

11241
30
207

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
PSICOLOGIA MEDICA Y SALUD MENTAL

FACULTAD DE MEDICINA

PREVALENCIA DEL ALCOHOLISMO, FARMACODEPENDENCIA
Y TRASTORNOS AFECTIVOS EN FAMILIARES DE
PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL,
ORGANICO MIXTO POR ABUSO
DE INHALANTES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tesina que para obtener el grado de:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :

DRA. SARA ALICIA REVUELTA ZUÑIGA

México, D.F., 1991



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 está 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

	PAG.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	10
POBLACION A ESTUDIAR	11
METODOLOGIA	11
MATERIAL	12
DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO	13
RESULTADOS	17
DISCUSION Y CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA	22
ANEXOS	

INTRODUCCION

En el abuso y la perpetuación del uso de sustancias - inhalantes y otras drogas se han involucrado aspectos gené ticos, familiares y socioculturales, entre otros.

El enfoque familiar en estudio del paciente farmacode pendiente es importante. En diversas investigaciones se ha obsevado que, con frecuencia, los padres de estos pacientes fueron alcohólicos e incapaces de formar vínculos estables con la familia de procreación debido a una falta de dife-- renciación e individuación de la familia de origen. Esto - es congruente con estructuras de carácter primitivas. De - tal forma que cuando estos padres alcohólicos deben reali-- zar relaciones interpersonales éstas tienden ha ser de ti-- po compensatorio para elevar la baja autoestima; así se - establece una disfunción en la dinámica familiar porque -- los hijos son percibidos como una forma de autocompensarse perpetuándose la simbiosis como alguna forma de dependencia En este trabajo nos referiremos a la causada por los inha-- lantes .

El detectar de manera indirecta por medio de la Historia - Familiar esta problemática, permitirá incidir sobre la pato-- logfa psiquiátrica involucrada.

Se considera a la familia como un sistema abierto don-- de la dinámica de apertura y cierre son fundamentales. Ocu-- pando una posición intermedia entre el individuo y la so-- ciedad po lo tanto, la apertura y el cierre indican el e-- quilibrio entre la individuación y la socialización.

ANTECEDENTES

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 estudiarla por métodos indirectos, como la identificación de familiares afectados por un mismo padecimiento.

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. Este último se considera como el estándar de oro para establecer diagnósticos. El instrumento más utilizado para evaluar indirectamente patología psiquiátrica en familias de sujetos en estudio, es la Historia Familiar para los Criterios Diagnósticos de Investigación (FH-RDC) (1).

Este es una entrevista semiestructurada, con reactivos para determinar la presencia de trastornos psiquiátricos en algún momento de la vida, en familiares de primer grado de los casos índice estudiados. Incluye criterios diagnósticos amplios pero bien definidos, para esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, depresión, manía, síndrome orgánico cerebral, psicosis funcional, alcoholismo, trastorno por uso de sustancias personalidad antisocial, trastorno bipolar, depresión unipolar recurrente y ausencia de trastorno psiquiátrico. Consigna además los suicidios consumados y los intentos del mismo, las incapacidades sociales por razón psiquiátrica y la histo

Para esquizofrenia se reportó un 31% de sensibilidad, un 100% de especificidad y un 50% de valor predictivo; para trastornos psicóticos 69%, 99% y 26% respectivamente y para trastorno esquizoafectivo 43%, 100% y 40%.

Mencionan los autores que estos resultados deberán tomarse con reserva ya que aún cuando suponemos que el SADS-L es adecuado para tomarlo como estándar de oro no se cuenta -- que con bases empíricas para inferir la posibilidad de que en la entrevista directa el sujeto intente minimizar su -- psicopatología En la entrevista 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 el alcoholismo, el abuso de sustancias y el trastorno antisocial.

Tampoco se descarta la posibilidad de que esto suceda con la información aportada por el familiar.

Las características ideales para los estudios de Historia Familiar son:

- 1.- El uso de una entrevista estructurada y de criterios explícitos de inclusión y exclusión para cada caso fn dice.

- 2.- Una Evaluación diagnóstica realizada por personal calificado que desconozca el diagnóstico del sujeto y si se está evaluando al caso índice o al familiar.

- 3.- El uso del método de estudio familiar o la combinación de éste con el de historia familiar para poder extraer conclusiones contundentes.

4.- Criterios diagn6sticos confiables y operacionales.

El consumo de sustancias que alteran el estado de ánmo ha sido un hábito común en la mayor parte de las sociedades y el consumo de solventes no es la excepción.

