

11241
2 ej'41

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA

"ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DEL 'ESPECTRO ESQUIZOFRENICO': HISTORIA FAMILIAR"

Mt a a p

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
PRESENTA:

DR. CARLOS ZAPATA MARTIN DEL CAMPO
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

FEBRERO DE 1989

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

[Handwritten signature]

U. D.
Q. U. M.
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.

INDICE

	<u>PAG.</u>
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	7
EVIDENCIA A FAVOR	15
EVIDENCIA EN CONTRA	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	31
POBLACION A ESTUDIAR	31
DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y MATERIAL	31
<u>METODOLOGIA</u>	<u>33</u>
PROCEDIMIENTOS	33
MATERIAL	35
FACILIDADES DISPONIBLES	35
RESULTADOS	35
DISCUSION	44
BIBLIOGRAFIA	47

INDICE

	<u>PAG.</u>
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	7
EVIDENCIA A FAVOR	15
EVIDENCIA EN CONTRA	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	31
POBLACION A ESTUDIAR	31
DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y MATERIAL	31
METODOLOGIA	<u>33</u>
PROCEDIMIENTOS	33
MATERIAL	35
FACILIDADES DISPONIBLES	35
RESULTADOS	35
DISCUSION	44
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION

La esquizofrenia es un síndrome clínico psiquiátrico que seguramente ha existido desde los albores de la humanidad, sin embargo, es hasta hace relativamente poco tiempo que se estructura propiamente como tal.

Kahlbaum (1828-1899) describió por vez primera un conjunto de síntomas característicos que terminaban en un deterioro global de la personalidad, esta enfermedad no aparecía sino hasta la pubertad por lo que la llamó hebefrenia (locura de juventud), junto con su discípulo E. Hecker detalló las características de lo que también denominó hebidofrenia y la catatonia (1). Kraepelin (1856-1926) consideró que la hebefrenia y la catatonia eran manifestaciones distintas de una misma enfermedad y propuso el término DEMENCIA PRECOZ. Dicho autor hizo énfasis especial en la evolución de los pacientes con tal diagnóstico, resaltando que se trata de un PROCESO psicopatológico. Por su parte, Eugene Bleuler (1867-1940) le dio más importancia a la sintomatología psicológica y retomó la duda que el mismo Kraepelin tenía, acerca de que no todos los enfermos con este diagnóstico se deterioraban rápidamente y por lo tanto cambió el término de DEMENCIA PRECOZ por el de ESQUIZOFRENIA (2).

Aunque mucho se ha estudiado, aún permanecen inciertos muchos aspectos relacionados con la enfermedad, como la

etiopatogenia, la forma de transmisión, algunos rasgos psicopatológicos, la forma y el grado de participación de los factores genéticos y ambientales que influyen para que se presente la enfermedad, etc.

Para estudiar los patrones de transmisión familiar (genética y no genética) y para validar diagnósticos, se han utilizado varios abordajes. El determinar la presencia de trastornos psiquiátricos en los familiares es uno de ellos, para lo cual se han usado dos métodos: Historia Familiar y Estudio Familiar (3). En el primero, se entrevista al paciente (caso índice) y si es posible a un familiar acerca de alteraciones psiquiátricas en la familia. Debe obtenerse información relacionada con todos los familiares de primer grado, vivos o muertos e independientemente de la edad (padres, hermanos, medios hermanos, hijos y compañero). El método de Historia Familiar involucra la entrevista directa a cada familiar de primer grado. Ambos métodos tienen ventajas y limitaciones, el Estudio Familiar generalmente aporta información más verídica y cercana a la realidad, sin embargo, puede verse afectado por factores que dan lugar a la estimación errónea en relación con la frecuencia del diagnóstico. Dichos factores pueden ser el suicidio u otras causas de incremento en la mortalidad (se ha informado un riesgo de mortalidad significativamente más elevado en esquizofrénicos, comparándolos con población general (4);

sujetos que rehúsan ser entrevistados, o que tienen que trasladarse grandes distancias (se ha propuesto que los pacientes esquizofrénicos probablemente migren más que los sujetos normales (5). Lo anterior hace que sea un procedimiento más costoso y difícil de realizar. El método de Historia Familiar no presenta estas dificultades, aunque se informa una baja sensibilidad para algunos trastornos.

Resulta más accesible, cuando menos de primera intención y se prefiere en la investigación de aspectos familiares y genéticos de trastornos mentales, iniciar con este procedimiento y posteriormente llevar a cabo el Estudio Familiar (6).

La investigación de aspectos familiares de la esquizofrenia abarca factores que pueden o no ser genéticos. Intenta evaluar si la frecuencia de presentación del trastorno es más elevada en los familiares de pacientes esquizofrénicos, comparándolos con otros grupos, tales como pacientes con trastornos afectivos, quirúrgicos o controles "normales", entre otros.

La investigación de aspectos genéticos requiere de marcadores biológicos y genéticos. propiamente, los cuales se ha dado en llamar "endofenotipos", y a su vez, "exofenotipos" a los subtipos de esquizofrenia.

La identificación de dichos marcadores representa un gran avance en esta área de investigación y en la creación

de sistemas nosológicos más específicos.

Uno de los potenciales marcadores biológicos estudiados es la MAO plaquetaria. Potkin en 1978 (7) reporta que la actividad de esta enzima, está disminuida en esquizofrénicos paranoides en relación con los no paranoides. Infortunadamente sus resultados no han podido ser replicados (8).

La densidad de sitios de unión neurolepticos en linfocitos, se ha encontrado elevada en pacientes esquizofrénicos y aún continúa en estudio (9).

Los marcadores genéticos representan una categoría especial dentro de los marcadores biológicos. El término se ha usado en un sentido más amplio en la literatura psiquiátrica, del que realmente tiene.

Los marcadores genéticos más conocidos son ABO, Rhesus, MN y HLA. Además de estos marcadores "convencionales", se postulan otros nuevos con la tecnología del DNA recombinante. Más de 900 genes han tenido asignación cromosómica específica, pero solo 25% de ellos son polimórficos y únicamente una pequeña proporción se ha estudiado en relación con la esquizofrenia. Existe evidencia tanto a favor como en contra de la participación del brazo largo del cromosoma 5 en la esquizofrenia (10).

La asociación de algunos haplotipos del sistema HLA y algunas patologías está bien documentada. Dichos trastornos

médicos son: diabetes tipo I, esclerosis múltiple y espondilitis anquilosante (11). La mayor parte de las entidades relacionadas con el sistema se presentan con una clara tendencia familiar, sin embargo, no tienen patrones de transmisión típicamente mendeliana. En la esquizofrenia sucede algo similar, por lo cual no es extraño que se haya intentado relacionar; sin embargo en este trastorno no ha habido una relación consistente a menos que se estudie por subtipos.

En particular, existe evidencia de asociación entre esquizofrenia paranoide y HLA A9, además de una asociación menos consistente entre el subtipo hebefrénico o desorganizado con HLA A1 (12). No obstante, en ambos casos la evidencia no es contundente.

Estos hallazgos no apoyan la hipótesis de que entre los diferentes subtipos de la esquizofrenia, solo existen diferencias cuantitativas en relación con la "carga genética". Se ha mencionado que el subtipo paranoide es el "menos genético" y el catatónico es el que mayor participación genética tiene. No obstante, podría ser simplemente que en caso de participación de varios genes diferentes, estos se "imbricaban" en distintos grados, dando por resultado manifestaciones distintas de un mismo síndrome (11).

En contraste con las investigaciones de asociación, las de enlace génico no han tenido resultados positivos con el

sistema HLA (11).

Otro abordaje que está aportando información sumamente importante de lo que sucede en el cerebro de los esquizofrénicos, es la imagenología cerebral (PET, resonancia magnética, etc.) y el mayor refinamiento en los estudios de flujo sanguíneo cerebral.

Tomando en cuenta lo anterior podría ser lógico cuestionar la utilidad de continuar con métodos que solo valoran la transmisión familiar, que no estrictamente genética de la esquizofrenia. La respuesta sería que el avance debe ser paralelo y que no es apropiado abandonar un método de estudio bastante accesible y de fácil aplicación, y que representa un peldaño fundamental en la investigación de aspectos familiares de la esquizofrenia.

ANTICEDENTES

Aunque el aspecto hereditario de la enfermedad ha sido ampliamente investigado, la carencia de disponibilidad de un marcador biológico específico para la enfermedad ha dado lugar a la necesidad de estudiarse por métodos indirectos como la identificación de familiares afectados por este mismo padecimiento.

La participación familiar de la esquizofrenia es investigada por Historia Familiar, Estudio Familiar, Estudios de Gemelos y Estudios de Adopción (estos últimos permiten analizar por separado la influencia ambiental de la hereditaria).

La presente investigación fue realizada con el método de Historia Familiar. En la literatura se sugiere iniciar con esta sencilla forma, para posteriormente ahondar al respecto con el método de Estudio Familiar, el cual se considera "estándar de oro" para establecer diagnósticos.

Por esta razón inicio el capítulo con una breve descripción del instrumento utilizado en Historia Familiar y posteriormente expongo la evidencia a favor y en contra basada en estudios familiares y de adopción, que serían los más representativos del problema.

El instrumento más utilizado y estudiado para evaluar indirectamente patología psiquiátrica en familiares de sujetos en estudio (casos índice), es el FH-RDC (13), el cual

es una entrevista semi-estructurada con items para determinar la presencia de trastornos psiquiátricos en algún momento de la vida, en familiares de primer grado de casos índice. Incluye criterios diagnósticos amplios, pero bien definidos para: esquizofrenia crónica, trastorno esquizoafectivo (maniaco y depresivo), depresión, manía, síndrome orgánico cerebral (SOC), psicosis funcional inespecífico, alcoholismo, trastorno por uso de sustancias, personalidad antisocial, otro trastorno psiquiátrico, trastorno bipolar, depresión unipolar recurrente y ausencia de trastorno psiquiátrico. Consigna además suicidio consumado e intentos de suicidio, incapacidad social por razón psiquiátrica e historia de hospitalizaciones y terapéutica empleada.

Habitualmente el instrumento se aplica a dos personas, una puede ser el propio paciente y otra el familiar "mejor informante", el cual dependiendo de la edad del paciente puede ser cualquiera de los padres, hermanos o hijos.

Los instrumentos más comunes en estudios familiares son el SADS-L (14) y el FSE (15).

Andreasen y cols (3) evalúan la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo del FH-RDC, tomando como punto de comparación los diagnósticos consignados con el SADS-L. La sensibilidad es el porcentaje de verdaderos-positivos y la especificidad es el porcentaje de verdaderos-

negativos que el instrumento es capaz de discriminar. El valor predictivo es el porcentaje de verdaderos-positivos en relación con todos los consignados como positivos, (falsos y verdaderos) en un mismo instrumento reportan una sensibilidad del 68%, una especificidad del 88% y un valor predictivo de 73% para cualquier trastorno, tomando la información que aporta el caso índice. La sensibilidad aumenta a 79%, la especificidad disminuye ligeramente a 87% y el valor predictivo se mantiene sin cambios si toma la información tanto del caso índice como del "mejor informante"

En otro estudio, Andreasen y cols (6), reportan la sensibilidad, especificidad y valor predictivo del instrumento, como método de identificación de casos para diversos trastornos psiquiátricos.

