

11241  
2 y 24

PSICOSIS REACTIVA EN MUJERES JOVENES,  
CONSIDERACIONES SOBRE EL CUADRO CLINICO,  
CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD Y PRONOSTICO.

DEPTO. DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FAC. DE MEDICINA U.N.A.M.

TESINA PRESENTADA PARA EL CURSO DE  
POSTGRADO DE ESPECIALIZACION EN  
PSIQUIATRIA.  
GENERACION 1982-85.

ALBERTO GUERRERO OCHOA

DRA. EMILIA LUCIO  
SUPERVISORA

*Dr. Malpica*

FALLA DE ORIGEN

16-III-85  
*Alber Guerrero*

11241



## **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

- 1.- ANTECEDENTES
- 6.- MARCO TEORICO
- 13.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 15.- HIPOTESIS
- 16.- OBJETIVOS
- 17.- METODOLOGIA
- 21.- PRESENTACION DE RESULTADOS, ASPECTOS CLINICOS
- 33.- PRESENTACION DE RESULTADOS, CARACTERISTICAS  
DE LA PERSONALIDAD
- 36.- PRESENTACION DE RESULTADOS, PRONOSTICO
- 37.- COMENTARIOS
- 39.- BIBLIOGRAFIA

ANTECEDENTES

A fines del siglo XIX Kraepelin establece los fundamentos de la nosología psiquiátrica moderna. A partir de entonces se han ido delimitando otros trastornos psiquiátricos que no eran comprendidos en las categorías clásicas establecidas. Los síndromes que han merecido especial atención en las pasadas décadas son la Psicosis Reactiva y los Síndromes de Folie à Deux, de Capgras, de Gilles de la Tourette y el de Munchausen. Por otra parte se ha hecho énfasis en trastornos mentales que están relacionados con aspectos culturales regionales de manera que sólo se observan en ciertos grupos humanos como en el caso del Amok, Latah, Piblokto, Wintigo y Voodoo.

El curso que ha tomado la investigación clínica sobre estos aspectos corresponde a un interés en considerar los eventos de la vida que pueden causar trastornos psiquiátricos y además entenderlos de su propio contexto cultural.

Lo que ahora se denomina Psicosis Reactiva estaba incorporado inicialmente a la categoría de Psicosis Esquizofrénicas, ésto se explica por que la sintomatología objetiva es similar en ambos casos. Sin embargo Bleuler ya diferenciaba un tipo de Psicosis Esquizofrénica que tenía una evolución aguda y presentaban cierta coorrelación temporal con eventos de la vida del sujeto que eran especialmente significativos.

Jaspers (1) desarrolla el término de Psicosis Reactiva; "En las Psicosis Reactivas se observan, o bien una reacción inmediata ante una vivencia decisiva, o después de una maduración más larga inadvertida, una especie de descarga, por decirlo así,

en relación comprensible con el destino y las impresiones diariamente repetidas".

Para Jaspers algunas psicosis pueden entenderse como una fuga en la enfermedad para escapar de la realidad, "La psicosis tiene un sentido, como conjunto o en particular; sirve a la defensa, a la seguridad, a la fuga, a la satisfacción del deseo. Nace del conflicto con la realidad que, tal como es, no es tolerada más tiempo".

Según los motivos, lo que llamaríamos ahora tipos de stress, Jaspers establece una clasificación inicial; Psicosis carcelarias, Neurosis de renta después de accidentes, Neurosis de catástrofes, Reacciones nostálgicas, Psicosis de guerra y Psicosis de aislamiento.

Jaspers establece las variedades clínicas de la Psicosis Reactiva, denominándolas estructuras psíquicas especiales. Son cinco variedades: a) Las caracterizadas por tristeza, apatía, inhibición de la actividad física. b) En las que destaca el furor y la rabia, movimientos desordenados, reacciones de arrebato. c) Las llamadas histéricas en donde el acontecimiento originario no es consciente para el paciente, aparecen reacciones teatrales. d) Es el estado crepuscular de Ganser, hay obnubilación, puerilismo, y signos físicos de histeria como analgesias. e) Las reacciones paranoide-alucinatorias.

Jaspers hace notar que existen pacientes que sufren psicosis reactivas sin mostrar nada psicopático ni antes ni después del brote psicótico. Admite de cualquier manera que pueden ocurrir psicosis reactivas en esquizofrénicos o en débiles mentales.

En otro trabajo (2) Jaspers detalla la metodología a seguir en el estudio de las Psicosis Reactivas a través de la Psicología Comprensiva. Jaspers empieza a considerar que un factor de la Psicosis Reactiva es que es curable, es decir, existe remisión completa de la sintomatología; también enfatiza que el trastorno surge en relación inmediata con una vivencia.

Establece que la multiplicidad de la conducta reactiva, su versatilidad clínica, consiste en la multiplicidad de las relaciones comprensibles.

Los ejemplos descritos por Jaspers son a la luz de la clínica contemporánea reacciones psicóticas de tipo agudo en pacientes esquizofrénicos en donde fué posible establecer una explicación fundamentándose en las vivencias trascendentes del sujeto.

La aportación de Jaspers fué fundamental para el desarrollo del estudio de los trastornos psicóticos transitorios que no tienen explicación orgánica y no corresponden a psicosis funcionales que son procesos crónicos.

Cuando Jaspers anota como una variedad de la Psicosis Reactiva a la Psicosis Histórica, suma dos trastornos psiquiátricos dando por resultado una dimensión muy compleja a esta variedad clínica, ~~hace~~ difícil determinar con precisión el diagnóstico.

La histeria por sí misma es un trastorno que ha tenido su propia evolución conceptual. La psiquiatría del siglo XIX, "naturista" se preocupa por los signos, por como "ver" al sujeto. Sydenham se interesa en describir todos los detalles observables en la Histeria. En 1859 Briquet rechaza las hipótesis sexuales que explicaban la Histeria, Pinel la había considerado una neurosis genital de la mujer; para Briquet los síntomas histéricos son

atribuidos a lesiones nerviosas no visualizables. En 1869 Charles Lasegue adelanta la hipótesis del desdoblamiento de la personalidad y sostiene que en la Histeria coexiste mas de un Yo. Con Charcot se inicia una nueva visión de la Histeria, el paciente queda subordinado a quien lo examina y la Histeria a quien la expone. La histeria se muestra, se enseña a ver, tipificar y clasificar. Kraepelin desarrolla la nomenclología pero también se preocupa por los antecedentes biográficos. Para Babinski la Histeria es el desequilibrio acarreado por la autosugestión. Para Janet lo importante es la infraestructura, aquello que detrás de las apariencias pertenece al mundo imaginario, este es el mundo del inconciente.

El término de histeria resulta ser demasiado amplio, se utiliza para referirse a una gran variedad de trastornos, Sydenham señala que los síntomas son tan diversos como contradictorios, "Como un camaleón que cambia sin cesar de colores". Para Lasegue no tiene sentido seguir intentando definiciones de Histeria "sus síntomas no son suficientemente constantes ni uniformes, ni su duración o intensidad lo bastante parejas" y propone que el vocablo histeroide podría ser más conveniente. Janet retoma esta preocupación por las definiciones y establece que la Histeria es ante todo una enfermedad de la personalidad y es una forma de depresión mental caracterizada por el estrechamiento del campo de la conciencia y por la tendencia a la disociación y a la emancipación de los sistemas de ideas y de las funciones. (4)

La correlación entre psicosis e histeria la establece Freud en su ensayo sobre una teoría psicológica de la histeria adquirida. (3)

Ejemplificando su ensayo con un caso de psicosis alucinatoria, Freud señala que el factor característico de la histeria no es la disociación de la conciencia sino la facultad de conversión. Esta propiedad no excluye por sí sola la salud psíquica y no conduce a la histeria mas que en el caso de una incompatibilidad psíquica o de un almacenamiento de excitación.