Existe referencia a la inhalación de vapores desde la época del Oráculo de Delfos.

El fenómeno de uso y abuso de drogas en México ha adquirido proporciones importantes y alarmantes.

Debemos considerar que todas las sustancias inhalantes con efectos psicotr6picos son hidrocarburos solventes volátiles obtenidos del petróleo y gas natural.

En un sentido estricto las sustancias inhalantes con efectos psicotr6picos afectan principalmente a la población de niños y jóvenes en la etapa de desarrollo, tanto físico como emocional y se observan deficiencias en el rendimiento escolar y conductas de tipo delictivo en algunas ocasiones. (6)

Estas sustancias se absorben por los pulmones rápidamente llegando al cerebro sin pasar por el hígado y por tanto, sin exponerse a la acción de enzimas detoxificantes.

Esto ocasiona que sus efectos sean más rápidos e intensos que cuando se consumen por vía oral y que, generalmente, produzcan efectos en el sistema nervioso central similares a los de otras sustancias sedantes e hipnóticas.

En dosis pequeñas pueden producir un estado de intoxicación similar al que se experimenta con el alcohol, a menudo acompañado por distorsiones sensoriales temporales, en algunos casos ideación delirante causada por el deterioro cognoscitivo, además pueden generar conductas ex-

trañas, anomalías emocionales y falta de motivación; esta última asociada, en ocasiones, a disfunción cerebral transitoria o permanente.

Las investigaciones sobre los patrones familiares de trastornos psiquiátricos no aportan datos concernientes a la prevalencia de enfermedades mentales entre los familiares de pacientes farmacodependientes, por lo que es necesario determinar la existencia de factores familiares que -- predispongan a padecer algun trastorno de tipo afectivo.

El problema de la farmacodependencia se ha extendido desde la década de los 60s en todo el mundo. El tolueno -- contenido en los adhesivos es el mas comúnmente empleado -- para su consumo por inhaladores.

Fisburn y cols (7) estudiaron una población urbana y otra rural y encontraron una prevalencia de abuso de inhalables del 16.5%, los sujetos con uan edad entre los 12 y 17 años, del 9.8% en sujetos de 18 a 25 años y de 3.9% los mayores de 25 años.

Medina Mora y cols (8) reportaron para México, una prevalencia de uso de drogas no médicas del 7.9% ocupando los inhalantes el tercer lugar en consuno con 0.7%

Ramsey y cols (9) reportaron en el Reino Unido, que el 9.8% de los niños entre 13 y 15 años de edad atendidos en una escuela secundaria en Glasgow, habfan consumido volátiles la cuarta parte de ellos eran consumidores habituales, de solventes otra cuarta parte los usaba esporádicamente -- y el resto reportó haberlos consumido en una sola ocasión. No observaron esta práctica en sujetos de 16 años o más.

Habitualmente el instrumento se aplica a dos personas una puede ser el propio caso índice y otra el familiar con mayor información. Este dependiendo de la edad y circunstancias, puede ser cualquiera de los padres, hermanos o hijos.

Los instrumentos mas comunes en estudios familiares son la cédula para trastornos afectivos y esquizofrenia, versión longitudinal (SADS-L) (2); y el examen mental del estado actual (PSE); para evaluar el diagnóstico principal con criterios diagnósticos específicos (3).

Andreasen y cols (4) evaluaron la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo del FH-RDC, tomando como punto de comparación los diagnósticos asignados 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). Estos autores reportan una sensibilidad del 68% una especificidad del 88% y un valor predictivo del 75% 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 se toma la información tanto del caso índice como la del mejor informante. En otro estudio Andreasen y cols(5); reportaron la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo del instrumento, como método de identificación de casos para diversos trastornos psiquiátricos.

Por otra parte Gay y Cols (10) identificaron también, en el Reino Unido 304 adictos a volátiles en una población de 250,000 individuos en riesgo durante un periodo de seis meses; el 77% tenía una edad entre los 14 y los 17 años.

De esta población sólo el 24% había abusado de solventes durante más de seis meses y el 4% era adicto además, al alcohol y otras drogas. Tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos el abuso de estas sustancias parece tener una frecuencia de por lo menos el doble entre los hombres en comparación con las mujeres.

De la Garza y Cols (11); realizaron en Monterrey, N.L. un estudio comparativo en 525 hogares de una comunidad marginal y detectaron 36 familias con hijos inhaladores con los siguientes resultados: La incidencia de inhaladores de la Colonia estudiada fue del 10.1% con un rango de edad entre 8 y 15 años. De cada 10 hogares uno presentó esta problemática.

