

11241
1 ej 11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Y SALUD MENTAL.

CARACTERISTICAS SINDROMATICAS DE PACIENTES CON
TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN LA --
CONSULTA EXTERNA.

T E S I S A

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALI
DAD EN PSIQUIATRIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRESENTA: DR. JAIME ARTURO OLAYO GUADARRAMA.

DIRECTOR: DR. JORGE J. CARAVEO ANDUAGA.

ADU
5-I-87

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E : -

	PAGINA.
INTRODUCCION	5
CAPITULO I.	
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</u>	9
- PROBLEMA	
- HIPOTESIS	
- VARIABLE DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE	
- DISEÑO	
- PROCEDIMIENTO.	
CAPITULO II.	
<u>APOYO TEORICO</u>	12
- GRUPOS DIAGNOSTICCS	
- NEUROSIS DEPRESIVA	
- NEUROSIS DE ANGUSTIA	
- REACCION DEPRESIVA	
- REACCION DE ANSIEDAD	
- REACCIONES MIXTAS	
- INSTRUMENTO APLICADO PSE.	
CAPITULO III.	
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.	19
- CUADROS ESTADISTICOS	
- GRAFICAS.	



<u>DISCUSION DE RESULTADOS.</u>	37
CONCLUSIONES.	
ANEXOS I	
- PSE VERSION CORTA	43
ANEXO 2	
- LISTA DE SINDROMES	
ANEXO 3	
- CRITERIOS DE LA ICD 9	
BIBLIOGRAFIA	63

I N T R O D U C C I O N .

INTRODUCCION.

La gran necesidad de unificar los criterios con los que son diagnosticados tanto los pacientes que están hospitalizados como los que asisten a la consulta externa de Psiquiatría, y de contar con un idioma común de comunicación internacional justifica el uso de las técnicas estandarizadas. Las cuales tienen como base los siguientes parametros de aplicación.

- 1.- Epidemiología.
- 2.- Estandarización para la selección de sujetos para estudios de investigación.
- 3.- Descripción de la Psicopatología y medición del cambio.
- 4.- Investigación de Sistemas Taxonómicos.

Describiendo la importancia que tiene cada uno de ellos diríamos que:

En cuanto a la Epidemiología, se requiere de métodos que sean reproducibles para la definición de casos como fué puesto de manifiesto en el clásico estudio realizado en Londres y Nueva York por Cooper y colaboradores en 1972. A través del empleo de una técnica estandarizada (PSE) fué posible mostrar que las diferencias en los diagnósticos emitidos en uno y otros hospitales de las diferentes ciudades consideradas, reflejaban diferentes modos de conceptualizar la enfermedad por parte de los clínicos, más que una diferencia en los síntomas presentados por los pacientes. Los psiquiatras americanos utilizaban un concepto más amplio de Esquizofrenia que sus colegas ingleses. Estos resultados fueron confirmados por el estudio piloto de Esquizofrenia (OMS, 1977) que nos mostró que los psiquiatras en Aarhus, Agra, Cali, Ibadán, Londres, Progra, Taipei, tendían a utilizar un concepto más estrecho de Esquizofrenia comparado con el de los psiquiatras en Moscú y Washington.

Hablando del punto dos diríamos que uno de los usos más importantes del PSE y del sistema CATEGO, es el de ayudar a la estandarización del proceso de elección de sujetos para proyectos de investigación y por tanto incrementa su comparabilidad.

La comunicación científica se facilitaría si todas las investigaciones incluyeran una descripción detallada de la composición diagnóstica de los grupos incluidos en términos tales que otros trabajadores pudieran reproducirlos.

En el punto tres, desde el punto de vista de la Psicopatología y medición del cambio; la más obvia utilidad del sistema PSE-CATEGO consiste en describir en términos de síntomas, síndromes, calificaciones, subclases y clases; las características psicopatológicas de los grupos de pacientes en un momento dado. Los perfiles sindromáticos constituyen una forma descriptiva concerniente tanto para individuos como para grupos.

Como una medida de cambios ha sido utilizado por autores como Lipsedge, Rees y Pike, en 1971 para medir el efecto de fármacos antidepresivos. La calificación total en los síntomas neuróticos y en los síndromes de ansiedad y depresión mostraron una reducción considerable con las drogas empleadas. La correlación de estos resultados con la Escala de Beck mostró un valor de 0.94

En cuanto a la investigación de Sistemas Taxonómicos, la ventaja es tener un sistema de clasificación clínica, basado en reglas precisas y relacionando cercanamente a un sistema diagnóstico de amplio uso, como la ICD IX, que ofrece una forma de comparación con otras técnicas de clasificación tanto puramente clínicas como matemáticas (técnicas de agrupamientos).

También es cierto que la investigación etiológica, en particular estudios relacionados con causas sociales y psicológicas, tales como eventos de la vida, tipos de roles sociales, problemas sociales de larga duración y la muerte temprana de los padres, pueden ser llevados a cabo e investigados a través de esta técnica.

CARACTERISTICAS DEL PSE.

El PSE fué diseñado por el Profr. Wing y hecho para evaluar los problemas diagnósticos en Psiquiatría estableciendo un lenguaje común que permita la comunicación de la comunidad científica internacional. Y es el instrumento más utilizado en estudios transculturales a partir de su empleo por la OMS.

Este instrumento no sólo trata de investigar la sintomatología psicótica, sino también aquella presentada en otro tipo de trastornos, por lo que; en una versión más pequeña, ha sido utilizada para estudios de comunidad.

La ventaja que ofrece es que a partir de la información recabada en el instrumento, se pasa a analizarla de acuerdo con los índices de definición a manera de agruparlos en los síndromes principales y clasificarlos, ya sea en Psicosis o neurosis, siendo éstos últimos los que nos interesan para nuestro estudio.

En conclusión es un instrumento estructurado tanto para padecimientos psicóticos, como no psicóticos, que posee un índice de definición de caso que agrupa a los sujetos por síndromes como en el estudio que nos ocupa y categorías diagnósticas.

Sus resultados pueden ser sometidos a un programa de computación - (CATEGO). Puede utilizarse tanto en hospitales y consulta externa, como en comunidad.

Los resultados pueden compararse con otros estudios internacionales. Es un instrumento empleado en las investigaciones internacionales de la OMS. Además que es un instrumento muy importante para la enseñanza de la clínica psiquiátrica en virtud de la clara definición -- de sus términos.

Y finalmente que su empleo no se limita a especialistas, ya que se -- puede capacitar a personal de la salud para su empleo en comunidad. Por lo anteriormente expuesto se decide investigar las característi- cas sindrómicas de los pacientes que acuden a la consulta externa de Psiquiatría de un hospital general, con trastornos no psicóticos haciendo la diferenciación entre síndromes neuróticos específicos como la Depresión simple, la Neurosis obsesiva, la Ansiedad general, la Ansiedad situacional, la Histeria y Síntomas especiales de la de- presión. Y síndromes neuróticos no específicos entre los que se en- cuentran los siguientes: Despersonalización, Ideas de referencia, - Tensión, falta de energía, preocupaciones, Irritabilidad, Pérdida de interés y concentración, dificultad social, hipocondriasis y otros - síntomas depresivos.

