

# La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE (señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en atención primaria)

J.L. Tizón<sup>a</sup>, J. Artigüé<sup>a</sup>, B. Parra<sup>a</sup>, M. Gomá<sup>a</sup>, J. Ferrando<sup>b</sup>, F. Pareja<sup>a</sup>, M. Sorribes<sup>a</sup>, C. Pérez<sup>a</sup> y A. Parés<sup>a</sup> (1)

**Objetivos.** Contribuir al conocimiento 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.

**Diseño.** Un total de 5 estudios descriptivos, 1 transversal, 1 longitudinal y 3 retrospectivos, basados en el vaciado de historias clínicas de una unidad de salud mental comunitaria estrechamente vinculada con la atención primaria (APS), en la consulta de las historias clínicas de los equipos de APS y de pediatría de AP y en entrevistas con profesionales de APS y con hijos de pacientes.

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

**Emplazamiento del proyecto.** Unidad de Salud Mental (USM) de Sant Martí-La Mina, 5 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 participantes.** Pacientes esquizofrénicos y con «otras psicosis» detectados por la USM. Pacientes esquizofrénicos y con «otras psicosis» no detectados por la USM.

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 la UFAPI y niños con señales de alerta o factores de riesgo detectados en los equipos de atención primaria (EAP) y en los Equipos de Pediatría de APS.

**Metodología e instrumentos.** Diagnósticos DSM-IV. Entrevistas estructuradas SCAN e IRAOS. Escalas de «síntomas en negativo» y «síntomas en positivo».

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

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

**Palabras clave:** Esquizofrenia. Prevención. Detección precoz. Epidemiología. Etiología.

SCHIZOPHRENIA IN PRIMARY HEALTH CARE CENTERS: THE SASPE STUDY (ALERT SIGNS AND PRODROMIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA IN PRIMARY HEALTH CARE)

**Objectives.** To contribute to the knowledge of the alert signs and precursors of the schizophrenia, just as they can appear in the childhood, and of the prodromic signs other ages.

**Design.** Five descriptive studies: three retrospective, one transversal and one longitudinal study, based in the revision of clinical histories of an Community Mental Health Unit closely linked with the APS, additional revisions of the clinical histories of Family Doctors and Peadiatrics of Primary Care, and structured interviews with patients, patient's offspring, and PHC professionals. Two prospective studies: one, with schizophrenic's children; other, of children with alert signs detected in the first childhood.

**Location of the Project.** USM-MHU of Sant Martí-La Mina, 5 Sanitary Basic Areas of Barcelona and Sant Adrià (Barcelona), besides the Functional Unit of Attention to the First Childhood of Sant Martí (Barcelona).

**Participants.** Schizophrenic patients and relatives detected by the USM-MHU. Schizophrenic patients and relatives not detected by the USM.

MHU-USM assistance staff and assistance staff of 5 ABS and of the Functional Unit of Attention to the First Childhood (UFAPI). Children with alert signs detected in the UFAPI and children with alert signs or risk factors detected in the EAP and in the Pediatric Teams of PC.

**Methodology and instruments.** Diagnoses DSM-IV. Structured interviews SCAN and IRAOS. Scales of positive and negative symptoms.

Scales or screenings for the first childhood: ARBB, CBCL, and LISMEP.

Structured interviews to determine precursory and prodromic signs: FETZ (Colony), ERIE-IRAOS (Hamburg-Barcelona), ERIE-red (reduced version of the IRAOS, adapted by the investigating team).

**Key words:** Schizophrenia. Prevention. Precocious Detection. Epidemiology. Etiology.

<sup>a</sup>Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina. Barcelona. España

<sup>b</sup>Instituto Municipal de la Salud. Ayuntamiento de Barcelona. España.

(1) Con la colaboración en el procesamiento estadístico de los datos de Eva Cirera y Enriqueta Pujol.

La realización de este trabajo ha sido apoyada por la beca para el Proyecto SASPE (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 Cataluña.

Correspondencia: Jorge L. Tizón. Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina. Institut Català de la Salut. Pl. de la Infància, s/n. 08020 Barcelona. España.

Correo electrónico: jtizon.pbcn@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 17 de mayo de 2004. Manuscrito aceptado para su publicación el 14 de junio de 2004.