En las familias de inhaladores el 38.8% de las familias tuvieron alcoholismo, se calcula que en México el 15% de hombres eran alcohólicos. El 48.1% de los casos índice utilizaban, además de los inhalantes otras drogas.

Algunas familias en las que se detectó la prevalencia de inhaladores provenían de zonas rurales. El autor supone que al llegar a la ciudad aumentaron sus niveles de ansiedad, de depresión dificultando su adaptación a una nueva vida.

Del total de familias se encontró que en uno de cada 5, esto es en el 20% de las familias se utilizaba el alcohol o alguna otra droga. En las familias de los inhalado

res fué dos veces mayor (48%).

Los padres de familia de los inhaladores tenían una edad-- de más de 40 años de edad; época frecuente de crisis tanto social como económica en los padres, sumando ésto a los - conflictos propios de la adolescencia de los inhaladores. En los hogares donde los padres estaban ausentes ya sea -- por muerte o abandono se encontró una prevalencia del 27.7% de inhaladores como consecuencia de la privación afectiva-social, cultural y económica.

Los índices de mortalidad dentro de familias de los sujetos inhaladores fué del 44.4%.

Por último, se menciona al analfabetismo como una situación que implica la falta de información de los daños producidos por los solventes industriales y el alcoholismo en todos - los niveles. Dentro de los perfiles psicopatológicos encontrados en los inhaladores se mencionan los siguientes: un alto porcentaje de depresión, seguido de crisis de la - adolescencia y psicopatía; la esquizofrenia, la personalidad esquizoide y el daño orgánico, se presentaron con la - misma frecuencia(12).

En otro estudio realizado por Codoret y cols (13); se menciona que padecían alcoholismo con una personalidad anti social cuando son hombres, y las mujeres presentan otros - padecimientos psiquiátricos como retraso mental.

Otros factores de riesgo para desarrollar un trastorno por abuso de sustancias mencionados son las disfunciones de -- los padres: divorcio o la separación, la muerte de alguno- de ellos antes de que el hijo cumpla 19 años de edad, la falta de recursos materiales y los culturales.

Una gran parte de los pacientes farmacodependientes - abusan del alcohol y combinana otras drogas, entre ellas - la marihuana, las anfetaminas, los barbitúricos, los opioides, la cocaína y los alucinógenos.

La frecuencia en el consumo de drogas en nuestro país es-- la siguiente:

1.- marihuana, 2.- inhalación de solventes, 3.- amfetaminas
4.- barbitúricos, 5.- cocaína y 6.- opioides.

El orden de abuso de estas sustancias refleja la gran problemática de salud que presenta México y lo que representa a nivel económico, médico y educacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los sujetos inhaladores presentan un perfil caracterológico y patológico tanto en el ámbito médico como en el psiquiátrico ligado a múltiples factores tanto genéticos como psicológicos y ambientales.

De aquí que el ámbito natural de estudio de la farmacodependencia no sea únicamente el del consultorio o el hospital sino en el seno de la familia.

Lo que enfatiza la necesidad de estudiar los fenómenos intrafamiliares que promueven y perpetúan esta condición.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Se trata de un estudio descriptivo, transversal en el cual se obtuvo información acerca de los familiares de primer grado de una muestra de treinta pacientes con el diagnóstico de trastorno mental orgánico mixto (TMOM) con el fin de evaluar la frecuencia de algunas alteraciones psiquiátricas. La información se obtuvo por medio de la entrevista indirecta a través del instrumento FH-RDC. Se entrevistó al familiar mejor informado y/o al caso índice en relación con todos los familiares de primer grado, incluyendo los ya fallecidos.

Con base en esta información fué factible emitir los diagnósticos pertinentes, para lo cual se utilizaron criterios del FH-RDC.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes del sexo masculino entre 15 y 68 años de edad, residentes del área metropolitana del D.F.; hospitalizados en el Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en el tercero y cuarto piso sin sintomatología psicótica durante el estudio así como agitación psicomotriz. Que reunieran los criterios diagnósticos del DSMIII-R y RDC para (TMOM). Por último que aceptaran ingresar al estudio y se mostraran cooperadores.

METODOLOGIA:

Procedimiento.- la investigación se llevó a cabo en pacientes hospitalizados en el HPFBA mediante una entrevista no estructurada para los criterios diagnósticos de (TMOM) según DSMIII-R. Fueron evaluados por un sólo entrevistador. Bajo previo consentimiento. Se obtuvo información de 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 a los casos índice y/o al familiar mejor informante. Se tomaron los datos aportados, el número de familiares que recibió el diagnóstico sobre todo de trastornos --- afectivos, farmacodependencia, alcoholismo y el resto de trastornos psiquiátricos según el RDC.

