecuencia que aquellos que son conscientes de padecer una enfermedad y necesitar tratamiento.

Los objetivos del presente estudio son estudiar la conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos y sus determinantes, y estudiar la relación existente entre la conciencia de enfermedad de los pacientes esquizofrénicos y el modo de utilización de los servicios que llevan a cabo.

PACIENTES Y MÉTODOS

La muestra del estudio se obtuvo a partir de un registro que incluía a todas las personas que durante un período de cinco años contactó con alguno de los servicios psiquiátricos de utilización pública del Eixample de Barcelona y tenían un diagnóstico de esquizofrenia. El Eixample es un distrito del centro de la ciudad con una población de 275.000 habitantes, mayoritariamente de clase media. Se seleccionaron aleatoriamente 69 pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia que vivían en aquellos momentos en el Eixample.

Después de hablar con sus respectivos psiquiatras para evitar cualquier interferencia con el tratamiento, los pacientes fueron informados por carta de la existencia y objetivos del estudio. Se concertó telefónicamente una

cita que se realizó en el centro ambulatorio donde recibían tratamiento o en el domicilio. En el caso de pacientes que en aquellos momentos no estaban recibiendo tratamiento en un centro público se contactó con ellos por carta o telefónicamente.

La evaluación consistió en una entrevista psiquiátrica al paciente y a un familiar administrada por uno de los investigadores (JMH). Esta entrevista incluyó:

- Los Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (22, 23).
- La Escala de Evaluación de la Actividad Global (24).
- Escala del Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (25, 26).
- La Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (27).
- El CECE (Cuestionario para la Evaluación de Costes en Esquizofrenia) (28), basado en el Client Service Receipt Inventory (29) y que registra la utilización de servicios sanitarios en un año.
- La Escala para Evaluar la falta de conciencia de trastorno mental (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders, SUMD) (15). Este cuestionario evalúa tres dimensiones de la conciencia de enfermedad: la conciencia de padecer una enfermedad mental, la conciencia de necesidad de medicación y la conciencia problemas sociales debido a la enfermedad. Puntuación de 0 a 5, siendo peor la conciencia de enfermedad a mayor puntuación.

De los 69 pacientes seleccionados, cuatro murieron antes del inicio del estudio, tres por causas naturales y el cuarto probablemente se suicidó. Dos pacientes no fueron localizados y cinco rechazaron la participación. Se evaluaron 58 casos. Si excluimos las muertes, el índice de participación fue del 89%. De los 58 casos evaluados, en cinco no se pudo evaluar la conciencia de enfermedad.

Se realizó un análisis uni y multivariante de cada uno de los aspectos de la conciencia de enfermedad, a fin de identificar cuáles son las variables sociodemográficas y clínicas con las que se relacionan y su relación con la utilización de servicios. Para el cálculo de la puntuación total de la PANSS y de sus subescalas se eliminó el ítem 12, ya que valora ausencia de juicio e insight, y correlacionaba significativamente con las tres variables de conciencia de enfermedad ($p < 0,001$).

RESULTADOS

La edad media de los 58 pacientes evaluados fue de 37,1 años (de 12,4), con un tiempo medio de evolución de 17,39 años (de 11,0). La mitad de ellos eran hombres, de los cuales tres (10,3%) habían estado casados (dos de ellos eran divorciados) y seis (20,7%) trabajaban. De las mujeres 10 (34,4%) habían estado casadas (siete de ellas eran divorciadas) y seis (20,7%) trabajaban. Los pacientes mayoritariamente viven con sus padres (60%), y solamente cuatro (6,9%) vivían solos.

TABLA I Relación conciencia de enfermedad y escalas clínicas

	DAS media (de)	GAF media (de)	PANSS media (de)
Conciencia de padecer un trastorno mental			
Elevada	1,6 (1,2)*	61,6 (15,4)*	46,6 (12,7)*
Dudosa	3,2 (1,2)	42,9 (13,7)	80,8 (18,2)
Nula	4,4 (0,5)	24,1 (6,1)	97,5 (23,1)
Conciencia de necesidad de medicación			
Elevada	1,8 (1,3)*	59,8 (16,6)*	51,1 (16,9)*
Dudosa	3,4 (1,0)	38,4 (11,0)	79,9 (19,6)
Nula	4,4 (0,5)	23,9 (6,9)	108,7 (18,4)
Conciencia de problemas sociales debidos a la enfermedad			
Elevada	1,8 (1,3)*	60,4 (17,2)*	49,9 (15,9)*
Dudosa	3,1 (1,2)	40,3 (10,3)	80,3 (18,7)
Nula	4,3 (0,5)	23,9 (6,9)	108,7 (18,4)

Niveles de significación * $p < 0,001$.