En la psicosis histérica considera que el Yo ha rechazado la representación intolerable por medio de la huida a la psicosis. El Yo se separa de la representación intolerable, pero ésta se halla inseparablemente unida a un trozo de la realidad y al desligarse de ella, el Yo se desliga también total o parcialmente de la realidad. Por otra parte la experiencia psicótica transitoria no condiciona la perduración de la histeria.

Freud considera así la importancia de un stress, denominándolo incompatibilidad psíquica, se trata de experiencias que en el sujeto tienen una repercusión psíquica peculiar; señala también que los fenómenos histéricos pueden ser transitorios estando relacionados con la experiencia psicótica.

El reconocimiento de la importancia de eventos particulares en la aparición de trastornos psicóticos transitorios no orgánicos ha sido un proceso en el que se han destacado paulatinamente aspectos culturales, sociales, económicos y familiares. Pero cuando se restringe la observación de las psicosis transitorias no orgánicas al grupo de mujeres, sobresalen los esquemas culturales que explican la psicología de la mujer, de esta manera la histeria aparece no solo como un concepto médico sino también como un mito cultural que empaña el abordaje objetivo y la comprensión del problema.



## MARCO TEORICO

Actualmente se considera a la histeria dentro del capítulo de trastornos de la personalidad.

La personalidad histriónica se caracteriza por la presencia de una evolución larga, no limitada a episodios o enfermedades; aparecen problemas en las relaciones sociales o laborales.

Existe una tendencia a tener reacciones dramáticas muy notorias. Se dramatiza exageradamente, hay una demanda alta de atención, se dan reacciones intensas ante eventos que no las justifican, el comportamiento es irracional, colérico.

Existen trastornos en las relaciones interpersonales debido a que se es egocéntrico, desconsiderado con los demás, demandante, dependiente, pide ayuda y quiere que los demás resuelvan sus problemas, es manipulador, llega a utilizar gestos suicidas. Es superficial, seductor, poco genuino, vano.

La personalidad histriónica puede relacionarse en cierta medida con la psicosis reactiva debido a que existe alguna predisposición a que en caso de stress intenso ocurran brotes psicóticos. (14) Por otra parte en algunas ocasiones es difícil diferenciar este tipo de trastornos de personalidad con la de tipo borderline.

Otros trastornos psiquiátricos como Epilepsia de Sintomatología Compleja ó Psicosis Funcionales pueden presentar simultáneamente síntomas histriónicos. (13)

Los cuadros como amnesia selectiva, fuga psicogénica, personalidad múltiple y despersonalización están incluidos en el DSM-III en el apartado de Trastornos Disociativos; el carácter inusual de estos trastornos, la relevancia extraordinaria de un síntoma explica que estén integrados en otro capítulo fuera de los Trastornos de Personalidad.

En países en donde predomina la influencia de la psiquiatría norteamericana no se ha incorporado ampliamente el término de psicosis reactiva. Son los países escandinavos quienes han desarrollado la investigación clínica. McCabe publica en 1975 un trabajo extenso sobre las características hereditarias, demográficas y clínicas de las psicosis reactivas; a raíz de este trabajo se han elaborado otros más, que han confirmado los hallazgos clínicos y también aportado distintas modalidades de acuerdo a los grupos estudiados. Es actualmente la Psicosis Reactiva una entidad nosológica ampliamente fundamentada susceptible de ser estudiada en diferentes medios socioculturales. Las psicosis reactivas están comprendidas en diversas variedades clínicas de las cuales se pueden considerar tres grandes grupos; las de tipo afectivo, las paranoides y las confusionales. Según Strongeen las variedades de psicosis están determinadas por la estructura de la personalidad afectada. Por otra parte se ha considerado que el tipo de stress condiciona la variedad clínica; las reacciones emocionales están relacionadas con los conflictos situacionales, la psicosis confusional está relacionada con un trauma que afectó la imagen del entorno o medio ambiente particular y las psicosis paranoides están relacionadas con un stress que afectó la imagen del self.

La Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM-III integra a la psicosis reactiva en el capítulo de "Trastornos Psicóticos Transitorios no clasificados en otro apartado", en este grupo se encuentran; Trastorno Esquizofreniforme (295.4), Brote Psicótico Reactivo (298.8) ; Psicosis Atípica (298.90) y T. Esquizoafectivo (295.7).

En esta clasificación del DSM-III no están consideradas las reacciones afectivas, dentro de las cuales se encuentran las de tipo depresivo y las agitadas. Están excluidas dentro de los brotes psicóticos reactivos por que se han mantenido incorporadas al apartado de Trastornos Afectivos.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud en el ICD-9 ha mantenido los criterios de Jaspers conservando en el capítulo de "Otras Psicosis no Orgánicas" a las variedades afectivas de la siguiente manera: Tipo Depresivo (298.0), Tipo Agitado (298.1), Tipo Confusional (298.2), Reacción Paranoide Aguda (298.3), Psicosis Psicogénica (298.4) y Otras Psicosis Inespecíficas (298.8), dentro de éstas se considera a la Psicosis Histórica.

La Asociación Psiquiátrica Americana define a la Psicosis Reactiva como un trastorno psicótico en donde los síntomas siempre van precedidos de un stress en el que el sujeto ha reaccionado de una manera fuertemente distímica, los síntomas pueden ser muy floridos, pero son de corta duración y el pronóstico es bueno. Se acepta que existe una tendencia a denominarle Trastorno Esquizofreniforme Agudo, Trastorno Psicótico Afectivo o Psicosis Atípica (5).

Es considerado un trastorno psicótico que se dá con más frecuencia en países poco desarrollados. En los países industrializados se les observa usualmente en adolescentes o adultos jóvenes, o bien durante la guerra o en desastres.

El stress es considerado la causa precipitante pero ~~que se concuando~~ cuando las personas que la presentan tienen cierta predisposición a las reacciones psicóticas.

El término de Psicosis Histórica ha caído en desuso; se admite su existencia pero se utilizan términos más genéricos como psicosis reactiva o psicosis psicogénica. En otras ocasiones se prefiere enumerar en el diagnóstico la presencia de un brote psicótico y de histrionismo por otra parte.

El término de Psicosis Histórica se ha restringido a casos de síntomas conversivos o disociativos que son considerados como psicóticos (6).

En la práctica diaria la utilización de la clasificación del ICD-9 da la oportunidad de designar con una tipificación precisa los casos de psicosis en donde los elementos clínicos más destacados no son ánimo depresivo, ideas paranoides o estados confusionales sino histrionismo, egocentrismo, actitudes manipulatorias, elementos que se pueden dar con frecuencia.

El término de Psicosis histórica no implica que se trate de un *individuo* con una personalidad premórbida de tipo histriónica sino que en el momento del brote psicótico aparecieron actitudes histriónicas. (13) (20)

En el grupo de mujeres la incidencia de psicosis reactivas, en donde pueden darse síntomas histriónicos, puede ocasionar que se subestime el trastorno psicótico y se consideren como características de la personalidad a los síntomas histriónicos que son temporales. (19)

Por otra parte es común que se considere a los sujetos que presentan psicosis reactivas como con déficit de inteligencia, suponiendo así que deben presentar algún grado de debilidad mental por el hecho de no haber podido tolerar el stress que desencadenó el cuadro psicótico.

Consideramos que la valoración de la importancia de stress solo se puede realizar después de conocer profundamente el significado que tuvo para el paciente en particular lo cual no siempre es posible.

Por otra parte se considera que los brotes psicóticos en Débiles Mentales tienen condicionantes que ameritan ser tomados en cuenta aparte de los cuadros psicóticos agudos en personas con inteligencia promedio. Hay en los Débiles Mentales una labilidad aumentada ante eventos de la vida para ser experimentados como traumáticos.