MATERIAL:

Se requirió de hoja de trabajo FH-RDC, entrevista estructurada FH-RDC, criterios diagnósticos FH-RDC para familiares y del -- DSMIII-R y RDC para los pacientes hospitalizados (caso índice) Hojas de resúmenes familiares de primer grado FH-RDC y del vaciado de datos para cada familia. Con excepción de los criterios del DSMIII-R todo el material fué facilitado por el Instituto méxico de Psiquiatría.

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

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

INSTRUCCIONES:

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

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

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

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

hoja de datos para hermanos, si se desea evaluar al Sujeto Indice con el FH-RDC, pero el entrevistador debe tener cuidado de anotar en ella que se trata del Caso Indice.

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

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

RESULTADOS:

Del análisis estadístico que se realizó se obtuvieron los siguientes resultados; expresados en porcentaje.

La población estudiada fué de 225 sujetos (familiares de los casos índice).

Se utilizó el FH-RDC ; el cual fué aplicado al familiar con mayor información para detectar trastornos psiquiátricos dentro de cada miembro de la familia. (aplicado a 30 familias).

Se observó una prevalencia de trastornos psiquiátricos del 23.2% como se observa en la gráfica 1; de éste 23.2% el 7.6% correspondió a trastornos por uso de drogas, el 6.2% -- engloba otros trastornos psiquiátricos como síndromes orgánico cerebrales, trastorno de personalidad antisocial, psicosis funcional no específica entre otros.

El 5.8% representa al alcoholismo y el 3.6% a la depresión.

En la gráfica 2; se observa la frecuencia de trastornos psiquiátricos según el sexo. Siendo a simple vista representativo el predominio del sexo masculino.

Dentro de los trastornos detectados en el sexo masculino -- tenemos en primer término al alcoholismo (90.3%), por uso de drogas 83%, y por otros trastornos psiquiátricos el 63%.

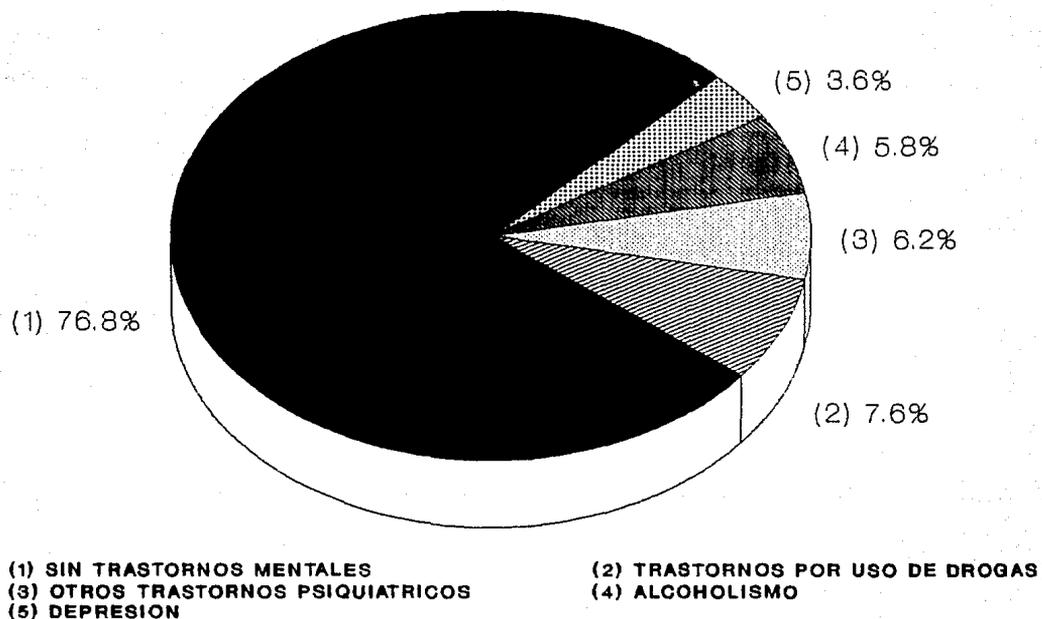
El alcoholismo se presentó en el 8.7% de las mujeres, -- el uso de drogas en el 17%, y otros trastornos psiquiátricos se presentaron en el 38%.