## Introducción

Si bien la eficacia y eficiencia de los diversos tipos de tratamientos de los trastornos psicóticos han avanzado mucho en el último medio siglo, los profesionales dedicados clínicamente al tratamiento de estos trastornos y conflictos debemos ser sinceros respecto a la realidad de sus aún limitados logros, en especial si el trastorno se halla suficientemente establecido y, más aún, si se ha ido cronificando. De ahí el interés creciente despertado por los estudios y programas de prevención en este campo. Estos estudios han llevado a la concreción de una serie de factores de riesgo en la infancia para padecer esquizofrenia en la adolescencia y la edad adulta. Sobre varios de estos factores de riesgo hay un amplio acuerdo, tanto entre investigadores como entre clínicos, y se han realizado numerosas revisiones<sup>1-8</sup>. En general, los estudios coinciden en el hallazgo de una serie de factores de riesgo, de señales de alarma o incluso de precursores o predictores. Sin embargo, el sueño de encontrar un predictor específico va quedando cada vez más como sueño, con lo cual nuestra concepción de la(s) esquizofrenia(s) va siendo cada vez más compleja: hoy día es ya difícil entenderla como un trastorno con una causa única o limitada, determinista. Cada vez más hemos de adoptar perspectivas multicausales o, más exactamente, modelos que integren una vulnerabilidad en la infancia (biológica, psicológica o social) con unos factores de riesgo y unos factores de contención, resiliencia o protección, también de índole biológica, psicológica o social en el desarrollo epigenético<sup>2,5-8</sup>. La investigación en este ámbito tropieza con problemas tanto teóricos como metodológicos. Desde el punto de vista metodológico, a menudo se han señalado varios tipos de problemas: a) dificultades para la detección de los casos; b) dificultades para su diagnóstico, y c) dificultades para la agrupación de los «casos» según el diagnóstico que se encuentran estrechamente relacionadas con problemas «teóricos». Entre estos problemas de tipo teórico hay que considerar en primer

lugar los de definición y delimitación del síndrome, grupo o «trastorno esquizofrénico»: cada vez resulta más clara su heterogeneidad, lo que conlleva no pocas dudas y filtros a la hora de su definición. En el ámbito técnico-metodológico el problema es arduo (tabla 1): por un lado encontramos la dudosa validez de gran parte de los instrumentos diagnósticos utilizados, en especial cuando se emplean fuera del momento del ingreso en las instituciones psiquiátricas «de agudos y subagudos», es decir, «hospitalarias». Otro problema estrechamente vinculado con éste consiste en cómo detectar en la comunidad a los pacientes afectados de este trastorno cuando, por definición, tienden a evitar los contactos y, por tanto, el diagnóstico. Es el problema que intentan soslayar, por vías diferenciadas, 2 tipos o metodologías de estudios empíricos: los estudios «en doble fase» y los estudios a partir de «registros de casos» (tabla 1). Pero la tendencia al infradiagnóstico, motivada por la misma naturaleza del trastorno y por la pobreza actual de nuestros medios de detección<sup>6,7,9</sup>, puede llevar a los investigadores a tomar decisiones pragmáticas a veces de dudosa justificación: por ejemplo, sustituir el uso de las entrevistas estandarizadas y semiestandarizadas por *check-list* más o menos fiables, basándose además en la información clínica que figura en las historias o dosieres e informes de ingreso y alta hospitalaria. También puede llevar a incluir o no casos dudosos, o a considerar como datos de incidencia o prevalencia los conseguidos en hospitales o servicios psiquiátricos sin tener en cuenta la prevalencia y la incidencia oculta durante años por causa de las características del trastorno<sup>9,10</sup>. De ahí que recoger datos directamente en la atención primaria de salud (APS) y en unidades de salud mental (USM) estrechamente vinculadas con la APS creemos que podría resultar una vía para complementar y tal vez matizar los datos proporcionados por los otros tipos de estudios<sup>11-14</sup>, en especial si tenemos en cuenta la escasez de registros de casos disponibles en España o su centralización en los hospitales, lo que devalúa parcialmente su validez empírica: como veremos, por ejemplo, en nuestro estudio, sólo una pequeña parte de