Para esquizofrenia reportan 31% de sensibilidad, 100% de especificidad y 50% de valor predictivo; para "trastorno psicótico" 69%, 99% y 26% respectivamente y para trastorno esquizoafectivo 43%, 100% y 40%.

El importante aumento de la sensibilidad para detectar "trastorno psicótico" en relación con "esquizofrenia" parece haber sido por la "ampliación" de los criterios diagnósticos para consignar la primera entidad, la cual sin embargo no puede considerarse adecuada para evaluar la transmisión familiar de la esquizofrenia.

Mencionan los autores de estos resultados deberán tomarse con reserva ya que aún cuando suponemos que el SADS-L es adecuado para tomarlo como "estándar de oro" no tenemos más que bases empíricas para inferirlo. Refieren la posibilidad de que en la entrevista directa el sujeto intente minimizar su psicopatología, mientras que en la indirecta es menos probable que el informante omita información acerca de sus familiares. Agregan que esto podría tener particular importancia en el caso de diagnósticos que tienen una connotación peyorativa, como alcoholismo, abuso de sustancias, trastorno antisocial. En lo personal, no descarto la posibilidad de que esto también suceda, en uno u otro sentido, cuando la información sea aportada por el familiar.

Desde el estudio familiar original de Rudin en 1916, la mayoría de las investigaciones han reportado una elevada frecuencia de esquizofrenia y trastornos del "espectro esquizofrénico" en familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos (16-23). Los estudios de adopción permiten separar las influencias hereditarias de los ambientales. Algunas investigaciones han aportado evidencia en contra (24-26).

En muchos casos existen importantes limitaciones metodológicas. Las características idóneas para este tipo de estudios deben ser:

1. El uso de entrevistas estructuradas y criterios explícitos de inclusión y exclusión para casos índice.

2. Evaluación diagnóstica realizada por personal calificado, que desconozca previamente el diagnóstico y si está evaluando al caso índice o al familiar.

3. Uso del método de estudio familiar o la combinación de este, con el de historia familiar para poder extraer conclusiones contundentes.

4. Criterios diagnósticos confiables y operacionales, tanto para esquizofrenia como para los trastornos del "espectro esquizofrénico" (relacionados "genotípicamente" con la esquizofrenia) e inclusión de los mismos en el análisis de datos para obtener riesgos de morbilidad más apegados a la realidad (25).

Los criterios diagnósticos juegan un papel muy importante para la investigación en el área. Con la aparición en 1972 de criterios diagnósticos operacionales (Feighner y cols) (27), los cuales al modificarse dieron lugar a los del RDC (28) y DSM-III-R (29), disminuyeron considerablemente las cifras correspondientes a la prevalencia y riesgo de morbilidad reportadas en la literatura psiquiátrica. De hecho, hay autores, como por ejemplo Pope, H.G. jr. (24), que reportan un riesgo de morbilidad del 0% y postulan que con criterios diagnósticos del DSM-III la evidencia de participación genética en la

"espectro esquizofrénico está conformado por 4 entidades: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo "fundamentalmente esquizofrénico" (RDC) y trastornos esquizotípico y paranoide de la personalidad. Refiriéndose a estudios de adopción, mencionan que el "espectro" no se aplica indiscriminadamente a adoptados.(casos índice) y familiares. Para los adoptados postulan que se deben incluir: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo "subtipo esquizofrénico" (RDC) y trastorno esquizotípico de la personalidad; mientras que para los familiares: esquizofrenia y trastornos esquizotípico y paranoide de la personalidad.

Para obtener el riesgo de morbilidad adecuado, es necesario tomar en cuenta el periodo de mayor riesgo para presentar esquizofrenia (15-39 años)(16), pues de otra manera se podría estar subestimando la cifra debido a que en algunos familiares que tuvieron cierta predisposición genética para contraer esquizofrenia y que fueran menores al rango inferior del periodo o que estuvieran aun cursándolo, no se podría valorar si efectivamente desarrollaron o no la enfermedad. Por esta razón se utiliza un sencillo procedimiento para hacer la corrección edad-riesgo, el cual se objetiviza con la siguiente fórmula:

$$BZ = N - N_0 - 1/2 N_w$$

Donde "BZ" representa el resultado de la corrección (Bezugsziffer); "N" es el total de familiares evaluado;

"No" el total de familiares que aún no llegan al periodo de riesgo (menores de 15 años), y "Nw" el total de familiares que se encuentran cursando el periodo de riesgo (15-39 años).

Hecho este cálculo, BZ ocupa el lugar del denominador en la fórmula para obtener riesgo de morbilidad:

$$RM = Na/BZ \times 100$$

RM es el riesgo de morbilidad; Na el total de familiares afectados y BZ el total de familiares edad-correctado.

Se habla de riesgo absoluto y riesgo relativo. Es relativo cuando la información se obtiene indirectamente, aún cuando se utilicen todas las fuentes posibles (expedientes clínicos, reportes médicos, información por parte de familiares, etc.) y absoluto cuando la entrevista es directa y la información es proporcionada por el propio paciente. Esto tiene sus limitaciones, una de ellas es la elevada mortalidad en los esquizofrénicos (4), provocando el subregistro de la enfermedad. En un intento de manejar dicha limitación, se han desarrollado fórmulas aparentemente complicadas (22).

A continuación expongo los estudios que aportan evidencia tanto a favor como en contra de la agregación familiar de la esquizofrenia. Todos son post-feighnerianos y cumplen con la mayor parte de las características mencionadas como idóneas para este tipo de estudios.

EVIDENCIA A FAVOR:

Scharfetter y Nusperli en 1980 (17) hicieron un estudio comparando el riesgo de morbilidad (RM) para esquizofrenia en familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia, psicosis afectivas y esquizoafectivas. Incluyeron 269 casos índice en total, diagnosticados de acuerdo con criterios de la OMS (ICD-9). Las entrevistas a los familiares fueron directas en la mayoría de los casos (70%). Se realizaron 1114 entrevistas en total. Se utilizó el método de Stromgren para obtener los riesgos de morbilidad con la corrección edad-riesgo. Se incluyó a los esquizoafectivos en el grupo de esquizofrénicos. El RM global para esquizofrenia en familiares de esquizofrénicos fue entre 6.9 % y 13.5 %, mientras que el de los familiares de casos índice con psicosis afectivas fue entre 3.0 % y 3.4 %, es decir, solo ligeramente mayor que el RM para la población general. El RM para psicosis afectivas en los familiares del primer grupo fue entre 0.5% y 4.4 % y en los de casos índice con psicosis afectivas fue entre 2.1 % y 9.0 %.

Con la corrección edad-riesgo (BZ), los RM fueron 8.9% para esquizofrenia en familiares de pacientes con este mismo trastorno, y de 3.3% en los de psicosis afectivas ($P=0.0003$).

En ese mismo año (1980), Tsuang y cols (16) compararon el RM para esquizofrenia en familiares de pacientes esquizofrénicos, con "mania", "depresión" y quirúrgicos.

Usaron criterios diagnósticos específicos (Feighner, 1972) y llevaron a cabo las entrevistas 30-40 años después de la admisión hospitalaria del caso índice en forma directa con entrevista estructurada (30). Se incluyeron 200 esquizofrénicos, 100 "maníacos" y 225 "deprimidos" tomando los datos del expediente clínico de pacientes que ingresaron al hospital psiquiátrico de la Universidad de Iowa entre 1934 y 1944. Los pacientes quirúrgicos ingresaron al departamento de cirugía de la misma universidad entre 1938 y 1948. De 1972 a 1976 se identificó a los casos índice (97%) y a sus familiares de primer grado. Los casos índice identificados tuvieron un rango de edad entre 61 y 72 años. Los familiares fueron 4094 y se logró identificar al 90% aunque algunos solo indirectamente (expedientes, etc.). El 55% de los identificados permanecía con vida. Se entrevistó personalmente a 1578 (77%). El rango de edad fue entre 49.8 y 60.6 años. Además de la entrevista estructurada (30) se utilizó información proveniente de eventuales hospitalizaciones. Esto último, también fue válido para los familiares fallecidos, sin embargo se incluyeron en análisis separados. Los diagnósticos en los familiares fueron hechos por 3 psiquiatras del staff, con base en toda la información disponible. Las valoraciones diagnósticas de casos índice y familiares fueron llevadas a cabo en el mismo periodo y los psiquiatras desconocían el diagnóstico del caso índice y si

estaban evaluando al familiar o al caso índice.

El RM para esquizofrenia con la corrección edad-riesgo (E2) fue 3.2% en familiares de esquizofrénicos y 1% en los de "maniacos". No hubo significancia estadística ($P < .10$) tampoco la hubo entre estos grupos, "maniacos" vs "deprimidos" y "maniacos", quirúrgicos y "deprimidos" contra controles; pero sí entre esquizofrénicos y controles, los cuales tuvieron un RM de 0.6% vs 3.2 % ($P = .005$). La diferencia fue mayor cuando se hicieron las comparaciones incluyendo no solo a los familiares entrevistados personalmente, sino a todos los familiares evaluados en los que se obtuvo un RM de 5.5% ($P = .00002$). El RM en los entrevistados personalmente para trastornos afectivos fue $7.0 \pm 1.54\%$ en familiares de esquizofrénicos, $13.1 \pm 2.67\%$ en los de "maniacos", $12.9 \pm 1.82\%$ en los de "deprimidos" y $7.6 \pm 1.43\%$ en los de los controles. Hubo significancia estadística en las comparaciones entre esquizofrénicos contra "maniacos" y "deprimidos". Lo cual apoya la heterogeneidad de la esquizofrenia y los trastornos afectivos.

Durante la década de los 60's, Rosenthal y cols (32) y Heston (33) llevaron a cabo estudios con hijos de madres esquizofrénicas que fueron adoptados por otras personas. Ambos grupos de investigadores encontraron una elevada prevalencia de esquizofrenia y trastornos del "espectro esquizofrénico" en los niños de padres biológicos con este trastorno. Sin embargo, no se controlaron variables importantes como las expectativas de los padres adoptivos o institución responsable, los cuales no desconocían la presencia del trastorno en el familiar biológico.

Higgins (34) estudió dos grupos de niños nacidos de madres esquizofrénicas. Uno de los grupos fue criado por sus madres biológicas y el otro por familiares adoptivos. No hubo diferencia significativa en la incidencia de "psicosis" entre los dos grupos.

Posteriormente, Rosenthal y cols (18) hicieron otro estudio con hijos adoptados, producto biológico de padre o madre esquizofrénicos, pero diagnosticados la mayor parte (90%), tiempo después del nacimiento del niño (en promedio la primera hospitalización psiquiátrica del caso índice fue 11 años después). La mayoría de los familiares biológicos desarrollaron en forma tardía el padecimiento. El grupo control lo constituyeron niños adoptados también a edades tempranas y cuyos padres biológicos nunca recibieron tratamiento psiquiátrico. Se encontró mayor incidencia de

trastornos del "espectro esquizofrénico" en los niños del primer grupo, con niveles de significancia estadística.

Lidz y cols (18) cuestionan la validez de estos hallazgos, debido fundamentalmente a las características de la muestra (en muchos familiares se obtuvo poca información y en otro subgrupo de "enfermedad maniaco-depresiva". Hace un reanálisis excluyendo los casos que no se diagnosticaran en forma unánime como "esquizofrénicos crónicos, agudos o limitrofes" o con sintomatología sugerente de trastorno afectivo. No encuentran diferencia significativa con los del grupo control.

