

# HIJOS DE PACIENTES PSICÓTICOS EN EL PROYECTO S.A.S.P.E.: INVESTIGAR PARA CUIDAR UN FUTURO COMPROMETIDO<sup>1</sup>.

Jorge L. Tizón\*, Belén Parra\*\*\*, Jordi Artigue\*\*, Josep Ferrando\*\*\*\*, Laia Catalá\*\*\*\*\*, Marta Sorribes\*\*\*\*\*, Francesc Pareja\*\*, Conxita Pérez\*\*.<sup>2</sup>

## **Resumen**

**Objetivos:** Contribuir al conocimiento de la fertilidad y fecundidad de una muestra urbana de pacientes diagnosticados bajo los rótulos 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 de Proyecto SASPE, en el vaciado de historias clínicas de cinco Equipos de Salud Mental Comunitaria estrechamente vinculada con la APS y en entrevistas con pacientes, hijos de pacientes y profesionales de los EAP y de Pediatría de AP.

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

— Reimpreso con permiso del Dr. Jorge Tizón-García. Médico Psiquiatra Psicoanalista.

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

<sup>2</sup> \*: Equip d'Atenció Precoç als Pacients Psicòtics (EAPPP), Institut Catalá de la Salut, Barcleona. \*\*: Unitat de Salut Mental Sant Martí-La Mina. \*\*\* Universitat de Barcelona, Secció Departamental de Treball Social i Serveis Socials. \*\*\*\*: Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona. \*\*\*\*\*: Becaria de Investigació del Projecte SASPE y el Projecte LISMEP. \*\*\*\*\*: Unitat de Alcoholisme de Barcelona, ICS.

Reimpreso con permiso de Los Archivos Generales de Psiquiatría, España, Vol 69 Enero-Marzo 2006 Numeral  
Correo electrónico: jtizon.pbcn@ics.scs.es

**Sujetos participantes:** 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 (UFAPI).

Niños con señales de alerta 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 ADBB-ARBB, CBCL y LISMEN. Base de Datos informatizada de la USM-SASPE.

### **Palabras clave**

Esquizofrenia - Prevención - Detección Precoz - Epidemiología de la esquizofrenia - Hijos de esquizofrénicos - Hijos de psicóticos - Descendencia de esquizofrénicos.

### **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 APS and in interviews with patients, patient’s offspring and professionals of the PHC and of Pediatrics of PHC.

**Location of the Project:** 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 (UFAPI).

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 ADBB-ARBB, CBCL and LISMEN. Informatized Data Base USM-SASPE.

### **Key Words**

Schizophrenia - Prevention - Early Detection - Epidemiology - Etiology of the Psychoses -Epidemiology of the schizophrenia - Schizophrenic’s Offspring - Psychotic’s offspring.

# 1. INTRODUCCIÓN

Hasta la fecha, existen importantes diferencias de opinión, tanto entre los clínicos como entre los investigadores, acerca de la fertilidad y 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, psicopatológicas y de vida relacional, dichos pacientes tendían a poseer escasa descendencia <sup>(1)</sup>. Pero estos asertos han sido desafiados por investigaciones recientes, aunque los resultados continúan siendo contradictorios <sup>(2-6)</sup>. El asunto, sin embargo, dista de haber sido aclarado con 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 de 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 esos “hijos de esquizofrénicos” o de “pacientes afectados de otras psicosis” les toca vivir, y el apoyo que esa familia recibe de su medio circundante <sup>(7-9)</sup>; cfr. un resumen de la cuestión en <sup>(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 Catalá de la Salut 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 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, estrechamente 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>(11-13)</sup>, es decir, la interfase 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 Institut Català de la Salut (ICS) de Barcelona, podría proporcionarnos los medios, población y personal para ese tipo de trabajo<sup>3</sup>.

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, la población se organiza en cinco Áreas Básicas de Salud (A.B.S) que agrupan, en total, 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 dicha Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina (ICS), 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 asistencialmente delimitada y estrechamente territorializada de la red de salud mental, de forma que sólo los pacientes que utilicen *únicamente* la red privada pueden no ser detectados por dicha unidad.
3. Dicha unidad combina la atención primaria a la salud mental de adultos y de niños: Está formada por dos equipos para la atención de adultos, uno de atención específica a los TMS (*trastornos mentales severos*), 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 atención precoz.
4. Dicha USM posee una de las más altas accesibilidades de Europa: a finales del 2001, se habían visitado en alguna ocasión en la Unidad 22.846 personas

---

<sup>3</sup> 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.

de la población adscrita (103.615 personas), lo que corresponde al 22,05 por ciento de la población de su territorio. A finales del 2003, ya se habían visitado en dicha unidad psiquiátrica y psicosocial el 24,86 % de la población del barrio.