En la gráfica 3; se observa la edad promedio de los sujetos que presentaron trastornos psiquiátricos. El alcoholismo predominó en los sujetos mayores de 40 años, el -- trastorno por uso de drogas se presentó en sujetos mayores de 20 años, depresión en mayores de 40 años y los su jetos que presentaron otros trastornos psiquiátricos tenían un promedio de edad de 38 años.

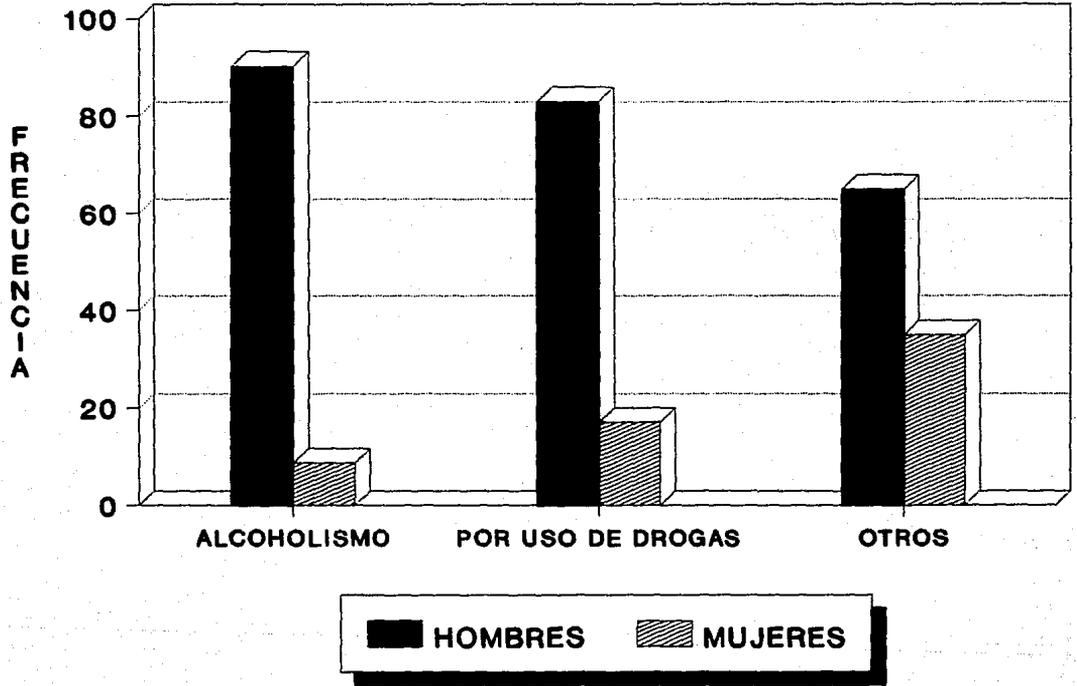
En la gráfica 4; se observa la prevalencia de trastornos psiquiátricos por hogar. El 40% de la muestra pre sentó alcoholismo, el 4.6% trastorno por uso de drogas, dentro de otros trastornos psiquiátricos el 36.6% y de-- presión en el 20%.

En el 76.9% de la población total no se detectaron - trastornos psiquiátricos; predominando el sexo masculino (59%), con una edad promedio de 26 años.

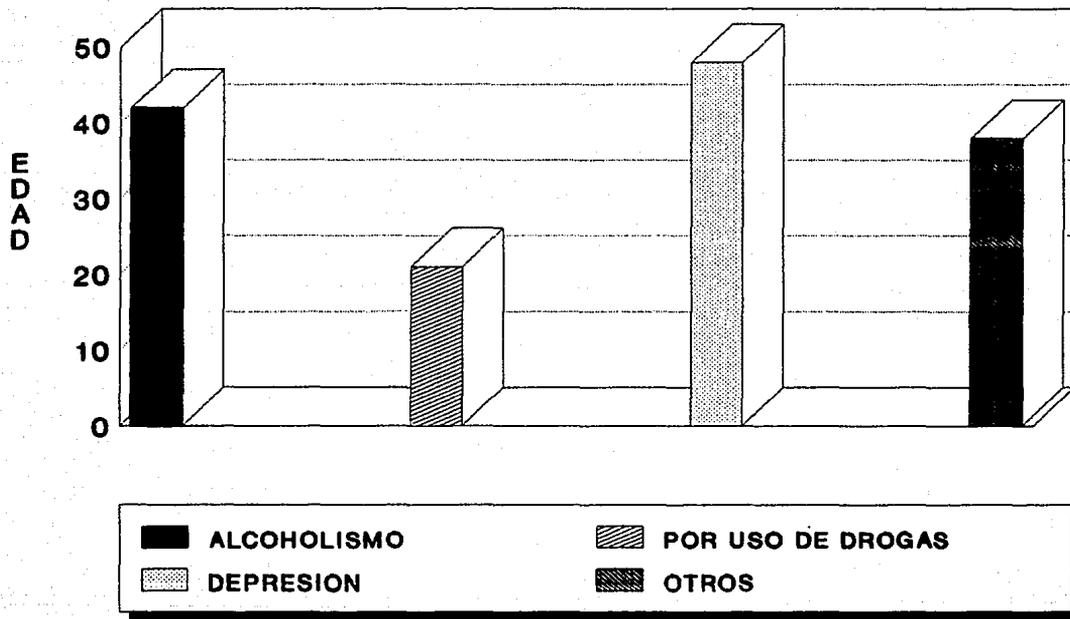
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN FAMILIARES DE CASOS INDICE