En 1983, Lowing y cols (18) hacen otro reanálisis de la misma muestra. Se usaron criterios diagnósticos del DM-III. Al momento de hacer los diagnósticos se desconocía si el sujeto pertenecía al grupo índice o control y si era caso índice o familiar. Se excluyó a los que no complieran estos criterios diagnósticos o que tuvieran manifestaciones sugerentes de trastorno afectivo, por lo que la muestra se redujo de 78 a 39 familiares biológicos, con igual número de controles pareados.

Mencionan que los trastornos esquizotípico, esquizoide, paranoide y límite de la personalidad se imbrican suficientemente con respecto a los síntomas bleulerianos, como para constituir los "trastornos del espectro esquizofrénico".

Informan mayor prevalencia en los familiares del grupo índice comparándolos con los del grupo control (15.4 % \pm 5.8 % vs 7.7 % \pm 4.3 %) con diferencia significativa.

Otro reanálisis de la muestra del estudio danés de esquizofrenia fue llevado a cabo por Kendler y Gruenberg (19). Encontraron diferencia significativa con RM de 30.0 % \pm 14.5 % para familiares de pacientes esquizofrénicos y 2.1 % \pm 2.1 % para el grupo control.

Estos mismos autores en conjunto con M. Tsuang (22) realizan un estudio familiar en el que comparan familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos con los de pacientes quirúrgicos. Utilizan criterios del DSM-III. —Incluyen 253 pacientes con esquizofrenia, identifican 723 familiares de primer grado y los comparan con los 1056 familiares de 261 pacientes quirúrgicos.

Encuentran mayor el RM en el grupo de esquizofrénicos que en el de controles (3.7 % vs 0.2%), con significancia estadística. Sin embargo, al hacer el análisis incluyendo solo a los entrevistados personalmente, ambos RM disminuyen (1.8% vs 0.0%), pero se conserva la significancia estadística.

Frangos y cols (20) estudian a familiares de primer grado de 116 esquizofrénicos y los comparan con los de 116 controles sin patología alguna. Identifican 572 del primer grupo y 694 del grupo control.

Dividen ambos grupos en subgrupos: sobrevivientes (76% de los familiares de esquizofrénicos y 81% de los del grupo control) y fallecidos. Del primer subgrupo logran entrevistar personalmente al 79% de los del grupo de esquizofrénicos y a 77% de los de los controles. Los diagnósticos fueron realizados por 2 psiquiatras que desconocían si estaban evaluando a un familiar de uno u otro grupo. A los que cumplían criterios y fueron evaluados personalmente, los catalogaron como casos "definitivos", a los que no se entrevistó personalmente, pero que también cumplieron criterios, se consignaron como "probables".

Los resultados fueron los siguientes: en el grupo de familiares de esquizofrénicos con entrevista personal, se encontró un RM de 4% y de 0.7% en el grupo control. En los familiares de esquizofrénicos, de los cuales se obtuvo información indirecta 5.4% y de los controles 1.1% con significancia estadística para ambos grupos.

Baron y cols (21) utilizaron criterios del RDC y de inclusión y exclusión explícitos. La muestra fue conformada por 90 pacientes con esquizofrenia y 90 controles "sanos" pareados de acuerdo con edad, sexo y nivel socio-económico. En total, se entrevistaron 750 familiares de primer grado de ambos grupos, correspondiendo 376 a los pacientes y 374 a los controles. Se excluyeron 4 medios hermanos del grupo de pacientes y 5 del de controles, al igual que 3 hijos

adoptivos del primer grupo y 2 del último. Se tomó esta decisión por el número tan reducido de estos casos como para un análisis sistemático de los datos.

Se obtuvo información de entrevistas clínicas, expedientes médicos y datos de historia familiar (no mencionan qué instrumento utilizaron). Previamente se publicó la validez y confiabilidad de los diagnósticos.

La entrevista clínica fue el SADS (35) y el SIB (36), y el SSP (37) complementándolos con algunos ítems relacionados con trastornos de la personalidad del DSM-III. Para las determinaciones diagnósticas, se utilizó el DSM-III y el RDC. Se entrevistó personalmente a 319 (85%) familiares de pacientes y a 262 (70%) de los del grupo control. Los datos de los familiares no disponibles se obtuvieron por el método de historia familiar. Este método tuvo una sensibilidad y especificidad del 100% para esquizofrenia crónica; 65% y 100% para trastorno de la personalidad esquizotípico respectivamente; 61% y 98% para trastorno esquizotípico "probable" y 62% y 96% para trastorno de la personalidad paranoide (TPP). Lo cual sugiere una elevada precisión y exactitud del procedimiento, en lo que se refiere a esquizofrenia.

Para los casos en los que hubo más de un diagnóstico, se implementó un sistema jerárquico de consignación de tal manera que los trastornos afectivos tuvieran mayor jerarquía

que la esquizofrenia y trastornos del "espectro". Esto se hizo con el objeto de no "inflar" los RM para esquizofrenia, incluyendo pacientes con trastornos afectivos, en lugar de esquizofrénicos.

Se usó el método de Stromgren para las correcciones edad-riesgo. Al igual que en la mayoría de los estudios previos, las comparaciones fueron realizadas por medio de chi cuadrada (χ^2). Los familiares con trastorno esquizoafectivo (fundamentalmente tipo esquizofrénico, según RDC), se incluyeron en la categoría de esquizofrenia, tal como se propuso en un estudio previo, de los cuales se encontraron solo 4 y todos en el grupo de pacientes.

Los RM para esquizofrenia fueron 5.8 % en el grupo de esquizofrénicos y 0.6% en el de controles. Los RM para trastorno del "espectro" fueron $21.9 \pm 2.3\%$ y $4.7 \pm 1.2\%$ respectivamente. Todos con una elevada significancia estadística ($P < .001$). Al incluir en el análisis a los casos "probables", la diferencia fue mayor. El patrón fue esencialmente el mismo, al excluir del análisis de datos a los familiares no entrevistados directamente. La frecuencia de otros trastornos, no difirió significativamente entre los familiares de ambos grupos.

EVIDENCIA EN CONTRA:

Existen también estudios que postulan que cuando se utilizan criterios diagnósticos más estrictos que el RDC como el DSM-III, no existe mayor prevalencia de esquizofrenia en los familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos que en otros grupos de pacientes o en la población general. Tal es el caso del estudio informado por Pope H.G., jr. y cols. en 1982 (24). Hace una revisión de 39 expedientes de pacientes esquizofrénicos. Los diagnostican de acuerdo al DSM-III y entrevistan personalmente "cuando menos" al 50% de los familiares de primer grado. Las entrevistas son llevadas a cabo por médicos generales y trabajadoras sociales. La información concerniente a los familiares restantes se obtuvo indirectamente; por medio de entrevistas a otros familiares (no menciona qué instrumento utilizaron).

El total de familiares fue de 199 y con la corrección edad-riesgo (Método de Weinberg) el denominador fue 134.5. Se utilizó un grupo control constituido por 52 casos índice con diversas entidades psiquiátricas, 33 de ellos con trastornos bipolares (no se especifica diagnóstico en los demás).

No se encontraron casos de esquizofrenia en los familiares. Hubo 2 psicóticos, un trastorno depresivo mayor con melancolía y una psicosis atípica (con evidentes

periodos de remisión total).

La prevalencia de otros trastornos psiquiátricos en general no difirió de lo encontrado en la población general para cada trastorno específico a excepción de trastornos afectivos con solo 1%.

Se encontró un caso con trastorno esquizotípico (0.5%), aunque no lo informan como parte del "espectro esquizofrénico".

En otro estudio Abrams R. y cols (25) mencionan también que con criterios diagnósticos más estrictos como los del DSM-III, disminuye mucho la prevalencia de esquizofrenia en los familiares de pacientes con este trastorno. Incluyen 31 pacientes esquizofrénicos diagnosticados de acuerdo con criterios del DSM-III modificados y del RDC, excluyen a pacientes con manifestaciones sugerentes de trastorno afectivo.

Las entrevistas son semiestructuradas (no mencionan qué instrumento específico utilizan). Incluyen datos de familiares no disponibles, obtenidos indirectamente (con el mismo instrumento). Se identifican 181 familiares de primer grado, 128 de los cuales son localizables y se entrevistan (vía telefónica a 70 de estos) (55%). Con la corrección edad-riesgo el denominador disminuye de 181 a 124.5.

Encuentran solo 2 esquizofrénicos, con un RM de 1.6% ± 1.1%.

Coryell W. y Zimmerman M (26) estudiaron a los familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos (N:21), depresión mayor psicótica (N:27) y esquizoafectivos depresivos (N:27). De estos últimos, el 51.2% fue considerado "fundamentalmente esquizofrénico" (RDC). El 81% de los esquizofrénicos fueron crónicos (RDC); 71.4% también fueron paranoides, 23.8% indiferenciados y 4.8% desorganizados (DSM-III).

El número de familiares entrevistados directa e indirectamente de cada grupo fue: depresión mayor: 120; tipo esquizoafectivo: 188; esquizofrenia: 80 y grupo control: 185.

Los compararon con los de un grupo control (N:38), al cual se le aplicó el SADS-L (14) para verificar ausencia de psicopatología. El número de familiares entrevistados directa e indirectamente de cada grupo fue: depresión mayor: 120; tipo esquizoafectivo: 188; esquizofrenia: 80 y grupo control: 185. Se entrevistó personalmente a los familiares disponibles mayores de 16 años, con el DIS (38) y el SIDP (39), los cuales fueron el 30.9% del total de familiares. Al resto se le entrevistó vía telefónica. Se incluyó información proveniente de expedientes médicos. Se utilizó el método de historia familiar en estos casos. El instrumento fue el FH-RDC (13). Con base en toda la información se llegó a un consenso diagnóstico. Los

diagnósticos fueron de acuerdo al DSM-III.

En los "trastornos del espectro esquizofrénico", se incluyó a la esquizofrenia, trastorno de la personalidad esquizotípico y trastorno de la personalidad paranoide. Se adoptó el método de Stromgren para la corrección edad-riesgo. El análisis de datos se hizo con χ^2 y el test de diferencia de proporciones (40) para comparaciones de RM.

Los RM para esquizofrenia fueron: en el grupo de depresión mayor psicótica $0\% \pm 0\%$; en el de esquizoaffectivos $2.3\% \pm 1.1\%$; en el de esquizofrénicos $1.4\% \pm 1.4\%$ y en controles sanos $0\% \pm 0\%$. Para "trastornos del espectro": en deprimidos $1.9\% \pm 1.3\%$; en esquizoaffectivos $7.6\% \pm 2.0\%$; en esquizofrénicos $5.6\% \pm 2.7\%$ y en controles sanos $2.5\% \pm 1.2\%$.

Las comparaciones entre el grupo de esquizofrénicos y controles sanos no fueron significativas.

En los evaluados por el método de hisotria familiar (FH-RDC), no se detectó ningún esquizofrénico en ningún grupo.

