

## Hijos de pacientes psicóticos en el proyecto SASPE: investigar para cuidar un futuro comprometido<sup>1</sup>

Jorge L. TIZÓN\*; Belén PARRA\*\*; Jordi ARTIGUE\*\*\*; Francesc PAREJA\*\*\*; Conxita PÉREZ\*\*\*; Josep FERRANDO\*\*\*\*; Laia CATALÁ\*\*\*\*\*; Marta SORRIBES\*\*\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivos:** *Contribuir al conocimiento de la fertilidad y la fecundidad de una muestra urbana de pacientes diagnosticados bajo los rútilos de «trastorno esquizofrénico» y «otras psicosis» (estudio SASPE), así como de la psicopatología de su descendencia.*

**Diseño:** *Estudio retrospectivo fundamentado en el procesamiento informático de los datos del Proyecto SASPE, en el vaciado de historias clínicas de cinco Equipos de Salud Mental Comunitaria estrechamente vinculada con la Atención Primaria a la Salud (APS) y en entrevistas con pacientes, hijos de pacientes y profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y de Pediatría de AP.*

**Emplazamiento del Proyecto:** *Unitat de Salut Mental (USM) de Sant Martí-La Mina, cinco Áreas Básicas de Salud (ABS) de Barcelona y Sant Adrià (provincia de Barcelona), además de la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia de Sant Martí (Institut Català de la Salut).*

**Sujetos:** *838 pacientes esquizofrénicos y con «otras psicosis» detectados por la USM. 917 descendientes de los mismos. Personal asistencial de la USM, 5 ABS y de la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia (UFAPÍ). Niños con señales de aler-*

<sup>1</sup> El proyecto SASPE (Senyals d'Alerta i Síntomes Prodròmic de l'Esquizofrènia en una població asistencialment delimitada) ha sido apoyado por la beca de investigación 02E/99 de la Fundació Seny tras la evaluación de los proyectos concursantes a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya.

\* Equip d'Atenció Precoç als Pacients Psicòtics (EAPPP). Institut Català de la Salut. Barcelona.

\*\* Secció Departamental de Treball Social i Serveis Socials. Universitat de Barcelona.

\*\*\* Unitat de Salut Mental Sant Martí-La Mina.

\*\*\*\* Institut Municipal de la Salut. Ajuntament de Barcelona.

\*\*\*\*\* Becaria de Investigació del Proyecto SASPE y el Proyecto LISMEP.

\*\*\*\* Unitat de Alcoholisme de Barcelona. Institut Català de la Salut.

Correspondencia: Jorge L. Tizón. Correo electrónico: jtizon.pbcn@ics.scs.es

Recibido: 6-10-05. Aceptado: 25-11-05.

Jorge L. Tizón; B. Parra; J. Artigue y cols.

*ta detectadas en los diversos Centros de la USM, y niños con señales de alerta o factores de riesgo detectados en los EAP y en los Equipos de Pediatría de APS.*

Metodología e instrumentos: *Diagnósticos DSM-IV. Entrevistas estructuradas ERIE-IRAOS. Escalas o sistemas de cribado en la infancia: cribados ARBB-ADBB, CBCL y LISMEP. Base de datos informatizados de la USM-SASPE.*

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia. Epidemiología. Prevención. Detección precoz. Hijos de psicóticos.

#### CHILDREN OF PSYCHOTIC PATIENTS IN THE SASPE PROJECT: RESEARCH FOR A FUTURE OF COMMITMENT

##### SUMMARY

Objectives: *To contribute to the knowledge of the fertility and fecundity of an urban sample of patients diagnosed with schizophrenic disorder or «other psychoses» (SASPE study), as well as of the offspring's psychopathology.*

Design: *A retrospective study based in the computer treatment of the data of Project SASPE, in the casting of clinical histories of five Units of Community Mental Health closely linked with the Primary Health Care (PHC) and in interviews with patients, patient's offspring and professionals of the PHC and of Pediatrics of PHC.*

Location of the Project: *Mental Health Unit (USM) of Sant Martí -The Mine, five Basic Health Areas of Barcelona and Sant Adrià (Barcelona), besides the Functional Unit of Attention to the Early Childhood of Sant Martí (Catalan Institute of Health).*

Participants: *838 schizophrenic patients and with «delirant psychoses» detected by the USM. 917 descendants of the same ones. Staff of the USM, 5 Basic Health Areas and of the Functional Unit of Attention to the Early Childhood (UFAP). Children with alert signs detected in the diverse Centers of the USM, and children with signs of alert or factors of risk detected in the PHC Teams and Pediatrics PHC teams.*

Methodology and instruments: *Diagnoses DSM-IV. Structured interview ERIE-IRAOS. Screening for childhood mental health ARBB-ADBB, CBCL and LISMEP. Informatized Data Base USM-SASPE.*

**KEY WORDS:** Schizophrenia. Epidemiology. Prevention. Early Detection. Psychotic's offspring.

#### INTRODUCCIÓN

Hasta la fecha, existen importantes diferencias de opinión, tanto entre los clínicos como entre los investigadores, acerca de la fertilidad y la fecundidad de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y/o otras psicosis (funcionales). Muchos de nosotros fuimos formados con la idea de que, debido a sus características de personalidad, psi-

copatológicas y de vida relacional, dichos pacientes tendían a poseer escasa descendencia<sup>1</sup>. Pero estos asertos se han visto desafiados por las investigaciones recientes, aunque los resultados continúan siendo contradictorios<sup>2,3,4,5,6</sup>. El asunto, sin embargo, dista de haber sido aclarado con la suficiente profundidad y rotundidad. Y, sin embargo, dado el cúmulo de factores de riesgo que esos descendientes poseen (biológicos, psicológicos y sociales), se constituyen en un grupo de alto riesgo y, tal vez, en un grupo «especialmente vulnerable», tanto para la psicopatología, como para los procesos sociales de marginación. Hasta los trabajos de Tienari<sup>7</sup> y los equipos nórdicos de investigación sobre las psicosis en la comunidad, no había duda del pronóstico negativo de dichos descendientes. A partir de dichos trabajos, se sabe que ese pronóstico se halla enormemente influenciado por el tipo de familia en la cual a esos «hijos de esquizofrénicos» o de «pacientes afectados por otras psicosis» les toca vivir, y el apoyo que esa familia recibe de su medio circundante<sup>7,9,10</sup>. De ahí que nos pareciera de sumo interés, tanto teórico como clínico y preventivo, investigar sobre ese tema.

En el año 1999, una parte del equipo clínico de la Unitat de Salut Mental Sant Martí-La Mina del Institut Català de la Salut (ICS) en Barcelona, se propuso realizar una serie de trabajos de investigación que recibió el nombre de Proyecto SASPE. Los objetivos iniciales del Proyecto SASPE eran contribuir al conocimiento: 1) de la vida cotidiana de los pacientes diagnosticados como «psicóticos» y de sus familias; 2) consecuentemente, de la presentación de los trastornos esquizofrénicos en Atención Primaria a la Salud (APS) (incidencia, prevalencia y formas), una vía para actualizar los estudios comunitarios anteriores, y 3) de las señales de alerta y precursores de la esquizofrenia, tal como pueden aparecer en la infancia, y de los signos prodrómicos en otras edades.