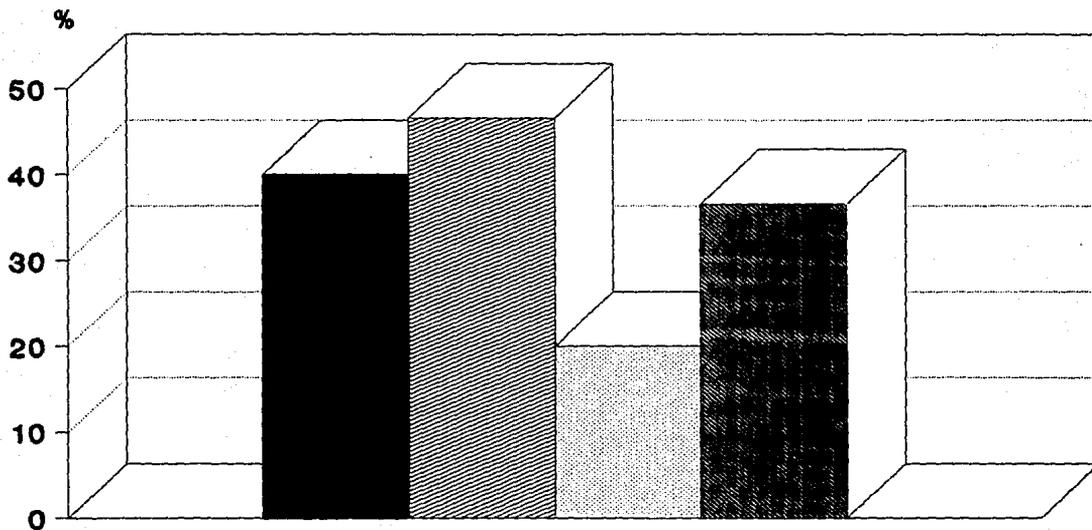
FRECUENCIA DE TRASTORNOS SEGUN SEXO



EDAD PROMEDIO DE LOS FAMILIARES CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS



PREVALENCIA DE TRASTORNOS POR HOGAR



ALCOHOLISMO

DEPRESION

POR USO DE DROGAS

OTROS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION:

Los estresores detectados en los pacientes inhaladores fueron ansiedad, depresión, dificultades de adaptación, carencias económicas, analfabetismo.

La emigración fue uno de los estresores detectados como importantes, pues todos los fenómenos adaptativos provocan ansiedad lo cual perpetua la dependencia sobre todo los adolescentes, ya que en esta etapa se conjuntan una serie de fenómenos que pueden ser entendidos, e individualizados de acuerdo a su caracteriología y entorno.

Una de las causas que motiva acudir a esta población a las zonas marginadas de las grandes urbes son los escasos recursos económicos, acentuándose el choque cultural. Esto se refleja en las familias de los inhaladores.

Estas pequeñas organizaciones representan patología crítica y mental dentro de esta sabemos que los inhalantes provocan distorsiones visuales, promueven estados euforizantes y generan una situación de estatus en el grupo social lo cual tiende a perpetuar su uso. Si recordamos que todas estas organizaciones (familia), forman todo un sistema que es la sociedad, y traduce la magnitud e importancia del problema no solo en un miembro de la familia sino en un conjunto.

Si se pretende que la calidad de vida mejore en general hay que trabajar con sus subsistemas.

Los resultados obtenidos en esta investigación son semejantes a los reportados por el Dr. De la Garza (12). Con diferencia en la metodología de investigación, puesto que De la Garza no describe en material ni el método utilizado, ni los criterios diagnósticos. Lo que si es descrito en esta investigación. Aumentando la validez del estudio.