Por otra parte la personalidad del Débil Mental contiene elementos peculiares. Presenta retrozos afectivos que entorpecen considerablemente su adaptación social. Tienen gran necesidad de protección, su campo de actividades es muy estrecho, su egoísmo está apoyado por una exagerada sensibilidad, por su vanalidad y terquedad.

Al ser incapaz de solucionar conflictos da soluciones fallidas, neuróticas, de esta manera es como puede presentar descargas brutales de tensión emocional, tiende a la mitomanía, a robar y a la delincuencia.

El Débil Mental es incapaz de tener penetración objetiva, se sitúa en límites rígidos, reacciona como neurótico a las críticas adversas.

Es sugestionable y crédulo, defiende mal sus intereses, no puede ponerse en lugar de los demás, es torpe e inhábil.

No puede prever.

Es susceptible de aceptar normas arbitrarias y absurdas.

Como referencia específica para elaborar el programa de investigación se consideraron dos trabajos, el de Andersen (7) y el realizado por Pandurangí (8).

En 1980 A.K. Pandurangí y Kupur publicaron un trabajo sobre Psicosis Reactivas, se trata de un estudio prospectivo en donde se observaron 50 pacientes que habían presentado un episodio psicótico precedido por un stress destacado. Se les realizó un estudio psicológico sobre las características de la personalidad en donde se identificaron timidez, seriedad, conductas impredecibles, inestabilidad, eran sujetos convencionales, temerosos, inseguros, ansiosos y que se agitaban con facilidad. (Estos datos se obtuvieron con la aplicación del cuestionario de Cattell).

Los síntomas clínicos más comunes fueron: alteraciones en el sueño, histrionismo, agitación, excitabilidad, irritabilidad y depresión.

Comparando estos estudios con los hechos en países escandinavos, éste se realizó en la India, se hace notar que el histrionismo no es reportado en los primeros. Por otra parte la depresión en el presente estudio no fué identificada con una incidencia alta lo cual sí ocurre en los estudios hechos en países escandinavos por McCabe (17).

Este trabajo aportó algunas novedades al conocimiento sobre psicosis reactivas como son el perfil de personalidad, una incidencia y frecuencia distinta de síntomas observados y también una relación distinta en cuanto a la importancia cuantitativa del tipo de stress considerado como desencadenante; en el trabajo aparece como el más importante el de tipo económico en vez de ser el de tipo social.

El trabajo de Andersen sobre Psicosis Reactivas se realizó en Dinamarca, el estudio es de tipo retrospectivo. En una valoración de 220 pacientes admitidos por primera ocasión y con el diagnóstico de Psicosis Reactiva. Estos pacientes fueron seguidos por espacio de 13 a 14 años para evaluar su pronóstico.

Se encontró una recurrencia de psicosis reactiva del 18%.

La Esquizofrenia se hizo evidente en el 10% de los casos y la Psicosis Maníaco Depresiva en el 8%. En estos términos el pronóstico fué bueno ya que el porcentaje de pacientes que evolucionaron a Psicosis Funcionales fué moderado. Sin embargo se observó en el grupo de pacientes jóvenes una mortalidad del 30% a causa de suicidios.

De los 220 pacientes estudiados el 70% fueron mujeres. El grupo de edad mas abundante fué el de 20 a 39 años.

La mayor parte de los traumas o stress considerados responsables de la psicosis fueron de evolución crónica, de cualquier manera un 40% fueron considerados como inciertos, es decir solo se suponía la existencia de un stress pero no fué posible confirmar sus características.

El síntoma más frecuente fué el efecto depresivo seguido de alteraciones en el estado de conciencia y estados paranoides.

Al valorar retrospectivamente la impresión diagnóstica hecha al ingreso de los pacientes se encontró que no todos los casos podían encontrarse datos positivos de psicosis, esto se explica por que el diagnóstico de psicosis afectiva se fundamenta más en la intensidad de la depresión que en los síntomas psicóticos.

Este trabajo dió información sobre el pronóstico y la confiabilidad del diagnóstico de psicosis reactiva.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término de Psicosis Reactiva es poco utilizado dentro de la práctica hospitalaria en nuestro medio, cuando aparecen cuadros clínicos compatibles con este diagnóstico se les denomina de manera distinta como Psicosis Afectiva; Psicosis Paranoide, Histeria Disociativa, Psicosis Esquizofrénica o Epilepsia Parcial de Sintomatología Compleja.

El término de Psicosis Reactiva es más preciso y conveniente por que establece la relevancia de eventos en la vida del paciente, plantea una óptica distinta ante el tratamiento y ofrece una actitud más cautelosa en el uso de diagnósticos definitivos de padecimientos crónicos como el caso de la Esquizofrenia.

Un cuadro agudo de psicosis en mujeres jóvenes puede ser subestimado debido a que muy probablemente contendrá también elementos histriónicos que pueden orillar a pensar en la probabilidad de estar ante un cuadro de histeria disociativa en vez de una psicosis confusional, o ante una paciente manipuladora en lugar de una psicosis afectiva reactiva de tipo agitada, o ante una depresión neurótica y no una depresión psicótica reactiva.

Los casos observados en el H. Fray Bernardino Alvarez presentaron estas dificultades diagnósticas en las valoraciones iniciales. Fué solo a través del estudio amplio de las condiciones particulares del paciente antes del brote psicótico y del estudio de su evolución clínica además de su psicodinámica que se pudo concluir que la existencia de un stress importante estaba relacionado con el cuadro psicótico que era de tipo reactivo.



El interés en concentrar el estudio de las psicosis reactivas a mujeres jóvenes está relacionado con certidumbre de que los brotes psicóticos están matizados por los eventos de la vida que ocurren de manera particular a cada grupo culturalmente distinto (9), (10).

En las mujeres jóvenes se dan condiciones que son prácticamente exclusivas como son la vida reproductiva, el ciclo menstrual, enfermedades de los órganos reproductores, vida sexual, parto, lactancia, control de la fertilidad y otros eventos como el hostigamiento sexual, problemas matrimoniales y conflictos escolares y laborales. (11) (12)

Sobre la psicología propia de la mujer y la trascendencia que tiene en la forma de aparición de los trastornos psiquiátricos es necesario tener una visión más objetiva y amplia.

El estudio de los trastornos psicóticos transitorios no orgánicos en mujeres mexicanas debe estar matizado por las circunstancias culturales regionales y que por el momento no es posible diferenciar claramente de los síntomas que podrían ser considerados como universales en las psicosis reactivas.

## HIPOTESIS

Con la información recabada y en relación a los recursos disponibles, es posible plantear la investigación acerca de la psicosis reactivas en dos sentidos, un estudio retrospectivo y otro prospectivo. Dado que la investigación se realizará en el H. Fray Bernardino Alvarez es posible evaluar el pronóstico de los casos designados como psicosis reactivas a través de los años consultando el archivo del hospital y analizando la información contenida en los expedientes clínicos.

Por otra parte un seguimiento prospectivo puede llevarse a cabo siguiendo el cuadro clínico de los casos observados desde su primer ingreso observando el cuadro clínico, complementando la información sobre la personalidad de los pacientes con el apoyo de pruebas psicológicas estandarizadas que den una información uniforme y confiable.

De esta manera se presentan dos hipótesis.

I.- Existen rasgos de personalidad en común en las pacientes que presentan psicosis reactivas. Por lo tanto es posible establecer alguna relación entre cierto tipo de personalidad y las psicosis reactivas.

II.- Las mujeres que presentan psicosis reactiva tienen un pronóstico bueno en más del 50%.

## OBJETIVOS

Identificar a pacientes atencidas en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que hayan ameritado internamiento a causa de presentar un cuadro psicótico reactivo o entendido de otra manera un trastorno psicótico transitorio no orgánico.

