

11241
2ej 39

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
PSICOLOGIA MEDICA Y SALUD MENTAL

FACULTAD DE MEDICINA

"CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA HISTORIA FAMILIAR (FH-RDC)"

ESTUDIO PILOTO

Ismael

Tesina que para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DR. ISMAEL ANTONIO VAZQUEZ ALEMAN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F., 1989

[Signature]

Vo. Bo.
[Signature]
20-II-89



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
a) Método de Historia Familiar	1
b) Método de Estudio Familiar	1
II. ANTECEDENTES	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV. HIPOTESIS	6
V. OBJETIVOS	7
VI. DISEÑO	7
VII. CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION	8
VIII. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO	10
IX. USO DE LA GUIA DE LA ENTREVISTA PARA FH-RDC	14
a) Depresión	15
b) Manía	16
c) Esquizofrenia o trastorno afectivo	16
d) Alcoholismo	17
e) Trastorno por uso de drogas	17
f) Antisocial	18
g) Otros síntomas	19

	PAG.
XII. TRASTORNOS POR ANSIEDAD EN BASE AL DSM-III	19
a) Crisis de angustia	19
b) Agorafobia	20
c) Obsesivo-compulsivo	20
d) Ansiedad generalizada	20
e) Fobias	20
f) Ansiedad de separación	21
g) Trastorno de evitación	21
h) Trastorno de sobreansiedad	21
XII. DIAGNOSTICOS BASADOS EN EL RDC	22
XIII. SUJETOS Y METODOS	31
XIV. RESULTADOS	32
XV. COMENTARIOS	35
XVI. ANEXOS	37
XVII. BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION:

La investigación sobre los patrones familiares de los trastornos psiquiátricos, aporta datos concernientes a la prevalencia de enfermedades mentales entre los familiares del paciente (1, 2): además es necesario para determinar si existe una transmisión genética o no de dichos trastornos (6). Reportes de estudios genético-familiares, indican que los parientes de primer grado de los pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo del 6 al 10% de presentar la misma enfermedad (comparándolos con menos del 1% en la población general). Esto resalta la importancia del estudio de la familia en la investigación acerca de la etiología y la naturaleza de la esquizofrenia

Para estudiar a las familias se considera que los métodos de entrevista del caso índice y de su familia son indispensables o necesarios para recabar datos, que aporten información suficiente para determinar el estado psiquiátrico real de cada familia (1,2); para este tipo de investigación contamos con dos sistemas para recolectar la información y que son de uso frecuente. El método de Historia Familiar y el Método de Estudio Familiar. El método de Historia Familiar involucra la entrevista de un paciente (caso índice) y un familiar (informante), preferentemente más enterado de las condiciones actuales y pasadas de la familia. Se recolecta información de los familiares de primer grado, vivos y muertos (padres, hijos y hermanos).

El método de Historia Familiar proporciona un filtro inicial relativamente rápido, simple y poco costoso en relación a la enfermedad familiar.

- El método de estudio familiar implica la entrevista la entrevista directa de todos los familiares de primer grado disponibles, de tal forma que la información recolectada de cada uno de éstos será exhaustiva para determinar si uno o varios de los miembros ha padecido o padece enfermedad psiquiátrica, este estudio no se ve alterado por una mala estimación de valores, como por ejemplo: suicidio, incremento de mortalidad por otras causas, rechazo a la entrevista o por personas que hayan cambiado de domicilio específicamente lejano. Este método es más costoso e involucra contactar y entrevistar directamente a todos los miembros de la familia disponibles. Sin embargo este sistema proporciona información más precisa y exacta, por lo que se considera la técnica ideal para realizar estudios de prevalencia. Ambos métodos se utilizan para valorar el tipo de enfermedad familiar del caso índice proporcionando un margen amplio para la investigación psiquiátrica, los datos concernientes a la prevalencia de la enfermedad mental entre los familiares de los pacientes son utilizados frecuentemente para validar las categorías diagnósticas y para explorar el grado de extensión familiar de un padecimiento psiquiátrico reconocible o de un patrón genético de transmisión (1, 2, 7, 13).

ANTECEDENTES

Bleuler, en 1908, es el primero en observar algunos familiares de pacientes esquizofrénicos. Describió en ellos síntomas parecidos

a los de los pacientes dándole la connotación de esquizofrenia latente (11).

Goze y cols. (16) reportan un rango de sensibilidad baja para diagnosticar enfermedades psiquiátricas en familiares con la aplicación del método de estudio familiar. En su estudio encontraron, de 38 hombres que satisfacían los criterios para alcoholismo en base a la entrevista directa sólo 16 (42%) fueron clasificados como alcohólicos. El subreporte por parte de los familiares fue claramente demostrado por Winokur y cols (14) para trastornos afectivos. Estos autores reportan que de 63 familiares entrevistados y que se diagnosticó desorden afectivo, únicamente el 43% fueron correctamente clasificados, en base a los datos proporcionados por los miembros de la familia con el método de Historia Familiar. Es decir se obtuvo un resultado falso-negativo en el 57% (100%-43%) de los casos. Por otro lado, examinaron la tasa de falsos negativos que denota la frecuencia con la cual los familiares que no reunieron los criterios para desorden afectivo fueron incorrectamente clasificados con el diagnóstico por los datos de la Historia Familiar.

Dicha tasa de falsos-negativos fue del 3% para el desorden afectivo.

Dos investigaciones más del método de Historia Familiar, uno de Mendelwics y cols (10) y otro de Andreasen y cols (1,2), reportan sus resultados en términos del índice K como estadístico para evaluar la concordancia en los diagnósticos: desorden bipolar, desorden afectivo bipolar, alcoholismo y otros trastornos psiquiátricos.

Con este método de análisis es imposible evaluar la importancia relativa de los falsos negativos y los falsos positivos de las categorías diagnósticas de manera individual.

En otro trabajo Andreasen y cols. (1) reportaron la sensibilidad y especificidad de la Historia Familiar en una muestra de 88 familiares entrevistados, para desorden afectivo. Los falsos-positivos y los falsos-negativos fueron de 12% y 41%, respectivamente. Por su lado, Thompson y cols. (13) reportan una especificidad extremadamente alta de la Historia Familiar cuando se estima para 28 combinaciones de las categorías diagnósticas fue de 93% y 100% en relación a la sensibilidad para los diagnósticos.

La sensibilidad del diagnóstico fundamentada en los datos de la Historia Familiar depende mucho de la relación del informante con el sujeto.

La sensibilidad estimada para el diagnóstico de Depresión Mayor con este método fue de alrededor del 70% cuando el informante fue la esposa o los hijos del sujeto aunque la especificidad fue baja; en contraste, cuando el informante fue alguno de los hermanos del sujeto (58%) y muy baja cuando el informante fue alguno de los padres del sujeto (33%). Dos estudios recientes Andreasen y cols. (1,2) y el de Zimmerman y col. (15), el primero reporta una especificidad relativamente alta para todos los diagnósticos, de manera inversa la sensibilidad es relativamente baja para esquizofrenia (31%) y relativamente alta para desorden psicótico (69%). La sensibilidad para trastorno depresivo fue del 50% pero este resultado mejora en un 56% cuando se

incluye el probable trastorno depresivo. De otra manera en este estudio mejorando la sensibilidad se puede producir pérdida de la especificidad en relación al efecto que se produce sobre la sensibilidad y especificidad del diagnóstico al seleccionar varios informes, se evidencia que al aumentar el número de informantes aumenta la tasa de identificación de casos especialmente para desorden afectivo, sugiriendo que en vez de utilizar dos informantes se utilice uno. Por otro lado Zimmerman (15) reporta que la confiabilidad del estudio Test-Retest es generalmente baja básicamente en los criterios diagnósticos. Los resultados obtenidos difirieron en la forma de recabar la información y de cómo responde el informante ante la manera como se le hacen las preguntas.