CONCLUSION

Los resultados obtenidos están de acuerdo con los del Dr. De la Garza y Cols, siendo clara una prevalencia alta de trastornos psiquiátricos cuando ésta se calcula por hogar en lugar de en el total de familiares.

La prevalencia de depresión no varió con respecto a la de la población general porque los criterios diagnósticos utilizados (RDC) no son específicos para identificar depresión y algunos de éstos son compartidos por otros padecimientos. como alcoholismo, abuso de drogas entre otros.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Edicott, J, Andreasen, N., Spitzer, R.L.: Family History-- Reserch Diagnostic Criteria. New York, Biometrics Research New York State Psychiatric Institute, 1975.
- 2.- Spitzer, R.L., Edicott, J: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Lifetime Version, New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1975.
- 3.- Wing, J.: Present State Examination, Ed. 8, London, MRC -- Psychiatric Reasearch Unit, Institute of Psychiatry, 1968.
- 4.- Andreasen, N.C. et al: The Family History Method Using ---- Diagnostic Criteria, Reability and Validity. Arch Gen Psychiatry 34:1229, 1977.
- 5.- Andreasen, N.C. et al: The Family History Approach to Diagnosis Arch Gen Psychiatry 43:421, 1986.
- 6.- Sandra B. Coleman, Ph.D.: Incomplete Mourning and Addict/-- Family Transactions. National Institute on Drug Abuse March, 1980.
- 7.- FisburnGJ, Davis DH: The social backgrounds of young addicts-- as elicited in interviews with their parents. Acta Psychiatr Scand 1972;48:146-173.
- 8.- Medina Mora ME: Drug use in Latioamérica, A review of literature paper prepared under request of PAHO; 1985.
- 9.- Ramsey DJ, Sayers M.:Theories of Drug Abuse: Selected Contempo rary Perspectives. Natl Inst Drug Abuse Res Monogr Ser 1980;30:488 XII.
- 10.- Gay B., Glaser H,: Inhalation psychosis and related states. - Arch Con. Psychiat. March,14; 1988.

11.- De la Garza y cols.; Estudio Psicológico, familiar y--social del paciente inhalador. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. 1977; 406-423.

12.- De la Garza et cols; Psychological familiar and social study of 32 patients using inhalants; voluntary inhalation-of industrial solvents, Sharp Carroll; 79-779;1978 NIDA.

13.- RemiJ Cadret et cols; An adoption Study of Genetic and Environmental Factors in Drug Abuse.; Arch Gen Psychiatry-Vol 43, Dec. 1986.

USO DE LA GUIA DE ENTREVISTA PARA FH-RDC

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

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

GUIA DE ENTREVISTA

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

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

DEPRESION:

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

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

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

Uso de la guía de entrevista para FH-RDC

MANIA

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

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

ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

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

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

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

ALCOHOLISMO:

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

TRASTORNO POR USO DE DROGAS:

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

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

ANTISOCIAL:

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

Si se han contestado afirmativamente más de 3 criterios:

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

OTROS SINTOMAS:

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

TRASTORNOS POR ANSIEDAD BASADOS EN EL DSM-III

CRISIS DE ANGUSTIA:

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

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

AGORAFOBIA:

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

¿Influyó esto en su desempeño laboral o social?.

OBSESIVO-COMPULSIVO

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

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

ANSIEDAD GENERALIZADA

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

FOBIAS

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

Si la respuesta es afirmativa: Especifique.

Realizar invariablemente estas preguntas cuando se evalúa a un menor.

ANSIEDAD DE SEPARACION

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

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

TRASTORNO DE EVITACION

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

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

TRASTORNO DE SOBREENSIEDAD

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

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

DIAGNOSTICO

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

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

Se requiere desde el A hasta el C

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

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

Se requiere desde el A hasta el C

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

Estado de Animo Disfórico:

Ya sea:

- 1) Un estado de ánimo deprimido (ej. triste, sin interés, ideación suicida, llanto constante, etc.).
- ó
- 2) Algún otro estado de ánimo disfórico (ej. ansioso, irritable,

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

Estado de Animo Maníaco:

Ya sea:

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

ó

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

B. Uno de los siguientes:

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

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

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

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

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

3.

TRASTORNO DEPRESIVO

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

Son requeridos desde la A hasta la E

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

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

ó

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

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

1) TEC o medicación antidepresiva conocida

2) Hospitalización

3) Conducta suicida

4) Tratamiento tanto para A 1 como para A 2

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

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

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

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

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

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

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

4.

TRASTORNO MANIACO

Se requieren de la A a la D.