De esta población seleccionar a quienes reúnan los siguientes requisitos: sexo femenino y edad entre 18 y 35 años. A su vez de

este grupo se identificarán quienes tienen escolaridad mayor de primaria completa y cuenten con la capacidad de responder a un cuestionario para identificar características de la personalidad. El cuestionario utilizado será el Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI).

Las pacientes seleccionadas que no son sujetas a la valoración a través del MMPI serán consideradas integrantes de la muestra de casos que aportarán información sobre las características clínicas de las psicosis reactivas estudiadas.

Se identificarán también a pacientes que fueron diagnosticadas, en el H. Fray Bernardino Alvarez en el año de 1977, con psicosis reactivas.

Se estudiarán a pacientes del sexo femenino de edades entre 18 y 35 años. Se revisarán sus expedientes para obtener información sobre internamientos subsecuentes o cambios en la impresión diagnóstica. Se considerará como una evolución favorable si en los reportes elaborados en la consulta externa no se notifican nuevos episodios psicóticos o se determina la existencia de psicosis funcionales, como Esquizofrenia o Psicosis Maníaco Depresiva.

## METODOLOGIA

El diseño del presente estudio será de tipo retrospectivo, para evaluar el pronóstico y de tipo prospectivo para estudiar las características clínicas de las psicosis reactivas y determinar los rasgos de personalidad de los casos captados.

Los criterios de selección de la muestra estudiada será la siguiente: personas de sexo femenino con edades entre 13 y 55 años que hayan sido internadas en el H. Fray Bernardino Alvarez por presentar un primer cuadro psicótico de inicio agudo en el que había antecedentes de personalidad premórbida psicopatológica. En la valoración psiquiátrica no se identifican datos que sustenten algún diagnóstico de Daños Orgánicos Cerebrales o Síndromes Orgánicos Cerebrales; también se descartan casos con debilidad Mental de cualquier grado, por último quedan excluidos los cuadros considerados como Psicosis Funcionales.

En cuanto al tiempo en que seleccionarán los casos habrá dos grupos los identificados a partir del mes de Agosto de 1983 a Julio de 1984 y los consignados en el año de 1977.

Los casos captados en el periodo 1983-1984 serán identificados a través del registro diario elaborado por el Servicio de Urgencias del H. FBA. Debido a la dificultad de precisar con certeza el diagnóstico de Psicosis Reactiva y que en la práctica diaria es un diagnóstico poco recurrido se presenta la posibilidad de que se excluyan los casos en los que no se cuenta con la información clínica suficiente para fundamentar el diagnóstico de Psicosis Reactiva, por otra parte seguramente algunos casos no fueron captados por haber recibido un diagnóstico que difícilmente se podía reconsiderar dentro del grupo de psicosis transitorias no orgánicas.

Acerca de los casos correspondientes al año de 1977 nuestra fuente de información fué el Departamento de Archivo del H. FBA. en donde se cuenta con el registro del diagnóstico de egreso hospitalario. Se identificaron de esta manera los casos consignados con el registro, según el ICD-9, del número 298.

Seguramente hubo una subestimación del número de casos reales de cualquier manera la muestra obtenida puede ser considerada como suficiente para la exploración de los aspectos clínicos de nuestro interés no siendo útiles para realizar alguna evaluación epidemiológica.

Una vez hecha la recolección de datos y el procesamiento correspondiente se conformó el perfil clínico de los casos estudiados. Los aspectos abordados fueron 1) Agrupamiento de los casos según las variedades clínicas de psicosis reactivas identificadas. 2) Agrupamiento de los casos según años de escolaridad. 3) Agrupamiento de los casos según el tipo de ocupación. 4) Agrupamiento de los casos según estado civil. 5) Agrupamiento de los casos según el tipo de stress que está asociado a la psicosis reactiva. 6) Agrupamiento de los casos según la presencia de otros diagnósticos considerados en el curso de su estancia hospitalaria. Esta descripción anterior sobre aspectos clínicos se realizó con los casos estudiados en el periodo 1983-1983. La muestra obtenida fué de 30 pacientes.

De estos 30 pacientes a 20 fué posible practicarles el cuestionario MMPI, debido a su grado de escolaridad y al tiempo de su estancia hospitalaria.

Se eligió el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI como el instrumento para identificar los rasgos característicos de la personalidad de nuestra muestra seleccionada por que es el cuestionario de uso habitual en el H. FBA. Está al alcance de los recursos para realizar la investigación y es una prueba estandarizada que aporta información confiable, ampliamente aceptada y con posibilidades de poder comparar los resultados con posteriores trabajos.

Se utilizó el cuestionario MMPI en español, adaptado para América Latina que consta de 568 preguntas las cuales aportan información para evaluar 9 escalas denominadas: 1) Hs-Hipocondria, 2) D-Depresión, 3) Hy-Histeria, 4) Pd-Desviación Psicopática, 5) Mf-Masculino-femenino, 6) Pa-Paranoia, 7) Pt- Psicastenia (Síntomas obsesivos y fóbicos), 8) Sc-Esquizofrenia, 9) Ma-Hipomanía. La prueba incluye cuatro escalas de validez adicionales. Cada escala proporciona información sobre alguna rama de la psicopatología, sin embargo las conclusiones se obtienen a través de codificar la combinación obtenida de las diferentes escalas por medio de una gráfica que es un perfil de evaluación.

Para tratar los resultados obtenidos en terminos estadísticos es necesario considerar que la muestra obtenida fué menor de 30 casos y que los resultados son de tipo cualitativo.

La evaluación se inició estudiando cada caso de manera individual obteniendo así una Interpretación psicodinámica para cada caso.

Posteriormente se exploró si existía un patrón común de escalas elevadas. Encontramos cuatro escalas que estaban consistentemente elevadas con una frecuencia mayor de 55%.

Estas escalas fueron la 8, 9, 4 y 6 por orden de importancia.

De manera complementaria se elaboró una gráfica que contiene el promedio general de los 20 casos estudiados. Este promedio corresponde a la suma de la puntuación obtenida en cada caso individual para cada una de las escalas, considerando también las de validez, dividido entre el número de casos (10).

La gráfica obtenida así mantiene a las mismas cuatro escalas identificadas anteriormente como las más elevadas; a pesar de que el perfil tiende a mostrar poca diferencia entre cada escala, el promediar los resultados aplana el perfil contemplado en la gráfica haciendo menos evidentes las escalas elevadas.

Se utilizaron algunos casos en donde se presenta la gráfica individual y la interpretación psicodinámica para ejemplificar los datos con los que se compuso la evaluación global de los 20 casos tratados.

En cuanto a la evaluación del estudio retrospectivo para evaluar el pronóstico de las psicosis reactivas se elaboraron porcentajes de los casos encontrados con evolución favorable y de los que cursaron a psicosis crónicas.

## PRESENTACION DE RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 30 pacientes en el periodo 1983-1984. Este grupo de mujeres con psicosis reactivas con edades entre 13 y 55 años atendidas en el H. Fray Bernardino Alvarez fué agrupado según cuatro variedades clínicas: las psicosis afectivas dentro de las que se incluyen las de tipo depresivo y las de tipo agitado; las psicosis confusionales, las paranoides y las histéricas. Los resultados se muestran en la tabla 1.

Esta subdivisión se realiza habitualmente para detallar clínicamente el tipo de psicosis; en la mayor parte de los casos las diferencias no son nítidas, se conlignan según la sintomatología más destacada sin que se excluyan necesariamente componentes de otras variedades. En términos generales estuvo presente sintomatología de tipo histriónica en todos los casos.

Similarmente con los trabajos de Andersen y Fandurangi la variedad paranoide fué la más frecuente, que es también la que presenta más dificultades en el diagnóstico diferencial con brotes esquizofrénicos agudos.