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 trastornos mentales severos (TMS) no pase por dicha unidad, aunque sea a buscar las recetas de sus prescripciones, las pruebas complementarias, los ingresos en dispositivos secundarios o terciarios de salud mental... Estimamos que dicho porcentaje es menor del 10 por ciento y que, en el caso de los trastornos psicóticos, no llega al 1 por ciento. La prevalencia en servicio de pacientes con diagnósticos catalogables dentro del grupo de los TMS era en el 2001 del 22,46 por ciento (5.132 pacientes de esos grupos de diagnósticos). La incidencia anual de los mismos en el 2003 fue del 19,74.
7. En consecuencia, el número de pacientes afectados por cuadros esquizofrénicos y “otras psicosis” detectados hasta el momento por dicha unidad era de prever que fuera alto y se correspondiera con bastante exactitud con la incidencia y prevalencia reales. Era de esperar pues que, si nuestras búsquedas fueran exhaustivas, tales cifras se aproximarían a las proporcionadas por estudios con “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 intereses 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 experiencias en el tratamiento psicoterapéutico individual y de grupo de pacientes esquizofrénicos y/o de familiares, así como de 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 de un porcentaje indeterminado de tales pacientes *si son tratados desde el primer episodio* con tratamientos combinados <sup>(17)</sup> que incluyan terapias psicológicas tanto de ellos como de sus familias. Un modelo, por cierto, similar al propugnado

por la ISPS (*International Society for the Psychological Treatments of Schizophrenia and Other Psychoses*) o por Alanen y los equipos nórdicos <sup>(9,17)</sup>.

## 2. 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) En la consulta de las historias clínicas de los EAP y de Pediatría de AP
- 3) En entrevistas estructuradas con pacientes, hijos de pacientes y profesionales de APS.

Dos de los estudios son con hijos de esquizofrénicos y con niños con señales de alerta detectadas en la primera infancia.

El emplazamiento del Proyecto SASPE era pues la USM de Sant Martí- La Mina, cinco ABS de Barcelona y Sant Adrià (provincia de Barcelona), y, además de la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia de Sant Martí (Institut Català de la Salut)<sup>4</sup>.

### **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 UFAPI (Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia) 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 diagnósticos de trastornos esquizofrénico 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.

---

<sup>4</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 Verneda, CSMIJ La Verneda, CSMA La Mina y CSMIJ La Mina y el Equipo de Atención a los Trastornos Mentales Severos), el Centre d'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).

## Instrumentos

- Diagnósticos DSM-IV. Entrevistas 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 LISMEN.
- Entrevistas estructuradas para determinar signos precursores y prodrómicos: FETZ (Colonia), ERIE-IRAOS (Hamburg-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 al USM -según su Banco de Datos de estadística asistencial— para asegurar que no hubiera ningún caso que 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 enfermera del paciente.
5. En caso de dudas, se aprovechaba una entrevista con el paciente para asegurar el dato.
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>, LISMEN<sup>(20)</sup>, etc.

## 3. RESULTADOS

Las tablas 4 a 7 resumen los hallazgos del equipo, así como las figuras 1 y 2. 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 diagnosticados con “otras psicosis” que tenían hijos. 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 datos 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 tiene hijos (en el caso de las mujeres, este índice es similar al “indicador de fecundidad coyuntural” 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 de la población general catalana: un 32,3 % de los 476 pacientes esquizofrénicos tienen hijos, lo que determina un grupo de 396 hijos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con criterios estrictos SASPE. La media de hijos en mujeres diagnosticadas de esquizofrenia es de 1,24, la fecundidad de las que tienen hijos, 2,68 (tabla 6 y figuras 2 y 3).
- 2) En los casos diagnosticados como padeciendo “otras psicosis” (con criterios específicos SASPE, tabla 5 y figura 4), se ha encontrado que 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, la fecundidad (de las que tienen hijos) 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 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) a una realmente desbordada (3,87) en las “mujeres, esquizofrénicas *con hijos* de La Mina” (barrio de clase IV y V) (tablas 6 y 7, figuras 3 y 4).
- 6) Las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia en La Verneda y en La Mina 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 respecto la Verneda que se mantiene en una media de 2 hijos por mujer. A diferencia de las mujeres, los hombres diagnosticados de esquizofrenia, poseen una fecundidad similar en los dos barrios: 2,4 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 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 LV: 0,8; Fecundidad LM: 1,4,  $p < 0,001$ ). (tabla 7, figuras 3 y 4).
- 8) Los hijos de esquizofrénicos (y, en general, de pacientes psicóticos) tienen una gran incidencia y prevalencia de cuadros psicopatológicos, según numerosos estudios anteriores <sup>(26-37)</sup>; (cfr. una revisión en <sup>10</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, de entre ellos el 23,8 % (37) padecían o habían padecido trastornos psicóticos en algún momento de la vida, es decir, el 4,03 % del total de los hijos de esquizofrénicos y OOPP: 20 psicóticos hijos de esquizofrénicos (sobre 396) y 17 hijos de pacientes diagnosticados como 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 OOPP, padecen un trastorno (grave) por el cual consultan en su Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil correspondiente. De entre los que consultan, 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 con los “hijos de” que no consultan, realizadas mediante 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: 0,05 %), tanto en el caso de pacientes adultos (para participar ellos mismos) como para los hijos menores de edad.