Sin embargo, este estudio tiene importantes limitaciones metodologicas:

1. El tamaño tan reducido de la muestra, favorece que por azhar se incluya una muestra "atípica", en la cual el RM sea bajo. Por otra parte, este mismo aspecto al intentar valorar la presencia de un trastorno que no sea muy común, como la esquizofrenia, aumenta la

probabilidad de error tipo II, es decir, aceptar la hipótesis nula, siendo ésta falsa.

2. El instrumento utilizado (DIS), tiene una baja sensibilidad en relación con valorar esquizofrenia detectada clínicamente (23). El SIDP y las modificaciones que se le hicieron, no son específicas para trastornos del "espectro esquizofrénico".
3. Alrededor de 2/3 de las entrevistas "personales" fueron realizadas por vía telefónica. Aunque no existe un estudio que haya evaluado la sensibilidad relativa del método, es lógico pensar que subestime factores que apoyarían el diagnóstico, especialmente para trastornos de la personalidad esquizotípico (por ejemplo: interacción distante y fría).
4. El grupo control no es el idóneo. El enfoque más común es utilizar uno que sea semejante en todos los aspectos en relación con el grupo con el que se le compara, a excepción de la variable independiente en estudio: la psicopatología. Otro posiblemente más adecuado en este tipo de estudios, sea incluir como controles, a sujetos representativos de la población de la que se extrajo al grupo índice, independientemente de la psicopatología (23).

En ese estudio no se incluyó ninguno de los enfoques anteriores y además los grupos no fueron pareados

sistemáticamente.

Aunque se menciona que un buen porcentaje (81%) de los esquizofrénicos fueron crónicos (RDC), también refieren que la gran mayoría fueron de un subtipo específico. Los subtipos tienden a hacerse inespecíficos con la cronicidad (41). Dworkin y Lenzenweger (42) reportan que la concordancia en gemelos monocigóticos es mayor cuando hay mayor proporción de síntomas negativos en uno de los gemelos afectados, lo cual sugiere que existe mayor "carga genética" en esquizofrénicos con una elevada proporción de estos síntomas. En este caso el grupo índice en su mayoría estuvo compuesto por esquizofrénicos paranoides (71.4%), que comúnmente tienen pocos síntomas negativos.

En general, las investigaciones que aportan evidencia en contra, poseen importantes limitaciones metodológicas que hacen cuestionar sus resultados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación de los aspectos familiares es uno de los puntos fundamentales para poder avanzar hacia estudios más sofisticados que valoren la participación genética en cualquier entidad, en este caso psiquiátrica. Toda institución que se dedique a la investigación de buen nivel, debe tener incluidos este tipo de estudios en sus protocolos básicos. El conocer lo que acontece en los familiares,

permite correlacionar hallazgos tales como la elevada densidad de sitios de unión a neurolepticos en linfocitos de pacientes esquizofrénicos, con la clinica.

El riesgo de morbilidad para esquizofrenia y trastornos del "espectro esquizofrénico" en familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos ha sido reportada en el rango de 0.0%-5.8% (26,21) y para controles el rango es 0.0%-1.1% (22,20), tomando en cuenta investigaciones de historia y estudio familiar (algunas con importantes limitaciones metodológicas). En nuestro país prácticamente no se ha recurrido a esta línea de investigación. El presente es un estudio piloto que intenta una primera aproximación al problema.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

A) Determinar el riesgo de relativo morbilidad para esquizofrenia en familiares de primer grado de una muestra de pacientes esquizofrenicos y con trastornos del "espectro esquizofrenico".

B) Determinar la frecuencia de alteraciones psiquiatricas detectables por medio del FH-RDC (13), en familiares de primer grado de una muestra de pacientes esquizofrenicos y con trastornos del "espectro esquizofrenico"

POBLACION A ESTUDIAR

- a) Pacientes que acudan para su atención a la Clínica de Estudios Especiales del Instituto Mexicano de Psiquiatría que cumplan criterios diagnósticos del DSM-III-R (29) y del RDC (28) para esquizofrenia y trastornos del "espectro esquizofrenico" (trastorno esquizoafectivo "fundamentalmente esquizofrenico" [RDC] y trastorno esquizotipico de la personalidad).
- b) Familiares de primer grado de dichos pacientes.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y MATERIAL

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, en el cual se obtuvo información acerca de los familiares de primer grado de una muestra de pacientes esquizofrenicos y con trastornos del "espectro esquizofrenico", con el fin de evaluar el riesgo de morbilidad para esquizofrenia y la

frecuencia de algunas alteraciones psiquiátricas. La información se obtuvo por medio de un instrumento (FH-RDC) (13), que la recaba por medio de la entrevista indirecta (método de historia familiar). Se entrevistó al familiar mejor informante y/o al caso índice, en relación con todos sus familiares de primer grado, incluyendo los ya fallecidos. Con base en esta información fue factible emitir los diagnósticos pertinentes, para lo cual se utilizaron criterios del FH-RDC (13).

La muestra total de casos índice se constituyó con pacientes esquizofrénicos y con otros trastornos del "espectro". Para casos índice se tomó como parte del "espectro" al trastorno esquizoafectivo "esquizofrénico" (RDC) y al esquizotípico de la personalidad, tal como proponen Kendler y cols (19); para familiares, no se pudo seguir su propuesta de incluir al trastorno esquizotípico y paranoide de la personalidad (ver Antecedentes), ya que el instrumento utilizado no detecta estos trastornos. Sin embargo, se incluyó "erróneamente" en forma propositiva al trastorno esquizoafectivo "esquizofrénico" (RDC) en esta categoría para familiares no dejando de tener clara la constitución de la muestra total para efecto del análisis de resultados.

METODOLOGIA

PROCEDIMIENTOS

La investigación se llevó a cabo en la Clínica de Estudios Especiales (CEE) del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

Los casos índice fueron pacientes llevados por sus familiares o canalizados por otra institución. Se les realizó historia clínica completa por residentes de psiquiatría y cumplieron criterios diagnósticos del DSM-III-R (29) y RDC (28) para esquizofrenia de cualquier subtipo, trastorno esquizoafectivo "fundamentalmente esquizofrenico" (RDC) o trastorno esquizotípico de la personalidad. Fueron también evaluados independientemente por dos investigadores clínicos experimentados, que desconocían la información de la evaluación inicial y la que obtuvo el otro clínico en la evaluación independiente. Se incluyeron solo los casos en los que hubo consenso diagnóstico y previo consentimiento informado. Se obtuvo información con la "hoja de trabajo" del FH-RDC, que permite identificar a todos los familiares de primer grado del caso índice. Se aplicó el FH-RDC (3) al caso índice y/o al familiar mejor informante (detectado por medio de la "hoja de trabajo" mencionada). Se tomaron preferentemente los datos que aportó el familiar mejor informante. Se obtuvo el número de familiares que recibieron diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo

"fundamentalmente esquizofrénico" (RDC) para calcular el riesgo relativo de morbilidad y el de otros trastornos psiquiátricos detectables por el instrumento para calcular su frecuencia; un familiar podía tener más de un diagnóstico.

Como parte de un estudio posterior, dos investigadores clínicos experimentados realizaron una entrevista clínica no estructurada aproximadamente al 10% de los familiares, desconociendo el diagnóstico del FH-RDC.

MATERIAL

Para realizar el estudio se requirió de formatos de historia clínica psiquiátrica de uso habitual en la clínica de estudios especiales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, hojas de trabajo FH-RDC, entrevista semi-estructurada FH-RDC (3), criterios diagnósticos FH-RDC (13) para familiares y del DSM-III-R (29) y RDC (28) para casos índice. Hojas de resúmenes de familiares de primer grado FH-RDC y de vaciado de datos para cada familia. A excepción de los criterios del DSM-III todo el material fue facilitado por la institución a cargo de la investigación (IMP).

FACILIDADES DISPONIBLES

Además del apoyo mencionado por parte del IMP, otras instituciones colaboraron canalizando pacientes requeridos para el estudio. Entre las instituciones que mayor participación activa tuvieron en este sentido, resaltó el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Secretaría de Salud.

RESULTADOS

Para obtener el riesgo de morbilidad, se utilizó el método abreviado de Weinberg, en el que el numerador es el total de familiares afectados y el denominador el total de familiares evaluados, menos el total de familiares que aún no alcanzan el periodo de riesgo (menores de 15 años), menos la mitad de los que estén dentro del periodo (entre 15 y 39

años).

Se obtuvo el riesgo de morbilidad para esquizofrenia, en los familiares del subgrupo que incluye solo casos índice con esquizofrenia y en la muestra total que incluye además casos índice y con trastornos esquizoafectivo "esquizofrénico" (RDC) y esquizotípico de la personalidad.

Se hicieron análisis separados para obtener el riesgo de morbilidad incluyendo pacientes con trastorno esquizoafectivo "esquizofrénico" (RDC) como parte del "espectro" para familiares. Otro análisis autónomo se realizó incluyendo la información que aportaron las entrevistas clínicas no estructuradas.

Se calculó la odds ratio (OR) para las edades y edades de inicio de padecimiento de los casos índice y para las edades de los familiares. También se calculó la frecuencia relativa de las alteraciones psiquiátricas detectables con el FH-RDC para familiares del subgrupo de esquizofrénicos únicamente y para familiares de la muestra total que incluye además casos índice con trastornos esquizoafectivo "esquizofrénico" (RDC) y esquizotípico de la personalidad.

La muestra total de casos índice con esquizofrenia y trastornos del "espectro" en general estuvo compuesta por 15 pacientes; 13 con esquizofrenia de cualquier subtipo y 2 con trastornos del "espectro" para casos índice (trastorno esquizoafectivo "fundamentalmente esquizofrénico" [RDC] y

trastorno esquizotípico de la personalidad).

De los 15 pacientes con esquizofrenia, 12 (92.3%) tuvieron el subtipo paranoide y 1 (7.7%) indiferenciado. La muestra total incluye todos los trastornos del "espectro" que para casos índice se ha postulado: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo "fundamentalmente esquizofrenico" (RDC) y trastorno esquizotípico de la personalidad, mientras que para familiares: esquizofrenia y trastornos esquizotípico y paranoide de la personalidad (19); sin embargo, en el presente estudio no se pudo valorar riesgo relativo de morbilidad con respecto a trastornos del "espectro" para familiares, ya que el instrumento utilizado (FH-RDC) no detecta estos trastornos de la personalidad. Para casos índice se incluyeron en el "espectro", además de los 13 pacientes esquizofrénicos mencionados (80.0%), 1 (6.7%) con trastorno esquizoafectivo "esquizofrenico" (RDC) y 1 con trastorno esquizotípico de la personalidad (6.7% de la muestra total) (Tabla 1).

Puede inferirse que los porcentajes expresados están basados en relación al número de pacientes (N) de la subpoblación de pacientes esquizofrénicos únicamente, por una parte y por la otra en relación con la muestra total (trastornos del "espectro"); no obstante, es conveniente hacerlo explícito ya que será la tónica general en el reporte de resultados (en el cual deberá siempre tenerse en

cuenta la N para casos índice con esquizofrenia y para Trastornos del "espectro" que son N=13 y N=15 ,respectivamente). En adelante se designará a la subpoblación mencionada como "esquizofrenia" y a la muestra total de casos índice como "espectro", esto también será válido para los familiares de casos índice de ambas categorías, haciéndose notar obviamente la diferencia cuando sea pertinente. Los porcentajes serán producto de la comparación con el total de casos índice o de familiares evaluados de esa misma categoría según sea el caso, a menos que se manifieste expresamente de manera distinta.