**TABLA 1** Tipos de estudios epidemiológicos respecto al síndrome esquizofrénico

Con poblaciones en tratamiento		En atención primaria de la salud o en otros dispositivos, sanitarios o no		
		En servicios osiquiátricos: registros de casos psiquiátricos		
Con población general	Fuentes primarias	Estudios transversales	Estudios censales	Estudios en 1 fase Estudios en 2 fases
			Estudios muestrales	
	Fuentes secundarias	Estudios longitudinales		

los pacientes detectados en un área o zona contacta con los servicios de psiquiatría hospitalarios durante el año<sup>15</sup>. Por ejemplo, de nuestra población de 838 pacientes psicóticos (hasta el 2000) y al menos otros tantos con otros trastornos mentales severos, sólo 136 ingresaron en un servicio hospitalario durante el año 2000. Ello significa que, de una población de pacientes psicóticos definida, ingresaron anualmente menos del 8%. Y el contacto de esos pacientes con los hospitales sigue siendo muy reducido, incluso si investigamos las consultas de urgencias en hospitales generales, mucho más habituales entre los pacientes psiquiátricos que las consultas en servicios de psiquiatría hospitalarios (de hospital general, hospital psiquiátrico u otro nivel de la red de salud mental). Por ejemplo, en el año 2000, en nuestro territorio, para una población de 21.536 pacientes con historia se realizaron 578 visitas «sin ingreso» a servicios de urgencias de hospitales generales o psiquiátricos: 2,6 visitas por cada 100 pacientes diagnosticados.

## Objetivos

### *Objetivos generales*

1. Colaborar en la determinación de la incidencia y prevalencia comunitarias de los trastornos esquizofrénicos en la APS y en las USM urbanas de salud mental y de asistencia psiquiátrica vinculados con la APS.
2. Contribuir a la delimitación de algunos signos de alerta o alarma durante la infancia que hipotéticamente pudieran proponerse e investigarse como precursores de la esquizofrenia o de otros trastornos mentales severos<sup>7</sup>.
3. Contribuir a la delimitación de los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en otros grupos etarios: sobre todo, en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta.
4. Contribuir a la mejora de la atención a este tipo de pacientes, especialmente en los equipos de atención primaria (EAP) y en los de salud mental comunitaria o asistencia psiquiátrica vinculados a la atención primaria<sup>11-14</sup>.

### *Objetivos específicos*

1. Determinar la incidencia y prevalencia de la esquizofrenia y otras psicosis según su detección en la APS y en los equipos de salud mental comunitaria estrechamente vinculados con ella. Se trataría de aclarar si los dispositivos de APS y atención primaria de salud mental (APSM) son adecuados para detectar mejor la incidencia y prevalencia de estos trastornos que las USM y los servicios hospitalarios, así como caracterizar el tipo de pacientes detectados por los primeros y no detectados por los segundos<sup>16-18</sup>.
2. Delimitar los signos de alerta en la infancia de los niños que en la adolescencia o en la edad adulta desarrollarán una esquizofrenia u otras psicosis<sup>1,5,19</sup>. Hasta el momento, los datos de las investigaciones tienden a proporcionar una

serie de señales y síntomas inespecíficos (trastornos perinatales, neurocognitivos y del desarrollo, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del lenguaje, aislamiento social, trastornos relacionales y dificultades en la relación con los padres, ansiedad excesiva, historia de juegos solitarios, etc.)<sup>1-8</sup>.

3. Duplicar el estudio sobre «Primeros episodios de la esquizofrenia en Cantabria», en especial en el ámbito de los precursores y signos prodrómicos<sup>16,17</sup>. Determinación de esos indicadores en una población asistencialmente delimitada en la que hay una acumulación de factores de riesgo sobreañadida (barrio de La Mina) y que puede ser comparada con facilidad en cuanto a estos indicadores con la población equivalente de las otras 4 áreas básicas de salud (ABS) del sector de la USM.

4. Teniendo en cuenta los datos recogidos en los estudios A y B y la utilización de la entrevista ERIE-IRAOS, determinar los elementos terapéuticos que pueden contribuir a mejorar la evolución de los pacientes según los tratamientos utilizados en los primeros episodios esquizofrénicos.

## Material y método

### *Centros participantes*

Durante las diversas fases del proyecto SASPE está prevista la participación de personal o de pacientes de al menos 10 centros diferentes: los 4 centros que componen la USM de Sant Martí-La Mina (CSMA La Verneda, CSMIJ La Verneda, CSMA La Mina y CSMIJ La Mina), el Centre d'Atenció Primària (CAP) La Mina (Equipo de Pediatría y Equipo de Medicina de Familia), los CAP de Sant Martí, La Pau y El Clot, el Institut Municipal de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona (Dr. Josep Ferrando) y el Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull (Prof. Carles Pérez i Testor y Lda. Marta Gomá).