## 4. DISCUSIÓN

Como consecuencia de nuestro estudio hay al menos cuatro series de datos que queríamos destacar:

La primera, acerca de la fertilidad y fecundidad de los pacientes psíquicos 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 (tabla 5 y 6 y fig 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 fertilidad y fecundidad entre el barrio con acumulación de factores de riesgo psicosocial (La Mina) y los otros barrios de la muestra (La Verneda, 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 incidencia y prevalencia de psicosis, sino en los índices de fecundidad en general. Pero se encuentran diferencias entre géneros: los hombres en la Verneda tienen mas hijos que los mismos en la Mina o apenas muestran diferencias entre ellos. En cambio, en mujeres si se encuentra una mayor fecundidad en la Mina que en La Verneda. Tal vez habría que hipotetizar 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 de ¿Cómo queda afectada la vida cotidiana por la clínica psíquica 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 % tienen abierta 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 niños y adultos asegurada en la propia Unidad: 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>(26-39)</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 distantes que resultan estos datos de muchos otros que aparecen en la literatura habitual <sup>(33-39)</sup>. Hemos de recordar, por ello, que se trata de datos 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>(35-39)</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 hipotetizar 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 con población general <sup>(40-47)</sup> no podemos hipotetizar 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 adultos, niños y primera infancia (y consecuentemente, programas de prevención precoz).

3) El porcentaje de niños de la población general en tratamiento o seguimiento en 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 APS, es más alta de las habituales 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 de 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 psicosis en hijos de psicóticos (3 x 4 %) se llegaría a las que se suelen considerar habitualmente. Pero, dado el diseño de nuestro estudio, prácticamente no pueden existir “hijos no detectados”, sino, en caso de existir, “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 3 veces mayores, 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 los estudios 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 3 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 replantearnos 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>(49-52,10)</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 H, Eqf, LV (*“hombres, esquizofrénicos, que viven en los barrios de clase media y media-baja”*, con

una fertilidad muy por debajo de la población general) hasta las M, Eqf. u OOPP, (“*mujeres, esquizofrénicas o con “otras psicosis”*”), 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 propuestas de investigación subsiguientes:

- 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>(48-51)</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, tanto intrapersonales como relacionales, sociales.

## 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>(48-52)</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 que atienden 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>(11-15)</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.

**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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios SASPE</li> <li>• SCAN</li> </ul>
SASPE B	Descriptivo longitudinal prospectivo	Determinar la incidencia en servicio de la esquizofrenia y Otras Psicosis. Estudio descriptivo de Pródromos	Consultantes en USM	Base de datos informatizada de la USM + SASPE A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios SASPE +</li> <li>• SCAN</li> <li>• ERIE-IRAOS.</li> </ul>
C1	Descriptivo longitudinal retrospectivo	Factores de riesgo y señales de alerta de Trastorno Mental Severo recogidos en la infancia	Hijos de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia y Otras Psicosis detectados en las 5 ABS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HCAP de Pediatría y Medicina de Familia</li> <li>• SASPE B</li> <li>• UFAPI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HCAP</li> <li>• CBCL</li> <li>• LISMEP</li> <li>• ERIE-IRAOS</li> <li>• ARBB-ADBB</li> </ul>
C2	Descriptivo longitudinal retrospectivo	Señales de alerta y síntomas prodrómicos en la adolescencia	Hijos de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia y Otras Psicosis detectados en las 5 ABS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SASPE B</li> <li>• HCAP Pediatría y Medicina de Familia</li> <li>• HCAP USM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HCAP</li> <li>• ERIE- IRAOS red.</li> <li>• ERIE-IRAOS</li> <li>• SCAN</li> </ul>
SASPE D	Descriptivo longitudinal retrospectivo	Determinar el riesgo de Esquizofrenia y Otras Psicosis en población vulnerable	Hijos de Esquizofrénicos y Otras Psicosis de 5 ABS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SASPE A</li> <li>• SASPE C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSM-4</li> <li>• CBCL</li> <li>• LISMEP</li> <li>• ARBB.ADBB</li> <li>• GHQ</li> <li>• SCAN</li> </ul>

USM: Unidad de Salud Mental Sant Martí-La Mina.