Los resultados sugieren que el incremento del número de diagnósticos en los resultados en base a el FII-RDC se incrementa modernamente la confiabilidad para los diagnósticos de depresión, manía, alcoholismo, abuso de droga y personalidad antisocial pero no para otros trastornos psiquiátricos. En este estudio se reporta una confiabilidad alta para depresión $K = .93$, manía con una $K = .95$, personalidad antisocial $K = .98$ y para otros desórdenes psiquiátricos en un estudio de entrevista completa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que existen evidencias más o menos claras de que en ciertos trastornos psiquiátricos está presente un factor hereditario, o al menos familiar, actualmente no se ha podido establecer con certeza el patrón de herencia específico para ellos. Por otro lado el conocimiento cada vez más profundo de las características biológicas de los trastornos psiquiátricos ha dado lugar a la posibilidad de investigar la existencia de marcadores de vulnerabilidad genética en tales condiciones.

Por lo tanto, es indispensable contar con un instrumento que nos permita conocer de manera válida y confiable, los antecedentes psiquiátricos familiares de los pacientes detectados (caso índice).

La historia familiar (HF-RDC) para los criterios diagnósticos de investigación parece ser una de las mejores alternativas para satisfacer esta necesidad. Los estudios realizados hasta este momento con la versión original, en inglés, en algunos países desarrollados así lo sugiere. Sin embargo es necesario conocer si una versión en castellano satisface los requisitos mínimos de validez y confiabilidad para ser utilizada en las investigaciones que lo requieran. En este contexto decidimos realizar este estudio.

HIPOTESIS

Si la HF-RDC es un instrumento que detecta adecuadamente la

frecuencia de enfermedad psiquiátrica en una familia existirá un alto grado de concordancia entre los resultados de ésta y los de las entrevistas clínicas individuales.

Si es reproducible, el grado de concordancia entre varias aplicaciones a la misma familia será elevado.

OBJETIVOS:

- 1) Determinar la validez concurrente de una versión en castellano de la Historia Familiar modificada (HF-RDC-M) para los criterios diagnósticos de investigación comparada con los diagnósticos de una entrevista clínica directa de los sujetos, utilizando los criterios del RDC.
- 2) Determinar la reproducibilidad del instrumento cuando se aplica a dos familiares distintos.

DISEÑO:

- I. DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO DE ANSIEDAD DE ACUER A CRITERIOS DEL RDC Y DSM-III.
- II. PROPUESTA AL PACIENTE DE INGRESAR AL ESTUDIO.
- III. APLICACION DE HOJA DE TRABAJO AL CASO INDICE
- IV. APLICACION DE FH-RDC-M

V. APLICACION DE EL ESTUDIO FAMILIAR A CADA UNO DE LOS FAMILIARES DISPONIBLES DEL CASO INDICE. . POR UN CLINICO EXPERIMENTADO.

CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION:

- Ambos sexos
- Diagnóstico de trastorno esquizofrénico de acuerdo al DSM-III (5) y RDC .
- Edad entre 18 y 45 años
- Disponibilidad de los familiares del Caso Indice (con residencia en el área metropolitana).
- Ausencia de alteraciones conductuales que pongan en riesgo la integridad del paciente y/o de los demás (agitación severa).
- Carta de consentimiento firmada por el paciente y el familiar.

PROCEDIMIENTO:

1. Se trabajará con pacientes captados a través de la Consulta Externa de la Clínica de Estudios Especiales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
2. Se les aplicará una entrevista no estructurada
3. Si cumple los criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia, se les propondrá participar en el estudio de Historia Familiar; la tra

bajadora Social programará las citas tanto del caso índice como de los familiares.

4. Al caso índice se le aplicará la Historia Familiar modificada (FH₁) (HF-RDC-M) por uno de los investigadores clínicos.
5. Se les aplicará la Historia Familiar modificada (FH₂) a un familiar (Informante) del paciente.
6. Se citarán de manera programada a cada uno de los familiares disponibles, para realizar la entrevista estructurada individual a cada uno (Estudio Familiar).
7. Para valorar la confiabilidad interinformante se procesará la información por el método estadístico Kappa y porcentaje de concordancia.

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTOCRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA INVESTIGACION (RDC)
CON LA HISTORIA FAMILIARPROPOSITO:

Los Criterios Diagnósticos para Investigación con el método de Historia Familiar fueron desarrollados con el fin de permitir a los investigadores el uso de una serie consistente de criterios para diagnosticar enfermedades psiquiátricas en familiares de Sujetos Índice cuando no es posible examinar directamente a estos familiares. Estos criterios se desarrollaron de manera tal que, tanto como fue posible, sean similares a aquellos del RDC que se utilizan cuando se examina a un sujeto. Las diferencias entre las dos series de criterios parten de la necesidad de hacer concesiones debido a la frecuente incapacidad que presentan los informantes para aportar información detallada acerca de las alteraciones psiquiátricas de otras personas. Las evidencias de los estudios que comparan el método de historia familiar y el método de estudio familiar indican que, generalmente, existen más falsos negativos que falsos positivos cuando se utiliza el método de historia familiar.

INTRUCCIONES:

El FH-RDC puede ser llenado teniendo como base una entre-

vista con (1) el Sujeto Índice, o (2) un informante que pueda aportar información con respecto a los familiares del Sujeto Índice. Si el informante es uno de los familiares de los cuales se desea la información, él también deberá ser interrogado acerca de él mismo. Existen disponibles Hojas de Datos del FH-RDC para padres, hermanos (ver anexo 1 y 2 y hojas de la 2 a la 5), hijos (ver anexo 3 y hojas de la 3 a la 5), compañeros (ver anexo 4 y hojas 2 a 5) y familiares de segundo grado (ver anexo 5 y hojas de la 2 a la 5). La Hoja de Datos del FH-RDC para Familiares de Segundo Grado es una hoja resumida (ver anexo 5). La hoja de Datos para Familiares de Segundo Grado puede modificarse cuando haya información suficiente disponible. Finalmente, para aquellos estudios en los cuales el investigador necesita un resumen rápido y simple sobre la familia, hay una hoja de datos resumidos para todos los familiares de primer grado (ver anexo 6). Sin embargo, los datos de esa hoja podrán no ser lo suficientemente detallados para muchos estudios.

Antes de comenzar a registrar la información en las Hojas de Datos del FH-RDC, el entrevistador debe explicar el propósito de la entrevista y obtener una apreciación general acerca del número de familiares involucrados para ese estudio en particular. El uso de Hojas de Trabajo para registrar números, nombres y otras informaciones puede ayudar en esta tarea. Cuando se hacen las evaluaciones para hermanos o hijos, la información no debe ser registrada en la Hoja de Datos hasta que haya una clasificación en el orden de nacimiento dentro de esa clase de familiares debido a que el sistema de numeración I. D requiere esta información. Se ha desarrollado un sistema

de numeración I. D. adecuado para usarse con el Sujeto Índice, Familiares en Primero y Segundo Grado y en Compañeros. Aunque es bastante complicado, sirve para unir a varios miembros de la familia, utilizando solamente 8 dígitos. Cuando se obtiene la información acerca del orden del nacimiento deben contarse todos los nacidos vivos. Tanto los hermanos como los medios hermanos se incluyen de acuerdo al orden de nacimiento. Los hijos son contados en orden de nacimiento sin importar si comparten el mismo padre o madre.