Variedades clínicas de Psicosis Reactiva en mujeres jóvenes  
Hospital FBA. 1983-1984 TABLA 1

Variedad clínica	No. Pac.	Porcentaje
Afectiva, depresiva	7	23%
Afectiva, agitada	4	12%
Confusional	5	17%
Paranoide	12	40%
Histérica	2	7%
Total	30	100%



Las variedades clínicas señaladas se conformaron en base a la sintomatología encontrada en las entrevistas psiquiátricas realizadas a lo largo de la evolución clínica hospitalaria. Se agruparon los síntomas característicos encontrados en cada tipo de psicosis y se presentan en relación a su importancia por la frecuencia en que aparecieron y por la intensidad o severidad.

Psicosis Reactiva de tipo afectiva, las variedades depresiva y agitada presentaron especial dificultad diagnóstica debido a que los signos de psicosis positivos no se dan claramente. En la variedad depresiva se encontró: Ideación suicida, trastornos de la conducta, intento suicida, talante deprimido, histrionismo, negativismo, somatizaciones, alucinaciones visuales y auditivas, ideas de daño.

En la variedad agitada se observaron alteraciones en el sueño, alteraciones del apetito, histrionismo, euforia, ideas de daño, trastornos de conducta, intento suicida, talante deprimido, agresividad verbal, labilidad emocional, alucinaciones visuales.

En cuanto a la Psicosis Reactiva de tipo confusional se identificaron: disturbios en el sueño, trastornos de la conciencia, negativismo, ideas de daño, mutismo, trastorno de la memoria, soliloquios.

La Psicosis Reactiva tipo paranoide se destacó por: alteraciones en el sueño, trastornos de la conducta, euforia, alucinaciones auditivas, alteraciones en el apetito, histrionismo, negativismo, alucinaciones visuales y soliloquios.

En la PR histórica se observó; histrionismo, coprolalia, euforia, trastornos de conducta, ideas de daño, alucinaciones visuales, alteraciones en la memoria.

TABLA 2

Escolaridad en mujeres jóvenes con Psicosis Reactiva  
Hospital FBA. 1983-1984

Años de esc.	No. Pac.	Porcentaje.
- de 6	6	20%
de 7 a 9	7	23%
de 10 a 12	9	30%
de 13 a mas	8	27%
Total	30	100%

La escolaridad observada en la población en general de Hospital FBA. es de menos de 6 años. La información encontrada en nuestro grupo de estudio hace evidentes que tienen un grado de escolaridad alto, superior a lo esperado.

Entre las profesionistas se encontraron cuatro maestras, una dentista, una contadora pública, una administradora en turismo y una maestra en filosofía.

TABLA 3

Tipo de ocupación en mujeres jóvenes con Psicosis Reactiva  
Hospital FBA. 1983-1984.

Ocupación	No. Pac.	Porcentaje
Hogar	7	23%
Empleada	15	50%
Estudiante	3	10%
Profesionista	5	17%
Total	30	100%

En esta tabla se observa el mismo fenómeno que en la de escolaridad ya que en cierta medida un mayor número de años de escolaridad condiciona más probabilidades de desempeñar un trabajo fuera del hogar. En contraste con lo que ocurre con el común de la población atendida en el Hospital FBA en donde las mujeres tienen el antecedente de dedicarse a labores del hogar en su mayoría en nuestro grupo estudiado eso solo ocurre en un 25%.

TABLA 4

Tipo de estrés en mujeres jóvenes con Psicosis Reactiva Hospital FBA. 1983-84.		
Edo. Civil	No. Pac.	%
Colteras	16	54
Casadas	13	42
Divorciadas	1	3
Total	30	100%

Del grupo de pacientes colteras, 4 (25%) tenían hijos, de manera que 60% del total del grupo estudiado ya habían establecido algún tipo de relaciones de pareja. Se trata de relaciones de pareja conflictivas que como se verá más adelante ocasionan problemas situacionales.

TABLA 5

Tipo de stress en mujeres jóvenes con Psicosis Reactiva  
Hospital FBA. 1983-84.

Tipo de Stress	No. Pac.	%
Conyugal	11	37
Económico	1	17
Personal	1	3
Social	6	20
Pérdida de un familiar	5	17
Incierto	5	20
Total	30	100%

Convencionalmente en reportes sobre el tipo de stress encontrado en pacientes con Psicosis Reactiva se utiliza el término de Stress familiar para considerar los de tipo conyugal y las pérdidas de seres queridos; sin embargo tienen consecuencias psicológicas distintas y diferente relevancia social por lo que las señalamos separadamente.

En el subgrupo de stress social se incluyen eventos muy variados como un caso en el que la paciente no fué admitida a la universidad, otro en el que fué rechazada su tesis; en tres casos hubo un viaje prolongado a otro país, en donde no se hablaba español y en otro mas la paciente asistió a un mitin político en el que hubo hechos violentos.

Los stress denominados de tipo conyugal se refieren a maltrato físico, infidelidad y en dos casos noviazgos que terminaron.

En cuanto a la pérdida de familiares se trataron de casos de muertes repentinas, en un caso de manera violenta. Los familiares fallecidos fueron hermanos o hijos.

El stress calificado como personal comprende un brote psicótico ocurrido un mes después del parto, no existía ningún problema físico.

Seis casos fueron denominados inciertos por que aunque se sospechaba la existencia de algún stress, especialmente de tipo sexual, no fué posible obtener información suficiente o confiable.

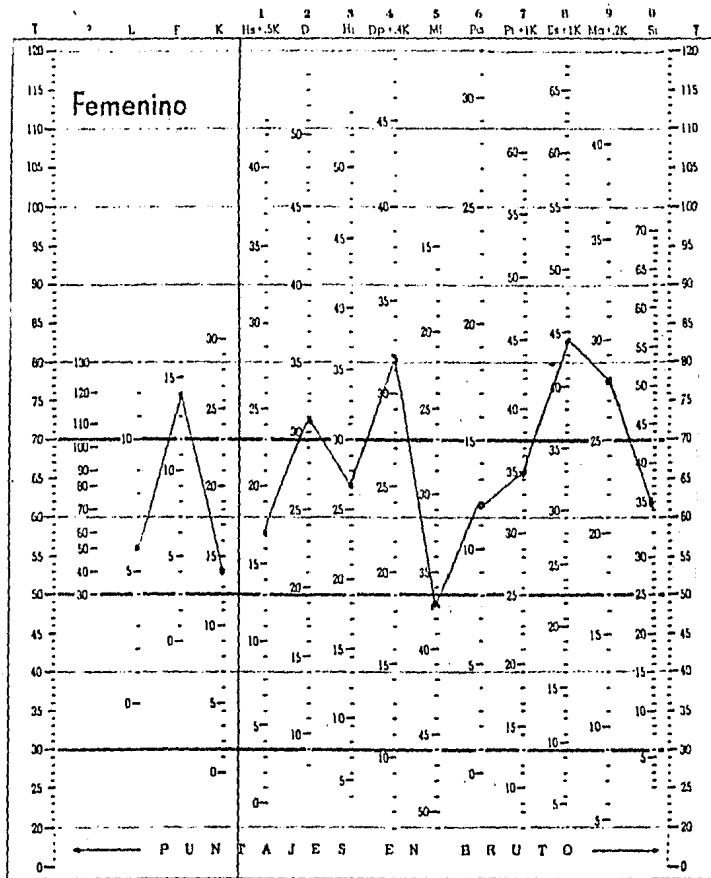
En el grupo estudiado durante la evolución hospitalaria fueron considerados otros diagnósticos además del de Psicosis Reactiva; como ya se ha señalado se trata de cuadros clínicos en donde es difícil establecer con certeza una conclusión diagnóstica. A continuación se enumeran los diagnósticos que fueron considerados: Depresión en cinco casos, Histeria en cuatro casos, los siguientes diagnósticos fueron contemplados solo una vez, Psicosis Maniatiforme, Psicosis Indiferenciada, Reacción de Duelo, Psicosis Paranoide, Psicosis Atípica, Psicosis Afectiva.