HCAP: Historia Clínica de Atención Primaria.

SCAN: Schedules for Clinical Assessment in NeuroPsychiatry- Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría. (OMS)

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., (9,20)

ERIE-IRAOS red : Versión reducida del ERIE-IRAOS, en forma de cuestionario de detección precoz.

UFAPI: Unidad Funcional de Atención a la (salud mental) de la Primera Infancia del SAP Sant Martí (Barcelona).

ADBB-ARBB : Alarma Détresse Bébé- Alarma sobre el Retraimiento del Bebé. (A. Guedeney 2000).

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 (Tizón JL, Artigue J et al (19).

CBCL: Children's Behaviour Check List (24)

**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	298.8
TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO	297.3
TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A: (enfermedad médica)	293.**
TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS	292.11
TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO	298.90
TRASTORNOS PSICÓTICOS EN LA INFANCIA: (Trastornos generalizados del desarrollo)	299.00, 299.10, 299.80

**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 6 meses. A3. Y en tres o más visitas en la Unidad de Salud Mental.
B.	<i>O bien:</i>  B. Dos o más ingresos en Servicios de Psiquiatría Hospitalarios o de Hospitales monográficos con esos grupos diagnósticos (tabla 1).
C.	<i>O bien:</i>  C. Dos o más visitas en Urgencias de Hospital General o Servicio de Psiquiatría de Hospital con esos diagnósticos de salida (tabla 1).

**TABLA 4**  
**Resultados del estudio SASPE A: prevalencia en población general y en edad de riesgo de esquizofrenia y “otras psicosis”, año 2000.**

	N	(%)	Población General(3)		Población en edad de riesgo(4)	
			Prevalencia x 10.000	I.C. 95%	Prevalencia x 10.000	I.C. 95%
<b>Esquizofrenia (1)</b>	<b>476</b>	<b>56,80</b>	<b>45,93</b>	<b>41,8-50,1</b>	<b>80,77</b>	<b>73,5-88</b>
<b>“Otras psicosis”</b>	<b>362</b>	<b>43,19</b>	<b>34,93</b>	<b>31,3-38,5</b>	<b>51,24 (6)</b>	<b>45,5-57</b>
. Transtornos delirantes	209	24,94	20,17	17,4-22,9	35,46	30,7-40,3
. Otras psicosis del adulto (2)	93	11,09	8,97	7,1-10,8	15,78	12,6-19
. Otras psicosis de inicio en la infancia (0-14 años) (5)	60	7,15			45,44	34-56,9
<b>TOTALES</b>	<b>838</b>	<b>100</b>	<b>80,87</b>	<b>75,4-86,3</b>	<b>132 (6)</b>	<b>123-141</b>

(1) Incluye los casos de esquizofrenia, los trastornos esquizofreniformes y los trastornos esquizoafectivos.

(2) 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.

(3) Población General = 103.615

(4) Población en Edad de Riesgo, 15-54 años = 58.930

(5) Población de 0-14 años = 13.204

(6) Se excluyen los casos de “otras psicosis de inicio en la infancia”.

**TABLA 5**  
**HIJOS DE ESQUIZOFRÉNICOS Y PACIENTES CON OO.PP: Estudio SASPE D**

		Sin hijos	Con hijos	N° de Hijos			N° de Hijos con Historia abierta en la USM	N° de Hijos Eqf	N° de Hijos OOPP	N° de Hijos Psicóticos
				<18 años	>18 años	Total				
EQF	La V 296	206	90	27 14,43%	160 85,56%	187	40 21,39%	4 10%	4 10%	8 20%
	La M 180	116	64	51 24,40%	158 75,59%	209	35 16,74%	8 22,85%	4 11,42%	12 34,28%
	<b>Total 476</b>	322	154	78 19,69%	318 80,30%	396	75 18,93%	12 16%	8 10,66%	20 26,66%
OOPP	La V 223	118	105	27 10,03%	242 89,96%	269	27 10,03%	5 18,51%	4 14,81%	9 33,33%
	La M 139	64	75	43 17,06%	209 82,93%	252	53 21,03%	4 7,05%	4 7,05%	8 15,09%
	<b>Total 362</b>	182	180	70 13,43%	451 86,56%	521	80 15,35%	9 11,25%	8 10%	17 121,25%
<b>TOTAL</b>	<b>838</b>	<b>504</b>	<b>334</b>	<b>148 16,13%</b>	<b>769 83,86%</b>	<b>917</b>	<b>155 16,90%</b>	<b>21 13,52%</b>	<b>16 10,32%</b>	<b>37 23,87%</b>