Por lo que los resultados serán descritos en función de estos dos -- grupos, estableciéndose así el perfil sindromático del grupo estudia- do.

Se hace notar que los datos utilizados en la presente investigación - pertenecen a un estudio más amplio realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, a cargo del Dr. Jorge J. Caraveo Anduaga; titulado - " Adaptación a la Población Mexicana de una Escala de "Magnóstico -- Clínico " (Present State Examination)

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . -

PROBLEMA.

Cuáles son las características sindromáticas de los pacientes que acuden a la consulta externa de Psiquiatría de un Hospital General con trastornos no psicóticos.

HIPOTESIS.

Existen diferencias en el perfil sindromático de los pacientes de acuerdo al diagnóstico clínico emitido.

VARIABLES.

Dependiente:

Diagnóstico clínico de acuerdo a los criterios del ICD IX.

Independiente:

Los síndromes derivados de la entrevista PSE (examen del estado actual).

DISEÑO.

Descriptivo. Transversal y Observacional.

PROCEDIMIENTO.

Los pacientes incluidos en éste estudio fueron seleccionados de la consulta externa psiquiátrica del Hospital General de Zona No. 76 del IMSS, los cuales fueron entrevistados por el responsable del servicio, emitiendo éste un diagnóstico en base a la clasificación internacional de las enfermedades en su novena edición.

Posteriormente de aquellos sujetos en los cuales se hizo un diagnóstico de reacciones depresivas, de ansiedad y con emociones mixtas, así como de aquellos con neurcias de ansiedad y depresiva, fueron entrevistados independientemente utilizando el PSE (versión corta) de la novena edición (anexo I).

Al momento de aplicar éste instrumento el clínico responsable desconocía el diagnóstico emitido previamente.

Se incluyeron para el estudio a sujetos entre los 18 y los 60 años de edad, con los diagnósticos ya citados, excluyéndose otro tipo de patología. El entrevistador fué capacitado previamente en el manejo del PSE, una vez recolectada la información clínica se agrupó en síndromes de acuerdo a lo establecido en el programa CATEGO. (ver lista de síndromes anexo 2), delimitándose el perfil sindromático de cada sujeto y agrupándose de acuerdo al diagnóstico emitido.

CAPITULO II

APOYO TEORICO.

APOYO TEORICO.

El período histórico que vivimos, de rápido y permanente cambio, inseguridad e incertidumbre, ha sido llamado, con razón, la "era de la angustia". La complejidad de la civilización, que ofrece múltiples amenazas y facilita la soledad y el juego competitivo, el abandono de valores protectores; las dificultades en el plano económico para los logros personales o meramente la subsistencia, y un sinnúmero de elementos que hacen tambalear las estructuras sociales son causa de que la época actual se cargue de ansiedad.

La angustia ha llegado a ser la piedra fundamental de la teoría y práctica psiquiátricas, y aun de toda la Medicina.

Hay que considerar la angustia como un fenómeno multidimensional, del que no sólo nos responsables los factores sociales y culturales, ya que también entran inseparablemente en su formación ciertos aspectos biológicos y psicológicos.

Desde un punto de vista general se le puede caracterizar como: un estado particular, difuso, de sensación de peligro interno, con malestar y displacer, en el que no se encuentra motivo externo aparente y que, frecuentemente, va acompañado de disturbios somáticos. Lo esencial de la angustia es su génesis inconsciente y la falta de causa externa.

La angustia se presenta dentro de una amplia gama de sensaciones, desde el temor vago e incomprensible hasta la ofuscación de la conciencia. Puede surgir como fenómeno aislado o complicado, sirviendo de fondo o ropaje a otras entidades, como las fobias, la depresión, ansiosa, las conversiones, los estados disociativos, las obsesiones y compulsiones de los fenómenos psicósomáticos.

La angustia es el fenómeno medular de todas las neurosis. Pero donde la angustia representa por sí sola el síntoma más significativo y -- estructura el cuadro es en la Neurosis de angustia.

Los autores clásicos reconocían en la nosografía de éste síndrome tres alteraciones fundamentales: en la esfera afectiva, el sentimiento de inseguridad; en la intelectual, incertidumbre, en la volitiva, incapacidad de decisión.

Cuando la angustia se estructura, perpetuándose como rasgo de carácter delinea la personalidad ansiosa, descrita por primera vez por Dupré -- como " constitución emotiva ", por Kahan como " personalidad ansiosa " y por Schneider como " personalidad insegura de sí misma " o "anancásti ca ". Son sus características principales; preocupación constante pesimismo, timidez, inseguridad, tensión y un estado de permanente alerta. El diagnóstico diferencial hay que establecerlo, principalmente, con la depresión ansiosa; de ordinario, depresión y angustia marchan juntas, enmáscarandose la una con otra.

Por lo anteriormente expuesto es conveniente atender al medio ambiente y a los problemas de vida concreta de los pacientes, tratando de modificarlos dentro de un plan psicosocial y de ambientación social.

Desde la época de Kraepelin se han hecho esfuerzos por estudiar y ubicar nosológicamente la depresión. Los resultados aún no son del todo satisfactorios y se prestan a polémicas y controversias.

La depresión en el ser humano es un estado general del organismo, caracterizado por la presencia de, por lo menos, uno de los cambios de cada uno de las tres parcelas abstractivas, que se indican a continuación:

- a).- en la psicomotilidad, disminución o inhibición de la iniciativa, de la espontaneidad y de la reactividad psicomotoras;
- b).- en la esfera afectivo-vital, predominio relativo de los afectos -- penosos o negativos, incapacidad para amar, sentimientos de males-- tar, pérdida del sentimiento de bienestar y de salud; y
- c).- en la esfera de los impulsos, disminución, inhibición o pérdida de la expresión y reactividad de una o de todas las tendencias instin-- vas y modificaciones cualitativas distorsionadoras de las mismas.

Como dice Delgado (1960) " la característica más común y específica de los estados depresivos es la pesadumbre intrínseca, con la consi-- guiente calidad negativa de la intencionalidad del ánimo frente al mun-- do, frente a sí mismo, frente al propio cuerpo, incluso frente a la -- vida ".

Poco hay de claro y fundamentado respecto de lo exógeno, ambiental y situacional en la etiología de la depresión (Alarcón) sea ella con-- siderada exógena o endógena, neurótica o psicótica.

Sólo son mantenibles los puntos de vista operacionales en el sentido de que puede afirmarse que muchas depresiones son reacciones ante -- factores ambientales. En este sentido, el cuadro que se presenta es reactivo. Otras depresiones pueden ser el resultado de la acción de un agente psicológico o de la persistencia de situaciones conflicti-- vas no resueltas. En estos casos se puede hablar de depresiones pai-- cógenas.

La depresión como síndrome y como enfermedad. Desde un punto de vis-- ta semántico, el término depresión significa diferentes cosas (leh-- mann, Beck). Puede considerarse simplemente como un sentimiento.