Para establecer las características de personalidad de nuestro grupo de mujeres jóvenes con Psicosis Reactiva atendida en el Hospital PBA en el período de Agosto de 1963 a Julio de 1964 se aplicó el cuestionario MMPI a 20 pacientes, quedando excluidas del grupo inicial 10 pacientes por tener un nivel bajo de escolaridad o por haber permanecido poco tiempo internadas. La aplicación del MMPI se realizó una vez que el brote psicótico había remitido. A continuación se presentan tres casos con la gráfica respectiva que muestra los resultados obtenidos a través del MMPI además de la interpretación psicodinámica.

Ejemplo 1: EPT, 29 años, estudió la secundaria y dos años de la carrera de educadora. Ha trabajado en un kinder y como dependiente de una zapatería. Ha tenido dos hijos con diferentes parejas, vive con su familia. Fué internada en el Hospital por encontrarla en la vía pública una patrulla de policía con discurso incoherente, agitación psicomotriz, trastornos del comportamiento como hincarse y pedir perdón. Posteriormente ella refiere de manera retrospectiva que se encontraba en un estado de tensión intensa, con llanto incontrolable, ganas de estar sola, salió a la calle perdiendo la noción del tiempo; sentía que estaba a punto de parir, tenía miedo. Dos días antes del internamiento no había comido normalmente y no había dormido. En este caso no fué posible distinguir un stress desencadenante de el cuadro psicótico, la paciente hacía referencias vagas a conflictos de pareja y su familia no tenía información al respecto. A la semana de internamiento la paciente estaba en condiciones de ser egresada. Se reporta en una valoración psiquiátrica; se encuentra orientada en las tres esferas, hay conciencia de enfermedad, no externa ideas delirantes,

campo de estornos de la percepción, una proyección adecuada al futuro. En cuanto a sus antecedentes y comportamiento se trata de una personalidad inmadura, requiriendo el apoyo constante de alguien; ha llevado una vida errática, sus relaciones interpersonales son superficiales e inestables. Pretende ser el centro de atracción, tiene baja tolerancia a la frustración, se angustia al tener alguna responsabilidad.

Los resultados obtenidos en el MMPI se muestran en la siguiente gráfica.

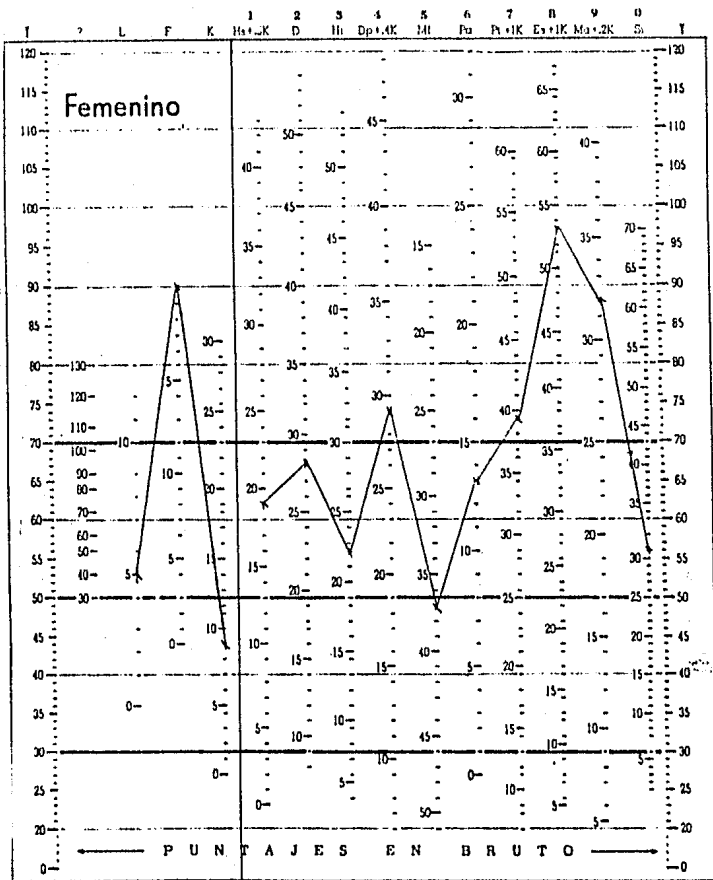


Puntaje en bruto	6	14	14	10	32	27	26	37	12	21	30	25	35
Agregar factor K				7			6		14	14	3		
Puntaje corregido				17			32		35	44	28		

La interpretación describe lo siguiente: paciente que se relaciona pobremente y tiende a evitar la realidad y las presiones. No sabe lo que se espera de ella en las relaciones interpersonales. Sufre de una desadaptación hiperactiva con agitación, irritabilidad y agresividad irracional ante la frustración, es inquieta e impulsiva. Sus relaciones interpersonales se caracterizan por la superficialidad. Carece de juicio social y capacidad para beneficiarse de la experiencia. Su conducta antisocial y en conflicto con la figura de autoridad le ocasiona un desajuste serio. Se interesa en los demás en cuanto a que los puede utilizar para sus propios intereses. Presenta desórdenes del pensamiento, confusión y pensamientos extraños con creencias y actividades raras. Solicita ayuda.

Ejemplo 2: JML de 50 años de edad, estudió la primaria completa y un curso de inglés por tres años con buen aprovechamiento. Ha trabajado en una editorial vendiendo libros y actualmente como secretaria en una oficina de gobierno. Se casó a los 25 años, tiene dos hijos. Desde el inicio de su vida marital ha tenido problemas con su pareja, hace dos años se separan, ella obtuvo la tutela legal de los hijos ya que inicialmente él se había quedado con ellos. A pesar de estar separados se siguen viendo teniendo peleas frecuentes. El exesposo dos meses antes del internamiento la amenaza con quitarle a los niños y la hostiliza, apedrea los vidrios de su casa. Dos semanas antes del internamiento acude con su nueva pareja. La paciente entonces se torna taciturna, triste, se encerraba en su cuarto para leer la Biblia. Hiperconsciente, indiferente al medio con hiperfagia.

Una semana antes del internamiento se muestra desconfiado, no dejaba que nadie se acercara a sus hijos, discurso incoherente, ideas de delirio y referencia. Al examen mental a su ingreso se identifican ideas alucinatorias auditivas y visuales, movimientos estereotipados cuando habla de sus conflictos de pareja. Los resultados del MMPI se muestran en la siguiente gráfica.



Puntaje en	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
bruto	Ma*	Pa	Sc	So	Sb	Si	St	Sa	Sd	Sr
	5	21	9	14	28	22	25	37	13	20
Agregar factor K			5	4	9	9	2			
Puntaje corregido			19	29	39	53	32			



El cuadro descrito recibió el esquema de tratamiento farmacológico. La interpretación del MMPI es la siguiente: paciente que presenta necesidad de ayuda, tensión al contestar, tendencia a exagerar sus problemas, incapacidad para resolverlos, hiperreflexia consigo misma. Elementos depresivos e histéricos. Inadecuada relación con los padres, frustración ante la falta de éxito vocacional, maneja su incapacidad y miedo a relacionarse por medio de la distracción que le impide centrarse en alguna actividad. Nuestra mentalidad paranoide y desórdenes del pensamiento. Presenta excitación, desorientación y perplejidad. Tendencias autistas, alucinaciones y delirios. Regresión, depresión, angustia, aislamiento, hostilidad e inestabilidad son algunos de sus manifestaciones. Es desconfiada, fantaseosa, temerosa a involucrarse emocionalmente y de ahí su distanciamiento con los demás.