**TABLA 6**  
**Fertilidad según diagnóstico de los “Casos SASPE 1982-2000”**

ESQUIZOFRENIA		Sin hijos	Con hijos	Número de hijos
Hombres	La Verneda 176	142	34	75
	La Mina 111	79	32	85
	<b>Total 287</b>	<b>221</b>	<b>66</b>	<b>160</b>
Mujeres	La Verneda 120	64	56	112
	La Mina 69	37	32	124
	<b>Total 189</b>	<b>101</b>	<b>88</b>	<b>236</b>
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>322</b>	<b>154</b>	<b>396</b>

OTRAS PSICOSIS		Sin hijos	Con hijos	Número de hijos
Hombres	La Verneda 120	75	45	127
	La Mina 81	45	36	111
	<b>Total 201</b>	<b>120</b>	<b>81</b>	<b>238</b>
Mujeres	La Verneda 103	43	60	142
	La Mina 58	19	39	141
	<b>Total 161</b>	<b>62</b>	<b>99</b>	<b>283</b>
<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>182</b>	<b>180</b>	<b>521</b>

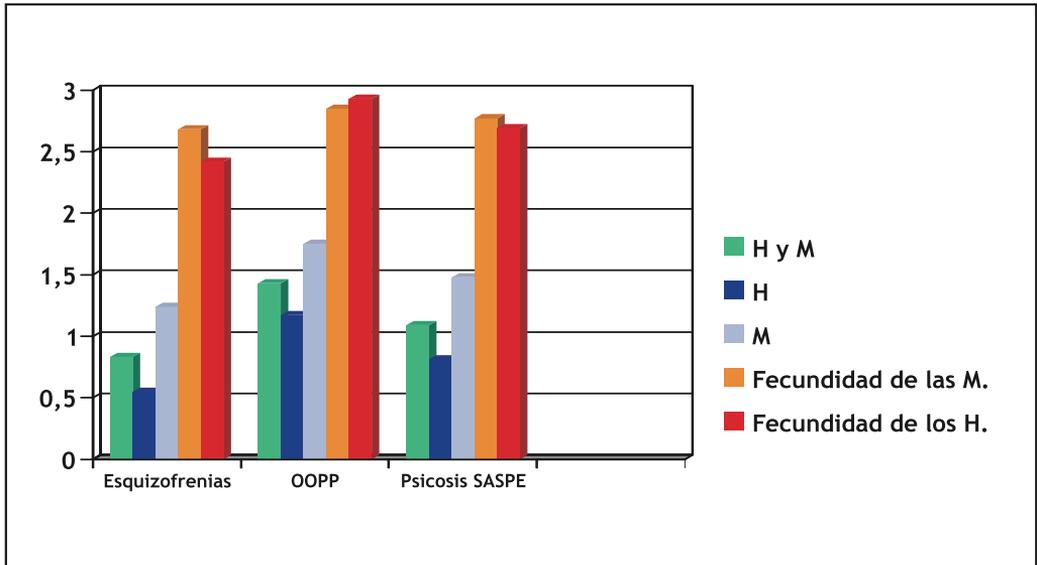
**TABLA 7**  
**Fertilidad y fecundidad por barrios diferenciados (1982-2000)**