Cabe entenderla como un estado. Puede pensarse en ella como un sín-- toma o como un síndrome. Por último puede hablarse de depresión -- como una enfermedad presuntamente bien definida.

El término de depresión reactiva suele dejarse para los cuadros de -- depresión usual desencadenados por una pérdida también usual, dentro de las condiciones de la vida diaria.

No existe una personalidad típica para presentar cuadros de depresión. El síndrome depresivo suele comenzar de modo gradual hasta llegar a -- una intensidad que es muy variable.

En el deprimido hay una disminución de la energía y de la espontaneidad de las tendencias instintivas, propensión a la tristeza, malestar, desinterés, miedo, angustia, subvaloración de sí mismo, desánimo, desgano, sentimiento de culpa, dificultad para pensar, indecisión, sentimiento de soledad y de incapacidad para la comunicación. Tanto en el hombre como en la mujer deprimidos hay una disminución de apetito e interés sexuales y dificultad para alcanzar la satisfacción orgástica plena. El estado de depresión es sumamente penoso y se acompaña del convencimiento de que nunca va a pasar y de que la propia vida no tiene valor. Hay ideas de culpa y de autoacusación, así como ideas delusivas y sobrevaloradoras, de pequeñez personal o de insignificancia de la propia vida. La psicomotilidad está retardada y falta de espontaneidad.

Todo ello se suele acompañar de una propensión al suicidio. Los intentos de suicidio son más frecuentes en el hombre que en la mujer y más frecuentes después de los 50 años (Patrilowitsch). El suicidio es siempre un acto trágico (Beck y colaboradores). Uno de cada seis -- pacientes con depresión grave se suicida.

Otros síntomas frecuentes en la depresión son la disminución del hambre y del apetito y los trastornos del sueño.

Estos pueden consistir en dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano o sin haber completado el número de horas adecuado y usual para la persona; también puede consistir en sueños sobresaltados y en el --- hecho de despertar con la sensación de no haber descansado lo suficiente. Finalmente y de acuerdo a los criterios que establece la ICD 9 podemos -- definir a las neurosis como un trastorno mental, sin base orgánica demostrable en la cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada, ya que en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectando en extremo, aunque por lo -- común permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Las manifestaciones principales son ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivo compulsivos y depresión.

Siendo la neurosis depresiva un trastorno neurótico caracterizado por -- depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva, no comprende entre sus características las -- ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, por ejemplo; pérdida -- de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y -- depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría.

En cuanto a la Neurosis de Ansiedad se presenta con gran variedad de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuible a peligro real, que se presentan ya sea a manera de crisis o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar al pánico. Pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no obstante no dominan el cuadro.

Por último la ICD 9 define a las Reacciones de adaptación, como un trastorno leve o transitorio, más prolongado que una reacción aguda ante gran tensión (308), el cual se manifiesta en individuos de cualquier edad, aparentemente sin trastorno mental preexistente. Dicho trastorno a menudo está relativamente circunscrito o es específico de una situación determinada; es, en general, reversible y dura sólo unos pocos meses. Por lo común guarda estrecha relación, en tiempo y contenido, con acontecimientos generadores de tensión, tales como experiencias de la pérdida de un ser querido, de migración o de separación. (anexo 3).

CAPITULO III

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

Para poder llegar al análisis de los resultados y comprobar la hipótesis propuesta anteriormente, fué necesario aplicar el PSE a 70 pacientes, durante un lapso de diez meses de estudio, de donde podemos manifestar las características de la población dentro de los cuadros I, II, III, IV, V. Así mismo podemos observar los grupos diagnósticos emitidos previamente, con su frecuencia y porcentaje del número total de sujetos estudiados y finalmente dentro de los cuadros VII, VIII, IX, X y XI, se pueden ver las características del perfil sindromático presentado por los pacientes en base a los diagnósticos emitidos.

CUADRO No. I

E D A D

NUMERO	C O N C E P T O	FRECUENCIA	PORCENTAJES %
1	15 - 20	2	3%
2	20 - 30	12	17%
3	30 - 40	29	42%
4	40 - 50	22	31%
5	50 - 60	5	7%
T O T A L		70	100%

CUADRO No. II.

S E X O

NUMERO	CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	MASCULINO	30	43%
2	FEMENINO	40	57%
TOTAL		70	100 %

CUADRO III.

O C U P A C I O N .

NUMERO	C O N C E P T O	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	CHOFER	1	1.42 %
2	OBRERO	10	14.28%
3	MECANICO INDUSTRIAL	2	2.85 %
4	EMPLEADO	4	5.71 %
5	HOGAR	28	40. %
6	AUX. DE MANTENIMIENTO	1	1.42 %
7	ING. TEXTIL	1	1.42 %
8	TEJEDOR	1	1.42 %
9	ZAPATERO	1	1.42 %
10	REPARADOR DE RELOJES	1	1.42 %
11	COSTURERA	1	1.42 %
12	CONTADOR PRIVADO	1	1.42 %
13	AFANADORA	1	1.42 %
14	JEFE DE DEPARTAMENTO	1	1.42 %
15	SECRETARIA	1	1.42 %
16	MTO. VIAS FCC	1	1.42 %
17	OFICINISTA	1	1.42 %
18.	MAESTRA COSTURERA	1	1.42 %
19	DESEMPLEADO	1	1.42 %
20	DIBUJANTE	1	1.42 %
21	COMERCIANTE	1	1.42 %
22	OTROS	9	12.85 %
TOTAL		70	100 %

CUADRO No. Iv.

ESTADO CIVIL . -

NUMERO	C O N C E P T O	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	CASADOS	58	82%
2	SOLTEROS	5	7%
3	VIUDOS	1	1%
4	UNION LIBRE	1	1%
5	SEPARADOS	4	8%
6	DIVORCIADOS	1	1%
TOTAL		70	100%

CUADRO No. V

ESCOLARIDAD EN AÑOS.

NUMERO	CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	8 AÑOS	6	9%
2	6 AÑOS	25	36%
3	1 AÑOS	3	4%
4	17 AÑOS	1	1%
5	3 AÑOS	6	9%
6	5 AÑOS	5	8%
7	9 AÑOS	4	6%
8	10 AÑOS	1	1%
9	2 AÑOS	4	6%
10	7 AÑOS	1	1%
11	13 AÑOS	1	1%
12	0 AÑOS	13	18%
TOTAL		70	100%

CUADRO No. VI.

GRUPOS DIAGNOSTICOS.

NUMERO	C O N C E P T O	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	REACCIONES DEPRESIVAS	19	27%
2	REACCIONES DE ANSIEDAD	5	7%
3	REACCIONES MIXTAS	11	16%
4	NEUROSIS DE ANGUSTIA	11	16%
5	NEUROSIS DEPRESIVA	24	34%
TOTAL		70	100 %

CUADRO No. VII

SINDROMES PREDOMINANTES EN LAS REACCIONES DE ANSIEDAD (N. 5)

NUMERO	SINDROME	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	ANSIEDAD	5	100%
2	PREOCUPACION	5	100%
3	TENSION	3	60%
4	IRRITABILIDAD	3	60%
5	FALTA DE INTERES Y CONCENTRACION	3	60%

CUADRO No. VIII.