Para realizar este tipo de estudios de psicopatología en atención primaria se necesitaba de un equipo de investigación estrechamente vinculado con la clínica de la salud mental comunitaria y, en concreto, muy conectado con la atención primaria a la salud, especialmente con los equipos de pediatría y medicina de familia. De ahí que en 1999 propusiéramos el Proyecto SASPE (Señales de Alarma y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia) en la USM de Sant Martí-La Mina (ICS, Barcelona): tal proyecto, a nuestro entender, sólo podría realizarse por parte de un equipo radicado en lo que hemos llamado la *atención primaria a la salud mental*<sup>11,12,13</sup>, es decir, la zona de transición entre los dispositivos de atención primaria y los dispositivos primarios de salud mental. Pensamos inicialmente que la Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina, del ICS de Barcelona, podría proporcionarnos los medios, la población y el personal para ese tipo de trabajo\*.

\*El proyecto SASPE obtuvo en 1999 una beca de Investigación de la Fundació Seny, dedicada a estimular la investigación en el ámbito de los trastornos psicóticos, tras la evaluación de los proyectos realizada por la Agencia de Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya, organismo vinculado a la OMS.

La población sobre la que se está realizando el estudio corresponde a varias barriadas de Barcelona, en el distrito de Sant Martí<sup>14</sup>. Sanitariamente, su organización la divide en cinco Áreas Básicas de Salud (ABS) que agrupan, en total, a 103.615 habitantes: desde hace más de 20 años todos tienen como Unidad de Salud Mental de referencia, filtro para cualquier atención o derivación en este ámbito, a la susodicha Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina (ICS).

En tal sentido, hay que hacer constar las características asistenciales de esta Unidad, que proporciona la base clínica y gran parte de los miembros del equipo de investigación. Esquemáticamente serían las siguientes<sup>15,16</sup>:

1. Ser un equipo estable, de orientación integradora de lo biológico con lo psicológico y psicosocial, que lleva trabajando en el mismo territorio y con la misma población y orientación desde 1982.

2. Estar encuadrada dentro de una organización de la red de salud mental asistencialmente delimitada y estrechamente territorializada, de forma que sólo los pacientes que utilicen *únicamente* la red privada pueden no ser detectados por dicha Unidad.

3. Combinar la atención primaria a la salud mental de adultos y de niños: la Unidad está formada por dos equipos para la atención de adultos, uno de atención específica a los *trastornos mentales graves* (TMG), dos para la atención de niños y jóvenes y una unidad funcional de atención a la primera infancia, realizada junto con los pediatras y otros profesionales de la atención precoz.

4. Dicha Unidad posee una de las accesibilidades más altas de Europa: a finales de 2001, la habían visitado en alguna ocasión 22.846 personas de la población adscrita (103.615 personas), lo que corresponde al 22,05% de los miembros de su territorio. A finales de 2003, ya se había visitado el 24,86% de la población del barrio en la unidad psiquiátrica y psicosocial.

5. En consecuencia, todo el equipo está vitalmente interesado en programas de prevención y promoción de la salud mental<sup>15</sup>.

6. Al ser la población y el territorio delimitados, la accesibilidad tan amplia y la clase social media-baja, baja y marginal (grupos IV y V), es difícil que un porcentaje importante de la población afectada por TMG no pase por dicha unidad, aunque nada más sea para buscar las recetas de sus prescripciones, realizar pruebas complementarias, los ingresos en dispositivos secundarios o terciarios de salud mental... Estimamos que dicho porcentaje es menor del 10% y que, en el caso de los trastornos psicóticos, no llega al 1%. La prevalencia en el servicio de pacientes con diagnósticos catalogables dentro del grupo de los TMG era en 2001 del 22,46% (5.132 pacientes de esos grupos de diagnósticos). La incidencia anual de los mismos en 2003 fue del 19,74%.

7. En consecuencia, el número de pacientes afectados por cuadros esquizofrénicos y «otras psicosis», y detectados hasta el momento por dicha unidad, era de prever que

fuera alto y presentara una correspondencia bastante exacta con la incidencia y la prevalencia reales. Cabía esperar, pues, que si nuestras búsquedas fueran exhaustivas, tales cifras se aproximarían a las proporcionadas por los estudios sobre la «población general» y/o podrían matizar los datos epidemiológicos provenientes de otras fuentes.

La experiencia clínica con esta población ha hecho que el interés por el tema en nuestro equipo haya venido determinado, además de por los aspectos asistenciales y preventivos estrictos, por algunos hallazgos, aún no suficientemente contrastados, tanto clínicos como de prevención secundaria y terciaria. De hecho, diversos miembros del equipo clínico e investigador poseen experiencia en el manejo psicoterapéutico individual y de grupo de pacientes esquizofrénicos y/o de sus familiares, así como en los tratamientos psicoanalíticos de estos pacientes. Los resultados pueden y deben discutirse y validarse de diversas formas clínicas y empíricas, pero son esperanzadores en cuanto al nivel de conservación de la capacidad relacional y social entre un porcentaje indeterminado de tales pacientes *si son tratados desde el primer episodio* con métodos combinados<sup>17</sup> que incluyan terapias psicológicas tanto de ellos como de sus familias. Un modelo, por cierto, similar al propugnado por la *International Society for the Psychological Treatments of Schizophrenia and Other Psychoses* (ISPS) o por Alanen y los equipos nórdicos<sup>9,17</sup>.

## METODOLOGÍA

Inicialmente se propuso la realización de cinco estudios descriptivos (uno transversal, uno longitudinal y tres retrospectivos), fundamentados en los siguientes soportes<sup>14</sup>:

1. La revisión exhaustiva de los Registros de Casos informatizados y las historias clínicas de una Unidad de Salud Mental Comunitaria estrechamente vinculada con la APS.
2. La consulta de las historias clínicas de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y de Pediatría de AP.
3. Entrevistas estructuradas con pacientes, hijos de pacientes y profesionales de APS. (Dos de los estudios incluyen hijos de esquizofrénicos y niños con señales de alerta detectadas en la primera infancia.)

El emplazamiento del Proyecto SASPE era pues la USM de Sant Martí-La Mina, 5 ABS de Barcelona y Sant Adrià (provincia de Barcelona) y, además, de la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia de Sant Martí (ICS).

<sup>14</sup>A lo largo de las diversas fases del proyecto SASPE está prevista la participación de personal o de pacientes de al menos 11 centros diferentes: los cinco centros que componen la Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina (CSMA La Veneda, CSMIJ La Veneda, CSMA La Mina y CSMIJ La Mina) y el Equipo de Atención a los Trastornos Mentales Graves, el Centre

Jorge L. Tizón; B. Parra; J. Artigue y cols.

## Sujetos participantes

— Pacientes esquizofrénicos y con «otras psicosis» detectados por la USM. Pacientes esquizofrénicos y con «otras psicosis» no detectados por la USM.

— Niños con señales de alerta detectadas en la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia (UFAPI) y niños con señales de alerta o factores de riesgo detectados en los EAP y en los Equipos de Pediatría de APS.

— Hijos de pacientes con diagnóstico de trastornos esquizofrénicos u «otras psicosis».

— Personal asistencial de la USM, de 5 ABS y de la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia (UFAPI), a los que se entrevistaba en caso de dudas o para completar la información.

## Instrumentos

— Diagnósticos DSM-IV. Entrevista estructurada de diagnóstico SCAN. Escalas de «síntomas en negativo» y «síntomas en positivo».

— Escalas o sistemas de cribado en la primera infancia: cribados ARBB-ADBB, CBCL y LISMEP.

— Entrevistas estructuradas para determinar signos precursores y prodrómicos: FETZ (Colonia), ERIE-IRAOS (Hamburgo-Barcelona), ERIE-red (versión reducida del IRAOS, adaptada por el equipo investigador).