Cuando se llenan las evaluaciones, el entrevistador debe usar los nombres, siempre que sea posible, para asegurarse que tanto él como el informante están discutiendo acerca del mismo familiar. Esto es particularmente importante cuando se están describiendo los hermanos o los hijos. Es mejor proceder con un familiar a la vez más que el hacer preguntas generales acerca de la familia completa o de una clase de familiares. Las preguntas detalladas deben ser hechas con respecto de cada uno de los familiares ya que si uno de ellos tiene un problema particular muy evidente, los problemas de otros pueden no ser mencionados espontáneamente. Puesto que el error en el método de Historia Familiar tiende hacia el sub-reporte, el preguntar detalladamente sobre cada familiar es importante. Algunos estudios necesitarán que el entrevistador obtenga información acerca del Sujeto Índice a través de un informante, otros podrán desear que el entrevistador se encuentre ciego sobre la condición del Sujeto Índice. Puede utilizarse una hoja de datos para hermanos, si se desea evaluar al Sujeto Índice con el FH-RDC, pero el entrevistador debe tener cuidado de anotar en ella que se trata del Caso Índice.

Siempre que exista información sugestiva de psicoterapia, el entrevistador debe continuar con las preguntas de seguimiento buscando información adicional con respecto a tratamientos específicos recibidos, curso de la enfermedad, síntomas específicos, etc. La información debe ser obtenida para cada episodio de la enfermedad si hubo más de uno. Si se cumplen los criterios para un diagnóstico también se deben hacer preguntas acerca de las otras categorías.

NOTA: Con la excepción de las categorías: Alcoholismo, Trastorno de Uso de Drogas, Síndrome Orgánico Cerebral Senil y otro Trastorno Psiquiátrico, todas las otras condiciones deben ser diagnosticadas solamente cuando no exista una probable etiología orgánica conocida para los síntomas, tales como ingestión de un alucinógeno o arterioesclerosis.

USO DE LA GUIA DE ENTREVISTA PARA FH-RDC

La siguiente guía debe ser usada como una ayuda para la obtención de la información acerca de los familiares del Sujeto Índice (incluyendo esposo/esposa) durante la entrevista. El entrevistador debe ser flexible para decidir cuáles preguntas deben hacerse y si es necesario continuar la entrevista con respecto de algún familiar en particular. Para poder asegurarse de que no se pasó por alto a ningún familiar, las preguntas deben realizarse para cada uno de ellos utilizando el nombre y el sexo apropiado.

La indagación con respecto a los hermanos y los hijos debe hacerse siguiendo el orden de nacimiento. Deben hacerse todas las preguntas siempre que exista evidencia de psicopatología y el entrevistador debe estar lo suficientemente familiarizado con los criterios específicos de los diagnósticos para poder realizar las preguntas aclaratorias necesarias. Asimismo, deben hacerse anotaciones para ayudar a hacer el resumen posteriormente.

GUIA DE ENTREVISTA

¿Cuántos años tiene Nombre? (¿Cuántos años tenía cuando murió?. ¿Cuál fue la causa de su muerte?). ¿Ha tenido él/ella algún problema emocional o psiquiátrico?. ¿Qué fue lo que tuvo?. ¿Recibió alguna vez tratamiento por este motivo?. ¿Ha tomado medicamentos, recibido TEC, (otro tratamiento somático)?. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado? (¿cuántas veces?). ¿Debido a este problema, se vió

alguna vez imposibilitado para trabajar (atender el hogar, ir a la escuela)? ¿Cuáles fueron los síntomas que tuvo? ¿Alguna vez intentó suicidarse? (Trate de obtener una descripción completa de los episodios de la enfermedad). Aclare por medio de preguntas las siguientes áreas realizando las modificaciones apropiadas de acuerdo a la información disponible.

DEPRESION:

¿Ha tenido él un período mayor de 2 semanas en el cual haya estado deprimido, sentido triste, sin que le importara nada, sentido culpable o algún otro tipo de estado de ánimo, como excesivamente ansioso, irritable o preocupado?

¿Ha tenido él algún problema con su apetito, dormido mucho o muy poco, tenido pérdida de energía? ¿Ha perdido o ganado peso? ¿Que se haya mostrado más lento o que hablara más lento que lo habitual?

Si las respuestas son afirmativas: Determine la naturaleza del estado de ánimo y los síntomas asociados; si ha recibido tratamiento; grado de incapacidad; y, el curso de la enfermedad; existencia de otros síntomas al mismo tiempo que los anteriores que sugieren un trastorno esquizoafectivo.

Uso de la guía de entrevista para FII-RDC

MANIA

¿Ha tenido él (ella) algún período en el cual se haya sentido eufórico, elevado, en la cima del mundo o haya estado impaciente e irritable?. ¿Ha estado más activo, sociable o con más energía que lo habitual?. ¿Ha estado más hablador o saltando de una idea a otra?. ¿Ha tenido menor necesidad de sueño?. ¿Ha sentido tener habilidades o poderes especiales o que pudiera realizar grandes cosas?. ¿Se ha involucrado en muchas actividades o se ha tornado más activo laboral, social o sexualmente?. ¿Ha mostrado pobreza de juicio de tal manera que haya gastado mucho dinero o que se haya aventurado en malos negocios?

Si la respuesta es afirmativa: Determine la naturaleza del estado de ánimo y los síntomas asociados; si ha recibido tratamiento, grado de incapacidad y el curso de la enfermedad; existencia de otros síntomas presentes al mismo tiempo que sugieran un trastorno esquizoafectivo.

ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

¿Ha tenido él (ella) ideas o creencias poco habituales (aclarar hasta determinar si son delirios)?. ¿Se sentido controlado por fuerzas externas?. ¿Ha escuchado voces o tenido visiones?. ¿Se ha comportado o vestido de manera extraña?. ¿Ha hablado de tal manera

de que no se pueda entender lo que está diciendo?.

Es importante esclarecer la naturaleza de los delirios o las alucinaciones. El curso de la enfermedad debe de ser determinado especialmente en base al grado de aislamiento social, que el paciente haya alcanzado, al deterioro en el funcionamiento, a la carencia de afecto normal o la falla para regresar al nivel de funcionamiento previo. Debe ser aclarada la naturaleza del inicio del período de la enfermedad, ya sea insidioso o súbito.

ALCOHOLISMO:

¿Ha tenido él (ella) problemas con la bebida?. (¿Desde cuándo, qué tan frecuente?). ¿Ha tenido algún problema legal, tal como ser arrestado?. ¿Ha tenido algún problema con su salud, como Delirium Tremens, lagunas, cirrosis, gastritis?. ¿Algún problema en su matrimonio o con su familia?. ¿El beber le ha causado algún problema con su trabajo (habilidad para las labores del hogar)?. ¿Ha perdido trabajos?. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para alcoholismo, como antabuse, hospitalización o ha acudido a AA o a algún otro grupo para alcohólicos?. ¿Ha tenido peleas, o perdido amigos, a causa del alcohol?.

TRASTORNO POR USO DE DROGAS:

¿Ha usado él (ella) drogas tales como marihuana, LSD, heroí

na, anfetaminas, pastillas para dormir o alguna cosa de este tipo?. ¿Ha tenido problemas por este motivo?. ¿Qué hay acerca de problemas legales, que haya robado para conseguir dinero para comprar drogas o arrestos por venta de drogas?. ¿Ha tenido algún problema con su salud tal como hepatitis infecciosa o síntomas de abstinencia en su matrimonio o con su familia por motivos del uso de drogas?. ¿Qué hay acerca de problemas para mantener un trabajo o para que se encargue del hogar?.

ANTISOCIAL:

¿Ha sido él (ella) alguna vez arrestado o ha estado en la cárcel?. ¿Se pelea con frecuencia?. ¿Ha robado alguna vez?. ¿Cuándo él (ella era joven alguna vez se salió de la casa, lo expulsaron de la escuela o se dedicó a la vagancia?. ¿Era muy mentiroso?. ¿Dejaba de trabajar frecuentemente?. ¿Qué haya cambiado frecuentemente de trabajo debido a que lo corrían o renunciaba?. ¿Se ha divorciado más de dos ocasiones o ha abandonado a su familia o ha golpeado frecuentemente a su esposa?.

Si se han contestado afirmativamente más de 3 criterios:

Asegúrese de que comenzó antes de los 15 años de edad y que ha persistido varios años después de los 15 años de edad y no ha estado limitado a un periodo de otra enfermedad (como Manía).