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

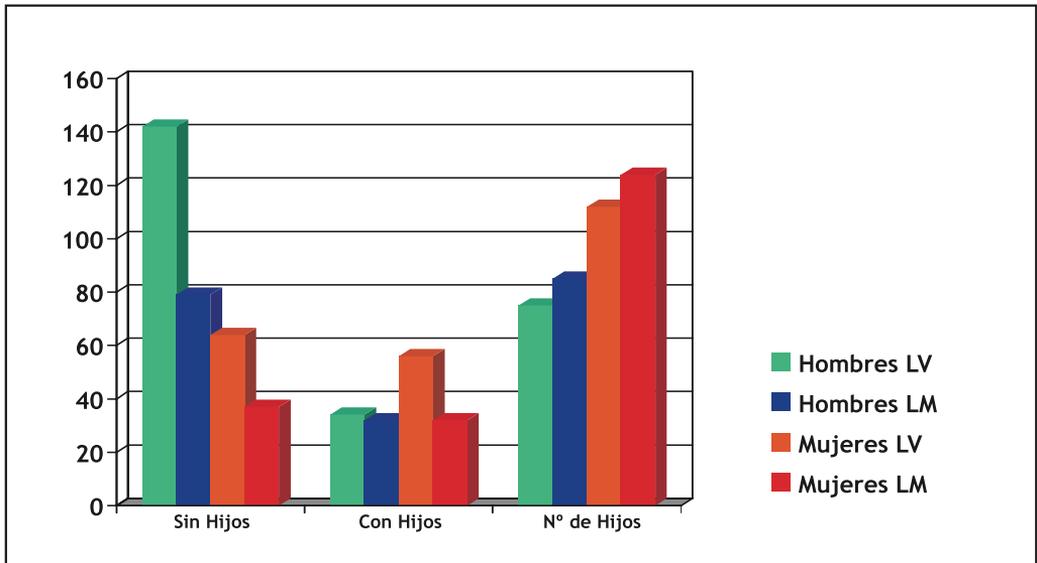
  

LA MINA	Esquizofrenia	OOPP	“Psicosis SASPE”
	Casos / Hijos / Tasa	Casos / Hijos / Tasa	Casos / Hijos / Tasa
Hombres	111 / 85 / 0,76	81 / 111 / 1,37	192 / 196 / 1,02
Mujeres	69 / 124 / 1,79	58 / 141 / 2,43	127 / 265 / 2,08
Hombres y Mujeres	180 / 209 / 1,16	139 / 252 / 1,81	319 / 461 / 1,44
Hombres con 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

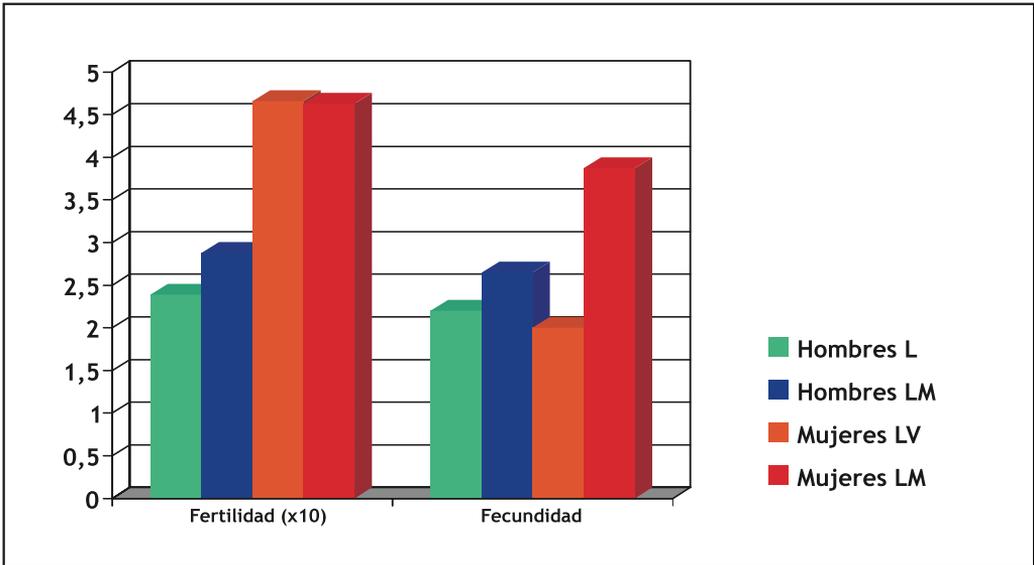
**FIGURA 1**  
**Fertilidad y fecundidad por género y diagnóstico en el estudio SASPE D:**