Dentro de los trabajos propios del Estudio D del Proyecto SASPE (tablas 1 a 3), a partir de los cuales se ha escrito esta comunicación, se realizaron una serie de revisiones: 1. Una revisión automatizada del Banco de Datos SASPE<sup>14</sup> para determinar todos los pacientes que tenían hijos; 2. Una nueva revisión del conjunto de casos de psicosis de la USM —según su Banco de Datos de estadística asistencial— para asegurar que ningún caso se hubiera pasado por alto; 3. Una revisión de las historias clínicas para asegurar los datos proporcionados por la búsqueda 1; 4. En caso de dudas, se consultaba con el clínico y/o la enfermera del paciente; 5. En caso de dudas, se aprovechaba una entrevista con el paciente para asegurar el dato, y 6. No hay que olvidar que el artículo se enmarca en una serie de trabajos centrada en los «hijos de pacientes psicóticos»<sup>19,20</sup>, varios de los cuales incluyen entrevistas con padres e hijos, uso de diversas escalas (ARBB-ADBB<sup>21,22</sup>, ERIE-IRAOS<sup>23</sup>, CBCL<sup>24</sup>, LISMEP<sup>20</sup>, etc.

<sup>14</sup> Atenció Primària (CAP) La Mina (Equipo de Pediatría y Equipo de Medicina de Familia), el CAP Sant Martí, CAP La Pau y CAP El Clot, el Institut Municipal de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona (Dr. Josep Ferrando) y del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull (Prof. Carles Pérez i Testor y Lda. Marta Goma).

TABLA 1: RESUMEN DE LOS ESTUDIOS SASPE (SEÑALES DE ALERTA Y SÍNTOMAS PRODRÓMICOS DE LA ESQUIZOFRENIA EN APS)

ESTUDIO	DISEÑO	OBJETIVO PRINCIPAL	POBLACIÓN	FUENTES	HERRAMIENTAS
SASPE A	Descriptivo transversal	Determinar la prevalencia de la esquizofrenia y otras psicosis	5 ABS (103.615 habitantes en el 2001)	Base de datos informatizada de la USM	— Criterios SASPE — SCAN
SASPE B	Descriptivo longitudinal prospectivo	Determinar la incidencia en el servicio de la esquizofrenia y otras psicosis. Estudio descriptivo de pródromos	Consultantes en USM	— Base de datos informatizada de la USM — SASPE A	— Criterios SASPE — SCAN — ERIE-IRAOS
C1	Descriptivo longitudinal prospectivo	Factores de riesgo y señales de alerta de trastorno mental grave recogidos en la infancia	Hijos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis detectados en las 5 ABS	— HCAP de Pediatría y Medicina de Familia — SASPE B — UFAPI	— HCAP — CBCL — LISMEP — ERIE-IRAOS — ARBB-ADBB
C2	Descriptivo longitudinal prospectivo	Señales de alerta y síntomas prodrómicos en la adolescencia	Hijos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis detectados en las 5 ABS	— SASPE B — HCAP de Pediatría y de Medicina de Familia — HCAP USM	— HCAP — ERIE-IRIOS red — ERIE-IRAOS — SCAN
SASPE D	Descriptivo longitudinal prospectivo	Determinar el riesgo de esquizofrenia y otras psicosis en la población vulnerable	Hijos de esquizofrénicos y otras psicosis de 5 ABS	— SASPE A — SASPE C	— DSM-IV — CBCL — LISMEP — ARBB-ADBB — GHQ — SCAN

ARBB-ARBB: Alarme Détresse Bébé- Alarma sobre el Retraimiento del Bebé. (A. Guedeney 2000) / CBCL: Children's Behaviour Check List<sup>24</sup> / DSM-IV: Clasificación Estadística y Diagnóstica de los Trastornos mentales norteamericana / ERIE-IRAOS: Entrevista de Evaluación Retrospectiva de los Inicios de la Esquizofrenia (H.Häfner; A.Riecher-Rössler; B.Fätkenheuer; K.Maurer; S.Meissner; W.Löffler<sup>19,20</sup> / ERIE-IRAOS red: Versión reducida del ERIE-IRAOS, en forma de cuestionario de detección precoz / HCAP: Historia Clínica de Atención Primaria / LISMEP: Listado de Items de Salud Mental Preescolar, Proyecto LISMEP, Unidad de Salud Mental Sant Martí-La Mina del Institut Català de la Salut de Barcelona<sup>19</sup> / SCAN: Schedules for Clinical Assessment in NeuroPsychiatry- Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. (OMS) / UFAPI: Unidad Funcional de Atención a la (salud mental) de la Primera Infancia del SAP Sant Martí (Barcelona) / USM: Unidad de Salud Mental Sant Martí-La Mina.

Jorge L. Tizón; B. Parra; J. Artigue y cols.

TABLA 2: 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	298,80
TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO	297,30
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

TABLA 3: CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE «CASO» EN LOS ESTUDIOS SASPE

CRITERIOS	???????????
A.	A1. Los diagnósticos de la tabla 2 realizados según criterios DSM-IV A2. Mantenidos un mínimo de seis meses A3. Y en tres o más visitas a la Unidad Mental
B.	O bien: B. Dos o más ingresos en Servicios de Psiquiatría Hospitalarios o de hospitales monográficos con esos grupos diagnósticos (tabla 1)
C.	O bien: C. Dos o más visitas a Urgencias de Hospital General o Servicio de Psiquiatría de Hospital con esos diagnósticos de salida (tabla 1)

## RESULTADOS

Las tablas 4 a 7 resumen los hallazgos del equipo, así como las figuras 1 y 2.

TABLA 4: RESULTADOS DEL ESTUDIO SASPE A: PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL Y EN EDAD DE RIESGO DE ESQUIZOFRENIA Y «OTRAS PSICOSIS» (AÑO 2000)

	N	%	POBLACIÓN GENERAL <sup>1</sup>		POBLACIÓN EN EDAD DE RIESGO <sup>2</sup>	
			prevalencia x 10.000	ic del 95%	prevalencia x 10.000	ic del 95%
ESQUIZOFRENIA <sup>3</sup>	476	56,80	45,93	41,80-50,10	80,77	73,50-88
«OTRAS PSICOSIS»	362	43,19	34,93	31,30-38,50	51,24 <sup>4</sup>	45,50-57
TRASTORNOS DELIRANTES	209	24,94	20,17	17,40-22,90	35,46	30,70-40,30
OTRAS PSICOSIS DEL ADULTO <sup>5</sup>	93	11,09	8,97	7,10-10,80	17,78	12,60-19
OTRAS PSICOSIS DE INICIO EN LA INFANCIA (0-14 AÑOS) <sup>6</sup>					45,44	34-56,90
<i>Total</i>	838	100	80,87	75,40-86,30	132 <sup>4</sup>	123-141

<sup>1</sup> Incluye los casos de esquizofrenia, los trastornos esquizofreniformes y los trastornos esquizoafectivos.

<sup>2</sup> Incluye los trastornos psicóticos breves, los trastornos psicóticos compartidos, los trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica, los trastornos psicóticos inducidos por sustancias y los trastornos psicóticos no especificados. <sup>3</sup> Población General = 103.615. <sup>4</sup> Población en Edad de Riesgo, 15-54 años = 58.930. <sup>5</sup> Población de 0-14 años = 13.204. <sup>6</sup> Se excluyen los casos de «otras psicosis de inicio en la infancia».