OTROS SINTOMAS:

Si los síntomas no han quedado claros, indague si él (ella) ha tenido algunos síntomas psiquiátricos que no reúnen los criterios para un diagnóstico específico. ¿Era él (ella) una "persona perversa"? ¿Era muy desconfiado con las personas?. ¿Estaba él solo la mayor parte del tiempo?. ¿Se comportaba raro o hacía cosas extrañas? ¿perdía trabajos frecuentemente debido a problemas emocionales?. ¿Era impulsivo?. ¿Tenía problemas con la gente debido a su comportamiento o actitudes?.

TRASTORNOS POR ANSIEDAD BASADOS EN EL DSM-IIICRISIS DE ANGUSTIA:

¿Ha tenido (presentado) él (ella) períodos súbitos de temor (angustia) sin causa aparente?. ¿Esto se ha acompañado de disnea, palpitaciones, dolor en el corazón u otro síntoma?.

Si la respuesta es afirmativa: Determine la frecuencia con lo que esto ha ocurrido y la presencia de otros síntomas cuando se presenta esta alteración.

AGORAFOBIA:

¿Tiene o ha tenido él (ella) miedo de estar solo o en lugares públicos?

¿Influyó esto en su desempeño laboral o social?.

OBSESIVO-COMPULSIVO

¿Ha tenido períodos él (ella) en los que tenga pensamientos que no pueda quitarse de la cabeza? ¿Ha ce algunas cosas de manera repetitiva?.

Si la respuesta es afirmativa: Determine si esto es fuente de molestia para el individuo o si interviene con su funcionamiento laboral o social.

ANSIEDAD GENERALIZADA

¿Es o ha sido él (ella) excesivamente nervioso, temeroso, se preocupa de cualquier cosa?.

FOBIAS

¿Hay alguna situación u objeto a los cuales él (ella) les tenga o les haya tenido temor excesivo?.

Si la respuesta es afirmativa: Especifique.

Realizar invariablemente estas preguntas cuando se evalúa a un menor.

ANSIEDAD DE SEPARACION

Cuando él (ella) era niño: ¿Se angustiaba excesivamente cuando se quedaba solo, empezó a ir a la escuela o cuando tenía que salir de la casa?.

Si la respuesta es afirmativa: Especifique la duración y características de esto.

TRASTORNO DE EVITACION

Cuando él (ella) era niño: ¿Sentía temor intenso al contacto con extraños? ¿Buscaba el afecto y la aceptación de figuras familiares?.

Si la respuesta es afirmativa: Determine la edad de aparición y la duración de este problema.

TRASTORNO DE SOBREENSIEDAD

Cuando él (ella) era niño: ¿Se preocupaba excesivamente por el futuro, por su conducta, por sus logros?. ¿Era muy susceptible? ¿Incapaz de relajarse?.

Si la respuesta es afirmativa: Determine la duración de estos síntomas.

DIAGNOSTICO

A continuación se describen los criterios y estrategias diagnósticas de el FII-RDC:

1. **ESQUIZOFRENIA CRONICA (puede incluir estados paranoides o paranoia)**

Se requiere desde el A hasta el C

- A. Ausencia de síntomas prominentes de una alteración del estado de ánimo concomitante (tal como está descrito bajo el inciso A de Trastorno Esquizo Afectivo).
- B. Al menos 1 de las siguientes manifestaciones clínicas:
 - 1) Delirios
 - 2) Alucinaciones
 - 3) Incoherencia
 - 4) Conducta bizarra gruesa (ej. llevar heces fecales en un bolsillo).
- C. Evidencia de que el trastorno haya durado por lo menos 1 año y que del cual nunca se haya recuperado, que muestre continuamente signos notorios de la alteración (ej. deterioro en el funcionamiento, afecto embotado, retraimiento social).

2. **TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO (Maniaco y/o Deprimido)**

Se requiere desde el A hasta el C

- A. Evidencia persistente o prominente de una alteración del estado de ánimo disfórica o maniaca.

Estado de Animo Disfórico:
Ya sea:

- 1) Un estado de ánimo deprimido (ej. triste, sin interés, ideación suicida, llanto constante, etc.).

ó

- 2) Algún otro estado de ánimo disfórico (ej. ansioso, irritable,

preocupado) y al menos dos de los siguientes síntomas: pérdida de interés, poco apetito, cambios en el sueño, pérdida de energía, agitación o retardo psicomotor, culpa o autorreproche, incapacidad para concentrarse.

Estado de Animo Maníaco:

Ya sea:

- 1) Un estado de ánimo eufórico (ej. se siente muy bien, en la cima del mundo, risueño, cantando, etc.).

ó

- 2) Un estado de ánimo irritable y al menos 2 de los siguientes síntomas: más activo que lo usual, ya sea socialmente, en el trabajo o sexualmente; sin cansancio físico, habla más que lo habitual; autoestima elevada; necesidad de sueño disminuida; distraído; involucramiento excesivo en actividades que indican juicio empobrecido.

B. Uno de los siguientes:

- 1) Delirios no limitados a delirios paranoides simples, depresivos o grandiosos o a delirios somáticos depresivos (ej. cree que tiene un transmisor implantado en su cerebro).
- 2) Alucinaciones no limitadas a un contenido depresivo o grandioso.
- 3) Incoherencia
- 4) Conducta gruesamente bizarra no debida claramente a un estado de ánimo maniaco (ej. coleccionar sus heces fecales).

C. Alguna evidencia de que los síntomas contenidos en A y B están en cierta forma traslapados temporalmente.

Anote si es maniaco y/o deprimido o si ha tenido dos periodos claramente discernibles que hayan diferido, marque ambos en la hoja de datos.

Anote si es en remisión o crónico. Escoja el que mejor describa el curso.

En remisión (1): No hay evidencia de que el periodo de la enfermedad haya tenido un inicio insidioso en un periodo de varios años, ni evidencia sugestiva de un curso deteriorante crónico y de que los síntomas de B hayan durado más de un año sin una remisión completa subsecuente.
Crónico (2): Existe evidencia de un inicio insidioso o de un curso deteriorante crónico, o los síntomas en B han durado más de un año sin una remisión total subsecuente.

3.

TRASTORNO DEPRESIVO

Excluye reacciones de duelo secundarias a la pérdida de un ser querido, cuando todas sus características se presentan comúnmente bajo circunstancias similares en los miembros del grupo subcultural al que pertenece el sujeto. Si una reacción de duelo fue marcadamente severa o prolongada o muy atípica, registrela como un trastorno.

Son requeridos desde la A hasta la E

A. Evidencia de un cambio disfórico del estado de ánimo:
Ya sea:

1) Un estado de ánimo depresivo (ej. tristeza, sin interés, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, llanto constante, etc.).

ó

2) Algún otro estado de ánimo disfórico (ej. ansioso, irritable preocupado), y asociados al menos 2 de los siguientes síntomas: pérdida de interés, modificaciones en el apetito o cambio de peso, cambio en el patrón de sueño, pérdida de energía, agitación o retardo psicomotor, culpa o autorreproche, incapacidad para concentrarse.

B. Al menos 1 de los siguientes incisos está asociado con los síntomas de A.

1) TEC o medicación antidepresiva conocida

2) Hospitalización

3) Conducta suicida

4) Tratamiento tanto para A 1 como para A 2

5) Incapacidad severa para el trabajo, el sostenimiento del hogar, para la escuela o retraimiento social

6) Tuvo 4 síntomas asociados de los enlistados en A 2

C. No hay evidencia sugestiva de un curso crónico deteriorante no afectivo (pero puede tener algunos síntomas residuales) con excepción del curso que se menciona para el alcoholismo.