Los casos índice de la categoría "esquizofrenia" tuvieron la siguiente distribución por sexo, 12 (92.3%) masculinos y 1 (7.7%) femenino, los del "espectro" fueron 14 (93.3%) del sexo masculino y 1 (6.7%) del femenino. La edad ($\bar{x} \pm D.E.$) fue del 24.6 ± 4.0 para "esquizofrenia" y 24.8 ± 4.9 para "espectro" y la edad de inicio del padecimiento ($\bar{x} \pm D.E.$) fue de 20.0 ± 3.8 y 19.4 ± 4.8 respectivamente (Tabla 2).

Se logró obtener información acerca de 99 familiares de primer grado de casos índice con la categoría "esquizofrenia" y de 120 del "espectro" completo. De los de la primera categoría, 43 (43.4%) fueron del sexo masculino y 53 (53.6%) del femenino, se ignoró este dato en 3 (3.0%) familiares.

En la muestra completa, hubo 52 (43.3%) hombres y 65 (54.2%) mujeres, no se ignoró el dato más que en los 3 familiares mencionados en la categoría anterior, que para la muestra completa representó el 2.5% (Tabla 3)

Algunos familiares de los que se obtuvo información indirecta ya habían fallecido; en la categoría "esquizofrenia" la cifra fue 4 (4.0%), 3 hombres y 1 mujer, en 2 casos el familiar no pudo aportar información acerca de la causa del fallecimiento, en 1 caso fue "natural" (FH-RDC), específicamente por complicaciones médicas de alcoholismo crónico (STDA) y en otro fue "accidental" en un problema automovilístico (en este paciente también se diagnosticó alcoholismo). Los 2 casos en los que se consignó diagnóstico en los fallecidos de esta categoría, la alteración fue alcoholismo. La edad al fallecimiento ($x \pm D.E.$) fue 45.7 ± 8.4 . En la categoría "espectro" hubo 6 familiares fallecidos (5.0%), 4 hombres y 2 mujeres, la causa fue "natural" en 3 casos, "accidental" en 1 y desconocida en 2 familiares, el único diagnóstico que se consignó fue alcoholismo en 3 casos (50% de los fallecidos), la edad al fallecimiento ($x \pm D.E.$) fue de 49.7 ± 9.0 (Tabla 4).

Para obtener el riesgo relativo de morbilidad. Se hicieron las correcciones edad-riesgo con el método abreviado de Weinberg. En la categoría "esquizofrenia" la cifra 99 (familiares evaluados) se convirtió en E2

(Bezugsziffer) de 62.5 y en la categoría "espectro" la modificación fue de 120 a 74.5 (Tabla 5).

Con el instrumento utilizado no se detectó ningún caso de esquizofrenia crónica (FH-RDC) en los familiares para ninguna categoría (RM=0.0%); sin embargo, al tomar la información que se logró obtener de las entrevistas directas realizadas en aproximadamente 10% de los casos, se detectó un caso de esquizofrenia, con un RM=1.6% (Tabla 6).

Con el fin de valorar el hallazgo de elevación importante en el RM reportado en la literatura, con la inclusión de pacientes con manifestaciones sugerentes de trastorno afectivo.

El trastorno esquizoafectivo "fundamentalmente esquizofrénico" (RDC) se analizó como parte del "espectro" para los familiares. Efectivamente, el RM para la categoría "esquizofrenia" aumentó a 3.2%; utilizando la información de entrevista clínica no estructurada para esta misma categoría a 4.8% y para la categoría "espectro" con FH-RDC a 8.0% (Tabla 7).

Se evaluó también la presencia de otras alteraciones psiquiátricas detectables por medio del instrumento (ver "Antecedentes"). En la categoría "esquizofrenia", 61 familiares (61.6%) no recibieron diagnóstico alguno, de los cuales en 3 casos se desconoce edad (3.0% de los evaluados), en 58 (58.6%) familiares se tiene el dato, con lo que se

obtuvo una edad ($x \pm D.E.$) de 30.0 ± 15.2 . Eventualmente se consignó más de 1 diagnóstico; los que recibieron solo 1 diagnóstico fueron 24 que representan el 24.2% del total de evaluados, en 1 se ignora la edad y de los 23 (23.2%) restantes se obtuvo una edad ($x \pm D.E.$) de 34.0 ± 14.3 ; se consignaron 2 diagnósticos en 8 (8.1%) familiares, en los 8 se obtuvo la edad con una $x \pm D.E.$ de 33.9 ± 14.9 ; 4 familiares (4.0%) tuvieron 3 diagnósticos, no hubo carencia de información con respecto a la edad y tuvieron una edad ($x \pm D.E.$) de 40.0 ± 23.6 ; los de 4 diagnósticos fueron 2 familiares (2.0%), con una edad ($x \pm D.E.$) de 37.0 ± 8.5 . Se careció de información acerca de la edad en el 4.0% de todos los familiares evaluados en esta categoría y la edad ($x \pm D.E.$) global fue 31.8 ± 15.2 (Tabla 8).

En esta categoría los que recibieron cuando menos 1 diagnóstico psiquiátrico fueron 38 familiares que representan el 38.4% de los evaluados. Comparándolos contra sí mismos, es decir, contra el total de familiares con diagnóstico, el 63.2% tuvo 1 diagnóstico, 21.0% dos, 10.5% 3 y 5.3% 4 diagnósticos (Tabla 10).

En la categoría "espectro" 70 (58.3%) familiares no recibieron diagnóstico, en 5 (4.2%) se ignora la edad para los que setuvo el dato se calculó una edad ($x \pm D.E.$) de 29.6 ± 15.2 ; los que tuvieron 1 diagnóstico fueron 30 (25.0%) no se obtuvo la edad en 1 (0.8%) familiar; para los que se

tuvo la información, se calculó una edad ($\bar{x} \pm D.E.$) de 33.4 ± 15.0 ; los de 2 diagnósticos fueron 11 (9.2%) familiares, en todos se obtuvo la edad y se calculó una edad ($\bar{x} \pm D.E.$) de 35.7 ± 13.3 , los de 3 entidades psiquiátricas fueron 6 (5.0%), con una edad ($\bar{x} \pm D.E.$) de 38.0 ± 19.6 ; en 3 (2.5%) familiares se consignaron 4 diagnósticos y se obtuvo una edad ($\bar{x} \pm D.E.$) de 32.3 ± 10.1 . En el 5.0% de los casos en esta categoría a nivel global, no se obtuvo la edad del familiar; la edad ($\bar{x} \pm D.E.$) para la población de familiares evaluados fue de 31.7 ± 15.1 (Tabla 9)

En el "espectro" los que recibieron cuando menos un diagnóstico psiquiátrico fueron 50 (41.7%). Se comparó el número de $\overline{105}$ que recibieron determinado número de diagnósticos contra los que recibieron cuando menos 1 diagnóstico y los porcentajes fueron los siguientes, para 1 diagnóstico (60.0%), 2 (22.0%), 3 (12.0%) y 4 (6.0%) (Tabla 10).

Para ambas categorías, los diagnósticos más frecuentes fueron alcoholismo, trastorno por ansiedad generalizada y depresión remitente, en este orden.

En la categoría de "esquizofrenia", el alcoholismo estuvo presente en el 12.1% de todos los familiares evaluados en la categoría y en el 31.6% de los que tuvieron cuando menos 1 diagnóstico, la edad ($\bar{x} \pm D.E.$) fue 37.3 ± 15.0 ; el trastorno por ansiedad generalizada se observó en el

10.1% con respecto a los evaluados y en el 26.5% de los que tuvieron algún diagnóstico, la edad ($\bar{x} \pm D.E.$) fue 36.5 ± 15.2 ; la depresión remitente fue vista en el 9.1% y 23.7% respectivamente, la edad ($\bar{x} \pm D.E.$) fue de 37.7 ± 12.3 (Tabla 11).

En la categoría de "espectro", se consignó alcoholismo en el 14.2% con respecto a los evaluados y en el 34.0% de los que tuvieron diagnósticos, la edad ($\bar{x} \pm D.E.$) fue 39.1 ± 14.3 ; para trastorno por ansiedad generalizada 8.3% y 20.0% respectivamente con una edad ($\bar{x} \pm D.E.$) de 36.5 ± 15.2 y finalmente para depresión remitente 7.5% y 18.0% también respectivamente, con una edad ($\bar{x} \pm D.E.$) de 37.7 ± 12.3 (Tabla 12).

TABLA 1

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

CASOS INDICE

D I A G N O S T I C O

DIAGNOSTICO	ESQUIZOFRENIA	TRASTORNO DEL "ESPEC-
	f (%)	TRO ESQUIZOFRENICO"
	f (%)	f (%)
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	12 (92.3)	12 (80.0)
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	1 (7.7)	1 (6.7)
TRASTORNO ESQUIZO- AFECTIVO "ESQUIZO- FRENICO" (RDC)	- (--)	1 (6.7)
TRASTORNO ESQUIZO- TIPICO DE LA PERSONALIDAD	- (--)	1 (6.7)
TOTAL:	13 (100.0)	15 (100.0)

TABLA 2

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

CASOS INDICE

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS		
	ESQUIZOFRENIA	TRASTORNO DEL "ESPEC- TRO ESQUIZOFRENICO"
	N = 13	N = 15
DIAGNOSTICO	f (%)	f (%)
SEXO		
MASCULINO	12 (92.3)	14 (93.3)
FEMENINO	1 (7.7)	1 (6.7)
EDAD		
X±D.E.	24.6±4.0	24.8±4.9
EDAD DE INICIO		
X±D.E.	20.0±3.8	19.4±4.8

TABLA 3

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

ESQUIZOFRENIA			TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"		
SEXO	f	(%)	SEXO	f	(%)
MASCULINO:	47	(43.4)	MASCULINO:	52	(43.3)
FEMENINO:	57	(53.6)	FEMENINO:	65	(54.2)
SE DESCO- NOCE:	3	(3.0)	SE DESCO- NOCE:	3	(2.5)
TOTAL	99	(100.0)	TOTAL	120	(100.0)

TABLA 4

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES		
FALLECIDOS		
	ESQUIZOFRENIA	TRASTORNO DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"
	N = 4 (4.0%)	N = 6 (5.0%)
	f (%)	f (%)
SEXO		
MASCULINO	3 (75.0)	4 (66.7)
FEMENINO	1 (25.0)	2 (33.3)
CAUSA		
"NATURAL"	1 (25.0)	3 (50.0)
ACCIDENTAL	1 (25.0)	1 (16.7)
SE DESCONOCE	2 (50.0)	2 (33.3)
DIAGNOSTICO		
CON DIAGNOSTICO	2 (50.0)	3 (50.0)
ALCOHOLISMO	2 (50.0)	3 (50.0)
EDAD DEL FALLECIMIENTO		
X±D.E.	45.7±8.4	49.7±9.0

TABLA 5

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

RIESGO DE MORBILIADA (RM) PARA ESQUIZOFRENIA
CORRECCION EDAD-RIESGO

PERIODO DE RIESGO:

15-39 AÑOS

CORRECCION EDAD-RIESGO

METODO ABREVIADO DE WEINBERG

$$BZ = N - N_0 - (1/2 N_w)$$

ESQUIZOFRENIA

TIPO DEL "ESPECTRO
ESQUIZOFRENICO"

N = 99

N = 120

N₀ = 10

N₀ = 13

N_w = 53

N_w = 65

BZ = 62.5

BZ = 74.5

TABLA 6

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

RIESGO DE MORBILIDAD (RM) PARA ESQUIZOFRENIA			
RM = Na/BZ * 100			
ESQUIZOFRENIA (Información del FH-RDC)	ESQUIZOFRENIA (Incluyendo in- formación de entrevista clínica)	TRASTORNO DEL "ESPEC- TRO ESQUI- ZOFRENICO"	
BZ = 62.5 Na = 0	BZ = 62.5 Na = 1	BZ = 74.5 Na = 0	
Diagnóstico especifico (FH-RDC)	f (%)	f (%)	f (%)
Esquizofrenia cronica	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
TOTAL:	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)
RM:	0 (0.0)	1.6 %	0.0 %

Donde Na es el total de familiares afectados y BZ el total de familiares evaluados corregido edad-riesgo (Bezugsziffer).