TABLA 5: HIJOS DE ESQUIZOFRÉNICOS Y PACIENTES CON OOPP: ESTUDIO SASPE D

	SIN HIJOS	CON HIJOS	NÚMERO DE HIJOS			NÚMERO DE HIJOS CON HISTORIA ABIERTA EN LA USM	NÚMERO DE HIJOS CON EQF	NÚMERO DE HIJOS DE HIJOS CON OOPP	NÚMERO DE HIJOS PSICÓTICOS
			< 18 AÑOS	> 18 AÑOS	TOTAL				
EQF	206	90	27 14,43%	160 85,56%	187	40 21,39%	4 20%	4 20%	8 20%
	116	64	51 24,40%	158 75,59%	209	35 16,74%	4 22,85%	4 11,42%	12 34,28%
	322	154	78 19,69%	318 80,30%	396	75 18,93%	12 16%	8 10,66%	20 26,66%
OOPP	118	105	27 10,03%	242 89,96%	269	27 10,03%	5 18,51%	4 14,81%	9 33,33%
	64	75	43 17,06%	209 82,93%	252	53 21,03%	4 7,05%	4 7,05%	8 34,28%
	182	180	70 13,43%	451 86,56%	521	80 15,35%	9 11,25%	8 10%	17 21,25%
Total	504	334	148 16,13%	769 83,86%	917	155 16,90%	21 13,52%	16 10,32%	37 23,87%

Abreviaturas: EQF (esquizofrenia); LM ( La Mina); LV ( La Verneda); OOPP (otras psicosis); USM (Unidad de Salud Mental).

TABLA 6: FERTILIDAD SEGÚN SU DIAGNÓSTICO DE LOS «CASOS SASPE 1982-2000»

ESQUIZOFRENIA	SIN HIJOS	CON HIJOS	NÚMERO DE HIJOS
HOMBRES	La Verneda: 176	142	34
	La Mina: 111	79	32
	Total: 287	221	66
MUJERES	La Verneda: 120	64	56
	La Mina: 69	37	32
	Total: 189	101	88
Total	476	322	154
			396
OTRAS PSICOSIS	SIN HIJOS	CON HIJOS	NÚMERO DE HIJOS
HOMBRES	La Verneda: 120	75	45
	La Mina: 81	45	36
	Total: 201	120	81
MUJERES	La Verneda: 103	43	60
	La Mina: 58	19	39
	Total: 161	62	99
Total	362	182	180
			521

Jorge L. Tizón; B. Parra; J. Artigue y cols.

TABLA 7: FERTILIDAD Y FECUNDIDAD POR BARRIOS DIFERENCIADOS (1982-2000)

LA VERNEDA	ESQUIZOFRENIA	OOPP	«PSICOSIS SASPE»
	CASOS/HIJOS/TASA	CASOS/HIJOS/TASA	CASOS/HIJOS/TASA
HOMBRES	176/75/0,42	120/127/1,05	296/202/0,68
MUJERES	120/112/0,93	103/142/1,37	223/254/1,13
HOMBRES Y MUJERES	296/187/0,63	223/269/1,20	519/456/0,87
HOMBRES CON HIJOS	34/75/2,20	45/127/2,82	79/202/2,55
MUJERES CON HIJOS	56/112/2,0	60/142/2,36	116/254/2,18
LA MINA	ESQUIZOFRENIA	OOPP	«PSICOSIS SASPE»
	CASOS/HIJOS/TASA	CASOS/HIJOS/TASA	CASOS/HIJOS/TASA
HOMBRES	111/85/0,76	81/111/1,37	192/196/1,02
MUJERES	69/124/1,79	58/141/2,43	127/265/2,08
HOMBRES Y MUJERES	180/209/1,16	139/252/1,81	319/461/1,44
HOMBRES CON HIJOS	32/85/2,65	36/111/3,08	68/196/2,88
MUJERES CON HIJOS	32/124/3,87	39/141/2,61	71/265/3,73

FIGURA 1: FERTILIDAD Y FECUNDIDAD POR GÉNERO Y DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO SASPE D

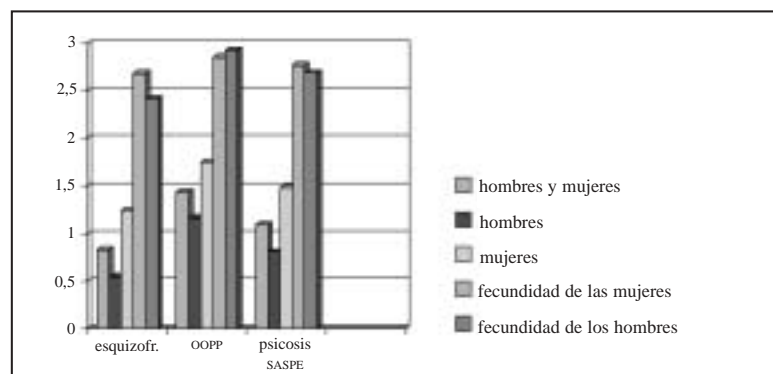
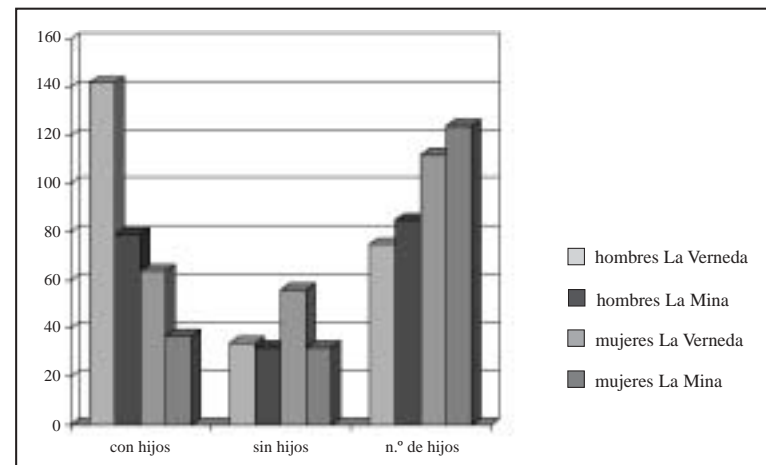


FIGURA 2: DESCENDENCIA DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN EL ESTUDIO SASPE D

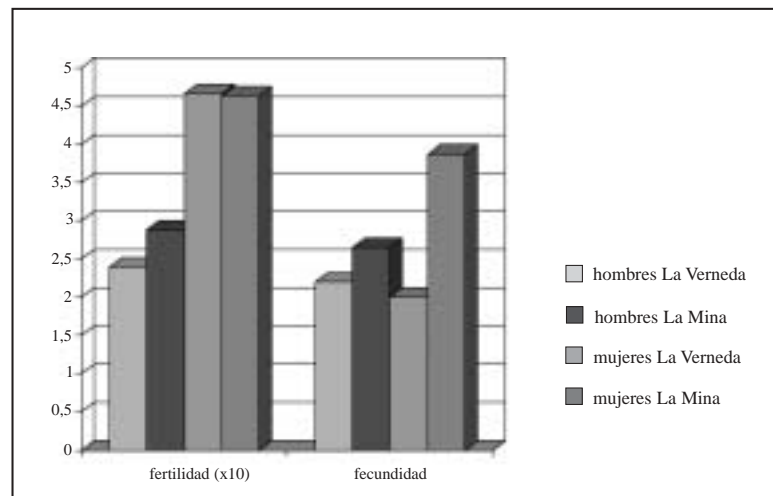


Del fichero de prevalencia de «pacientes psicóticos siglo XX» se encontraron un total de 154 pacientes diagnosticados de esquizofrenia con criterios SASPE (estrictos) que tenían hijos y 180 más diagnosticados con «otras psicosis». El total de hijos para el primer grupo fue de 396 y para el segundo de 521 (917 hijos para el total de «casos SASPE»).