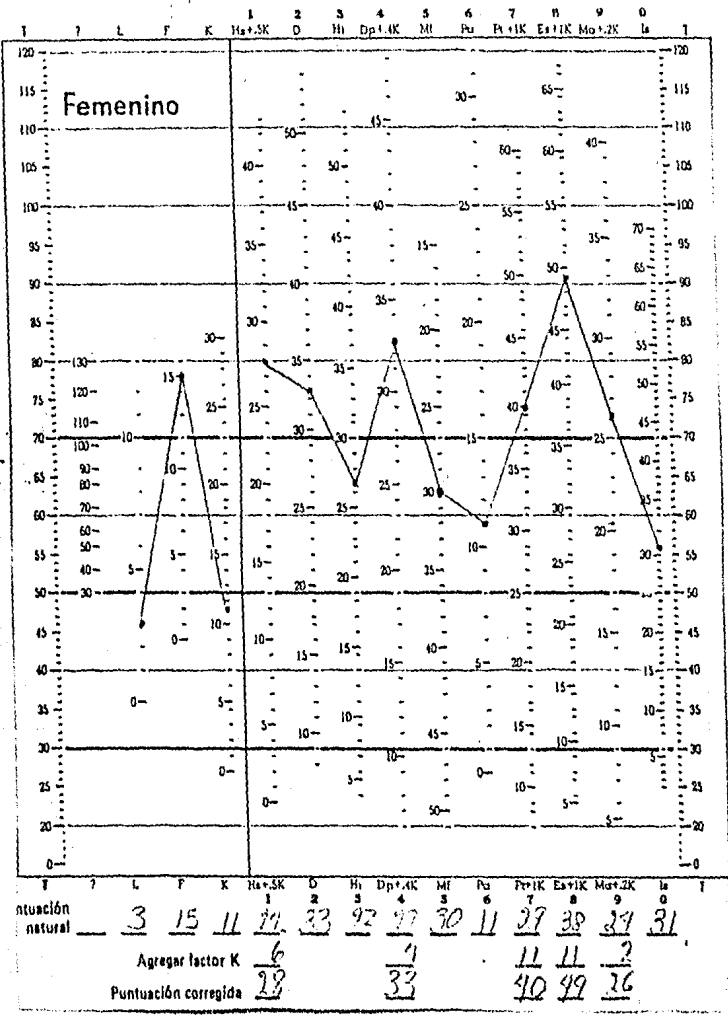
Ejemplo 3: ICR de 26 años, escolaridad secundaria completa, soltera, ha trabajado como costurera y como dependiente de una papelería propiedad de su familia. Ingresó al hospital por presentar un período de amnesia de horas en donde vaga por la calle.

Posteriormente presenta lapsos de mutismo y de soliloquios, se comunica con sus familiares solo a través de la escritura en donde da a entender que unos individuos trataron de tener relaciones sexuales con ella. A la entrevista inicial refiere sensación de despersonalización. Existe el antecedente de cuadros conversivos como parestesias relacionados con problemas familiares. Sus hermanos son rígidos con ella y la maltratan físicamente.

A las dos semanas de internamiento el cuadro ha remitido, la paciente refiere que antes de ser internada, ~~dos días antes~~ había terminado

con su novio, a pesar de que ella le regalaba cantidades considerables de dinero que obtenía del negocio de la familia sin que nadie se diera cuenta.

Los resultados del MMPI que se le aplicó se encuentran en la siguiente gráfica.



La valoración psicológica reportó; es una paciente que se percibe como una mujer convencional, conservadora, pero le es difícil el manejo de las situaciones complicadas, entrando en estado de excitación y percibiendo al medio como hostil dándole una proyección histeroide. Mantiene un pobre control de impulsos, tiene un tipo de personalidad esquizoide, con rasgos neuróticos, se caracteriza por ser una persona opositora, inmadura, agresiva hacia el núcleo familiar, lo que provoca una inhibición de su espontaneidad, refugiándose en la depresión y manejando un alto grado de ansiedad.

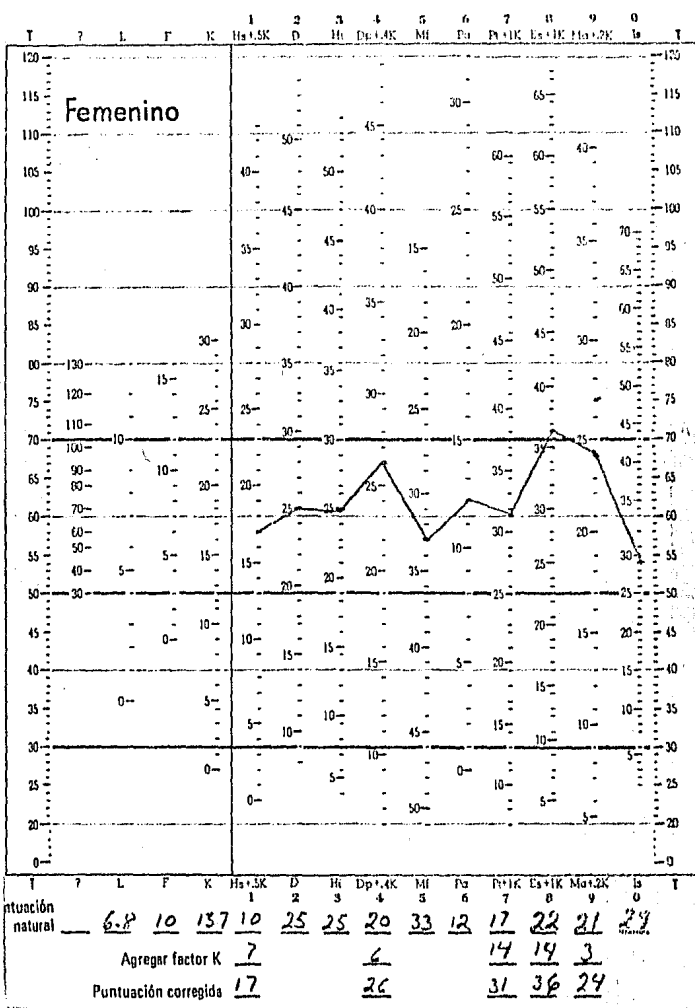
En cuanto a la figura familiar se encuentra desintegrada en donde la figura autoritaria la ejerce el padre, mostrándose dominante, enérgico, rígido, manteniendo el orden del núcleo familiar en forma muy primitiva e irracional.

En cuanto al aspecto sexual; se encuentra restringida, provocándole ésto mantenerse en los límites, no queriendo involucrarse emocionalmente con sentimientos de lástima por sí misma y a la vez encuentra errores en toda la gente.

Sus relaciones interpersonales son difíciles, superficiales y poco profundas en donde parece no tener confianza en los demás.

## CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

El resultado de la aplicación a 20 pacientes del MMPI dió globalmente resultados uniformes en cuanto a la elevación de las escalas 3, 9, 4 y 6, encontrándose presentes en una frecuencia de porcentaje de 85, 55, 55 y 50 respectivamente. Los casos individualmente muestran elevaciones más marcadas que lo observado en la gráfica de promedio general.



La interpretación de la gráfica obtenida a través del promedio general de los 20 casos estudiados a través del cuestionario MMPI, aporta los siguientes elementos que pueden ser considerados como los rasgos de personalidad encontrados en todas las casos estudiados. Se trata de una valoración global que intenta delinear a través de esta aproximación inicial las características que pueden estar relacionadas con mujeres jóvenes que presentan Psicosis Reactiva. La validez de los resultados obtenidos está restringido al propio estudio que se conformó con parámetros particulares.