SINDROMES PREDOMINANTES EN LAS REACCIONES MIXTAS (n. 11).

NUMERO	SINDROMES	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	PREOCUPACION	11	100 %
2	TENSION	11	100 %
3	DEPRESION SIMPLE	10	90.91 %
4	ANSIEDAD GENERAL	10	90.91 %
5	IRRITABILIDAD	10	90.91 %

CUADRO No. IX.

SINDROMES PREDOMINANTES EN LAS NEUROSIS DE ANGUSTIA (n. 11).

(n. 11).

NUMERO	SINDROME	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	TENSION	11	100%
2	PREOCUPACION	11	100%
3	ANSIEDAD GENERAL	10	90.91 %
4	INQUIETUD	10	90.91 %
5	IRRITABILIDAD	9	81.82 %

CUADRO No. X.

SINDROMES PREDOMINANTES EN LAS NEUROSIS DEPRESIVAS (n. 24)

HUMERO	SINDROMES	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	DEPRESION SIMPLE	24	100%
2	TENSION	24	100%
3	PRECCUPACION	24	100%
4	IRRITABILIDAD	24	100%
5	FALTA DE INTERES Y CONCENTRACION	24	100%

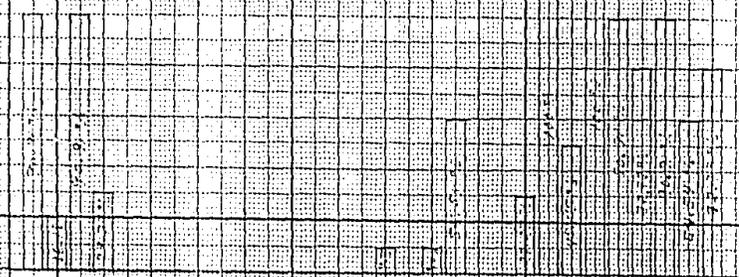
CUALRO No. XI.

SINDROMES PREDOMINANTES EN LAS REACCIONES DEPRESIVAS (n. 19)

NUMERO	SINDROMES	FRECUENCIA	PORCENTAJES.
1	TENSION	17	89.74 %
2	PREOCUPACION	17	89.74 %
3	DEPRESION SIMPLE	16	84.21 %
4	INQUIETUD	16	84.21 %
5	FALTA DE INTERES Y CONCENTRACION	16	84.21 %

DISTRIBUTION OF IAC
 REACTIONS FIXTAU

SPREADSHEET



DISTRIBUTION

DISTRIBUCION DE LAS REACCIONES

DE REACCIONES

FRECUENCIA

GRUPO I

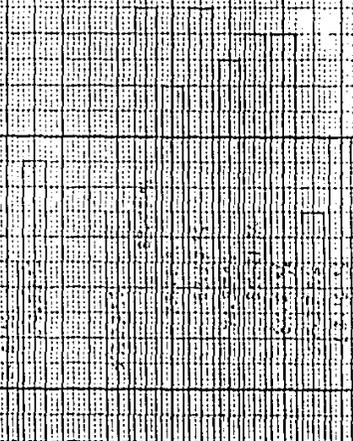
DISTRIBUCION DE LAS REACCIONES

DIFERENCIALES.

PROPIEDAD



TIPOLOGIAS



DISTRIBUTION OF THE DEPRESSIVE

DISTRIBUTION DE LA

ÉLÉMENTS DE STRUCTURE.

PROFONDITA

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

PROFONDITA

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

DISCUSION.

Comparativamente con lo encontrado por otros autores como Wing en un estudio realizado en las villas de Uganda y Camberwell, en donde la frecuencia de la depresión fué dos veces más frecuente en las mujeres ugandesas que en las de Londres. Y fué notorio también que la culpa patológica, tensión, anergia subjetiva e hipocondriasis fueron más comunes en las mujeres ugandesas y que el único síndrome más frecuente en Camberwell fué la ansiedad situacional.

También en el presente estudio predominaron los síndromes neuróticos no específicos, ocupando los primeros lugares la tensión, la preocupación e irritabilidad. Siendo la depresión simple el síndrome neurótico específico más frecuentemente encontrado en los pacientes estudiados.

Es claro que hubo diferencias notables en el perfil sindromático presentado por los pacientes en cuestión; aunque también hubo algunas semejanzas sobre todo en cuanto a la predominancia de alguno de los síndromes.

De lo anterior se desprende que los pacientes con reacciones de ansiedad tuvieron todos ellos el síndrome de ansiedad y el de preocupación. Los pacientes con reacciones mixtas presentaron en todos los casos los síndromes de preocupación y tensión, de igual manera los pacientes con neurosis de angustia tuvieron los síndromes de tensión y preocupación. En los pacientes con Neurosis depresiva se observo que todos ellos o sea el cien por ciento presentaron los síndromes de depresión simple, tensión, preocupación, irritabilidad y falta de interés y concentración.

Y finalmente los pacientes que presentaban reacciones depresivas en el 89.47% presentaron los síndromes de tensión y preocupación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Otros estudios en pacientes deprimidos tanto hospitalizados, de consulta externa y de población general, mostraron diferencias tanto en la sintomatología, como en los perfiles sindrómicos. Los sujetos deprimidos. Los sujetos deprimidos en la población en general rara vez presentaron síntomas de depresión severa tales como culpa patológica, delirios, -- ideas suicidas y anergia (Wing 1978). Así mismo en el presente estudio tampoco se observaron este tipo de síntomas de depresión severa.

Fuimos observar en nuestro estudio que las edades más afectadas fueron entre los treinta y cuarenta años, predominando en el sexo femenino, -- siendo la ocupación a la que se dedicaban dichas mujeres las labores -- del hogar.

En cuanto al estado civil la patología fué más frecuente entre los casados que en individuos con otro estado civil.

Y en cuanto a la escolaridad del grupo estudiado se encontró que la -- mayoría alcanzó solamente seis años.

Finalmente por grupo diagnóstico fueron las neurosis depresivas y después las reacciones depresivas las que ocuparon los primeros lugares.

Derivado de lo anterior tenemos que la utilización del PSE es una forma confiable de describir el tipo de síntomas y características clínicas de nuestra población. De esta manera se pueden distinguir diferentes grupos de sujetos los cuales pueden ser sometidos a diferentes tratamientos.

La versión corta de la novena edición del PSE contiene sólo los primeros 46 síntomas "neuróticos" y por tanto es relativamente fácil de -- emplear para estudios tanto en la consulta externa como en la población general.

TABLA 4.

Syndrome Profiles of subjects with depressive disorders.