La media de edad de inicio de los pacientes de la muestra es de 22,71 (7,44), la subpoblación de mujeres presenta una edad de inicio significativamente más tardía que los hombres (25,2 frente a 20,1; $p < 0,01$).

Más de la mitad de las personas de la muestra son conscientes de padecer un trastorno mental, mientras que la otra mitad se divide equitativamente entre las categorías de creer de cierto modo que padecen un trastorno mental y no ser consciente en absoluto. En la conciencia de necesidad de medicación, más del 60% son conscientes de la necesidad y el efecto de la medicación sobre sus síntomas, mientras que un 20% no están seguros y el otro 20% no cree que la medicación tenga ningún efecto. Por último, en la conciencia de problemas sociales relacionados con la enfermedad, más de la mitad creen que los problemas psiquiátricos les provocan proble-

mas sociales (hospitalización, detención policial, problemas familiares y/o sociales), el resto se reparte a partes iguales entre los que no están seguros de la relación entre problemas psiquiátricos y sociales y los que no creen que está relacionado. Las tres subescalas de conciencia de enfermedad correlacionaban entre sí de manera significativa (r entre 0,887 y 0,9285; $p < 0,001$).

Respecto a la relación de conciencia de enfermedad con las variables sociodemográficas, los hombres tienen significativamente más conciencia de enfermedad en las tres subescalas que las mujeres ($p < 0,05$). Por otro lado, se encuentran diferencias significativas en función del nivel de estudios: aquellas personas que no tienen estudios y aquellos que tienen estudios universitarios presentan peores puntuaciones en las subescalas de conciencia de padecer un trastorno mental y conciencia de problemas sociales debidos a la enfermedad que aquellas personas que tienen estudios secundarios o primarios acabados ($p < 0,05$). Los grupos de edad de inicio más precoz y más tardío (especialmente estos últimos) presentan una tendencia a menor conciencia de enfermedad que los pacientes que enfermaron entre los 20 y los 30 años, a pesar de no existir diferencias significativas. Encontramos que aquellas personas que están institucionalizadas presentan peores puntuaciones en cada una de las subescalas de conciencia de enfermedad que las que están viviendo en la comunidad. Las puntuaciones medias de conciencia de enfermedad de las personas ingresadas son aproximadamente de 4, mientras que las personas que viven en la comunidad puntúan una media de 2 en cada una de las subescalas de conciencia de enfermedad ($p < 0,01$). Dentro de las personas que viven en la comunidad aquellas que viven solas o con amigos presentan una media menor que las que viven con familiares (media de 1,65 versus 2,1, respectivamente).

La tabla I describe la relación entre la conciencia de enfermedad y diferentes escalas de gravedad clínica, funcionamiento social y de discapacidad. Como es previsi-

TABLA II Regresión múltiple: conciencia de enfermedad y variables sociodemográficas y clínicas

	Conciencia de padecer un trastorno mental	Conciencia de necesidad de medicación	Conciencia de problemas sociales debidos a la enfermedad
Va r i a b l e s i n c l u i d a s e n l a e c u a c i ó n	coeficiente (IC 95%)	coeficiente (IC 95%)	coeficiente (IC 95%)
	$R^2 = 0,781$	$R^2 = 0,718$	$R^2 = 0,701$
PANSS positiva	0,105 (0,0512/0,1595)	0,106 (0,0505/0,1626)	0,095 (0,0469/0,1423)
PANSS negativa	—	—	0,051 (0,0314/0,0710)
PANSS General	0,050 (0,0169/0,0835)	0,040 (0,0057/0,0747)	—
Edad	0,041 (0,0241/0,0593)	0,020 (0,0019/0,0384)	—
Sexo	—	—	0,476 (0,0019/0,9504)
Va r i a b l e s n o i n c l u i d a s e n l a e c u a c i ó n			
Estado civil			
GAF total			
DAS total			

Variables incluidas en la ecuación con un nivel de significación $p < 0,05$.

TABLA III Correlación entre conciencia de enfermedad y utilización de servicios

	Conciencia de padecer un trastorno mental	Conciencia de necesidad de medicación	Conciencia de problemas sociales debidos a la enfermedad
	Coefficiente de correlación	Coefficiente de correlación	Coefficiente de correlación
Nº visitas en urgencias	0,2404	0,2991*	0,1249
Nº de días de ingresos totales	0,4496**	0,3044*	0,2590
Visitas ambulatorias	-0,2025	-0,2841*	-0,2168

Niveles de significación: * $p < 0,05$; ** $p < 0,005$.

ble existe una relación clara entre la mayor conciencia de enfermedad y un mejor estado clínico y social y menor discapacidad.