D. No existe evidencia de que el período haya durado menos de 2 semanas.

E. No reúne los criterios para Trastorno Esquizo-Afectivo durante el mismo período de la enfermedad.

Anote si es en remisión o crónico principalmente. Escoja el que mejor describa el curso. En remisión (1) Evidencia de que el periodo (s) tuvo un inicio definido y hubo modificación en su funcionamiento; Crónico (2) evidencia del trastorno depresivo tiende a ser crónico (con duración de un año cuando menos) sin un inicio claro y sin remisión subsecuente.

Si reúne los criterios para Trastorno Depresivo o Trastorno Maniaco, registre ambos.

4.

TRASTORNO MANIACO

Se requieren de la A a la D.

A. Evidencia de un cambio en el estado de ánimo:

Ya sea:

1) Un estado de ánimo eufórico (ej. elevado, se siente muy bien, en la cima del mundo, risueño, cantando, etc.).

ó

2) Un estado de ánimo irritable y asociados al menos 2 de los siguientes síntomas: más activo, más sociable y con más energías que lo habitual, salta de una idea a otra, autoestima elevada, necesidad de sueño disminuida, participación excesiva en actividades que indican pobreza de juicio, tales como gasto excesivo de dinero.

B. Uno de los siguientes eventos está asociado con los síntomas de A:

1) Ha recibido tratamiento para síntomas maniacos.

2) Deterioro en el trabajo, en las labores de la casa o en las actividades sociales.

3) Conducta obviamente inapropiada debida aparentemente a los síntomas maniacos.

4) Estado de ánimo eufórico más 2 de los síntomas asociados enlistados en A (2).

- C. No hay evidencia sugestiva de un curso crónico deteriorante no afectivo (pero puede tener algunos síntomas residuales).
- D. No reúne los criterios para Trastorno Esquizoafectivo durante el mismo período de la enfermedad.

5. **SINDROME ORGANICO CEREBRAL SENIL**

Deterioro significativo en la memoria o en la orientación en tiempo, lugar o persona, con inicio después de los 50 años de edad sin recuperación completa. El cuadro parece más probablemente asociado con el proceso de envejecimiento que debido a un tumor, alcoholismo o uso de una droga.

6. **PSICOSIS FUNCIONAL NO ESPECIFICADA***

Se requieren A y B.

- A. Un episodio de psicosis (como se define abajo en B) el cual no reúne los criterios para Esquizofrenia Crónica, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Depresivo, Trastorno Maníaco o Síndrome Orgánico Cerebral Senil. (Esta categoría podrá incluir algunos estados paranoides, psicosis histérica, y otros episodios psicóticos breves).
- B. Al menos 1 de los siguientes incisos:
 - 1) Delirios
 - 2) Alucinaciones
 - 3) Incoherencia
 - 4) Conducta marcadamente bizarra
 - 5) Hospitalización por varios años

* Si reúne los criterios, anote si fue un trastorno que remitió (no hay evidencia de que el período del trastorno tuvo una duración mayor de un año sin remisión subsecuente) o un trastorno crónico (con duración mayor de un año sin remisión subsecuente). También anote si, hubo cualquier evidencia de un estado de ánimo disfórico (como en un Trastorno Depresivo) o síntomas asociados como se encuentran anotados en 3 A. Finalmente, anote el diagnóstico clínico más probable usando las categorías del DSM-III.

7. **ALCOHOLISMO**

Se requieren A y B.

- A. Problemas con la bebida no limitados a incidentes aislados
- B. Al menos 1 problema relacionado con el alcohol en las áreas siguientes:
 - 1) Problema legal (intoxicación pública, conducta desordenada, violaciones de tráfico).
 - 2) Problema de salud (cirrosis, delirium tremens, lagunas, etc.).
 - 3) Problemas maritales o familiares
 - 4) Problema laboral o deterioro en la capacidad para el sostenimiento del hogar.
 - 5) Tratamiento para alcoholismo (ej. Antabuse) o asistencia a A.A.
 - 6) Problemas sociales, peleas, pérdida de amistades.

8. **TRASTORNO POR USO DE DROGAS**

Se requieren A y B.

- A. Problemas con uso de drogas no limitadas a incidentes aislados.
- B. Al menos 1 problema relacionado con droga en 1 ó más de las siguientes áreas:
 - 1) Problema legal (hurtos, conducta desordenada, violaciones de tráfico).
 - 2) Problemas de salud (adicción física, hepatitis infecciosa).
 - 3) Problemas maritales o familiares.
 - 4) Problemas laborales o escolares o deterioro en la capacidad para el sostenimiento del hogar.
 - 5) Tratamiento para el abuso de drogas.

9. **PERSONALIDAD ANTISOCIAL**

Se requieren desde A hasta C. (En caso de que se averigüe acerca del padre del Sujeto Índice, el encarcelamiento por si solo es suficiente a menos que se conozca que haya sido debido a una ofensa menor).

- A. El inicio de los problemas en B probablemente comenzaron antes de la edad de 15 años. No debe hacerse el diagnóstico en individuos por debajo de la edad de 18 años.
- B. Al menos 3 de los siguientes incisos:
- 1) Peleas
 - 2) Hurtos (no limitados para mantener el hábito a las drogas)
 - 3) Vagancia
 - 4) Expulsión de la escuela por un problema de conducta
 - 5) Abandono del hogar
 - 6) Problemas legales que hayan conducido al arresto, custodia o encarcelamiento.
 - 7) Mentiras persistentes y repetidas
 - 8) Múltiples cambios de trabajo por despido o renuncia, o antecedentes de no haber trabajado nunca debido a la conducta antisocial.
 - 9) 2 ó más divorcios, abandono de familia o ataques físicos frecuentes a la esposa.
- C. No reúne los criterios para Esquizofrenia Crónica o para Trastornos Esquizoafectivos crónicos tal como son definidos en este manual.

10. **OTRO TRASTORNO PSIQUIATRICO***

Esta categoría es para sujetos con suficiente evidencia de psicopatología la cual no es claramente clasificable en cualquiera de las categorías previas, incluyendo Psicosis Funcional No Especificada. Debe ser usada para indicar (1) episodios de psicopatología que sugieren pero no reúnen todos los criterios para uno de los trastorno precedentes. (2) otras condiciones clínicamente reconocibles ej. Trastorno Fóbico, Trastorno de Briquet (Trastorno de Somatización), Personalidad Depresiva (3) condiciones no específicas (ej. nerviosismo), ó (4) síntomas que sugieren fuertemente organicidad y que no pueden ser categorizadas

bajo Alcoholismo, Trastorno por Uso de Drogas o Síndrome Orgánico Cerebral Senil. Puede ser el único diagnóstico anotado, o puede anotarse en adición de una de las categorías especificadas previamente.

Al menos 1 de los siguientes incisos es requerido:

- 1) Ha buscado algún tipo de ayuda o estuvo hospitalizado, aparentemente por problemas psiquiátricos.
- 2) Ha tomado medicación para el problema psiquiátrico (alguna otra aparte de un hipnótico ocasional para insomnio).
- 3) Deterioro en el funcionamiento social, con la familia, en el hogar o en el trabajo, debido aparentemente a problemas psiquiátricos.
- 4) tuvo un síntoma psiquiátrico reconocido, tal como nerviosismo prominente o irritabilidad, suspicacia extrema, reacción de conversión o amnesia.
- 5) Tuvo una conducta persistentemente extraña, rara o excéntrica.
- 6) Aislamiento social extremo y persistente.
- 7) Conducta impulsiva constante.

* Si la condición es reconocible o cercanamente reúne los criterios para alguno de los diagnósticos específicos enlistados previamente, escriba su diagnóstico en la hoja de datos utilizando los términos del RDC cuando sea posible (ej. "probable Trastorno Maníaco", "Trastornos de Angustia" o "Trastorno Fóbico").

* Si reúne los criterios, anote si fue un trastorno en remisión (con duración de menos de un año) o crónico (con duración de más de un año), y si estuvo presente un estado de ánimo disfórico (como un Trastorno Depresivo).