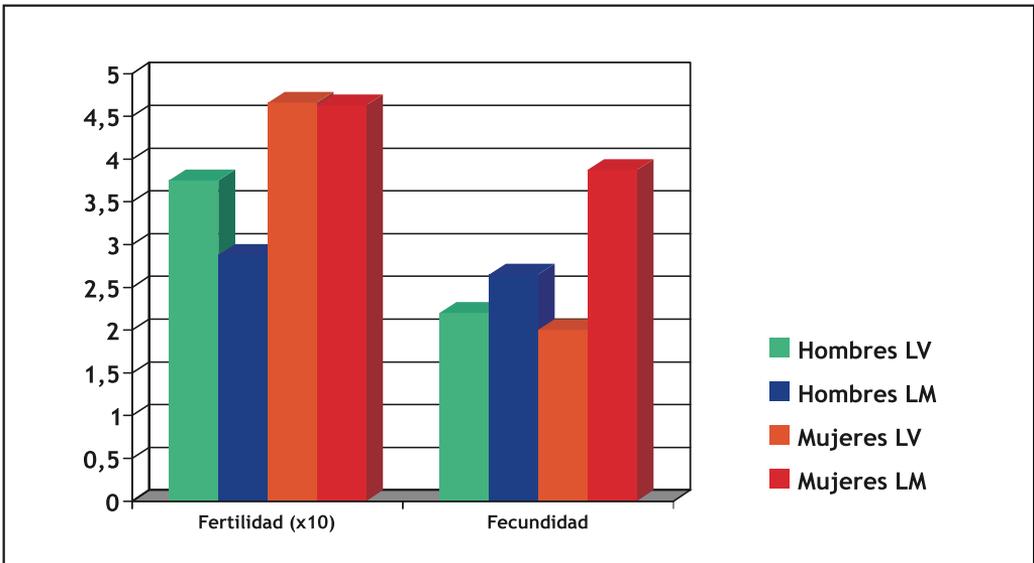
**FIGURA 2**  
**Descendencia de los pacientes esquizofrénicos en el Estudio SASPE D**



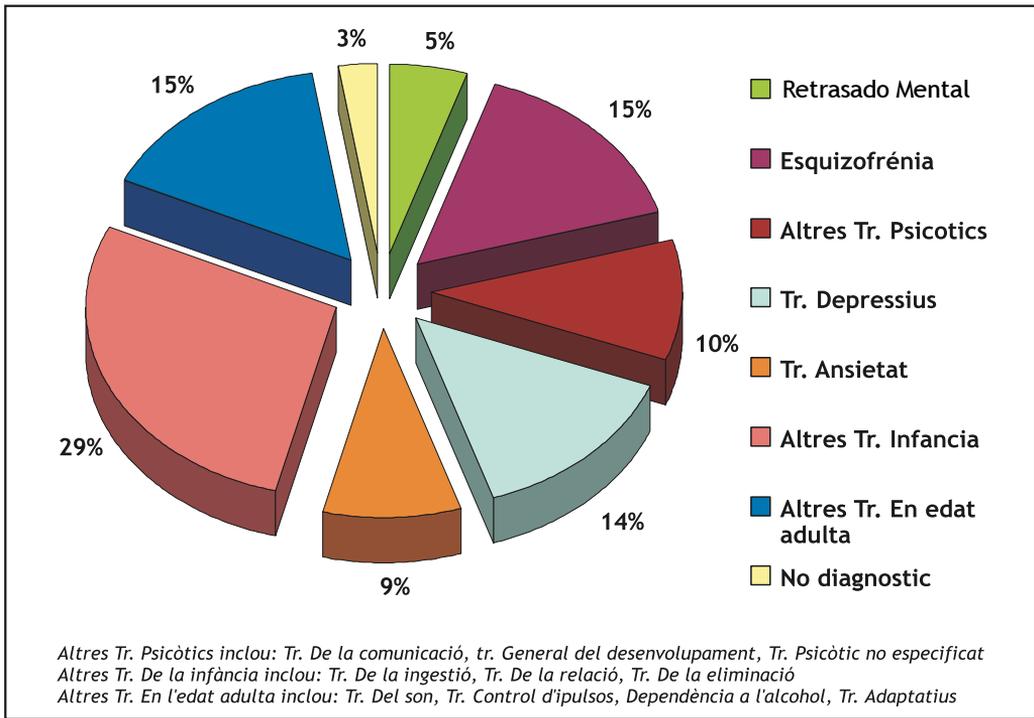
**FIGURA 3**  
**Tasas de Fertilidad y fecundidad de los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos en el Estudio SASPE D.**



**FIGURA 4**  
**Tasas de Fertilidad y fecundidad de los pacientes diagnosticados de “Otras Psicosis” en el Estudio SASPE D.**