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

Ya sea:

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

ó

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

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

1) Ha recibido tratamiento para síntomas maniacos.

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

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

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

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

5. **SINDROME ORGANICO CEREBRAL SENIL**

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

6. **PSICOSIS FUNCIONAL NO ESPECIFICADA***

Se requieren A y B.

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

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

7.

ALCOHOLISMO

Se requieren A y B.

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

8.

TRASTORNO POR USO DE DROGAS

Se requieren A y B.

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

9.

PERSONALIDAD ANTISOCIAL

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

A. El inicio de los problemas en B probablemente comenzaron antes de la edad de 15 años. No debe hacerse el diagnóstico en individuos por debajo de la edad de 18 años.

B. Al menos 3 de los siguientes incisos:

- 1) Peleas
- 2) Hurtos (no limitados para mantener el hábito a las drogas)
- 3) Vagancia
- 4) Expulsión de la escuela por un problema de conducta
- 5) Abandono del hogar
- 6) Problemas legales que hayan conducido al arresto, custodia o encarcelamiento.
- 7) Mentiras persistentes y repetidas
- 8) Múltiples cambios de trabajo por despido o renuncia, o antecedentes de no haber trabajado nunca debido a la conducta antisocial.
- 9) 2 ó más divorcios, abandono de familia o ataques físicos frecuentes a la esposa.

C. No reúne los criterios para Esquizofrenia Crónica o para Trastornos Esquizoafectivos crónicos tal como son definidos en este manual.

10.

OTRO TRASTORNO PSIQUIATRICO*

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

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

Al menos 1 de los siguientes incisos es requerido:

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

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

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

11. **BIPOLAR**

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

12. **UNIPOLAR RECURRENTE**

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

13.

SE DESCONOCE TRASTORNO MENTAL

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

Información Miscélanea (Opcional)

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

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

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

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

ANEXO 1

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA PADRES

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

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

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

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

Código de relación del familiar que está siendo descrito:

1 ____ madre; 2 ____ padre.

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

Nombre del padre/madre _____ del caso índice.

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

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

ANEXO 2

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA HERMANOS

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

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

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

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

Código de relación del informante que está siendo descrito:

3 ___ hermano.

Nombre de su hermano: _____ del caso índice.

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

Parentesco: 1 ___ hermano; 2 ___ medio-hermano; 3 ___ hermanastro;
4 ___ adoptivo.

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

SEXO: 1 ___ masculino; 2 ___ femenino

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

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

ANEXO 3

HISTORIA FAMILIAR. - HOJA DE DATOS PARA HIJOS

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

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

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

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

Código de relación del informante que está siendo descrito:

4 ___ hijos.

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

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

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

SEXO: 1 ___ masculino; 2 ___ femenino

Orden de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento (mes/año): _____

HISTORIA FAMILIAR - HOJA DE DATOS PARA COMPAÑERO
(actual o pasado)

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados:

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

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

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

Código de relación del familiar que está siendo descrito:

5 ___ compañero (actual o pasado).

Nombre del compañero (a) _____ del
caso índice.

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

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

SEXO: 1 ___ masculino; 2 ___ femenino.

Si es co-padre ¿cuántos hijos comparte: _____

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

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

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

Edad de inicio*

- _____ 1 Esquizofrenia crónica.
- _____ 2. 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.

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

Información miscelánea (opcional).

ceguera al color:

1 _____ no; 2 _____ probable; 3 _____ conocido.

Aparentemente tiene una enfermedad no mental de tipo hereditario (ver lista):

1 _____ no; 2 _____ sí.

Impresión diagnóstica clínica (usando términos del DSM-III si es posible):

Comentarios:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 6

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

Tarjeta No. _____

Nombre del sujeto cuyos parientes están siendo evaluados: _____

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

Estudio No. _____ Evaluador No. _____

Nombre del informante: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. maníacos _____	_____	_____	_____	_____
Número de SOC senil _____	_____	_____	_____	_____
Número de psicosis inespecíficas remitentes _____	_____	_____	_____	_____
Número de psicosis funcionales inespecíficas, crónicas _____	_____	_____	_____	_____
Número de psicosis funcionales inespecíficas con disforia _____	_____	_____	_____	_____
Número de alcohólicos _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. por uso de drogas _____	_____	_____	_____	_____
Número de t. de personalidad antisocial _____	_____	_____	_____	_____
Número de otros desórdenes psiquiátricos remitentes _____	_____	_____	_____	_____
Número de otros desórdenes psiquiátricos crónicos _____	_____	_____	_____	_____

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

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

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

Comentarios:

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