11. **BIPOLAR**

Esta categoría es para sujetos que han reunido tanto los criterios del Trastorno Depresivo como del Trastorno Maníaco.

12. **UNIPOLAR RECURRENTE**

Esta categoría es para sujetos que han tenido dos o más episodios de Trastorno Depresivo y nunca han tenido períodos de Trastorno Maníaco.

13.

SE DESCONOCE TRASTORNO MENTAL

Esta categoría es para dos tipos de sujetos: (1) Aquellos en los cuales se conoce que no han tenido suficientes signos de alteración para asignarles alguno de los diagnósticos previos, incluyendo otro Trastorno Psiquiátrico, y (2) aquellos en los cuales se dispone de poca o ninguna información. Por necesidad, esta categoría podrá por lo tanto, incluir algunos falsos negativos debido a la carencia de información.

Información Miscélanea (Opcional)

Esta sección contiene algunos items de interés para muchos investigadores. El investigador puede dejarlos en blanco o usar su mejor juicio para contestarlos.

Ceguera a los colores: Este item puede ayudar a denominar "Familias Informativas".

Enfermedad médica no mental: La enfermedad investigada podrá variar de acuerdo al estudio.

Diagnósticos del DSM-III: Algunas veces la descripción podrá ser lo suficientemente detallada para permitir al entrevistador anotar una impresión diagnóstica más específica, por ejemplo, esquizofrenia paranoide. Anote de ser posible el diagnóstico en detalle suficiente para codificar con cinco dígitos.

SUJETOS Y METODOS

Los datos reportados en el presente estudio fueron colectados en la Clínica de Estudios Especiales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en base al Programa de "Psicobiología de la Esquizofrenia". Se incluyeron pacientes no hospitalizados, que reunieran los criterios diagnósticos para Esquizofrenia en base a el DSM-III y RDC.

La edad de los pacientes (Caso-Indice) fluctuó entre 20 y 30 años; para reunir un total de 15 sujetos, posteriormente se identificó y contactó respectivamente a los familiares de primer grado.

Los familiares de primer grado de todos los pacientes (Casos Indice) fueron estudiados utilizando el método de Historia Familiar, obteniendo 117 familiares de primer grado con un solo informante y 49 con dos informantes (Dos aplicaciones de FH-RDC). Este método fue comparado con el método de estudio familiar para determinar el número y porcentaje de acuerdos y desacuerdos en relación a la edad y de presencia o ausencia de diagnóstico clínico en los familiares de primer grado, finalmente se obtuvo un total de 19 sujetos que se les aplicó el método de Historia Familiar y el método de Estudio Familiar.

Los datos fueron colectados por tres participantes clínicos para posteriormente hacer un concentrado de datos y finalmente hacer el análisis estadístico de Kappa para valorar la confiabilidad Interobservador y el método de porcentaje de concordancia.

RESULTADOS

La tabla 1. Muestra los resultados de la concordancia en por ciento de edad; y de prevalencia de enfermedad mental, comparando la aplicación del método de Historia Familiar (1) al Caso Índice contra la aplicación del método de Historia Familiar (2) aplicada a un familiar (Informante). En base al estado pasado y actual de salud mental de los familiares de primer grado del paciente (Caso Índice).

Esta tabla evidencia un rango de concordancia relativamente bajo en la categoría de edad, siendo del 42.30%, de igual manera para la concordancia en la prevalencia de enfermedad mental.

Para este caso la confiabilidad interinformante se reporta en índice Kappa = .257 siendo relativamente bajo.

Tabla 1. Estimación de la concordancia en por ciento para la categoría de edad, y de la prevalencia de enfermedad comparando FH-RDC (1) contra FH-RDC (2).

	% EDAD DE CONCORDANCIA	% Dx. DE CONCORDANCIA
TOTAL	52	65
ACUERDOS	22 (42.30)	32 (49.23)
DESACUERDOS	30 (57.6)	33 (50.76)

Dx= Prevalencia de enfermedad psiquiátrica, el total de edad es proporcional al número de familiares de primer grado.

FH-RDC (1) Historia Familiar aplicada al paciente (caso índice)

FH-RDC (2) Historia Familiar aplicada a un familiar (informante)

Tabla 2. Compara los resultados en por ciento de la concordancia de edades y la prevalencia de enfermedades entre la Historia Familiar (1) y el método de estudio Familiar de los familiares de primer grado del caso índice. Esta tabla demuestra que los resultados son exactamente iguales en relación a concordancia para la categoría de edad; y con una prevalencia relativamente alta para la categoría de enfermedad, siendo del 56.52% de concordancia.

En esta tabla nosotros reportamos la confiabilidad interobservador en términos del índice Kappa = 0.02 siendo relativamente bajo para este caso.

Tabla 2. Estimación en por ciento de concordancia de la prevalencia de enfermedad y para la categoría de edad comparando el método de FH-RDC (1) contra el método de estudio familiar.

	EDAD		Dx.	
	%		%	
TOTAL	10 DE CONCORDANCIA		19	DE CONCORDANCIA
ACUERDOS	5 (50)		13 (56.52)	
DESACUERDOS	5 (50)		10 (43.44)	

Dx = prevalencia de enfermedad psiquiátrica. El total de edades es proporcional al número de familiares de primer grado.
FH-RDC (1) corresponde al aplicación de la Historia Familiar al paciente (Caso Índice).

Tabla 3. Compara los resultados en por ciento de la concordancia de edades, y de la prevalencia de enfermedades entre la Historia Familiar (2) y el método de Estudio Familiar de los familiares de primer grado del Caso Índice. Esta tabla muestra un rango bajo de acuerdo para la categoría de edad siendo del 20%; y con un rango alto para la concordancia de prevalencia de enfermedad psiquiátrica. Para este caso nosotros reportamos la confiabilidad interobservador en términos del índice Kappa = .042 siendo un rango relativamente bajo.

Tabla 3. Estimación de la concordancia en por ciento para la categoría de edad, y de la prevalencia de enfermedad comparando FH-RDC (2) contra el método de estudio familiar.

	EDAD % DE CONCORDANCIA	Dx % DE CONCORDANCIA
TOTAL	5	19
ACUERDOS	1 (20)	12 (63.15)
DESACUERDOS	4 (80)	7 (36.8)

Dx = Prevalencia de enfermedad psiquiátrica. El total de edades es proporcional al número de familiares de primer grado. FH-RDC (2) corresponde a la aplicación de la Historia Familiar a un familiar (informante).

COMENTARIO:

El método de Historia Familiar probablemente sea uno de los instrumentos clínicos más utilizados en los estudios de investigación clínica psiquiátrica en nuestro país en futuro no muy lejano, debido a la facilidad con que se recolecta la información, a su bajo costo y a su especificidad alta reportada por Thompson y cols., por otro lado es conveniente hacer énfasis en la relación que guardan los factores familiares con la prevalencia de enfermedades mentales de una familia y que de alguna manera pueden evidenciarse por medio del método de Historia Familiar.

En este estudio piloto nosotros reportamos la concordancia de edad en por ciento, siendo relativamente baja para FH-RDC (1) contra FH-RDC (2), FH-RDC (2) contra el estudio familiar (EF) con excepción del FH-RDC (1) contra el estudio familiar (EF), en donde el por ciento de acuerdos y desacuerdos fue del 50% para cada uno. Esto quiere decir que de alguna manera el informante no sirve, ya que su información no concuerda con la variable edad en la cual todos los miembros de la familia deberían saberla.

En relación al índice de acuerdos de diagnósticos fue relativamente elevado para aquellos casos en los que se comparó la Historia Familiar con el estudio familiar (EF), lo que nos sugiere una especificidad relativamente alta de ambos estudios aunque no sería concluyente por la muestra tan pequeña que presentamos.