TABLA 7

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES:

RIESGO DE MORBILIDAD (RM) PARA ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO (RDC)			
RM = Na/BZ * 100			
	ESQUIZOFRENIA (Información del FH-RDC)	ESQUIZOFRENIA (Incluyendo in- formación de entrevista clínica)	TRASTORNO DEL "ESPEC- TRO ESQUI- ZOFRENICO"
	BZ = 62.5 Na = 2	BZ = 62.5 Na = 3	BZ = 74.5 Na = 6
Diagnóstico especifico (FH-RDC)	f (%)	f (%)	f (%)
Esquizofrenia crónica	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (0.0)
Manía esqui- zoafectiva "es- quizofrenica" (RDC)	1 (50.0)	1 (33.3)	2 (33.3)
Depresión es- quizaafectiva "es- quizofrénica" (RDC)	1 (50.0)	1 (33.3)	4 (66.7)
TOTAL:	2 (100.0)	3 (100.0)	6 (100.0)
RM:	3.2 %	4.8 %	8.0 %

TABLA 8
ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

ESQUIZOFRENIA

DATOS DEMOGRAFICOS EN RELACION CON EL NUMERO DE DIAGNOSTICOS

No. de Diag- nós- ticos			Se desco- noce edad	Edad cono- cida	Edad cono- cida
	f	(%)	f(%)	f(%)	X±D.E.
Ninguno	61	(61.6)	5(8.0)	58(58.6)	30.0±15.0
1	24	(24.2)	1(1.0)	23(23.2)	34.0±14.5
2	8	(8.1)	0(0.0)	8(8.1)	33.5±14.7
3	4	(4.0)	0(0.0)	4(4.0)	40.0±22.5
4	2	(2.0)	0(0.0)	2(2.0)	37.0±19.5
TOTAL	99	(100.0)	4(4.0)	65(56.0)	31.5±15.2

TABLE 5

ALTERACIONES PSICHIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"
Y ESQUIZOFELTIVOS

DATOS DEMOGRAFICOS EN RELACION CON EL NUMERO DE DIAGNOSTICOS

Nc. de Diag- nós- ticos	f	(%)	Se descon- oce edad f(%)	Edad conoc- cida f(%)	Edad cono- cida X±D.E.
Ninguno	70	(58.3)	5(4.2)	65(54.2)	29.6±15.2
1	30	(25.0)	1(0.8)	29(24.2)	33.4±15.0
2	11	(9.2)	0(0.0)	11(9.2)	35.7±13.3
3	6	(5.0)	0(0.0)	6(5.0)	38.0±19.6
4	3	(2.5)	0(0.0)	3(2.5)	32.3±10.5
TOTAL	120	(100.0)	6(5.0)	114(95.0)	31.7±15.1

=====

TABLA 10

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

FRECUENCIA DEL NUMERO DE DIAGNOSTICOS EN RELACION CON EL TOTAL DE FAMILIARES CON DIAGNOSTICO Y AL TOTAL DE FAMILIARES EVALUADOS

ESQUIZOFRENIA				TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"			
No. de diag.	f	N=38 (%)	N=99 (%)	No. de diag.	f	N=50 (%)	N=120 (%)
1	24	(63.2)	(24.2)	1	30	(60.0)	(25.0)
2	8	(21.0)	(8.1)	2	11	(22.0)	(9.2)
3	4	(10.5)	(4.0)	3	6	(12.0)	(5.0)
4	2	(5.3)	(2.0)	4	3	(6.0)	(2.5)
TOTAL: 38 (100.0) (38.4)				TOTAL: 50 (100.0) (41.7)			

TABLA 11

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

ESQUIZOFRENIA

FRECUENCIA DE ALTERACIONES PSIQUIATRICAS (FH-RDC)				
CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	f	Total de familiares evaluados N=99 %	Con diagnóstico N=36 %	Edad X±D.E. (Categorías más frecuentes)
Sin diagnóstico	61	61.6	-	30.0±15.2
Alcoholismo	12	12.1	31.6	37.3±15.0
Trastorno de ansiedad gen.	10	10.1	26.3	36.5±15.2
Depresión remitente	9	9.1	23.7	37.7±12.3
Trastorno por uso de sust.	6	6.1	15.8	
Personalidad antisocial	4	4.0	10.5	
Trastorno de sobreansiedad	3	3.0	7.9	
Ansiedad de separación en la infancia	3	3.0	7.9	
Otros desórdenes psiquiátricos crónicos	2	2.0	5.3	
Fobia simple	2	2.0	5.3	

TABLA 11 a

Otros desórdenes psiquiátricos remitentes	1	1.0	2.7
Otros desórdenes psiquiátricos remitentes con humor disfónico	1	1.0	2.7
Humor disfónico remitente	1	1.0	2.7
Depresión crónica	1	1.0	2.7
Crisis de angustia	1	1.0	2.7
Trastorno por evitación	1	1.0	2.7
Manía esqui- zoafectiva "es- quizofrénica" (RDC)	1	1.0	2.7
Otros desórdenes psiquiátricos crónicos con humor disfónico	1	1.0	2.7
Manía	1	1.0	2.7
Psicosis funcional inespecífica	0	0.0	0.0
Humor disfónico crónico	0	0.0	0.0
Manía esquizo- afectiva "afectiva" (RDC)	0	0.0	0.0
Trastorno obsesivo- compulsivo	0	0.0	0.0
Esquizofrenia crónica	0	0.0	0.0

TABLA 12

ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS EN FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO"

FAMILIARES

TRASTORNO DEL "ESPECTRO ESQUIZOFRENICO" Y ESQUIZOAFECTIVO

FRECUENCIA DE ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS (FH-RDC)				
CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	f	Total de familiares evaluados N=120 %	Con diagnóstico N=50 %	Edad \pm D.E. (Categorías más frecuentes)
Sin diagnóstico	70	58.3	-	29.6 \pm 15.2
Alcoholismo	17	14.2	34.0	39.1 \pm 14.3
Trastorno de ansiedad gen.	10	8.3	20.0	36.5 \pm 15.2
Depresión remitente	9	7.5	18.0	37.7 \pm 12.3
Trastorno por uso de sust.	9	7.5	18.0	
Depresión esquizoafectiva crónica "esquizofrénica" (RDC)	4	3.3	8.0	
Trastorno de sobreansiedad	4	3.3	8.0	
Personalidad antisocial	4	3.3	8.2	
Crisis de angustia	3	2.5	6.0	
Otros desórdenes psiquiátricos remitentes	3	2.5	6.0	

TABLA 12a

Ansiedad de la separación en la infancia	3	2.5	6.0
Manía esquizoafectiva "esquizofrénica" (RDC)	2	1.7	4.0
Otros desórdenes psiquiátricos crónicos	2	1.7	4.0
Trastornos por evitación	2	1.7	4.0
Fobia simple	2	1.7	4.0
Otros desórdenes psiquiátricos remitentes con humor disfórico	2	1.7	4.0
Otros desórdenes psiquiátricos crónicos con humor disfórico	1	0.8	2.0
Depresión Crónica	1	0.8	2.0
Manía esquizoafectiva crónica "afectiva" (RDC)	1	0.8	2.0
Psicosis funcional inespecífica	1	0.8	2.0
Humor disfórico remitente	1	0.8	2.0
Trastorno obsesivo-compulsivo	1	0.8	2.0
Manía	1	0.7	2.0
Esquizofrenia crónica	0	0.0	0.0

DISCUSION

Tomando en cuenta que la presente investigación es un estudio piloto, los resultados obtenidos deben tomarse en reserva y no pueden considerarse contundentes. Algunas características deben resaltarse, la primera es que se utiliza el método de Historia Familiar, del cual se ha reportado una baja sensibilidad, con adecuada especificidad (3), es decir, resulta poco útil para detectar casos; en buena medida no detecta a todos los que son casos, pero de los que consigna como tales, la mayoría efectivamente lo son. Sin embargo, resulta conveniente tener los resultados utilizando el método de Historia Familiar, antes de llevar a cabo el estudio familiar, por una parte y por la otra, es factible mejorar la sensibilidad con distintos procedimientos (6), para lo cual debe continuar en estudio, ya que resulta un método con un buen grado de accesibilidad y disponibilidad.

El haber utilizado criterios diagnósticos (DSM-III-R) que se han reportado como más "estrictos" que el DSM-III (43); los cuales por sí mismos ya resultan "estrictos" y con una tendencia disminuida a la transmisión familiar (24), pudo haber influido en nuestros resultados.

La muestra utilizada tuvo un número extremadamente reducido de casos índice y familiares de primer grado, por lo que la posibilidad de que por azar haya resultado

"atípica" es elevada; como lo es la posibilidad de error tipo 2, es decir, aceptar la hipótesis nula como verdadera, siendo en realidad falsa.

No se incluyó en el diseño un grupo control, que sirva como punto de referencia para hacer la comparación del RM en familiares de primer grado de esta muestra de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos del "espectro", el cual debe ser representativo de la población de donde fueron extraídos los casos índice. Si no se tiene punto de comparación, la cifra no nos dice mucho.

El instrumento utilizado no detecta trastornos del "espectro" en los familiares con lo que podría haber una subestimación del RM. No se aplicaron, aunque fuera de manera indirecta, otros instrumentos de entrevista que si los tomen en cuenta de alguna manera (37); sin embargo, aún utilizando entrevistas que cuando menos parcialmente involucren información en este sentido, algunos trastornos de la personalidad como el esquizotípico, es difícil valorarlo en su dimensión real cuando la entrevista es indirecta (ver "Antecedentes").

Las características de los casos índice también influyen. En su totalidad fueron casos agudos que acudieron para su atención a una institución de tercer nivel, en su mayoría paranoides en los cuales no había síntomas negativos predominantes. Todo lo anterior se ha mencionado en relación

con una baja "carga genética" (11) y por lo tanto una disminución en la transmisión familiar de la esquizofrenia. Tanto los casos índice como los familiares evaluados, fueron bastante jóvenes (24.8 ± 4.9 y 31.8 ± 15.2 respectivamente). En su mayoría, los casos índice iniciaron el padecimiento a corta edad (19.4 ± 4.8) y aunque se ha reportado que la edad de inicio podría influir en la transmisión familiar, existe evidencia importante en contra (44). En relación con la edad de los familiares es también importante, ya que es posible que al momento de la evaluación aún no presenten sintomatología, aún cuando tengan la predisposición para en un futuro hacerlo, esto se disminuye con la corrección edad-riesgo utilizada. Por otra parte, cuando la evaluación es "temprana". En caso de que el familiar presente la enfermedad tendrá mayor probabilidad de tener un subtipo específico, ya que la cronicidad fomenta la inespecificidad de los subtipos (41).