Syndrome No.	Uranda	Villages	Camberwell
	% Men	% Women	% Women +
6 Depression	100	100	100
7 Obsessions	10	6	14
8 General anxiety	57	44	41
9 (Situational anxiety)++(25)		(25)	73
23 Depersonalisation	5	11	9
24 Pathological guilt	71	83	23
27 Ideas of reference	14	17	18
28 Tension	67	94	64
29 Subjective anergia	81	89	32
30 Worrying, etc.	95	94	100
31 Irritability	29	39	64
32 Social unease	52	33	55
33 Loss of interest and concentration	24	50	41
34 Hypochondriasis	33	29	5
35 Other symptoms of depression	95	100	100
<hr/>			
No. With depressive disorder	18	21	22

+ Wing et al (1978)

++ Rated only in the second.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES:

- A) El presente estudio nos dice que si es posible , con la utilización de un instrumento diagnóstico como el PSE, conocer las características sindromáticas de los pacientes que acuden a la consulta externa de Psiquiatría de un hospital general con trastornos no psicóticos.
- B) Que si existen diferencias , así como algunas semejanzas entre los perfiles sindromáticos de los pacientes estudiados y entre los perfiles con el diagnóstico emitido previamente.
- C). Que hay concordancia con otros estudios en donde ha sido utilizado el PSE.
- D) El PSE es un instrumento que evalúa los problemas diagnósticos en - - - Psiquiatría y que puede unificarse a través de él , los criterios con la finalidad de tener un lenguaje científico internacional de comunicación .
- E) Y finalmente que la versión corta de la novena edición del PSE contiene solo los primeros 46 síntomas " neuroticos " y que por tanto es relativamente fácil de emplear para estudios tanto en la consulta externa como en la población general .
- No debe olvidarse que el presente estudio solo es una fase de una investigación más amplia que se realiza en el Instituto Mexicano de Psiquiatría a - - - cargo del Dr. Jorge J. Garza Anguaga ; titulado " Adaptación a la Población Mexicana de una escala de diagnóstico clínico. " .

A N E X O S .

ANEXO I

EXAMEN DEL ESTADO ACTUAL (PSE)

Hoja de calificación

Nombre de la institución _____

Nombre del paciente o iniciales _____ No. del expediente _____

Domicilio del paciente _____

Psiquiatra que calificó esta entrevista _____

Se llenó esta forma como parte de un estudio de confiabilidad

0 = NO

1 = SI, la persona que llenó esta forma también entrevistó al paciente

2 = SI, la persona que llenó esta forma estuvo como observador durante la entrevista

Psiquiatra que entrevistó al paciente _____

Número de estudio

Fecha en que se hizo esta entrevista

DIA

MES

ANO

Tiempo en que se realizó la entrevista (en minutos)

Nota: Esta hoja de calificación debe ser empleada conjuntamente con la entrevista del examen del estado actual (PSE, 9a edición). El siguiente código deberá ser empleado:

0 = Ausente

1 = Moderado

2 = Severo

8 = No aplicable

9 = Se desconoce

Tiempo: las últimas 4 semanas

En los síntomas en los que se requiere un ejemplo, favor de anotar el número del síntoma correspondiente y el ejemplo respectivo en una hoja blanca que se anexará a esta cédula.

1. Introducción

(cont.)

- Relato de síntomas presentados por el paciente
- Razones para respuestas inadecuadas (marque con X todas las que existan)
- Negación
- Incoherencia
- Irrelevancia
- Respuestas muy cortas
- Pobreza del contenido del lenguaje
- Falta de atención
- El paciente se niega
- Paciente mutista, estuporoso, etc.
- Otros, especifique: _____

- 6. Cansancio
- 7. Tensión muscular
- 8. Inquietud
- 9. Ideas hipocondríacas
- 10. Sentimientos subjetivos de tensión nerviosa
- 10a. Hipersensibilidad al ruido

----- CORTE -----

2. Salud física, preocupaciones, tensiones

3. Manifestaciones de angustia en el sistema nervioso autónomo

- 1. Evaluación subjetiva del paciente de su salud física
- 2. Presencia de enfermedad física o de impedimentos
- 3. Síntomas psicosomáticos
- 4. Preocupaciones
- 5. Dolores tensionales

- 11. Angustia flotante con manifestaciones somáticas
- 12. Ansiedad por presentimientos con manifestaciones somáticas
- 13. Ansiedad debida a delirios
- 14. Ataques de pánico con manifestaciones somáticas
- 15. Angustia situacional
- 16. Angustia al estar en contacto con otras personas
- 17. Fobias específicas
- 18. Evasión de situaciones que provocan angustia

4. Concentración, atención, etc.

- 19. Ineficiencia del pensamiento
- 20. Mala concentración
- 21. Descuido por rumiación o indecisión
- 22. Pérdida de intereses.

7. Apetito, sueño, retardo y libido

- 34. Pérdida de peso por mal apetito
- 35. Dificultades para conciliar el sueño
- 36. Astenia o retardo mental subjetivo

----- CORTE -----

5. Talante depresivo

- 23. Animo depresivo
- 24. Desesperanza
- 25. Planes o actos suicidas

- 37. Despertar temprano
- 38. Pérdida de la libido (en el episodio actual de la enfermedad y su persistencia en el último mes)
- 39. Exacerbación premenstrual

----- CORTE -----

8. Irritabilidad

- 40. Irritabilidad

- 26. Ansiedad o depresión primaria
- 27. Depresión por las mañanas

9. Ideación y ánimo expansivos

- 41. Animo expansivo (no entusiasmo habitual)
- 42. Presión ideomotora subjetiva

----- CORTE -----

6. Actitudes hacia sí mismo y hacia los demás

- 28. Aislamiento social
- 29. Autodepreciación
- 30. Falta de confianza en sí mismo ante otras personas
- 31. Ideas simples de referencia
- 32. Ideas de culpa o referencia
- 33. Culpa patológica

- 43. Actos e ideas de grandiosidad

10. Obsesiones

- 44. Repetición y reconfirmación obsesivas
- 45. Limpieza obsesiva y otros ritos similares
- 46. Ideas obsesivas

11. Desrealización y despersonalización

- 47. Sentimientos de irrealidad
- 48. Despersonalización

12. Otros trastornos de la percepción
(no incluir alucinaciones)

- 49. Humor delirante

----- CORTE -----

- 50. Aumento en la intensidad de la percepción
- 51. Disminución en la intensidad de la percepción
- 52. Cambios en la percepción
- 53. Cambios en la percepción del tiempo, incluyendo deja vu
- 54. Pérdida de las emociones

13. Lectura, inserción, eco y transmisión del pensamiento

- 55. Inserción de pensamientos
- 56. Transmisión del pensamiento
- 57. Pensamiento en forma de eco o comentario
- 58. Bloqueo del pensamiento
- 59. Lectura del pensamiento

14. Alucinaciones

----- CORTE -----

14a. Alucinaciones auditivas

- 60. Alucinaciones no verbales
- 61. Alucinaciones verbales depresivas o voz llamando al sujeto
- 62. Voz(es) hablando en 3a persona o comentando la acción del sujeto
- 63. Voz(es) hablando al paciente (no depresivas o maníacas)
- 64. Alucinaciones disociativas
- 65. Pseudo alucinaciones y alucinaciones verdaderas