Se trata de personas convencionales, que tratan de dar una imagen favorable de ellas mismas. Reconocen tener problemas emocionales y se sienten incapaces de resolverlos por lo que solicitan ayuda.

Son personas ansiosas, viven aisladas, tienen dificultades para relacionarse.

Por su impulsividad pueden presentar fallas de juicio y conductas extrañas.

Estas mujeres ven al mundo como amenazante y limitante, tienden a culpar a los demás, especialmente a la autoridad de lo que les pasa. Sus relaciones interpersonales son difíciles porque se sienten diferentes a los demás, se sienten incomprendidas. Además por su desconfianza y suspicacia tienden a sobreinterpretar las actitudes de los demás y a vivir como rechazo y agresión la menor observación.

Sus relaciones con el hombre son especialmente problemáticas por que aparentemente aceptan los valores considerados tradicionalmente femeninos pero están inconformes con ellos y culpan al hombre del orden establecido; recurren a la seducción y a la manipulación para atraerlo.

Se sienten dependientes del hombre pero lo agraden de forma pasiva e indirecta.

La falta de control de impulsos predispone a conductas de tipo autodestructivas por lo que hay importante riesgo suicida.

Son personas ambiciosas con muchas metas pero sumamente fantásticas y exageradas por lo que casi nunca pueden conseguirlas lo que ocasiona que se sientan constantemente insatisfechas e incapaces.

Se refugian en la fantasía como una forma de obtener la satisfacción que no obtienen de la realidad, lo que puede ocasionar que el contacto con la realidad se vea comprometido.

### PROMOSTICO

Se captaron 17 pacientes con Psicosis Reactiva de sexo femenino y con edades entre los 13 y 35 años que fueron internadas en el Hospital Fray Bernardino Alvarez en el año de 1977.

Las variedades clínicas de Psicosis Reactiva fueron agrupadas como aparece en la Tabla 6.

TABLA 6

Tipos de Psicosis Reactiva en mujeres jóvenes.  
Hospital FBA. 1977.

Tipo de P.R.	No. Pac.	%
Afectiva	8	47
Paranoide	6	35
Confusional	2	12
Histérica	1	6
Total	17	100%

De las 17 pacientes estudiadas 4 evolucionaron a un proceso psicótico crónico; correspondían a la variedad de Psicosis Reactiva Paranoide, estos casos en que el pronóstico fué malo representan el 24% del total de pacientes.

En cuanto al tipo de psicosis funcional a la que evolucionaron 3 (18%) presentaron Esquizofrenia y 1 (6%) presentó Psicosis Maníaco Depresiva.

Por lo tanto se puede concluir que del grupo de pacientes identificadas con Psicosis Reactiva que fueron seguidas a través de los reportes del servicio de consulta externa durante el periodo de 7 años, 1977 a 1984, el 76% presentó una evolución favorable, el pronóstico fué bueno.

## COMENTARIOS

El presente trabajo es una aproximación al estudio de la Psicosis Reactiva en un Hospital de concentración para pacientes psiquiátricos en México.

Se abordó específicamente a la población de mujeres jóvenes lo cual motiva a reflexionar sobre los conceptos actuales, lo que pensamos actualmente sobre los llamados fenómenos histéricos y lo que consideramos como eventos de la vida provocadores de stress.

La información obtenida proporcionó algunos datos de interés, las mujeres que presentaron Psicosis Reactiva tuvieron una escolaridad alta en relación al promedio de la población, también tenían ocupaciones fuera del hogar.

Sus rasgos de personalidad orientan hacia problemas de relaciones interpersonales, incapacidad para resolver problemas, dan respuestas impulsivas, en ocasiones autodestructivas. Utilizan la fantasía como un medio de gratificación a sus aspiraciones desproporcionadas. Tienen problemas con las figuras de autoridad, son dependientes del hombre pero lo agreden pasivamente. Estos rasgos de personalidad no pudieron ser relacionados con las variedades clínicas de psicosis reactivas, probablemente con una muestra más amplia se estableciera una relación con el tipo de stress que desencadenó el brote psicótico.

Este estudio motiva a nuevas investigaciones que podrían dedicarse a nuevas valoraciones psicométricas o los mismos casos o a otros grupos con Psicosis Reactiva como el de los hombres.



## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fué realizado a partir de la labor de los residentes de psiquiatría del Hospital Fray Bernardino Alvarez que trataron los casos investigados. A partir de su participación se obtuvo la información clínica básica.

La valoración psicológica fué realizada por el servicio de Psicología de cada piso que se capturaron casos, el segundo, tercero y cuarto. Conté con la especial ayuda de la Psic. Elizabeth Monroy.

El Dr. Oscar H. Saldaña, Jefe de Consulta Externa del Hospital me respaldó para conformar la presente investigación.

Tuve la ayuda y autorización del Dr. Jenaro Padilla, Subdirector del Hospital para llevar a cabo el estudio.

El Departamento de Archivo me ayudó en la tarea de captar los casos e identificar los expedientes correspondientes.

Agradezco a la Dra. Emilia Lucio la atención que me prestó a lo largo del estudio.

Conté también con la orientación de la Dra. Nora Cabazos en la estructuración técnica de la tesina.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Jaspers, Karl. -Psicopatología General. Ed. Beta. pp447-455.
- 2) Jaspers, Karl. - Escritos Psicopatológicos, La teoría de las psicosis reactivas. pp424-454. Ed. Gredos 1977.
- 3) Freud, Sigmund. -Obras completas, Vol I. Las neuropsicosis de defensa. pp 175-179. Ed. Biblioteca Nueva. 1948.
- 4) Saurí, Jorge. - Las Histerias. Ed. Nueva Vision.
- 5) Kaplan, Freedman, Sadock. -Com. Text. of Psychiatry III  
27 Other Psychiatric Disorders
- 6) Cavenar JO. A clinical note on hysterical psychosis.  
Am J Psychiatry. Jun 1979. 136(6) p350-2.
- 7) Andersen J. Psychogenic psychoses. Acta psychiat. scand.  
(1980) 62, 331342.
- 8) Pandurangi A.K. -Reactive psychosis. Acta psychiat. scand.  
(1980) 61, 39-95.
- 9) Krieger, H. -The Importance of Cultural Factors in a Brief  
Reactive Psychosis. J Clin Psychiatry 42:6-Jun, 1981
- 10) Allodi, F. Acute Paranoid Reaction in Canada.  
Can J Psychiatry. 1982 Aug. 27(5). P306-73.
- 11) Seiden, A. -Research on the Psychology of Women.  
Am J Psychiatry 133:9, September 1976
- 12) Surtees, PG. -Adversity and the onset of psychiatric disorder  
in women. Soc. Psychiatry (1983) 18:37-44
- 13) Weiss J. - Brief Reactive Psychosis: A Psychodynamic  
Interpretation. J Clin Psychiatry-October, 1979. pp 440-443.
- 14) Anderson, W. -Diagnosis and Early Management of Acute Psychosis  
New England J M. Nov 5, 1981 pp1128.

## BIBLIOGRAFIA

- 15) Caso, A. Psiquiatria. Las Psicosis Reactivas. Ed Limusa
- 16) McCabe MS. - Reactive psychoses and schizophrenia with good prognosis. Arch Gen Psychiatry My 1975 33(5) p571-6
- 17) McCabe MS. -Reactive psychoses, a clinical and genetic investigation. Acta Psychiatr Scand 1975. (259)
- 18) McCabe MS. -Reactive psychoses. Arch. Gen Psychiatry. Apr. 1975. 32 (4) p47-54.
- 19) Kapur, R. -A comparative study of reactive psychosis and acute psychosis without precipitating stress. Br. J Psychiatry. 1979 Dec 135
- 20) Pseudopsychosis.- Bishop E. Comp.-Psychiatry. 1980 Mar-Apr. P150-61.