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores, creo que sería de utilidad aumentar la muestra, utilizar grupo control, implementar procedimientos para evaluar adecuadamente trastornos del "espectro" y planear en forma simultánea el estudio familiar, tomando como punto de partida la presente investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Postol, J. P. et al: Historia de la Esquizofrenia. Fondo Cultura Económica, Mexico, D.F., 1987.
2. Bleuler, E.: Dementia Praecox or The Group of Schizophrenias. International University Press, New York, 1917.
3. Andreasen, N.C. et al: The Family History Method Using Diagnostic Criteria, Reliability and Validity. Arch Gen Psychiatry 34:1229, 1977.
4. Tsuang, M.T. and Woolson, R.F.: Mortality in Patients with Schizophrenia, Mania, Depression, and Surgical Conditions. Brit J Psychiatry 130:162, 1977.
5. Rosenthal, D. et al: Migration, Heredity, and Schizophrenia. Psychiatry 37:321, 1974.
6. Andreasen, N.C. et al: The Family History Approach to Diagnosis. Arch Gen Psychiatry 43:421, 1986.
7. Potkin, S.G. et al: Are Paranoid Schizophrenics Biologically Different from Other Schizophrenics? New Engl J Med 298:61, 1978.
8. Meltzer, H.Y. et al: Platelet Monoamine Oxidase and Plasma Amino-oxidase in Psychiatric Patients. Schizophr Bull 6:213, 1980.
9. Heinze, G, Ortega, H. y cols: Densidad de probables receptores dopaminérgicos en los linfocitos de los pacientes con esquizofrenia paranoide. Resultados preliminares, Salud Mental 11:1, 1988.
10. Sherrington, R. et al: Localization of a Susceptibility Locus for Schizophrenia on Chromosome 5. Nature (letters) 336:164, 1988.
11. McGuffin, P. et al: Is There Really a Split in Schizophrenia? The Genetic Evidence. Brit J Psychiatry 150:581, 1987.
12. McGuffin, P. et al: HLA Antigens and Subtypes of Schizophrenia. Psychiatr Res 5:115, 1981.

13. Endicott, J, Andreasen, N., Spitzer, R.L.: Family History-Research Diagnostic Criteria. New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1975.
14. Spitzer, R.L., Endicott, J: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime Version, New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1975.
15. Wing, J.: Present State Examination, Ed. 8, London, MRC Psychiatric Research Unit, Institute of Psychiatry, 1968.
16. Tsuang, M.T. et al: Morbidity Risks of Schizophrenia and Affective Disorders among First Degree Relatives of Patients with Schizophrenia, Mania, Depression, and Surgical Conditions. *Brit J Psychiatry* 137:497, 1980.
17. Scharfetter, C. and Nusperli, M.: The Group of Schizophrenias, Schizoaffective psychoses, and affective Disorders. *Schizophr Bull* 6:586, 1980.
18. Lowing, P.A. et al: The Inheritance of Schizophrenia Spectrum Disorders: A Reanalysis of the Danish Adoptee Study Data. *Ann Psychiatry* 140:1167, 1983.
19. Kendler, K.S. and Gruenberg, A.M.: An Independent Analysis of the Danish Adoption Study of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 141:555, 1984.
20. Frangos, E. et al: Prevalence of DSM-III Schizophrenia among the First-Degree relatives of Schizophrenic Proband. *Acta Psychiatr Scand* 72:382, 1985.
21. Baron, M. et al: A Family Study of Schizophrenics and Normal Control Proband: Implications for the Spectrum Concept of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 142:447, 1985.
22. Kendler, K.S. et al: Psychiatric Illness in First-Degree Relatives of Schizophrenic and Surgical Patients. *Arch Gen Psychiatry* 42:770, 1985.
23. Kendler, K.S.: Familial Aggregation of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 45:377, 1988.

24. Pope, H.G. jr. et al: Failure to find Evidence of Schizophrenia in First-Degree Relatives of Schizophrenic Probands. *Am J Psychiatry* 139:826, 1982.
25. Abrams, R., Taylor, M.A.: The Genetics of Schizophrenia Using Modern Criteria. *Am J Psychiatry* 140:171, 1983.
26. Coryell, W., Zimmerman, M: The Heritability of Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 45:323, 1988.
27. Feighner, J.F. et al: Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch Gen Psychiatry* 26:57, 1972.
28. Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E.: Research Diagnostic Criteria. Ed. 3. New York, Biometrics Research Division, New York State Psychiatric Institute, 1978.
29. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Rev. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1987.
30. Pope, H.G, Lipinski, J.F.jr.: Diagnosis in Schizophrenia and Maniac-Depressive Illness: A Reassessment of the Specificity of "Schizophrenic Symptoms in the Light of Current Research. *Arch Gen Psychiatry* 35:811, 1978.
31. Tsuang, M.T. et al: The Iowa Structured Psychiatric Interview: Rationale, Reliability, and Validity. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 283:62, 1980.
32. Rosenthal, D. et al: Schizophrenics' Offspring reared in Adoptive Homes. *J Psychiatr Res* 6:377, 1968.
33. Heston, L.L.: Psychiatric Disorders in Foster Home-Reared children of Schizophrenic Mothers. *Br J Psychiatry* 112:819, 1966.
34. Higgins, J.: Effect of Child Rearing by Schizophrenic Mothers: A Follow-up. *J Psychiatr Res* 13:1, 1976.
35. Endicott, J., Spitzer, R.L.: A Diagnostic Interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 35:857, 1978.
36. Baron, M., Gruen, R.: The Schedule for interviewing Borderline (SIB). New York, New York State Psychiatric Institute, 1980.

37. Baron, M., Aenis, L., Gruen, R.: The Schedule for Schizotypal Personalities (SFP): A Diagnostic Interview for Schizotypal Features. *Psychiatr Res* 4:213, 1981.
38. Robins, L.N., Helzer, J.E. et al: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 38:381, 1981.
39. Pfofl, B., Stangl, D., Zimmerman, M.: The Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP). Iowa City, Department of Psychiatry, University of Iowa, 1982.
40. Breborowicz, G., Trzebratowski-Trzeziak, G.: A Method for Testing Differences in Morbidity Risks for Affective Psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 54:353, 1976.
41. Kendler, H.S., Gruenberg, A.M., Tsuang, M.T.: Subtype Stability in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 142:827, 1985.
42. Dworkin, R.H., Lenzenweger, M.F.: Symptoms and the Genetics of Schizophrenia: Implications for Diagnosis. *Am J Psychiatry* 141:1541, 1984.
43. Fenton, W.S. et al: A Comparison of DSM-III and DSM-III-R Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 145:1446, 1988.
44. Kendler, K.S. et al: Age at Onset in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 44:881, 1987.
45. Zimmerman, M. et al: The Reliability of the Family History Method for Psychiatric Diagnoses. *Arch Gen Psychiatry* 45:320, 1988.
46. Thompson, W.D. et al: An Evaluation of the Family History Method for Ascertaining Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 39:53, 1982.
47. Dworkin, R.H. et al: A Multidimensional Approach to Diagnosis to the genetics of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 145:1077, 1988.
48. Fuller, E.T.: Prevalence Studies in Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 150:198, 1987.

49. Kendler, K.S. et al: Psychiatric Illness in First-Degree Relatives of Patients with Paranoid Psychosis, Schizophrenia and Medical Illness.
50. Hwu, H.G. et al: A Comparative Study on Schizophrenia Diagnosed by ICD-9 and DSM-III: Course Family History and Stability of Diagnosis. Acta Psychiatr Scand 77:87, 1982.
51. Gershon, E.S. et al: A Controlled Family Study of Chronic Psychoses: Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. Arch Gen Psychiatry 45:328, 1988.
52. Baron, M.: Schizophrenia on Paternal and Maternal Sides: An Analysis of Familial Factors. Br J Psychiatry 137:505, 1980.
53. De Lisi, L.E. et al: Clinical Features of Illness in Siblings with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. Arch Gen Psychiatry 44:871, 1987.
54. Levitt, J.J., Tsuang, M.T.: The Heterogeneity of Schizoaffective Disorder: Implications for Treatment. Am J Psychiatry 145:926, 1988.
55. Silverman, J.M. et al: Familial Schizophrenia and Treatment Response. Am J Psychiatry 144:1271, 1987.
56. Kendler, K.S., Tsuang, M.T.: Outcome and Familial Psychopathology in Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 45:338, 1988.

Hoja de trabajo para padres.

Nombre del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados:

El evaluador ciego que llena el FH-RDC con el probando debe registrar aquí la información que podrá ser de valor para localizar a los familiares y además poder asignar posteriormente los números de identificación. Registre los nombres completos y los apodos para asegurarse que se está describiendo al familiar correcto. (No ponga nada en esta hoja de trabajo que pueda sugerir cualquier cosa sobre el estado psiquiátrico del padre, ya que esta hoja puede ser utilizada por un evaluador ciego que esté realizando el método de estudio familiar).

MADRE: (Madre Biológica- (Si tuvo madre adoptiva o madrastra, esto se puede anotar en la sección de comentarios).

Nombre: _____ Tel. casa _____

Domicilio: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: (Mejor hora para localizarla, cualquier problema especial, p. ej. enfermedad, sordera, etc.).

PADRE: (Padre Biológico - (Si tuvo padre adoptivo o padrastro, esto también puede ser anotado).

Nombre: _____ Tel. casa _____

Domicilio: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Hoja de trabajo para padres.

Comentarios: (Mejor hora para localizarlo, etc.) _____

Hoja de trabajo para hijos.

Nombre del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados:

Es muy importante enlistar a todos los hijos por estricto orden de nacimiento y anotar si son biológicos, adoptados o hijastros. Cuando se enliste por orden de nacimiento, anote únicamente a los hijos biológicos. Enliste todos los adoptados e hijastros al último, ya que puede haber necesidad de haer contacto con ellos posteriormente. Utilice hojas adicionales en caso de ser necesario.

Nombre del hijo:

Orden de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Especifique si es hijo biológico (enliste a los otros al último):** 1 _____ biológico; 2 _____ otro.

Domicilio:

Tel. casa _____

Dirección del trabajo:

Tel. trabajo _____

Comentarios:

Nombre del hijo:

Orden del nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Especifique si es hijo biológico (enliste en los otros al último):** 1 _____ biológico; 2 _____ otro.

Domicilio:

Tel. casa _____

Dirección del trabajo:

Tel. trabajo _____

Comentarios:

Nombre del hijo:

Hoja de trabajo para hijos.

2

Orden de nacimiento: _____ Sexo: _____ Especifica
que si es hijo biológico (enliste en los otros al último): 1 _____ bio-
lógico; 2 _____ otro.

Domicilio: _____
_____ Tel. casa _____

Dirección del trabajo: _____
_____ Tel. trabajo _____

Comentarios: _____

Orden de nacimiento: _____ Sexo: _____ Especifica
que si es hijo biológico (enliste en los otros al último): 1 _____ bio-
lógico; 2 _____ otro.