En la tabla II se presenta una regresión múltiple que analiza cómo la conciencia de enfermedad depende de las características sociodemográficas y clínicas. En cada una de las subescalas de conciencia de enfermedad encontramos diferentes variables como significativas. La PANSS positiva, la PANSS general y la edad explican el 78% de la variancia de la conciencia de padecer un trastorno mental. La PANSS positiva, la PANSS general y la edad explican el 71% de la variancia de la conciencia de necesitar medicación. Por último, la PANSS positiva, la PANSS negativa y el género explican el 70% de la conciencia de problemas sociales relacionados con la enfermedad.

La tabla III muestra la relación entre conciencia de enfermedad y la utilización de servicios. La conciencia de padecer un trastorno mental se correlaciona significativamente con el número de días de ingreso. Por otro lado, tienen menor conciencia de necesidad de medicación aquellas personas que acuden más a urgencias, tienen mayores estancias de ingreso y se visitan menos en el centro de salud mental. Sin embargo, la conciencia de padecer problemas sociales relacionados con la enfermedad no se relaciona con ninguno de los tres servicios seleccionados. En el análisis multivariante estas diferencias desaparecen cuando se incluye el grado de psicopatología (PANSS) como covariable.

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio presentado muestran que aproximadamente la mitad de las personas que padecen esquizofrenia tienen un elevado grado de conciencia de enfermedad. Este hecho contrasta con la idea tradicional que las personas con esquizofrenia no tienen conciencia de enfermedad (9, 30, 31) y reafirma los hallazgos de otros autores.

La conciencia de enfermedad se ha definido como un concepto multidimensional. Sin embargo, la alta correlación entre las tres subescalas (conciencia de padecer una enfermedad, conciencia de necesidad de medicación y conciencia de problemas sociales debido a la enferme-

dad) indica que las tres medidas utilizadas valoran aspectos parciales de un mismo constructo. Sin embargo, sí que existen algunas diferencias dentro del concepto de conciencia de enfermedad. Las dimensiones de conciencia de enfermedad se correlacionan con diferentes variables. La presencia de sintomatología negativa destacada disminuye la conciencia de tener problemas sociales asociados a la enfermedad, sin tener relación con las otras dimensiones. Las personas jóvenes tienen mayor conciencia de padecer un trastorno mental y de necesidad de tomar medicamentos, lo cual es independiente de un mayor grado de síntomas positivos.

La relación entre características sociodemográficas y la discapacidad y conciencia de enfermedad está en general mediatizada por la situación clínica de los pacientes. Las comparaciones simples muestran una menor conciencia de enfermedad en las mujeres, en las personas con mayor discapacidad y peor funcionamiento global, y en las personas institucionalizadas. Sin embargo, la mayor parte de estas relaciones desaparecen si se ajusta por el estado clínico en una regresión lineal múltiple. Así, el mayor determinante de conciencia de enfermedad es la gravedad de los síntomas positivos. Estos datos coinciden con otros estudios realizados (11-14).

En nuestro estudio contábamos con una mayoría de muestra ambulatoria, a pesar de esto hemos podido comparar los niveles de conciencia de enfermedad en la población de pacientes que viven en la comunidad y en pacientes que están ingresados. El hecho de haber encontrado grandes diferencias en los niveles de conciencia de enfermedad en cada una de las submuestras nos hace plantearnos sobre la necesidad de valorar esta característica de cara a la heterogeneidad de resultados de los diferentes estudios y en la intervención clínica. En la mayoría de los estudios que se han realizado valorando la conciencia de enfermedad en muestras hospitalarias (5, 6, 12, 13) no se han encontrado diferencias en relación a características sociodemográficas o psicopatológicas, mientras que aquellos que se llevan a cabo con la combinación de pacientes hospitalarios y ambulatorios muestran más diferencias en la valoración de la conciencia de enfermedad (2, 14).

El grado de conciencia de enfermedad se relaciona de manera significativa con la utilización de servicios. La falta de conciencia de padecer un trastorno mental se aso-

cia a un mayor número de ingresos hospitalarios, mientras que no parece influir significativamente en el número de visitas ambulatorias. En cambio, la conciencia de la necesidad de tomar medicamentos disminuye la frecuencia de visitas a urgencias y el número de ingresos y aumenta el número de visitas ambulatorias.