14b. Alucinaciones visuales

----- CORTE -----

- 66. Alucinaciones visuales
- 67. Alucinaciones visuales con delirium

14c. Otras alucinaciones

----- CORTE -----

- 68. Alucinaciones olfatorias
- 69. Delirios secundarios a alucinaciones olfatorias
- 70. Delirios secundarios a otras alucinaciones

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
1(NS)	Síndrome Nuclear	55 Inserción de pensamiento 56 Transmisión del pensamiento 57 Pensamiento en forma de eco o comentario 58 Bloqueo del pensamiento 62 Voz hablando en 3a. persona o comentando la acción del sujeto 71 Delirios de control 81 Delirios de fuerzas extrañas que penetran y controlan al paciente 82 Delirio primario 0= Ausencia de síntomas 1= NS? = Delirios parciales únicamente 2= NS += 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= NS++= 2 o más síntomas
2(CS)	Síndrome Catatónico	116 Manerismos y posturas 119 Movimientos catatónicos 0= Ausencia de síntomas 2= CS+= 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= CS++= 2 síntomas
3(IS)	Lenguaje Incoherente	135 Neologismos 136 Incoherencias del lenguaje 0= Ausencia de síntomas 2= IS+= 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= IS++= 2 síntomas

ANEXO 2

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
4 (RS)	Síndrome Residual	60 (2) Ejem: escucha alucinaciones del tipo de cuchicheos 118 Se comporta como alucinado 132 Lenguaje asocial 0= Ausencia de síntomas <input type="checkbox"/> 2= RS+= 1 síntoma 3= RS++= 2 o más síntomas
5 (DD)	Delirios Depresivos y Alucinaciones	61 (2) alucinaciones depresivas 88 Delirios de culpa 91 Delirios hipocondríacos 92 Delirios de catástrofe 0= Ausencia de síntomas <input type="checkbox"/> 2= DD+= 1 síntoma 3= DD++= 2 o más síntomas
6 (SD)	<u>Depresión Simple</u>	19 Pensamiento ineficiente 23 Animo depresivo 24 Desesperanza 25 Planes o actos suicidas 121 Depresión en la entrevista 0= Ausencia de síntomas 1= SD? = Si no están presentes los síntomas 23 o 121 <input type="checkbox"/> 2= SD+ = 1 síntoma (23 o 121) 3= SD++= 2 o más síntomas (incluyendo el 23 o 121)

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
---------------------	----------------------------	-----------------

7 (ON)	<u>Neurosis Obsesiva</u>	44 Repetición y reconfirmación obsesivas 45 Limpieza obsesiva y otros ritos similares 46 Ideas obsesivas 0= Ausencia de síntomas 2= ON+ = 1 síntoma 3= ON++= 2 o más síntomas
--------	--------------------------	--

8 (GA)	<u>Ansiedad General</u>	11 Ansiedad 14 Ataques de pánico 120 Ansiedad en el examen 0= Ausencia de síntomas 2= GA+ = 1 síntoma 3= GA++= 2 o más síntomas
--------	-------------------------	--

9 (SA)	<u>Ansiedad Situacional</u>	15 Ansiedad situacional 17 Fobias específicas 18 Evasión de situaciones que provocan angustia 0= Ausencia de síntomas 2= SA+ = 1 síntoma 3= SA++= 2 o más síntomas
--------	-----------------------------	---

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
10 (HT)	<u>Histeria</u>	64 (2) alucinaciones disociati <u>vas</u> (no sub-culturales) 100 Estados disociativos 101 Síntomas conversivos 122 Histriónico. 0= Ausencia de síntomas 2= HT+ = 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= HT++= 2 o más síntomas
11 (AF)	Aplanamiento Afectivo	128 Afecto aplanado 0= Ausencia de síntomas <input type="checkbox"/> 2= AF+ = 1 síntoma
12 (HN)	<u>Hipomanía</u>	41 Animo expansivo o euforia subjetiva 42 Presión ideomotora subje- tiva 43 Actos e ideas de grandiosidad 123 Afecto hipomaniaco 137 Contenido hipomaniaco del lenguaje 0= Ausencia de síntomas 1= HN? = si sólo se presentan los síntomas 42, 43 o 137 2= HN+ = 1 síntoma (41 ó 123) <input type="checkbox"/> 3= HN++= 2 o más síntomas (incluyendo 41 ó 123)

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
13 (AH)	Alucinaciones Auditivas	63 Voces hablándole al paciente (no depresivas) 0= Ausencia de síntomas <input type="checkbox"/> 2= AH+ = 1 síntoma
14 (PE)	Delirios de Persecución	74 Delirios de persecución 0= Ausencia de síntomas 1= PE? = delirios parciales únicamente <input type="checkbox"/> 2= PE+ = 1 síntoma
15 (RE)	Delirios de Referencia	72 Delirios de referencia 73 Delirios de interpretación 0= Ausencia de síntomas 1= RE? = delirios parciales únicamente 2= RE+ = 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= RE++ = 2 síntomas
16 (GR)	Delirios de Grandiosidad y Religiosos	76 Delirios de habilidades grandiosas 77 Delirios de grandeza 78 Delirios religiosos

Síndrome No. Nombre del Síndrome
(a) (b)

Síntomas
(c)

0= Ausencia de síntomas

1= GR? = delirios parciales únicamente

2= GR+ = 1 síntoma

3= GR++= 2 o más síntomas

17(SF) Delirios Sexuales y Fantásticos

59 Lectura del pensamiento

70 (2) Delirios secundarios a otras alucinaciones

75 Delirios de asistencia o ayuda

79 Explicaciones delirantes en términos de fenómenos paranormales

80 Explicaciones delirantes en términos de fuerzas físicas

84 Delirios celotípicos

85 Delirios de embarazo

86 Delirios sexuales

87 Delirios fantásticos

89 Delirios acerca de la apariencia física

90 Delirios de despersonalización

0= Ausencia de síntomas

1= SF? = Delirios parciales únicamente

2= SF+ = 1 síntoma

3= SF++= 2 o más síntomas

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
18 (VII)	Alucinaciones Visuales	66 (2) Alucinaciones visuales 0= Ausencia de síntomas <input type="checkbox"/> 2= VII+ = 1 síntoma
19 (OH)	<u>Alucinaciones Olfatorias</u>	68 Alucinaciones olfatorias 69 Delirios secundarios alucinaciones olfatorias (el paciente huele) 0= Ausencia de síntomas 2= OH+ = 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= OH++= 2 síntomas
20 (OV)	Hiperactividad	112 Excitación manifiesta y violencia 113 Comportamiento irreverente 115 Comportamiento vulgar o vergonzoso 0= Ausencia de síntomas 2= OV+ = 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= OV++= 2 o más síntomas
21 (SL)	<u>Retardo</u>	110 Lentitud y poca actividad 130 Lenguaje lento 133 Mutismo 134 Cantidad restringida del lenguaje