Ante la dificultad de encontrar estadísticos sociodemográficos útiles para la descripción de nuestra muestra con fines heurísticos y preventivos, hemos adoptado la convención, ya utilizada en estudios anteriores<sup>5,6</sup>, de calificar como *fertilidad* el número y porcentaje de pacientes de un colectivo dado de consultantes que tienen hijos (*¿cuántos sujetos del grupo «x» tienen hijos?*) y como *fecundidad* el número y la media de hijos para el grupo que los tiene (en el caso de las mujeres, este índice es similar al «indicador coyuntural de fecundidad» de las estadísticas estatales y autonómicas<sup>24</sup>).

En ese sentido, los datos fundamentales que destacaríamos en este trabajo serían los siguientes:

1. Los pacientes esquizofrénicos de nuestra muestra poseen una fertilidad similar a la población general catalana: un 32,3% de los 476 pacientes esquizofrénicos tienen descendencia, lo que determina un grupo de 396 hijos de pacientes diagnosticados de

**FIGURA 3: TASAS DE FERTILIDAD Y FECUNDIDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO ESQUIZOFRÉNICOS EN EL ESTUDIO SASPE D**

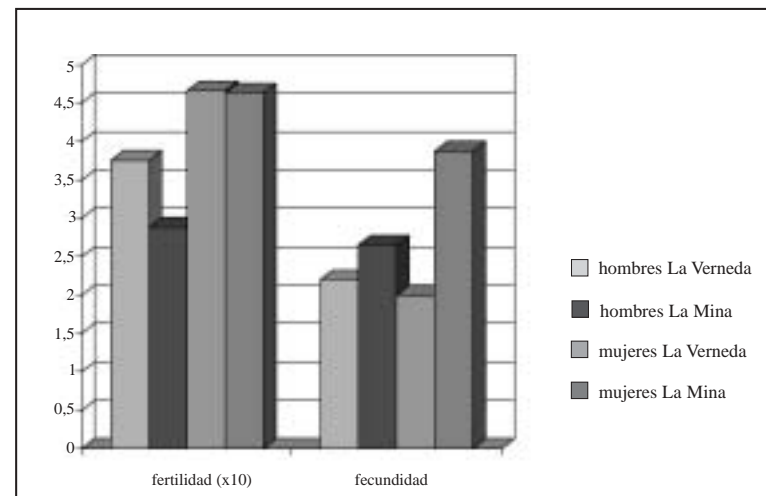
esquizofrenia con criterios estrictos SASPE. La media de hijos en mujeres diagnosticadas de esquizofrenia es de 1,24, y la fecundidad de las que tienen hijos de 2,68 (tabla 6 y figuras 2 y 3).

2. En los casos diagnosticados de padecer «otras psicosis» (con criterios específicos SASPE, tabla 5 y figura 4), se ha encontrado que un 49,7 % de los 362 pacientes tienen descendencia, lo que proporciona un grupo de 521 hijos. La media de hijos en mujeres con estos diagnósticos es de 1,75, y la fecundidad (de las que tienen hijos) de 2,85.

3. La fertilidad global, para hombres y mujeres diagnosticados de psicosis en el estudio SASPE, es de 1,09 (tabla 5).

4. La fertilidad se distribuye en un gradiente que va desde la menor en «hombres esquizofrénicos o con otras psicosis (OOPP) de La Verneda» (barrio de clase III y IV) «a mujeres con OOPP de La Mina» (barrio de clase IV y V) (tablas 6 y 7).

5. La fecundidad se distribuye en un gradiente que va desde la menor (2,0 y 2,2) en «mujeres/hombres esquizofrénicos con hijos de La Verneda» (barrio de clase III y IV) hasta una cifra realmente desbordada (3,87) en las «mujeres, esquizofrénicas con hijos de La Mina» (barrio de clase IV y V) (tablas 6 y 7 y figuras 3 y 4).

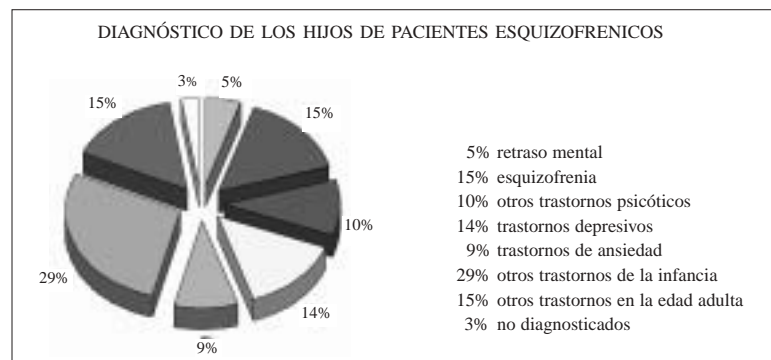
**FIGURA 4: TASAS DE FERTILIDAD Y FECUNDIDAD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE «OTRAS PSICOSIS» EN EL ESTUDIO SASPE D**

6. Las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia en La Verneda (LV) y en La Mina (LM) tienen un porcentaje de fertilidad similar: 46,6 y 46,3 respectivamente. En cambio, observando el índice de fecundidad, en el barrio de La Mina es claramente superior, con una media de 3,8 hijos por mujer, con respecto a La Verneda, que se mantiene en una media de dos hijos por mujer. A diferencia de las mujeres, los hombres diagnosticados de esquizofrenia poseen una fecundidad similar en los dos barrios: 2,2 y 2,65.

7. En términos generales, la fertilidad y la fecundidad así definidas son mayores de forma estadísticamente significativa entre las/los pacientes esquizofrénicos o con OOPP que viven en barrios con acumulación de factores psicosociales, como muestra la comparación entre los que viven en La Verneda y en La Mina: fertilidad en LV, 37,5%; en LM, 43,5% ( $p < 0,001$ ); fecundidad en LV: 0,8; en LM: 1,4 ( $p < 0,001$ ) (tabla 7 y figuras 3 y 4)



FIGURA 5: DIAGNÓSTICOS DE LOS HIJOS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS QUE CONSULTAN (75 SOBRE N = 396)



Otros trastornos psicóticos: trastorno de la comunicación, trastorno general del desarrollo, trastorno psicótico no especificado. Otros trastornos de la infancia: trastorno de la ingestión, trastorno de la relación, trastorno de la eliminación. Otros trastornos en la edad adulta: trastorno del sueño, trastorno del control de los impulsos, dependencia del alcohol, trastorno adaptativos.

8. Los hijos de esquizofrénicos (y, en general, de pacientes psicóticos) presentan una gran incidencia y prevalencia de cuadros psicopatológicos, de acuerdo a numerosos estudios anteriores<sup>10,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37</sup>. Según nuestros datos, se encontró que tenían historia abierta en la USM un 16,9% de los hijos de pacientes psicóticos: han consultado en ella 75 hijos de pacientes esquizofrénicos (sobre 396) y 80 hijos de pacientes diagnosticados como OOPP (sobre un total de 521) (tabla 5 y figura 5).

9. Teniendo en cuenta los diagnósticos de los que sí consultan, entre ellos el 23,8%<sup>37</sup> padecían o habían padecido trastornos psicóticos en algún momento de la vida, es decir, el 4,03% del total de los hijos de esquizofrénicos o pacientes con OOPP: 20 psicóticos hijos de esquizofrénicos (sobre 396) y 17 hijos de pacientes diagnosticados de OOPP (sobre 521) (figura 5).

10. Eso significa que de los hijos de pacientes psicóticos de nuestra muestra, al menos el 18,93% de los hijos de esquizofrénicos y el 15,35% de los hijos de pacientes con OOPP padecen un trastorno (grave) por el cual consultan en su Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil correspondiente. De entre los que lo hacen, teniendo en cuenta todas las edades, el 23,87% son diagnosticados de trastorno psicótico (casi la cuarta parte). El resto, según los cuadros psicopatológicos agrupados en la figura 5.