Domicilio: _____
_____ Tel. casa _____

Dirección del trabajo: _____
_____ Tel. trabajo _____

Comentarios: _____

Orden de nacimiento: _____ Sexo: _____ Especifica
que si es hijo biológico (enliste en los otros al último): 1 _____ bio-
lógico; 2 _____ otro.

Domicilio: _____
_____ Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____
_____ Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Hoja de trabajo para hermanos.

Nombre del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados:

Es muy importante enlistar a todos los hermanos biológicos por estricto orden de nacimiento y anotar la posición del Sujeto Índice dentro de este orden de nacimiento. Incluya tanto a los hermanos vivos como a los muertos. Asegúrese de esclarecer si los hermanos fueron hermanos hijos de ambos padres biológicos, medios hermanos, hermanos de adopción o crianza o hermanastros. El orden de nacimiento solamente es para hermanos hijos de ambos padres biológicos y para medios hermanos. Registre por último la información sobre los hermanos por adopción, crianza o hermanastros, ya que puede haber necesidad de hacer contacto con ellos posteriormente.

Nombre del hermano: _____

Orden de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Especifique si es hermano o medio-hermano (enliste a los otros tipos de hermanos al final):** 1 _____ hermano; 2 _____ medio-hermano; 3 _____ otro.

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Nombre del hermano: _____

Orden de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Especifique si es hermano o medio-hermano (enliste a los otros tipos de hermanos al final):** 1 _____ hermano; 2 _____ medio-hermano; 3 _____ otro.

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Nombre del hermano: _____

Orden de nacimiento: _____ Sexo: _____ Es
pecifique si es hermano o medio-hermano (enliste a los otros tipos de
hermanos al final): 1 _____ hermano; 2 _____ medio-hermano; 3 _____ otro.

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Nombre del hermano: _____

Orden de nacimiento: _____ Sexo: _____ Es-
pecifique si es hermano o medio-hermano (enliste a los otros tipos de
hermanos al final): 1 _____ hermano; 2 _____ medio-hermano; 3 _____ otro.

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Nombre del hermano: _____

Orden de nacimiento: _____ Sexo: _____ Es-
pecifique si es hermano o medio-hermano (enliste a los otros tipos de
hermanos al final): 1 _____ hermano; 2 _____ medio-hermano; 3 _____ otro.

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Hoja de trabajo para compañero(s).

Nombre del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados:

Lista de todos los compañeros(as) actuales y pasados, comenzando con el más reciente y retrocediendo en el tiempo. Anote en la sección de comentarios si son co-padres de hijos, de cuales de estos hijos y enliste sus nombres y números de identificación, si se encuentran disponibles).

Nombre del compañero(a): _____

Sexo: _____ Especifique si es co-padre (anote el número de hijos aquí y sus nombres en la sección de comentarios): _____

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Nombre del compañero(a): _____

Sexo: _____ Especifique si es co-padre (anote el número de hijos aquí y sus nombres en la sección de comentarios): _____

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

Nombre del compañero(a): _____

Sexo: _____ Especifique si es co-padre (anote el número de hijos aquí y sus nombres en la sección de comentarios): _____

Domicilio: _____

Tel. casa: _____

Hoja de trabajo para compañero(s).

Dirección del trabajo: _____

Tel. trabajo: _____

Comentarios: _____

HOJA DE DATOS RESUMIDOS DEL FH-RDC PARA FAMILIARES EN SEGUNDO GRADO.

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados: _____

Número de ID del sujeto cuyos familiares están siendo evaluados: _____

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____
 Relación del informante con el Sujeto Índice: 1 _____ el mismo; 2 _____ espo-
 so(a); 3 _____ madre; 4 _____ padre; 5 _____ hermano; 6 _____ hijo; 7 _____ otro.

Código de relación del informante que está siendo descrito: 7 _____. Todos los familiares en segundo grado.

	No. Total	No. Vivos	No. Muertos	No. Suicidio(s)	Número de Enfermos Psiquiátricos			No. per- sonas <u>I</u> decuada para En- psiq.*
					Total	Posib TA	Posib Alc	
PATERNO								
Abuelo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Abuela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tías	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tíos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Primos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MATERNO								
Abuelo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Abuela	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tías	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Tíos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Primos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
AMBOS								
Sobrinos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sobrinas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nietos	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nietas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Comentarios: _____

* 15 años ó más y sin trastornos orgánicos severos que impidan participar en una Entrevista Estructurada.

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: _____

Estadío No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

Relación del informante con el sujeto índice: 1 _____ él mismo; 2 _____ cónyuge(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 _____; cónyuge(a) _____; otros _____.

Nombre del padre/madre _____ del caso índice.

Número I. D de su padre/madre _____ del caso índice. Parentesco: 1 _____ biológico; 2 _____ adoptado/entonado/reco-rido).

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

_____ No existe información.

_____ Edad, si vive (estimación óptima).

_____ Edad en que murió (estimación óptima).

_____ Muerte natural.

_____ Muerte accidental.

_____ Intento(s) de suicidio.

_____ Suicidio consumado.

_____ Período de incapacidad social por razón psiquiátrica.

_____ Hospitalización por razón psiquiátrica.

_____ Número de hospitalizaciones psiquiátricas (estimación óptima).

_____ Tx. somáticos por razón psiquiátrica.

_____ Tx. psicológicos por razón psiquiátrica.

_____ Edad en que se presentó la primera enfermedad 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.
- _____ 2a Esquizoafectiva, manía.
 Marque 1 ó 2.
 _____ 1 remitente
 _____ 2 crónico.
- _____ 2b Depresión esquizoafectiva.
 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.

- _____ 7 Alcoholismo.
- _____ 8 Desorden por uso de drogas.
- _____ 9 Personalidad antisocial.
- _____ *10 Otros 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.

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

* Si es Psicosis funcional inespecífica u 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.

_____ Apparently 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:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Información miscelánea (opcional).

_____ ceguera al color:
1 _____ no; 2 _____ probable; 3 _____ conocido.

_____ Apparently 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:

Edad de inicio*

_____ 7 Alcoholismo.

_____ 8 Desorden por uso de drogas.

_____ 9 Personalidad antisocial.

_____ °10 Otros 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.

° Si es Psicosis Funcional inespecífica u otro desorden psiquiátrico, anótese el diagnóstico clínico más probable: _____

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

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.
- _____ 2a Esquizaafectiva, manía.
Marque 1 ó 2.
_____ 1 remitente
_____ 2 crónico.
- _____ 2b Depresión⁴ esquizaafectiva.
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 períodos de inicio deben ser indicados aunque no sean codificados.

_____ No existe información.

_____ Edad, si vive (estimación óptima).

_____ Edad en que murió (estimación óptima).

_____ Muerte natural.

_____ Muerte accidental.

_____ Intento(s) de suicidio.

_____ Suicidio consumado.

_____ Período de incapacidad social por razón psiquiátrica.

_____ Hospitalización por razón psiquiátrica.

_____ Número de hospitalizaciones psiquiátricas (estimación óptima).

_____ Tx. somáticos por razón psiquiátrica.

_____ Tx. psicológicos por razón psiquiátrica.

_____ Edad en que se presentó la primera enfermedad psiquiátrica.

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 _____ es
pos(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).

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA COMPAREO
(ver el formato)

Hoja No. 2

Apellido: _____

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 _____ el mismo; 2 _____ en
poso(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 ca-
so índice.

Número I. D. de su compañero(a) _____ del caso índice. Pa-
rentesco: 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, monicigótico.

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 compartidos: _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

No existe información.

Edad, si vive (estimación óptima).

Edad en que murió (estimación óptima).

Muerte natural.

Muerte accidental.

Intento(s) de suicidio.

Suicidio consumado.

Período de incapacidad social por razón psiquiátri-
ca.

Hospitalización por razón psiquiátrica.

Número de hospitalizaciones psiquiátricas (estima-
ción óptima).

Tx. somáticos por razón psiquiátrica.

Tx. psicológicos por razón psiquiátrica.

Edad en que se presentó la primera enfermedad psi-
quiátrica.

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.
- _____ 2a Esquizoafectiva, manía.
Marque 1 ó 2.
_____ 1 remitente
_____ 2 crónico.
- _____ 2b Depresión esquizoafectiva.
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 distórico.
_____ 1 No.
_____ 2 Sí.

- _____ 7 Alcoholismo.
- _____ 8 Desorden por uso de drogas.
- _____ 9 Personalidad antisocial.
- _____ *10 Otros desórdenes psiquiátricos.
Curso: 1 _____ remitente; 2 _____ crónico.
Humor distórico: 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.

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

* Si es Psicosis funcional inespecífica u 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:

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados: _____

Apellido del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados: _____

Estado No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

Relación del informante con el sujeto índice: 1 _____ el mismo; 2 _____ es (social); 3 _____ madre; 4 _____ padre; 5 _____ hermano; 6 _____ hijo; 7 _____ Otro (consensar): _____

Código de relación del informante que está siendo descrito:
4 _____ hijo.

Nombre del hijo(a): _____ del caso índice. Parentesco: 1 _____ biológico; 2 _____ adoptado; 3 _____ de crianza; 4 _____ hijastro.

Número de parto múltiple: 1 _____ no; 2 _____ sí, cigocidad desconocida; 3 _____ sí, dizigótico; 4 _____ sí, monoigótico.

Sexo: 1 _____ masculino; 2 _____ femenino.

Orden de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento (mes/año): _____

_____ No existe información.

_____ Edad, si vivo (estimación óptima).

_____ Edad en que murió (estimación óptima).

_____ Muerte natural.

_____ Muerte accidental.

_____ Intento(s) de suicidio.

_____ Suicidio consumado.

_____ Período de incapacidad social por razón psiquiátrica.

_____ Hospitalización por razón psiquiátrica.

_____ Número de hospitalizaciones psiquiátricas (estimación óptima).

_____ Tx. somáticos por razón psiquiátrica.

_____ Tx. psicológicos por razón psiquiátrica.

_____ Edad en que se presentó la primera enfermedad 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.
- _____ 2a Esquizoafectiva, manía.
 Marque 1 ó 2.
 _____ 1 remitente
 _____ 2 crónico.
- _____ 3b Depresión esquizoafectiva.
 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.

Edad de inicio*

- _____ 7 Alcoholismo.
- _____ 8 Desorden por uso de drogas.
- _____ 9 Personalidad antisocial.
- _____ 10 Otros 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.

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

* Si es Psicosis Funcional inespecífica u otro desorden psiquiátrico, anótese el diagnóstico clínico más probable: _____

Información miscelánea (opcional).

_____ ceguera al color:
1 _____ no; 2 _____ probable; 3 _____ conocido.

_____ Apparently 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 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). _____	_____	_____	_____	_____

D I A G N O S T I C O S

	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. maniacos _____	_____	_____	_____	_____
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 _____	_____	_____	_____	_____

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

3

	<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Hermano</u>	<u>Hijo</u>
Número de otros desórdenes psiquiátricos con disforia.	_____	_____	_____	_____
Número 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/dio para que fuera criado parientes del sujeto índice: 1 _____ No; 2 _____

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 estudio de apareamiento por afinidad: 1 _____ No; 2 _____ Sí.