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
---------------------	----------------------------	-----------------

0= Ausencia de síntomas

2= SL+ = Cualquier síntoma a excepción de mutismo

3= SL++= Mutismo (133)

22(NP)

Psicosis no Específica

49 Humor delirante

50 Aumento en la intensidad de la percepción

52 Cambios en la percepción

53 Cambios en la percepción del tiempo

60 (1) alucinaciones no verbales

61 (1) alucinaciones verbales de presivas

66 (1) alucinaciones visuales

70 (1) delirios secundarios a otras alucinaciones

94 Disposición del enfermo para hablar de su delirio

102 Obnubilación o estupor

109 Apariencia estrafalaria

117 Estereotipias

125 Suspicas

126 Perplejo

129 Incongruencia del afecto

0= Ausencia de síntomas

1= NP? = 1 síntoma

2= NP+ = 2 síntomas

3= NP++= 3 o más síntomas

23(DE)

Despersonalización

47 Desrealización

48 Despersonalización

0= Ausencia de síntomas

2= DE+ = 1 síntoma

3= DE++= 2 síntomas

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
24 (ED)	<u>Rasgos Especiales de la Depresión</u>	29 Auto depreciación 32 Ideas de culpa o de referencia 33 Culpa 51 Disminución en la intensidad de la percepción 54 Pérdida de las emociones 0= Ausencia de síntomas 2= ED+ = 1 síntoma 3= ED++= 2 o más síntomas <input data-bbox="1011 451 1078 514" type="checkbox"/>
25 (AG)	<u>Agitación</u>	111 agitación en el examen 0= Ausencia de síntomas 2= AG+ = 1 síntoma <input data-bbox="977 627 1044 690" type="checkbox"/>
26 (NG)	<u>Presentación</u>	108 Presentación 0= Ausencia de síntomas 2= NG+ = 1 síntoma <input data-bbox="977 808 1044 871" type="checkbox"/>
27 (IR)	<u>Ideas de Referencia</u>	31 Ideas de referencia 0= Ausencia de síntomas 2= IR+ = 1 síntoma <input data-bbox="977 985 1044 1048" type="checkbox"/>

Síndrome No.	Nombre del Síndrome	Síntomas
(a)	(b)	(c)

28 (TE)	<u>Tensión</u>	5 Dolores tensionales 7 Tensión muscular 8 Inquietud 0= Ningún síntoma <input type="checkbox"/> 2= TE+ = 1 síntoma 3= TE++= 2 o más síntomas
---------	----------------	---

29 (LE)	<u>Falta de Energía</u>	36 Retardo mental subjetivo 0= Ningún síntoma <input type="checkbox"/> 2= LE+ = 1 síntoma
---------	-------------------------	---

30 (WO)	<u>Preocupación</u>	4 Preocupaciones 6 Cansancio 10 Tensión nerviosa 21 Descuido por rumiación 35 Dificultades para conciliar el sueño 0= Ausencia de síntomas 2= WO+ = 1 síntoma <input type="checkbox"/> 3= WO++= 2 o más síntomas
---------	---------------------	---

31 (IT)	<u>Irritabilidad</u>	40 Irritabilidad 124 Irritabilidad hostil
---------	----------------------	--

Síndrome No.	Nombre del Síndrome	Síntomas
(a)	(b)	(c)

0= Ausencia de síntomas
 2= IT+ = síntoma 40
 3= IT++= síntoma No.124

32(SU)

Dificultad Social

16 Ansiedad al estar en contacto con otras personas
 28 Aislamiento social
 30 Falta de confianza en sí mismo ante otras personas

0= Ausencia de síntomas
 2= SU+ = 1 síntoma
 3= SU++= 2 o más síntomas

33(IC)

Pérdida de Intereses y Concentración

20 Mala concentración
 22 Pérdida de intereses

0= Ausencia de síntomas
 2= IC+ = 1 síntoma
 3= IC++= 2 síntomas

34(HY)

Hipocondriasis

9 Hipocondriasis

0= Ausencia de síntomas
 2= HY+ = 1 síntoma

Síndrome No. (a)	Nombre del Síndrome (b)	Síntomas (c)
35(OD)	<u>Otros Síntomas de la Depresión</u>	27 Depresión por las mañanas 34 Pérdida de apetito 37 Despertar temprano 38 Pérdida de la libido 39 Exacerbación premenstrual 0= Ausencia de síntomas 2= OD+ = 1 síntoma 3= OD++= 2 o más síntomas <input data-bbox="1013 413 1076 476" type="checkbox"/>
36(OR)	<u>Alteración Orgánica</u>	67 Alucinaciones visuales con delirium 103 Alteración orgánica de la memoria 0= Ausencia de síntomas 2= OR+ = 1 síntoma <input data-bbox="979 690 1043 753" type="checkbox"/>
37(SC)	Delirios Subculturales o Alucinaciones	64 (1) "alucinaciones subculturales" 83 "Delirios subculturales" 0= Ausencia de síntomas 2= SC+ = 1 o más síntomas <input data-bbox="1009 921 1073 984" type="checkbox"/>
38(DI)	Entrevista Dudosa	139 Respuestas engañosas 140 Entrevista probablemente inadecuada

Síndrome No. Nombre del
 Síndrome

Síntomas
(c)

(a)

(b)

0= Ningún ítem

2= DI+ = 1 ítem

lumbago (724.2)
miembros (729.5)
reumatismo (729.0)
hemisférica (346.—)

307.9 *Otros y los no especificados*

Se debe preponderar a no usar esta subcategoría. La mayoría de los términos de inclusión no son indicadores de trastorno psiquiátrico y se les menciona sólo porque algunas veces podrían aparecer como diagnósticos.

Arrancarse o halar el pelo	Masturbación
Cecceo	Onicofagia
Lalación	Succión del pulgar

308 Reacción aguda ante gran tensión

Trastornos transitorios de cualesquier gravedad y naturaleza, que aparecen en individuos sin afección mental evidente, como reacción a tensión física o mental excepcional, tal como una catástrofe telúrica o una batalla, y generalmente ceden dentro de horas o días.

Delirio del agotamiento	Tensión catastrófica
Fatiga de combate.	

Excluye: reacción de adaptación (309.—)

308.0 *Con predominio de las alteraciones emocionales*

Estados de pánico, excitabilidad, miedo, depresión o ansiedad que satisfacen los criterios mencionados anteriormente.

308.1 *Con predominio de las alteraciones de la conciencia*

Espasmos que satisfacen los criterios supradichos.

308.2 *Con predominio de las alteraciones psicomotoras*

Estados de agitación o estupor que satisfacen los criterios arriba indicados.

308.3 *Otros*

Trastorno situacional agudo

308.4 *Mixtas*

Estados reaccionales ante gran tensión comprenden varios elementos, pero siempre que sea posible debe asignarse un código digno específico (0, 1, 2, o 3, de acuerdo con el tipo predominante de alteración). La subcategoría de trastornos mixtos debe usarse sólo cuando haya una mezcla de tal naturaleza que no permita hacer la codificación específica.