11. Nuestras primeras investigaciones sobre los «hijos de» que no consultan, realizadas con cita previa, entrevista semiestructurada y pruebas diagnósticas, arrojan una incidencia de psicopatología del 100%, si bien lo más llamativo es el bajo índice de aceptación del consentimiento informado (40 sobre 762: 5,25%), tanto en el caso de pacientes adultos (para participar ellos mismos) como para los hijos menores de edad.

## DISCUSIÓN

Como consecuencia de nuestro estudio hay al menos cuatro series de datos que queremos destacar.

La primera, acerca de la fertilidad y fecundidad de los pacientes psicóticos en nuestro medio, mayor de la esperada y que se aproxima o en ocasiones supera a la de la población general. La media de hijos en mujeres diagnosticadas de esquizofrenia es de 1,24, la fecundidad de las que tienen hijos, 2,68 (tablas 5 y 6, y figura 3). Como dato de comparación, el indicador coyuntural de fecundidad en Cataluña en el 2002 era de 1,33. En el grupo de los pacientes diagnosticados como «OOPP» según los criterios SASPE, esos datos son aún más explícitos (tablas 5 y 6 y figura 4): un 49,7% de los 362 pacientes tienen hijos, lo que proporciona un grupo de 521 hijos. La media de hijos en mujeres con estos diagnósticos es de 1,75 y la fecundidad (de las que tienen hijos) 2,85.

La segunda serie de datos que merecerían discusión tiene que ver con las diferencias encontradas en la fertilidad y la fecundidad entre el barrio con acumulación de factores de riesgo psicosocial (La Mina) y los otros barrios de la muestra (La Verne-da, con otras 4 barriadas diferenciadas). Como en otros estudios anteriores del colectivo<sup>14,19,20</sup>, la comparación entre barrios nos muestra la posible influencia de la acumulación de factores de riesgo de tipo psicosocial no sólo en cuanto a la incidencia y prevalencia de las psicosis, sino en los índices de fecundidad en general. Pero se encuentran diferencias entre sexos: los hombres en La Verne-da tienen más hijos que en La Mina o apenas muestran diferencias entre ellos. En cambio, en las mujeres sí se encuentra una mayor fecundidad en La Mina que en La Verne-da. Tal vez habría que plantear como hipótesis la intervención de componentes genéticos vinculados al sexo, componentes hormonales o una mayor influencia de los factores de riesgo psicosociales en las mujeres que en los hombres con estos diagnósticos. ¿O tal vez la hipótesis habría de considerar una mayor sociabilidad, adaptación, introyección de normas culturales, etc. en las mujeres? Es decir, tendríamos que intentar contestarnos a la pregunta siguiente: ¿cómo queda afectada la vida cotidiana por la clínica psicótica en los hombres y mujeres que viven en barrios marginales donde aún los roles familiares están muy diferenciados/disociados? Es el tipo de preguntas por las cuales comenzamos nuestras investigaciones sobre «psicosis en la comunidad»: ¿cómo es la vida cotidiana de estos pacientes en nuestros medios?

La tercera serie de datos tiene que ver con la —relativamente— baja tasa de consulta por parte de los hijos de este tipo de pacientes: «sólo» el 16,9% tiene abierta una historia en la USM. Y recordemos la alta accesibilidad de esta Unidad, tanto en el caso de niños como de adultos, y con una continuidad asistencial entre ambas edades asegurada en su seno: en 22 años ha consultado en ella más del 24% de la población.

El conjunto de los datos califica un grupo de alto riesgo, inesperadamente grande para nuestras previsiones iniciales, al que llamamos «hijos de pacientes psicóticos», que merece una especial atención sanitaria, sobre todo a nivel psicológico y psicosocial. Se configura además un «grupo de alto riesgo de psicosis» formado por 1.720 personas, el 1,65% de nuestra población general: 917 «hijos de» (0,88% de la población general) + 803 «casos SASPE» que no son «hijos de casos SASPE», según una revisión *ad hoc* de nuestra base de datos realizada para evitar duplicaciones.

Además, como era de esperar, los diagnósticos de la descendencia de los pacientes esquizofrénicos son graves, como puede verse en la figura 5 y se sabía por numerosos estudios anteriores<sup>26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37</sup>. Por ejemplo, de los «hijos de» que consultan, el 5% padece un retraso mental, el 15% un trastorno esquizofrénico y el 10% otras psicosis (fundamentalmente, trastornos delirantes).

Sin embargo, la cuarta serie de reflexiones viene marcada por lo alejados que resultan estos datos de muchos otros que aparecen en la literatura habitual<sup>33,34,35,36,37,38,39</sup>. Hemos de recordar, por ello, que se trata de resultados obtenidos sobre pacientes reales, en una situación clínica real, con una territorialización estricta, y tras aplicar durante años criterios de alta accesibilidad y análisis heurísticos empíricos añadidos. Por ejemplo, nuestra tasa de 4,03% de psicosis entre hijos de pacientes psicóticos (y entre hijos de pacientes esquizofrénicos) se distancia claramente de la manejada en la literatura habitual, que suele ser del 12 al 22%<sup>35,36,37,38,39</sup> para descendientes directos. Recordemos que, además, ese dato se suele utilizar para calificar la «carga familiar» o «carga genética», lo cual le confiere una relevancia sobreañadida.

Discutamos nuestros datos. De entrada, para explicarlos podríamos proponer una «infradetección» en el estudio SASPE de la prevalencia de pacientes esquizofrénicos y con «otras psicosis» en una población determinada. Pero, dadas las tasas de prevalencia e incidencia que ya hemos hallado, similares a las —corregidas— de los estudios realizados sobre la población general<sup>40,41,42,43,44,45,46,47</sup> no podemos pensar en unas tasas altas de «falsos negativos». Máxime si tenemos en cuenta los siguientes elementos<sup>14,40,41</sup>:

1. Nuestro análisis empírico en los estudios SASPE<sup>14,40,41</sup> es psicopatológicamente discriminativo: diferenciamos «trastornos esquizofrénicos» de «otras psicosis» (tablas 2 y 3) y, además, no mezclamos ningún otro diagnóstico (tales como «psicosis afectiva» o «espectro esquizofrénico»).

2. Atendemos en la misma unidad a adultos, niños y primera infancia (y, consecuentemente, los programas de prevención precoz).

3. El porcentaje de niños de la población general en tratamiento o seguimiento dentro de la USM ha llegado a superar el 20%.

4. La prevalencia de psicóticos tanto 1) detectados, como 2) en prevalencia en servicio, como 3) más o menos vinculados en la APS, es más alta de la habitual en nuestros medios (e incluso en otros mucho mejor dotados)<sup>8,9</sup>.