Por otro lado es importante el resultado que obtuvimos del grado de confiabilidad interinformante (KAPPA = .257) que a pesar de que fue relativamente bajo EXPLICA LA RELACION que guarda con la prevalencia, ya que entre más bajo sea, bajará proporcionalmente el índice KAPPA.

Estudios previos (15) reportan que la entrevista directa proporciona información confiable de la prevalencia de enfermedades en una familia, mientras que la FH-RDC es un buen instrumento para valorar la psicopatología familiar.

Ambos instrumentos tienen una confiabilidad alta pero la validez por el momento no ha sido bien establecida.

Nuestros resultados sugieren que el desacuerdo de los informantes fue la principal fuente de discordancia tanto en edad como en la prevalencia de enfermedad, esto puede explicarse por nuestro bajo coeficiente de confiabilidad en comparación con el de Andreasen y cols.

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA PADRES

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

Número I. D del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

Relación del informante con el sujeto índice: 1 ____ él mismo; 2 ____ esposo (a); 3 ____ madre; 4 ____ padre; 5 ____ hermano; 6 ____ hijo; 7 ____ otro (consenso).

Código de relación del familiar que está siendo descrito:

1 ____ madre; 2 ____ padre.

Número y tipo de parientes evaluados (para ayudarse tenga a la mano las hojas de datos): madre ____; padre ____; hermanos ____; hijos ____; esposo (a) ____; otros ____.

Nombre del padre/madre _____ del caso índice.

Número de I. D de su padre/madre _____ del caso índice. Parentesco: 1 ____ biológico; 2 ____ adoptado; entenado/recogido .

Miembro de parto múltiple: 1 ____ no; 2 ____ sí, cigocidad desconocida; 3 ____ sí, dicigótico; 4 ____ sí, monocigótico.

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA HERMANOS

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:
_____Número I. D del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

Relación del informante con el sujeto índice: 1 ___ él mismo; 2 ___ esposo (a);
3 ___ madre; 4 ___ padre; 5 ___ hermano; 6 ___ hijo; 7 ___ otro (consenso).

Código de relación del informante que está siendo descrito:

3 ___ hermano.

Nombre de su hermano: _____ del caso índice.

Número I. D del hermano: _____ del caso índice.

Parentesco: 1 ___ hermano; 2 ___ medio-hermano; 3 ___ hermanastro;

4 ___ adoptivo.

Miembro de parto múltiple: 1 ___ no; 2 ___ sí, cigocidad desconocida; 3 ___
sí, dicigótico; 4 ___ sí, monocigótico.

SEXO: 1 ___ masculino; 2 ___ femenino

Si es medio-hermano, número de I. D del padre compartido: _____

Orden de nacimiento _____ Fecha de nacimiento (mes/año,
mejor estimación).

ANEXO 3

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA HIJOS

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

Número de I. D del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

Relación del informante con el sujeto índice: 1 ____ él mismo; 2 ____ esposo (a);
3 ____ madre; 4 ____ padre; 5 ____ hermano; 6 ____ hijo; 7 ____ otro (consenso).

Código de relación del informante que está siendo descrito:

4 ____ hijos.

Nombre del hijo (a): _____ del caso índice.

Parentesco : 1 ____ biológico; 2 ____ adoptado; 3 ____
de crianza; 4 ____ hijastro.

Miembro de parto múltiple: 1 ____ no; 2 ____ sí, cigocidad desconocida;
3 ____ sí, dicigótico; 4 ____ sí, monocigótico.

SEXO: 1 ____ masculino; 2 ____ femenino

Orden de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento (mes/año): _____

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA COMPAÑERO

(actual o pasado)

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

Número de I.D. del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

Relación del informante con el sujeto índice: 1 ____ él mismo; 2 ____ esposo (a);
3 ____ madre; 4 ____ padre; 5 ____ hermano; 6 ____ hijo; 7 ____ otro (consenso).

Código de relación del familiar que está siendo descrito:

5 ____ compañero (actual o pasado).

Nombre del compañero (a) _____ del
caso índice.

Número I. D de su compañero (a) _____ del caso índice. Paren-
tesco: 1 ____ se desconoce; 2 ____ no es co-padre; 3 ____ co-padre.

Miembro de parto múltiple: 1 ____ no; 2 ____ sí, cigocidad desconocida; 3 ____ sí,
dicigótico; 4 ____ sí, monocigótico.

SEXO: 1 ____ masculino; 2 ____ femenino.

Si es co-padre ¿cuántos hijos comparte: _____

Si son algunos anote el sexo y el código de orden de nacimiento de los hijos com-
partidos:

_____	_____	No existe información.
_____	_____	Edad, si vive (estimación óptima).
_____	_____	Edad en que murió (estimación óptima).
_____	_____	Muerte natural.
_____	_____	Muerte accidental.
_____	_____	Intento consumado.
_____	_____	Suicidio consumado.
_____	_____	Período de incapacidad social por razón psiquiátrica.
_____	_____	Hospitalización por razón psiquiátrica.
_____	_____	Número de hospitalizaciones psiquiátri- cas (estimación óptima).
_____	_____	Tx. somáticos por razón psiquiátrica.
_____	_____	Tx. psicológicos por razón psiquiátrica.
_____	_____	Edad en que se presentó la primera enfer- medad psiquiátrica.

Diagnóstico: indique todos los que se apliquen numerándolos por orden de ocurrencia e indique la edad de inicio de cada trastorno.

Edad de inicio*

- _____ 1 Esquizofrenia crónica.
- _____ 2. Esquizaofectiva, manía.
Marque 1 ó 2.
- _____ 1 remitente
_____ 2 crónico.
- _____ 2b Depresión esquizaofectiva.
Marque 1 ó 2
- _____ 1 remitente
_____ 2 crónica
- _____ 3 Depresión.
Marque 1 ó 2
- _____ 1 remitente
_____ 2 crónica.
- _____ 4 Manía.
- _____ 5 SOC senil.
- _____ 6 Psicosis funcional inespecífica.
Curso:
- _____ 1 remitente
_____ 2 crónico
- _____ Humor disfórico.
- _____ 1 No.
_____ 2 Sí.

* Todos los periodos de inicio deben ser indicados aunque no sean codificados.

Edad de inicio*

7 Alcoholismo.

8 Desorden por uso de drogas.

9 Personalidad antisocial.

^o10 Otro desórdenes psiquiátricos

Curso: 1 _____ remitente; 2 _____ crónico

Humor disfórico: 1 _____ no; 2 _____ sí.

11 Bipolar.

12 Unipolar recurrente.

13 Crisis de angustia.

14 Agorafobia.

15 T. obsesivo compulsivo.

16 T. ansiedad generalizada.

17 Fobias.

Marque uno: 1 _____ simple; 2 _____ social.

18 Ansiedad de separación.

19 T. de evitación.

20 T. de sobreansiedad.

21 Se desconoce trastorno mental.

Veracidad de la información:

1 _____ muy buena; 2 _____ buena; 3 _____ regular;

4 _____ pobre; 5 _____ esencialmente ninguna información.

^o Si es Psicosis Funcional inespecífica y otro desorden psiquiátrico, anótese el diagnóstico clínico más probable: _____

* Todos los períodos de inicio deben ser indicados aunque no sean codificados.

Información miscelánea (opcional).

_____	_____	ceguera al color: 1 ____ no; 2 ____ probable; 3 ____ conocido.
_____	_____	Aparentemente tiene una enfermedad no mental de tipo hereditario (ver lista): 1 ____ no; 2 ____ sí.
_____	_____	Impresión diagnóstica clínica (usando términos del DSM-III si es posible): _____ _____ _____
_____	_____	

Comentarios:

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE RESUMEN DE DATOS PARA LOS FAMILIARES DE SEGUNDO GRADO

Tarjeta No. _____ Nombre del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados: _____

Número I. D del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados: _____

Estudio No. _____ Entrevistador No. _____ Nombre del informante: _____

Relación del informante con el sujeto índice: 1 ____ él mismo; 2 ____ esposo (a); 3 ____ madre; 4 ____ padre;
5 ____ hermano; 6 ____ hijo; 7 ____ otro.