Para realizar este tipo de estudios de psicopatología en APS, se necesitaba un equipo de investigación estrechamente vinculado con la clínica de la salud mental comunitaria y, en concreto, muy conectado con la APS, en especial con los equipos de pediatría y medicina de familia. Por eso se ha podido proponer como base clínica y del equipo de investigación de este estudio la USM de Sant Martí-La Mina (ICS), que proporciona la base clínica y gran parte de los miembros del equipo de investigación. Esto ha sido así sobre todo por 2 de sus características asistenciales<sup>13</sup>:

1. Su alta accesibilidad: a finales del 2001 se ha visitado en alguna ocasión en la unidad a 22.846 personas de la población adscrita (103.615 personas), lo que corresponde al 22,05% de la población de su territorio. A finales del 2003 ya se habían visitado en dicha unidad psiquiátrica y psicosocial al 24,86% de la población del barrio.
2. 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 di-

**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 3 o más visitas en la unidad de salud 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 en urgencias de hospital general o servicio de psiquiatría de hospital con esos diagnósticos de salida (tabla 1)

cha unidad, aunque sea a buscar las recetas de sus prescripciones, las pruebas complementarias, los ingresos en dispositivos secundarios o terciarios de salud mental, etc. Estimamos que dicho porcentaje es menor del 10% y que, en el caso de los trastornos psicóticos, no llega al 1%, como muestra la alta incidencia y prevalencia en el servicio de pacientes graves. En efecto, la prevalencia en el servicio de pacientes con diagnósticos catalogables dentro del grupo de los TMS era en 2001 del 22,46% (5.132 pacientes de esos grupos de diagnóstico).

*Diseño*

En las tablas 2 a 4 se muestra un resumen de los diferentes aspectos metodológicos del Proyecto SASPE que aquí trataremos de ampliar brevemente.

*Estudio SASPE-A.* Estudio transversal de la prevalencia de los trastornos esquizofrénicos (y «otras psicosis») en esa población geodemográficamente determinada de 103.615 habitantes de la ciudad de Barcelona (5 ABS) en el que se incluye a los pacientes diagnosticados entre los años 1982 y 2000 (SASPE-siglo XX). Se considerará que el diagnóstico se encuentra suficientemente validado si se cumplen los criterios de las tablas 2 (DSM-IV) y 3 (criterios propios, res-

trictivos). En caso de dudas se procederá a la revisión completa de la historia clínica, la entrevista con el clínico de salud mental referente del paciente y/o una entrevista estructurada con el paciente. En el momento actual ya se ha identificado a los pacientes en los que trabajar los aspectos de prevalencia y antecedentes: se ha validado los registros de 838 pacientes con «esquizofrenia y otras psicosis» en esos años, de los cuales 476 están diagnosticados como esquizofrénicos.

*Estudio SASPE-B.* Estudio longitudinal prospectivo de la incidencia y los factores de riesgo psicosociales de la esquizofrenia y de «otras psicosis» en la misma población, teniendo en cuenta los datos anuales de incidencia en el servicio recogidos en SASPE A y los datos de incidencia de los años 2001-2003 (SASPE-siglo XXI).

En el caso de los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos según los procedimientos anteriores, se realizarán las entrevistas necesarias para obtener los datos incluidos en la entrevista estructurada IRAOS (traducida ya por el propio equipo investigador como ERIE [entrevista retrospectiva sobre el inicio de la esquizofrenia])<sup>20</sup>.

*Estudio C1.* Estudio longitudinal retrospectivo que trata de determinar si es posible recoger datos suficientemente discriminativos y específicos, a partir de las historias pediátricas de los Centros de Salud o ABS, que puedan proporcionar información acerca de factores de riesgo o señales de alerta en la infancia que se correlacionen con la aparición posterior de esquizofrenia u «otras psicosis». Con ese fin, se buscará la frecuencia de aparición de una serie de ítems recogidos de la literatura científica al respecto, así como de los propios estudios anteriores de la propia USM en 5 poblaciones diferentes:

1. Los casos proporcionados por el estudio SASPE B. Se realiza una búsqueda retrospectiva de dichas señales de alarma y los factores de riesgo en las historias clínicas de esos pacientes. Dicha búsqueda se complementará con la recopilación de datos sobre los inicios y antecedentes del trastorno recogidos mediante las entrevistas estructuradas ERIE-IRAOS y ERIE-reducida<sup>20</sup>.
2. A partir de los datos sociodemográficos de los estudios SASPE-A y SASPE-B se constituye una segunda muestra en la que se integra a los menores y adultos de la población que atiende la unidad, con 1 o 2 progenitores diagnosticados de esquizofrenia u otras psicosis. Se realiza una búsqueda retrospectiva de dichas señales de alarma y factores de riesgo en las historias clínicas de esos pacientes. La búsqueda se complementa con la recopilación de datos sobre los inicios y antecedentes del trastorno recogidos mediante las entrevistas estructuradas ERIE-IRAOS y ERIE-reducida.
3. La tercera muestra, que actuaría como «grupo control», corresponde a población general en edad infantil que no haya sido visitada en ningún servicio de salud mental pero sí en algún servicio de pediatría de los pertenecientes a la población que atiende la unidad. El sistema pensado para reclutar esta muestra consistiría en incluir a los 100 primeros casos de niños que acudan a las visitas preventivas del «niño sano» en los servicios de pediatría de la zona.
4. Una muestra recogida a partir de los niños con acumulación de factores de riesgo psicosocial detectados en la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia<sup>13</sup>, un programa preventivo conjunto de la USM y los equipos de pediatría y atención precoz

**TABLA 4** Resumen de los estudios SASPE (señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en atención primaria)

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 2001)	Base de datos de la USM	Criterios SASPE SCAN
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 USM + SASPE A	Criterios SASPE + SCAN ERIE-IRAOS
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	HCAP de pediatría y medicina de familia SASPE B UFAPI	HCAP CBCL LISMEP ERIE-IRAOS
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	SASPE B HCAP Pediatría y medicina de familia HCAP USM	HCAP ERIE- IRAOS red ERIE-IRAOS SCAN
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	SASPE A SASPE C	DSM-4 CBCL LISMEP SCAN

CBCL: Children's Behaviour Check List; DSM-4: clasificación estadística y diagnóstica de los trastornos mentales norteamericana; ERIE-IRAOS: entrevista de evaluación retrospectiva de los inicios de la esquizofrenia (según Häfner et al<sup>9,20</sup>); ERIE-IRAOS red: versión reducida del ERIE-IRAOS, en forma de cuestionario de detección precoz; HCAP: historia clínica de atención primaria; Proyecto LISMEP: listado de ítems de salud mental preescolar en la Unidad de Salud Mental Sant Martí-La Mina del Institut Català de la Salut de Barcelona; SCAN: 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.

de la zona. Se recogerá la muestra de los niños y bebés interconsultados o visitados entre los años 2000 y 2003.

5. Una quinta muestra, optativa, estaría formada por los bebés detectados como de riesgo aplicando durante el primer año la escala ARBB de Guedeny et al<sup>21</sup> por parte de los equipos de pediatría y servicios sociales de la zona, escala traducida por el propio equipo investigador como ARBB (alarma sobre el retraimiento del bebé).

*Estudio C2.* Trata de determinar si hay posibilidad de obtener datos suficientemente discriminativos y específicos acerca de los síntomas prodrómicos del primer episodio de esquizofrenia en adolescentes o adultos a partir de los registros contenidos en las historias pediátricas o de los médicos de familia de los CAP habituales.

Estudio longitudinal retrospectivo con pacientes esquizofrénicos que padecen o padecieron su primer episodio diagnosticado en la USM en los años 2001-2003 (SASPE B). Se realiza una búsqueda retrospectiva de dichas señales de alarma y factores de riesgo en las historias clínicas de esos pacientes. Esta búsqueda se complementa con la recopilación de datos sobre el inicio y los antecedentes del trastorno recogidos mediante las entrevistas estructuradas ERIE-IRAOS y ERIE-reducida.

*Estudio SASPE-D.* Estudio longitudinal retrospectivo, desde la primera infancia, de los hijos de pacientes psicóticos del estudio SASPE-A. Se dividirán en 2 submuestras: menores y mayores de 18 años en la actualidad. Se intentará realizarles un diagnóstico de salud mental.

Criterios de determinación de trastornos de la salud mental: *a)* tener una historia abierta en la USM con un diagnóstico DSM-IV validado; *b)* tener una historia abierta sin un diagnóstico suficientemente validado; *c)* no tener una historia abierta en la USM, la UFAPI ni en el CDIAP (centro de desarrollo y atención precoz). En los dos últimos subgrupos se intentará realizar una encuesta mediante una entrevista con los padres o tutores seguida de la administración del ARBB-ADBB, el CBCL y el LISMEP (niños) o del SCAN (adultos) (tabla 4).