Colocados en esta tesitura, tal vez la alta accesibilidad de la Unidad de Salud Mental que atiende a estos barrios, así como sus sistemas de trabajo de atención precoz en los casos graves, son los que puedan proporcionar una explicación parcial de esas anomalías empíricas: ni incluso multiplicando por tres la tasa de prevalencia de las psicosis en hijos de psicóticos (3  $\times$  4%) se llegaría a las que se suelen considerar habitualmente. Pero, dado el diseño de nuestro trabajo, prácticamente no pueden existir «hijos no detectados», sino, en todo caso, «pacientes psicóticos no detectados». Nuestros primeros estudios empíricos con «hijos de psicóticos que no consultan» arrojan una alta tasa de psicopatología, pero fundamentalmente no esquizofrénica ni, en general, psicótica. Como mucho, podría llevar a triplicar la tasa de prevalencia de hijos psicóticos de pacientes psicóticos, asunto poco creíble por cuanto, además, esos niños o adultos no deberían haber consultado ni con nosotros ni con ninguno de los dispositivos de apoyo del territorio: psiquiátricos, psicopedagógicos o de servicios sociales. Además, si creyéramos que esas tasas de los hijos son tres veces superiores, tendríamos que considerar que la incidencia de las psicosis en la población general es en nuestras barriadas entre dos y tres veces mayor de lo habitual, algo que no coincide con las investigaciones internacionales ni, desde luego, con nuestros propios estudios<sup>14,40,41</sup>. Por otra parte, dados los sistemas de trabajo de la USM y de los dispositivos en los cuales se apoya, es muy difícil que un porcentaje alto de pacientes esquizofrénicos escape durante años a la detección por parte del equipo. Pero insistimos: ni siquiera multiplicando por tres estas cifras de prevalencia se llega a las manejadas frecuentemente en el tema. Eso sugiere errores en nuestro estudio, particularidades del mismo no encontradas por nosotros o bien una anomalía en las creencias científicas habituales sobre este intrincado asunto. Tal vez como ya apuntábamos en un trabajo anterior<sup>41</sup>, ello debería llevarnos a replantear las creencias al uso sobre el peso de los factores psicosociales/genéticos en la incidencia y prevalencia de las psicosis y sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de la acción preventiva, incluso inespecífica, desde la infancia<sup>10,49,50,51,52</sup>.

Por otro lado, fertilidad y fecundidad se distribuyen en un gradiente, en general no alejado del de la población general, que va desde los hombres (H), esquizofrénicos (Eqf), que viven en los barrios de clase media y media-baja (LV), con una fertilidad muy por debajo de la población general, hasta las mujeres (M), esquizofrénicas (Eqf) o con otras psicosis (OOPP), con una fertilidad y fecundidad mayores que la población general. Eso significa que las psicosis, y más en barrios marginales, implican una fertilidad y fecundidad similares e incluso mayores que las de la población general. Un grave dato sanitario.

Dentro de las paradojas generadas por la comparación entre los datos de nuestro estudio y los datos habitualmente manejados, querríamos acabar planteando una serie de dudas y las propuestas de investigación subsiguientes:

Jorge L. Tizón; B. Parra; J. Artigue y cols.

1. ¿Cuál debe ser en realidad la incidencia de la psicosis entre los hijos de psicóticos y, por tanto, la «carga familiar» —a menudo confundida como «carga genética»— de estos trastornos? Nuestros estudios tienden a disminuirlas de forma significativa, pero ello puede deberse a múltiples motivos: desde particularidades de las poblaciones con las que trabajamos hasta una eficacia inesperada de los sistemas de prevención primaria y secundaria utilizados desde hace 23 años en esa USM.

2. ¿Hasta qué punto esos datos deben ser matizados por las realidades y situaciones sociales?<sup>41</sup>

3. ¿Hasta qué punto esas tasas son en nuestro caso mucho menores gracias al trabajo de «atención abierta»<sup>15,16</sup> y prevención secundaria realizado además atendiendo a niños y adultos en las mismas unidades y en estrecho contacto con los servicios pediátricos?

4. ¿Hasta qué punto el trabajo preventivo inespecífico realizado desde la primera infancia previene el desarrollo de psicosis en la infancia o la adolescencia?<sup>48,49,50,51</sup>

5. ¿Cómo llegar a ese subgrupo de «hijos de pacientes psicóticos con problemas psicopatológicos», de los cuales sólo consulta el 25%, incluso a pesar de la alta accesibilidad de esas Unidades de Salud Mental integradas?

6. ¿Cómo mejorar nuestras posibilidades de obtener el «consentimiento informado» para estudios empíricos y, sobre todo, para revisiones asistenciales o preventivas, en los pacientes psicóticos que tienen hijos y en los hijos psicóticos de pacientes psicóticos?

Todo hace pensar que el sufrimiento de estos padres y de estos hijos es tan grande que tienden a «enclaustrarse en los intersticios de la sociedad» y a intentar disociar el recuerdo y el sufrimiento que le acompaña el mayor tiempo posible<sup>51</sup> con el riesgo de que, al tiempo, se disocian las posibilidades de integración social, tanto intrapersonales como relacionales.

## CONCLUSIONES

Parece indispensable atender de forma prioritaria a ese grupo social que hemos llamado «grupo de alto riesgo de psicosis» y, en particular, a los «hijos de pacientes diagnosticados de psicosis», tanto por su amplitud como por la gravedad y cronicidad de la psicopatología que desarrollan si no se ponen medios psicosociales para su atención precoz. Esa atención precoz, a nuestro entender, debería utilizar varias vías<sup>48,49,50,51,52</sup>:

1. Programas de prevención inespecíficos en la primera infancia y en la infancia para los niños con factores de riesgo psicosociales.

2. Atención preventiva a los hijos integrada con los dispositivos de atención a los adultos con dicho diagnóstico.

3. Atención preventiva específica a cargo de equipos especializados, que deben trabajar en íntimo contacto con los dispositivos comunitarios encargados de atender a pacientes adultos.

4. Atención precoz de las primeras manifestaciones psicóticas, tanto en niños como en adolescentes o adultos (prevención primaria y secundaria).

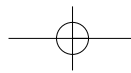
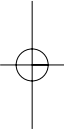
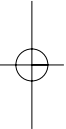
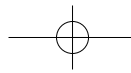
5. Dispositivos de salud mental comunitarios orientados por la línea de la «atención primaria a la salud mental»<sup>11,12,13,14,15</sup> y, por lo tanto, con momentos o dispositivos de «atención abierta» que permitan una alta accesibilidad a los pacientes con estos diagnósticos<sup>15</sup>.

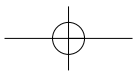
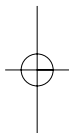
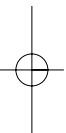
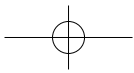
A nuestro entender, esa serie de medidas es compleja y costosa; implica importantes inversiones en organización de equipos y formación de los mismos. Pero el sufrimiento individual, familiar y de los propios equipos sanitarios, así como el coste económico que para la sociedad poseen estos trastornos, justifican más que de sobra la realización de esa atención preventiva.

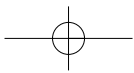
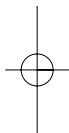
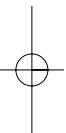
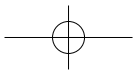
## BIBLIOGRAFÍA

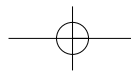
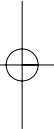
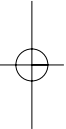
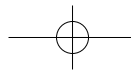
1. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Masson; 1965.
2. Caton CL, Cournos F, Domínguez D. Parenting and adjustment in schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1999;50:239-43.
3. McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla J. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99:441-6.
4. Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:24-30.
5. Haukka J, Suvisaari J, Lönnqvist J. Fertility of patients with schizophrenia, their siblings, and the general population: a cohort study from 1950 to 1959 in Finland. *Am J Psychiatry*. 2003;160(3):460-3.
6. Gomá M. Estudi Epidemiològic de Pacients amb Trastorns Esquizofrènics: Una Aproximació a la Paternitat. Directores: J.L. Tizón García y C. Pérez i Testor. Proyecto de Investigación del Doctorado en Psicología de la Universitat Ramon Llull y la Fundació Blanquerna. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2004.
7. Tienari P, Wynne LC, Moring J, Lahti I, Naarala M, Sorri A, et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br J Psychiatry*. 1994;164 Suppl 23:20-6.
8. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Laksy K, Moring J, et al. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*. 2004;184:216-22.
9. Alalanen YO. Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnack Books; 1997.
10. Tizón JL. Repercusiones en el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *Formación Médica Continua*. 2005;12(4):220-35.
11. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria*. 2000;26(2):111-9.
12. Tizón JL. Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia. *Cuadernos de Gestión*. 2001;7(1):9-29.
13. Tizón JL. Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*. 2002;4(13):81-106.
14. Tizón JL, Artigüé J, Parra B, Goma M, Ferrando J, Pareja F, et al. La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (Señales de Alerta y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia en atención primaria). Protocolo de una investigación empírica. *Aten Primaria*. 2004;34(9):493-8.
15. Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder; 1997.
16. Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina. Memoria anual, 2003 y 2004. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2005.
17. Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F, editores. Psychoses: Psychological Approaches and their Effectiveness. London: Gaskell; 2000.
18. Tizón JL. Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien *de-construimos* y combinamos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004;23(90):97-129. Artigue J, Tizón J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Sorribes M, et al. Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente (Barcelona)*. 2004;4(4):51-67. Tizón JL, Artigüé J, Goma M, Parra B, Ferrando J, Marzari B, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *En prensa* 2005.21. Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évalua-