Código del paciente que está siendo descrito: 7 Todos los familiares de segundo grado.

Paterno:	Total	Vivos	Muertos	Suicidio (s)	Número de enfermos psiquiátricos			Número de pacientes accesibles para entrevista psiquiátrica**
					Total	Posible	P.TA*	
Abuelo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Abuela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tías	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tíos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Primos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Materno:								
Abuelo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Abuela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tías	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

* Esq = esquizofrenia; P.TA = trastornos de ansiedad; P. T Af = trastornos afectivos; P. Alc = alcoholismo

** 15 años o más y sin trastorno orgánico que les impida participar en una entrevista estructurada.

ANEXO 6

Historia Familiar - Hoja de Resumen de Datos para los Familiares de Segundo Grado.

Código del paciente que está siendo descrito: 7. Todos los familiares de segundo grado.

	Total	Vivos	Muertos	Suicidio (s)	Número de enfermos psiquiátricos				Número de pacientes accesibles para la entrevista psiquiátrica**.	
					Total	Posible*	P.TA*	P.TAF*		P.Alc*
Materno	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Primos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Ambos										
Sobrinos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Sobrinas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Nietos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Nietas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

Comentarios:

* Esq. = esquizofrenia; P.TA = trastornos de ansiedad; P. TAF = trastornos afectivos; P. Alc = alcoholismo
 ** 15 años o más y sin trastorno orgánico que les impida participar en una entrevista estructurada.

ANEXO 6

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE RESUMEN DE DATOS PARA PARIENTES DE PRIMER GRADO

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados: _____

Número de I. D del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados: _____

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

Relación del informante con el caso índice: 1 ____ él mismo; 2 ____ esposo (a); 3 ____ madre; 4 ____ padre;
5 ____ hermano; 6 ____ hijo.

Código del informante que está siendo descrito: Todos los parientes de primer grado.

	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Hermano</u>	<u>Hijo</u>
No existe ninguna información disponible _____	_____	_____	_____	_____
Edad si vive (rango). _____	_____	_____	_____	_____
Edad en que murió (rango). _____	_____	_____	_____	_____
Muerte natural. _____	_____	_____	_____	_____
No. muerte accidental. _____	_____	_____	_____	_____
No. suicidio consumado. _____	_____	_____	_____	_____
No. de personas con intentos de suicidio. _____	_____	_____	_____	_____
No. con períodos de incapacidad social. _____	_____	_____	_____	_____
No. de hospitalizaciones por razones psiquiátricas. _____	_____	_____	_____	_____
No. de tratamientos somáticos por razón psiquiátrica. _____	_____	_____	_____	_____
No. de tratamientos psicológicos por razón psiquiátrica _____	_____	_____	_____	_____
Edad del primer brote psicótico (rango). _____	_____	_____	_____	_____

ANEXO 6

Historia Familiar - Hoja de Resumen de Datos para Parientes de Primer Grado.

	Madre	Padre	Hermano	Hijo
Numero de otros desórdenes psiquiátricos con disforia	_____	_____	_____	_____
Numero de trastornos bipolares	_____	_____	_____	_____
Número de trastornos unipolares recurrentes	_____	_____	_____	_____
Número de personas sin trastorno mental conocido	_____	_____	_____	_____
Número de cegueras al color	_____	_____	_____	_____
Número de personas potencialmente entrevistables	_____	_____	_____	_____

La familia ha adoptado/criado familiares del sujeto índice: 1 ____ No, 2 ____ Sí

Si se aplica señale el adecuado: ____ padres; ____ hermano; ____ hijo

La familia dio en adopción/dió para que fuera criado parientes del sujeto índice: 1 ____ No; 2 ____ Sí

Si se aplica marque el adecuado: ____ hermano; ____ hijo

Familia seleccionada para estudio familiar: 1 ____ No; 2 ____ Sí

Familia seleccionada para el estudio de enlace: 1 ____ No; 2 ____ Sí

Familia seleccionada para el estudio de apareamiento por afinidad: 1 ____ No; 2 ____ Sí

ANEXO 6

Historia Familiar - Hoja de Resumen de Datos para Parientes de Primer Grado.

DIAGNOSTICOS

	Madre	Padre	Hermano	Hijo
Esquizofrenia crónica; número _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. esquizoafectivos, tipo maniaco remitentes _____	_____	_____	_____	_____
Número de T. esquizoafectivos, tipo maniaco crónicos _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. esquizoafectivos, tipo depresivo remitente _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. esquizoafectivos, tipo depresivo crónicos _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. depresivos remitentes _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. depresivos crónicos _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. maníacos _____	_____	_____	_____	_____
Número de SOC senil _____	_____	_____	_____	_____
Número de psicosis inespecíficas remitentes _____	_____	_____	_____	_____
Número de psicosis funcionales inespecíficas crónicas _____	_____	_____	_____	_____
Número de psicosis funcionales inespecíficas con disforia _____	_____	_____	_____	_____
Número de alcohólicos _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. por uso de drogas _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. de personalidad antisocial _____	_____	_____	_____	_____
Número de otros desórdenes psiquiátricos remitentes _____	_____	_____	_____	_____
Número de otros desórdenes psiquiátricos crónicos _____	_____	_____	_____	_____

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. Andreasen N., Rice J. et al. The family History Approach to diagnosis How useful it?. Arch Gen Psychiatry 43; 421-425. Mayo 1986.
2. Andreasen NC.; Endicott J.S., et al: The family History method using diagnostic Criteria: Reliability and Validity. Arch Gen Psychiatry 32; 309-314, 1977.
3. Baron M. et al: A family study of schizophrenia and normal control probands implications for the spectrum concept of schizophrenia. Am J of Psychiatry. 142: 4 april, 1985.
4. Baron M., et al: Schizophrenia a comparative study of patients with and without Family History. Brit. Journal Psych. 140: 516-517, 1987.
5. Pichot P. DMS-III. Ed. Masson, 1986.
6. Gershon E.S., Goldin L.R.: Investigación genética y vulnerabilidad biológica en los trastornos afectivos y en la esquizofrenia. Psychiatry in the 80's. Vol. 1, No. 2.
7. Hartman E., Milofsky E., et al: Vulnerability to Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 41; 1050-1056. Nov., 1984.
8. Kendler K.S., Masterson C.C., et al.: A family Historia Study of Schizophrenia related personality disorders. Am J Psychiatry 141: 3; 424-427, 1984.
9. Kendler K. M.D., Gruenberg A.M.; et al.: A family study of the

- subtypes of schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 145: 57-62, January, 1988.
10. Mendlewics J., Fleiss JL., et al. Accuracy of the family history method in affective illness. Comparison with direct interviews in family study. *Arch Gen Psychiatry* 32: 309-314, 1974.
 11. Kety S.: Schizotypal Personality disorder: and operational definition of Bleuler's latent schizophrenia? *Am J of Psychiatry* 140: 720-727, 1983.
 12. Pardue L.H. MD. Familiar unipolar depressive illness: A pedigree study. *Am J Psych.* 132: 9 970-972, sept. 1975.
 13. Thompson W.D., Orvaschel H. et al. An evaluation of the family history method for ascertaining psychiatric disorders. *Arch Gen Psych* 39: 53-58. Junio, 1982.
 14. Winokur G., Clayton O., Family History Study of Schizophrenia, of prevalence, sex differences, and possible genetic factors. *J. Psych Res* 3: 113-123, 1965.
 15. Zimmerman M., Coryell W., et al.: The reliability of the family history method for psychiatry 45: 320-322, 1988.
 16. Goze et al: Family History and schizophrenia: Characteristics of groups with and without positive family histories. *Psychological Medicine*, 12: 591, 594. Printed in Great Britain, 1982.