308.9 *Sin especificación*

309 *Reacción de adaptación*

Trastorno leve o transitorio, más prolongado que una reacción aguda ante gran tensión (308.—) el cual se manifiesta en individuos de cualquier edad, aparentemente sin trastorno mental preexistente. Dicho trastorno a menudo está relativamente circunscrito o es específico de una situación determinada, es, en general, reversible y dura sólo unos pocos meses. Por lo común guarda una estrecha relación, en tiempo y contenido, con acontecimientos generadores de tensión, tales como experiencias de la pérdida de un ser querido, de migración o de separación. Las reacciones que persisten más de unos cuantos días y son causadas por tensión deben incluirse también en esta categoría.

Excluye: reacción ante gran tensión (308.—)
trastorno neurótico (300.—)

309.0 *Reacción depresiva breve*

Estados de depresión no calificables como maníaco-depresivos, psicóticos ni neuróticos, generalmente transitorios, en los cuales los síntomas depresivos están estrechamente relacionados en tiempo y contenido con algún acontecimiento causante de tensión.

Dolor moral	Reacción de pesar
Reacción de pena	

Excluye: depresión neurótica (300.4)
psicosis:
afectiva (296.—)
depresiva psicógena (298.0)
reacción depresiva prolongada (309.1)

309.1 *Reacción depresiva prolongada*

Estados de depresión no calificables como maníaco-depresivos, psicóticos ni neuróticos, generalmente de larga duración, que casi siempre se desarrollan en conexión con exposición prolongada a experiencias que causan tensión.

Excluye: depresión neurótica (300.4)
psicosis:
afectiva (296.—)
depresiva psicógena (298.0)
reacción depresiva breve (309.0)

309.2 *Con predominio de alteración de otras emociones*

Estados que satisfacen los criterios generales de una reacción de adaptación, cuyos síntomas principales son de tipo emocional (ansiedad, temor, preocupación, etc.), pero no específicamente depresivos.

Ansiedad anormal de la separación	Choque cultural
-----------------------------------	-----------------

309.3 *Con alteración predominante de la conducta*

Trastornos leves o transitorios que satisfacen los criterios generales de una reacción de adaptación, en los que la manifestación predominante es la alteración de la conducta. Por ejemplo, el caso de un adolescente que ante una desgracia presenta una reacción que conduce a un trastorno agresivo o antisocial.

BIBLIOGRAFIA:

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Alonso Fernández.
Fundamentos de Psiquiatría actual.
Ed. Paz Montalvo. Madrid 1972.
- 2.- Beck A.
Depresión New York.
Huber Medical 1967
- 3.- Beck A.
Factores Etiológicos de la Depresión, el espectro anáptico en depresión. D. Hill y L. Hollister.
- 4.- Beck A. Coopen A. et al
Suicide en depresión.
New York. 1973
- 5.- Bergeret J.
Manual de Psicología Patológica.
Traduc. Izquierdo Angeles.
1981 pp. 131-148
- 6.- Cabalcero G. M.
Aportaciones a la fenomenología Psicopatológica.
Paz Montalvo. Madrid 1971.

- 7.- Caraveo Anduaga J.
Estudios clínicos de la depresión en el anciano, un enfoque
fenomenológico. 1977
Tesina para obtener la especialidad en psiquiatría.
- 8.- Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales.
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
Dirección de Salud Pública.
División de Higiene Mental.
Novena edición, 10. de enero de 1979.
- 9.- Cooper J. E. Kendell, R. E. Gorlano.
Sharpe L. Copelano JRM and Simon.
Psychiatric Diagnosis In New York and London.
University Press 1972.
- 10.- Delgado H.
Psicopatología de los estados depresivos.
Acta Neurosiquiat 1960. p.p. 6-128
- 11.- Delgado H.
Curso de Psiquiatría.
Barcelona 1969.
- 12.- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
Curso de Estadística Aplicada para estudiantes de la especializa
ción en Psiquiatría.
1983. UNAM.
- 13.- Diel P.
El Miedo y la Angustia.
F. C. E. México, 1966

- 14.- Fuente de la R. L.
La depresión como problema humano; los múltiples rostros de la depresión.
 2da. Conferencia Colegio Nacional.
 Agosto de 1975.
- 15.- Henricy P. Bernard y CH. Brisset.
Tratado de Psiquiatría.
 Versión Español C. Ruiz Ogara.
 Barcelona p.p. 325-376.
- 16.- Luria R. E. MC. Hung R.P. and Mesrch. Esther N. Y.
Reliability and Clinical utility of, the "wing" present.
 State Examination Arch. Gen. Psychiat. 1974. pp. 866-871.
- 17.- López Ibor J. S.
La Angustia Vital.
 Madrid, Paz Montalvo 1950.
- 18.- Machinnon Roger A. Dr. et al.
Psiquiatría clínica aplicada.
 Ed. Interamericana, 1984. p.p. 162-183.
 Traduc. Gerhard Ottenwelder Carlos.
- 19.- Mezer Robert R.
Psiquiatría Dinámica.
 Ed. Pax México, 2a. Edición 1980 p.p. 183-196
- 20.- Minkoswki E.
El tiempo vivido.
 F. C. E. México, 1958

- 21.- Montserrat Esteve Santiago.
Psicología y Psicopatología Cibernéticas.
pp 155-184
Ed. Herder 1985.
- 22.- Patiño J. L.
Psiquiatría Clínica.
Ed. Salvat. Mexicana. 1980.
p.p. 173-232.
- 23.- Schlobies M. et al.
Manual de diagnóstico diferencial en Psiquiatría.
Traduc. J. Aizarma et. el
Ed. Alhambra. 1982.
p.p. 64-65
- 24.- Taborda R. et al
Principios de Semiología Psiquiátrica.
1978. p.p. 114 117
- 25.- Taller de Introducción a la Metodología de Investigación Médica. Interdisciplinaria.
2a. Edición oct. 1982. Programa Universitario,
de Investigación clínica. ISSSTE, S. S. A., Facultad de
Medicina, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM.
pp. 14-50
- 26.- Vallejo Najera J. A. Dr.
Introducción a la Psiquiatría.
Ed. Científico Médica.
10a. Edición 1981.
p.p. 147-164

- 27.- Vallejo G. Bleichmar H., Usandivaras R. J.
Enciclopedia de Psiquiatria.
2a. Edición.
Ed. " El Ateneo " Buenos Aires.
pp. 43-47, 249, 564, 622.
- 28.- Wing J. K. Cooper J. E. and Sartorius J.
No. The measurement and classification of psychiatric.
symptoms.
1974.
- 29.- Wing J. K. Mann. S. A. Leff, J. P. and Nixon J. N.
The concept of a "case" in psychiatric population surveys.
Psychol 1978 pp. 8 - 203 - 217
- 30.- WHO (OMSS): The International Pilot study of schizo - -
phrenia vol. 1 Geneva WHO. 1973.
Vol. 1.
- 