Existen varios aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de valorar las conclusiones expuestas. En primer lugar, presentamos un estudio transversal, por lo que en ningún momento se pueden establecer hipótesis de causalidad entre las relaciones encontradas. La muestra de casos analizada fue seleccionada entre las personas que habían sido atendidas durante un período de cinco años en los servicios públicos sectorizados. Por ello, la muestra no incluirá personas que solamente reciben atención a nivel privado o nunca hayan recibido atención. Sin embargo, estudios realizados anteriormente muestran cómo aproximadamente el 85% de las personas que padecen esquizofrenia han recibido tratamiento en algún momento de su vida (32). El tamaño muestral es relativamente pequeño, lo cual nos ha impedido analizar con profundidad grupos de pacientes en los cuales se han encontrado diferencias en conciencia de enfermedad (pacientes hospitalizados, casados y solteros, con estudios superiores, entre otros).

En conclusión podemos decir que la conciencia de enfermedad varía en función de variables sociodemográficas, psicopatológicas y de ajuste social e influye en la utilización de servicios sanitarios que los pacientes hacen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz M, Contable G, López Ibor I, Kemp R, David S. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychopatol Med* 1998;28:437-46.
2. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1997;48:195-9.
3. David A, Van Os J, Jones P, Harvey I, Foester A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995;167:621-528.
4. Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:359-66.
5. David A, Buchanan A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry* 1992;161:599-602.
6. Vaz FJ, Casado M, Salcedo MS, Béjar A. Psicopatología y conciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Fac Med Bar* 1994;21:66-74.
7. Hoge SK, Appelbaum PS, Lawlor T, Beck JC, Litman R, Greer A, et al. A prospective multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:949-56.
8. Mc Pherson R, Jerrom B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168:718-22.
9. Amador X, Strauss D. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1993;64:305-19.
10. Lysaker P, Bell M, Bryson G, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:432-6.
11. Marder S, Mebane A, Chien C, Winslade W, Swann E, Van Putten T. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *Am J Psychiatry* 1983;140:470-2.
12. Mc Evoy J, Apperson J, Appelbaum P, Ortlip P, Brescosky J, Hammill K, Geller J, Roth L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43-7.
13. Mc Evoy JP, Freter S, Everett G, Geller J, Appelbaum P, Apperson L, Roth L. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:48-51.
14. Vaz F, Béjar A, Casado M, Penasa B. Conciencia de enfermedad y síndrome positivo/negativo en la esquizofrenia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997;25:153-8.
15. Amador X, Strauss D, Yale S, Flaum M, Endicott J, Gorman J. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:873-9.
16. Kemp RA, Lambert TJ. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 1995;18:21-8.
17. Jorgensen P. Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995;6:436-40.
18. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996;169:444-50.
19. Kemp R, David A. Psychosis: insight and compliance. *Curr Opin Psychiatry* 1995;8:357-61.
20. Van Putten T, Crumpton E, Yale C. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1443-6.
21. Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:167-75.
22. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, et al. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
23. Vázquez-Barquero JL. SCAN. Cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría. Meditor, Madrid; 1993.
24. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatry Disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:766-71.
25. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. The positive and negative syndrome scale (PANSS). Rating manual. *Social Behav Sci Documents* 1986;17:28-9.
26. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*; 1994;22:171-7.
27. Sartorius N, Jablenski A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cul-

- tures: A preliminary report on the initial evaluation of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psycho Med* 1986;16:909-28.
28. Salvador-Carulla L, Torres F, Jonhson S, Kuhlman R, Vázquez-Barquero JL, Beecham J. Versión española del European Service Mapping Schedule. Cuestionario europeo para la descripción estandarizada de servicios. *Arch Neurobiol* 1997;60:163-9.
29. Beecham J. Collecting and estimating costs. En: Knapp M, ed. *The economic evaluation of mental health care*. Arena: Ashgate Publishing Limited, Hants; 1995.
30. World Health Organization Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Geneva: World Health Organization Press; 1973.
31. Wilson WH, Ban TA, Guy W. Flexible system criteria in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1986; 27:259-65.
32. Link B, Dohrenwend. Formulation of hypotheses about the ratio of untreated to treated cases in the five prevalence studies of functional psychiatric disorders in adults in the United States. En: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R, eds. *Mental illness in the United States: Epidemiological Estimates*. New York: Praeger; 1980.

Correspondencia:
Josep M^a Haro
CSM Gavà
Sarrià, 13-15
08850 Gavà (Barcelona)
E-mail: 27652jha@comb.es