El equipo de investigación desearía desarrollar posteriormente un estudio prospectivo de estos niños y adultos, pero su realización está sujeta a la obtención de las ayudas precisas para llevarlo a cabo. Se trataría de un estudio prospectivo de los hijos de esquizofrénicos y de pacientes diagnosticados de «otras psicosis» del fichero SASPE A y B. Se utilizarían los mismos instrumentos, es decir, en los niños el ARBB (menores de 1 año y medio), el CBCL de Achenbach (entre 1 año y medio y 5 años) y el de LISMEP (todas las edades). En adultos se emplearían el SCAN y el ERIE-IRAOS (tabla 4).

En las entrevistas con profesionales de atención precoz, pediatría y APS (médicos de familia y enfermeras) se utilizarían las versiones reducidas del cuestionario FETZ o el ERIE-red (ambos orientados al diagnóstico precoz de la esquizofrenia y baremados en Alemania)<sup>9,20</sup> y el cuestionario LISMEP, en desarrollo por parte de otro equipo de investigación interdisciplinario vinculado a la USM.

## Discusión

En definitiva, el estudio SASPE, a partir de los datos proporcionados por profesionales y pacientes de la atención primaria y de las USM comunitaria estrechamente vinculadas con ella, intenta proporcionar elementos útiles para:

1. El conocimiento de la incidencia, la prevalencia, los signos prodrómicos y los factores de riesgo de la esquizofrenia y la demás psicosis del adulto en la APS y en la comunidad.
2. Prevención primaria, secundaria y terciaria de estos cuadros psicóticos<sup>19</sup>.

La limitación fundamental de este estudio se halla en la procedencia de las muestras iniciales (pacientes con historia), con los sesgos que podría conllevar si una parte importante de los pacientes consultase en dispositivos privados, un tema que ha sido discutido con anterioridad. La segunda limitación, en el caso de las entrevistas con pacientes o hijos de consultantes, nace de la frecuente negativa de los pacientes psicóticos y sus familiares a dar el consentimiento informado para trabajos de investigación, asunto grave aunque escasamente comunicado en la bibliografía.

Sin embargo, el hecho de basarse en los pacientes realmente consultantes puede proporcionar ventajas importantes si lo que deseamos es contribuir al conocimiento de las señales de alerta y signos prodrómicos útiles para los profesionales de APS en sus consultas habituales. Hay que recordar que, con sus medios actuales, dichos profesionales difícilmente pueden extraer de sus consultas el tiempo y los medios para realizar estudios *ad hoc* generalizados o poblacionales de la psicosis o esquizofrenia.

## Bibliografía

1. Kagan J, Zentner M. Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harv Rev Psychiatry* 1996;3,6:341-50.
2. Alanen YO. Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment. London: Karnack Books, 1977.
3. Isohanni I, Järvelin MR, Nieminen P, Jones P, Rantakallio P, Jokelaine J, et al. School performance as a predictor of psychiatric hospitalization in adult life. A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Psychol Med* 1998;28:967-74.
4. Jones PB, Rantakallio P, Hartikainen AL, Isohanni M, Sipila P. Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1966 north Finland general population birth cohort. *Am J Psychiatry* 1998;155:355-64.
5. Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. *Schizophr Bull* 1996;22:223-40.
6. Jablenski A. Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Aus New Zealand J Psychiatry* 2000;34:S26-34.
7. US Department of Health and Human Services. Mental Health: a report of the surgeon general. Rockville: National Institute of Mental Health, 1999.
8. Manzano J, editor. Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne, 2001.
9. Häfner H, der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42,2:139-51.
10. 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.
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. 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.
13. Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder, 1997 y 2000.
14. Amigó E, Angulo F, Artemán A, Callabed J, Casalé D, Cerdán G, et al. Programa de seguiment del nen sa: protocol de salut mental infantil i juvenil. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.
15. Salokangas RK. Living situation social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 1997;96:459-68.
16. Vázquez-Barquero JL, Cuesta MJ, De la Varga M, Herrera S, Gaité L, Arenal L. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:156-62.
17. Vázquez-Barquero JL, Lastra I, Cuesta MJ, Herrera S, Gaité L, Pardo G. Análisis psicopatológico de las fases iniciales de la esquizofrenia: estudio de primeros episodios de esquizofrenia de Cantabria. *Psiquiatr Biol* 1995;2:138-50.
18. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas* 1990;120:111-30.
19. McGorry P. EPPIC: a evolving system of early detection and optimal management. *Schizo Bull* 1996;22:305-26.
20. Häfner H, Reichel-Rössler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidke A, et al. IRAOS: an instrument for the retrospective assessment of the onset of schizophrenia. *Schizo Res* 1992;6:209-23.
21. 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 J* 2001;22:559-75.