- tion du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'Alarme Détresse Bébé (ADBB). *Psychiatrie de L'Enfant*. 2001;44:211-31.
19. Artigue J, Tizón J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Sorribes M, et al. Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente* (Barcelona). 2004;(4):51-67.
  20. Tizón JL, Artigüé J, Goma M, Parra B, Ferrando J, Marzari B, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *En prensa* 2005.
  21. Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'Alarme Détresse Bébé (ADBB). *Psychiatrie de L'Enfant*. 2001;44:211-31.
  22. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*. 2001;22(5):559-75.
  23. Häfner H, Riecher-Rössler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A, et al. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophr Res*. 1992;6:209-23.
  24. Achenbach TM. *Manual for the Child Behaviour Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1992.
  25. Idescat. *Indicadores de fecunditat de Catalunya 2002*. Disponible en: URL: <http://www.idescat.es>.
  26. Institute of Medicine. *Risk and Protective Factors for the Onset of Mental Disorders*. Washington (DC): Academy Press; 1994.
  27. Mangham C, McGrath P, Reid G, Stewart M. *Resiliency: Relevance to Health Promotion. Detailed Analysis*. Ottawa: Ministry of Supply and Services; 1995.
  28. National Institute of Mental Health. *Genetics and Mental Disorders: Report of the National Institute of Mental Health's Genetics Workgroup*. Rockville: NIMH; 1998.
  29. U. S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville: NIMH; 1999.
  30. Manzano J, editor. *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne; 2001.
  31. Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premonitively. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):223-40.
  32. Artigue J, Tizón J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Sorribes M, et al. Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente* (Barcelona).
  33. Wickramaratne PJ, Weissman MM. Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:933-42.
  34. Ross RG, Compagnon N. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophr Res*. 2001;50:121-9.
  35. Schubert EW, McNeil TF. Prospective study of adult mental disturbance in offspring of women with psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(5):473-80.
  36. Blanqué JM, Picanyol M, Costa A. Proposta de recerca i programa de prevenció dels trastorns psiquiàtics en els fills de pacients de l'Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet de Llobregat. *Revista de Psicoteràpia Psicoanalítica de l'ACPP*. 2000;3:135-86.
  37. Henriksson KM, McNeil TF. Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: Well-Baby Clinic information. *Schizophr Res*. 2004;70(1):39-48.
  38. García-Siso A, Albadalejo C. Vulnerabilidad al trastorno mental en hijos de padres que padecen un trastorno mental severo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2005;1:9-17.
  39. Tienari P, Wynne LC, Laksy K, Moring J, Nieminen P, Sorri A, et al. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003;160(9):1.587-94.
  40. Tizón JL. Epidemiología de las psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y de Atención Primaria de Salud. *Archivos de Psiquiatría*. 2004;67(2):139-44.
  41. Tizón JL. ¿Se puede pensar todavía en una «sociogénesis» y en una «psicogénesis» de las psicosis? *Archivos de Psiquiatría*. 2004;67(1):67-72.
  42. Jablensky A. Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:S26-S34.
  43. Woods SW, Ziedonis DM, Seryak MJ, Díaz E, Rosenheck RA. Characteristics of participants and nonparticipants in medication trials for treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2000;51(1):79-84.
  44. Häfner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997;42(2):139-51.
  45. 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.
  46. Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2002;47:833-43.
  47. 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. Disponible en: URL: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/13>.
  48. WHO-OMS. *WHO European Ministerial Conference on Mental Health "Facing the Challenges, Building Solutions"*. OMS-WHO: Geneva; 2005.
  49. WHO-OMS. *Child and adolescent mental health policies and plans*. World Health Organization: Geneva; 2005. Disponible en: URL: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf).
  50. Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*. 2004;89:67-79.
  51. Tizón JL. Atendiendo al sufrimiento de los padres: cuidando el futuro. En: Sasot J, Moraga FA, editores. *Avances en Psicopediatría: padres, salud, sociedad*. Barcelona: Prous Science; 2001. p. 145-67.
  52. WHO-OMS. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: WHO-OMS; 2004.

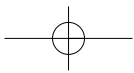
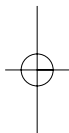
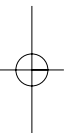
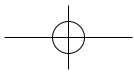


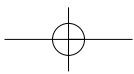
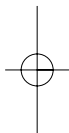
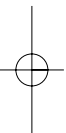
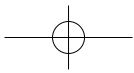


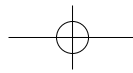












- onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol.* 2002;155(4):293-301.
36. Lobel M, DeVincent CJ, Kaminer A, Meyer BA. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychol.* 2000;19(6):544-53.
  37. Evans MA, Rosen LN. Demographic and psychosocial risk factors for preterm delivery in an active duty pregnant population. *Mil Med.* 2000;165(1):49-53.
  38. MacKey MC, Williams CA, Tiller CM. Stress, pre-term labour and birth outcomes. *J Adv Nurs.* 2000;32(3):666-74.
  39. Laterra C, Casini S, Andina E, Levi C. Amenaza de parto pretérmino. Importancia de la contención psicológica. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.* 2000;19(1):21-5.
  40. Mamelle NJ, PPPB Study Group. Psychological prevention of early pre-term birth: a reliable benefit. *Biol Neonate.* 2001;79(3-4):268-73.
  41. Kmita G, Baranska M, Ciaston-Przeclawska E, Ceranska-Goszczyn H, Urmanska W. Psychological aspects of high risk pregnancy in hospitalized women – toward the change of the existing model of care. *Ginekol Pol.* 1998;69(12): 1025-31.
  42. Tambyrajia RL, Mongelli M. Sociobiological variables and pregnancy outcome. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics.* 2000;70(1):105-12.
  43. Soifer R. *Psicología del embarazo, parto y puerperio.* Buenos Aires: Kargiemen; 1980.
  44. Bardwick J. *Psicología de la mujer.* Madrid: Alianza; 1986.
  45. Videla M. *Maternidad, mito y realidad.* Buenos Aires: Nueva Visión; 1990.
  46. Marty P. *La psicósomática del adulto.* Buenos Aires: Amorrortu; 1992.
  47. Deutsch H. *The Psychology of Women.* New York: Grune; 1945.
  48. López Ibor JJ. Current problems in psychosomatic medicine. *Psychosomatics.* 1969 Jan-Feb;10(1):1-6.
  49. Brazelton T, Cramer B. *La relación más temprana.* Barcelona: Paidós; 1993.
  50. Fineman S. A psychological model of stress and its application to managerial unemployment. *Human Relations.* 1979;32:323-45.
  51. Knobel M. *Psicoterapia preventiva en el embarazo (disertación).* Congreso Internacional de Psicoterapia; Wiesbaden, Alemania. Wiesbaden, Alemania; 1967.
  52. Brockington I. *Motherhood and Mental Health.* Oxford: Oxford Press; 1996.