**FIGURA 5**  
**Diagnósticos de los hijos de pacientes esquizofrénicos que consultan**  
**(75 sobre N= 396).**



## Referencias bibliográficas

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: *Psychiatric Services* 1999;50:239-243.
3. McGrath JM et al. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;99:441.446.
4. Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illness: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003;37:24-30.
5. Haukka J, Suvisaari J, Lönqvist J. Fertility of patients with schizophrenia, their siblings, and the general population: A Cohort Study from 1950 to 1959 in Finland. *American J. Psychiatry* 2003;160(3):460-463.
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 Universidad Ramón Llull y la Fundació Blanquerna defendido el 12-07-2004. Barcelona: Universitat Ramon Llull 2004.
7. Tienari P, Wynne LC, Moring J. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br.J. Psychiatry* 1994,164: 20-26.
  8. Tienari, P. Et al. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finish adoptees. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 216-222.
  9. Alanen YO. *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnack Books 1997, 1999.
  10. Tizón JL. Repercusiones en el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *FMC (Formación Médica Continuada)* 2005;12(4):20-235.
  11. Tizón JL. La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria* 2000; 26,2: 111-119.
  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): 9-30.
  13. Tizón JL. Prevención e intervención en la salud mental de la primera Infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Pediatría de Atención Primaria* 2002; 13,4: 81-107.
  14. Tizón JL, Artigüé J, Parra B, Goma M, Ferrando J, Pareja F, Sorribes M, Pérez C, Parés A. La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (Señales de Alerta y Síntomas Prodrómicos de la Esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica. *Atención Primaria* 2004;34(9):493-498.
  15. Tizon JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona. Herder 1997, 2000
  16. Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina. Memoria anual, 2003 y 2004. Barcelona: Institut Catalá de la Salut, 2005 (polic).
  17. Martindale B, Bateman A, Crowe M & Margison F (eds.). *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): 97-131
  19. Artigue J, Tizón J, Parra B. Gomá M, Ferrando J, Sorribes M, Marzari B, Pérez C, Pareja F. 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, Artigué J, Goma M, Parra B, Ferrando J, Marzari B, Pérez C., Sorribes M, Pareja F. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. (en prensa).
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: 211-231.
22. Guedeney A, Fermanian J. A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawl Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(5): 559-575.
23. Häfner H, Reichel-Rössler A, Hambrecch M, Maurer K, Meissner S, Schmidke A, Fätkenheuer B, Löffler W, der Heiden W. IRAOS: An instrument for the retrospective assesment of the onset of schizophrenia. *Schizophrenic Research* 1992; 6: 209-223.
24. Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1992.
25. Idescat. *Indicadores de fecunditat de Catalunya 2002*. En [www.idescat.es](http://www.idescat.es) (consultada en mayo 2005).
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 MD: NIMH 1999.
30. Manzano J (ed.) *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne 2001.
31. Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifiyng vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull*, 1996; 22,2: 223-240.
32. Van Os J, Jones P, Sham P, Bebbington P, Murray RM. Risk factors onset and persistence of psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998; 33,12: 596-605
33. Wickramaratne PJ, Weissman MM. Onset of Psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *J Amer Academy Child Adolescent Psychiatry* 1998;37: 933-942.
34. Ross RG, Compagnon N. Diagnoses and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenia Research* 2001;50:121-129.

35. Schubert EW, McNeil TF. Prospective study of Adult Mental Disturbance in Offspring of Women with Psychoses. *Archives Gen Psychiatry* 2003;60(5): 473-480.
36. Blanqué JM, Picanyol M, Costa A. Proposta de recerca i programa de prevenció dels trastorns psiquiàtrics en els fills de pacients de l'Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet de Llobregat. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica de l'ACPP* 2000;3:135-186.
37. Henrikson KM, McNeiel TF. Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: Well-Baby Clinic information. *Schizophrenia Research* 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 SM del niño y del adolescente*. 2005;monográfico 1: 9-17.
39. Tienari P, Wynne LC, Laksy K, Moring J, Nieminen P, Sorri A, Lahti I, Wahlberg KE. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003 Sep;160(9):1587-94.
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): 139-144.
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. Jablenski A. Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Aus New Zealand J Psychiatry* 2000; 34: S26-S34.
43. Woods SW, Ziedonis DM, Sernyak MJ, Díaz E, Rosenheck RA. Characteristics of Participants and Non-participants in medication Trials for Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2000;51(1): 79-84.
44. Häfner H, der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 1997;42,2: 139-151.
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: 115-123.
46. Goldner EM et al. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2002;47:833-843.
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 (Página web <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/13> visitada en Julio del 2005).
48. WHO-OMS. WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 de enero del 2005): "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 ([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 Asoc. Española de Neurosiquiatría* 2004;89: 67-79.
51. Tizón JL. Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En Sasot J, Moraga FA (eds). *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad*. Barcelona: Prous Science 2001. (pp. 145-167).
52. WHO-OMS. *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: WHO-OMS 2004.