

11241

13
20

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

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL DE LA UNAM



TESIS
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA

PRESENTA
Dra. MERCEDES RIVAS TORRES

ASESORES:

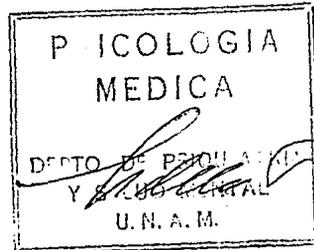
Alejandro Díaz
Dr. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
TUTOR

[Signature]
Dr. DIRECTOR ORTEGA

[Signature]
Dra. ODETTE PELAEZ H.

TESIS CON 1994
FALLA DE ORIGEN

Vc b- [Signature]





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.

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

**TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL DE LA UNAM**

**TESIS
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN PSIQUIATRIA**

**PRESENTA
Dra. MERCEDES RIVAS TORRES**

ASESORES:

**Dr. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ
DIRECTOR**

Dr. HECTOR ORTEGA SOTO

Dra. ODETTE PELAEZ H.

LISTA DE CONTENIDO

| | página |
|----------------------------|--------|
| ANTECEDENTES | 1 |
| JUSTIFICACION | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| OBJETIVOS | 7 |
| MATERIAL Y METODOS | 7 |
| METODOS | |
| SUJETOS | |
| CRITERIOS DE INCLUSION | |
| CRITERIOS DE NO INCLUSION | |
| CRITERIOS DE EXCLUSION | |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACION | |
| RESULTADOS Y DISCUSION | 10 |
| CONCLUSION | 21 |
| ANEXO | 24 |
| BIBLIOGRAFIA | 27 |

ANTECEDENTES

Durante este siglo los trastornos del afecto han llamado poderosamente la atención a la comunidad psiquiátrica, ya que un gran porcentaje de la población mundial ha sufrido por lo menos un cuadro depresivo en el transcurso de su vida (24), siendo independiente de esto la etiología, severidad, duración, intensidad y presencia de sintomatología específica, o la incidencia sobre los procesos adaptativos y funcionales del individuo (6). En los últimos cincuenta años se ha dado gran importancia a los cuadros catalogados como depresión mayor. En los setenta se calculó que 1.2% de la población mundial padecía este trastorno; aproximadamente dos millones de norteamericanos habían presentado un cuadro depresivo en el transcurso de su vida (6,15).

Beck (2) menciona que debido al éxito terapéutico que han demostrado los antidepresivos tricíclicos en combatir y controlar este tipo de trastornos, se ha tratado de delucidar el sustrato neurofisiológico de este tipo de entidades psiquiátricas, lo que ha generado un avance dentro de la neuroquímica y neurofisiología en los últimos años.

La Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Estadístico de Enfermedades Mentales, menciona que la sintomatología de los trastornos depresivos generalmente se acompaña de una sintomatología más o menos bien definida con un curso más o menos homogéneo (1).

La población universitaria no es la excepción, aún cuando los servicios de Salud Mental para estudiantes no son de creación reciente -en 1910 ya funcionaba un programa en la Universidad de Princeton- han cobrado auge en las tres últimas décadas y el estudio de los problemas de salud mental en poblaciones universitarias, ha pasado a ser, un campo de investigación novedoso y hasta cierto punto controvertido, Erikson (12) menciona que los jóvenes universitarios se encuentran en un periodo de transición entre la adolescencia y la adultez, que está caracterizado por una combinación de inmadurez prolongada y precocidad provocada que hacen a las universidades un terreno fértil para el estudio de estas características y de su entrecruzamiento con conductas desviadas.

En México se creó el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, en el año de 1955. Entre sus funciones se proponía brindar asistencia médico-psicológica a los estudiantes de Medicina que lo requirieran. En 1973 se construyó el edificio que es sede actual del Departamento bajo la dirección del Dr. Ramón de la Fuente, aquí, la atención médico psicológica se hizo extensiva a todos los estudiantes de licenciatura de la UNAM (9).

Blaine et al. (3) afirma de la importancia de estos servicios ya que se presentan los desordenes afectivos con gran frecuencia en esta población. De la Fuente y colabolladores basándose en estudios efectuados (8), han

mencionado que se trata del más común de los desórdenes psiquiátricos en la consulta externa y en los servicios de medicina interna, mencionando que el 38% de más de 1000 estudiantes que han consultado en el programa de salud mental del Departamento de Salud Mental en la UNAM sufría algún grado de depresión (8).

En los estudiantes universitarios se presentan frecuentemente "equivalentes depresivos", "depresión enmascarada", adicciones y perturbaciones de las relaciones interpersonales que hacen relieve sobre el transfondo depresivo (8). La experiencia clínica y diversos estudios han evidenciado que la depresión muy frecuentemente es un trastorno crónico (3,5,8,9).

Lozada (16) ha descrito al paciente deprimido, inmerso en el tiempo sin poder precisar su inicio, asociando posteriormente al hecho de haber estado crónicamente expuesto al dolor, instalándose en su vida hasta sentirlo parte de la misma, presentándose al final de la adolescencia o en los primeros años de la adultez; cuando el ser humano se ve comprometido con el mundo y con el ámbito familiar, coincidiendo con el inicio de la etapa universitaria, terminación de estudios o separación del hogar paterno (18). Este problema es mundial, lo que ha despertado el interés de los especialistas en el área de la salud mental. La OMS, con un criterio conservador, considera que de 3 a 5% de la población general presenta el cuadro depresivo mencionado anteriormente, lo que nos daría un número de cien a

docientos millones de enfermos deprimidos a nivel mundial. En México se han efectuado estudios sobre población general en la delegación de Tlalpan, con una muestra de 298 personas, encontrando una prevalencia de 14.1% (10).

Printz and Tangler en 1980 (23) revisaron de acuerdo al DSM-III los diagnósticos psiquiátricos de una muestra de 500 estudiantes de la Universidad de Washington que asistieron a la Clínica Psiquiátrica para estudiantes. Encontraron una frecuencia más alta en las mujeres (63.6%) que en los hombres (36.4%); los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos de adaptación (29%), otros trastornos afectivos específicos (17%), condiciones no atribuibles a trastorno mental (14.6%), trastornos de ansiedad (9.2%), trastornos afectivos mayores (8.4%), factores psicológicos que afectan la condición física (7.2%), trastornos de la alimentación (4.4%), otros trastornos de la adolescencia (3.8%), disfunción psicosexual (2.4%) (23).

En el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM se encontró que el síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre los diagnósticos con un porcentaje del 40% (5).

En esta búsqueda sobre trastornos de patología psiquiátrica, se han efectuado diversos estudios en diferentes niveles. Como se mencionó anteriormente, la rica gama de las manifestaciones de patología psiquiátrica hace necesario el desarrollo de métodos de medición precisos. Un ejemplo de ellos son las escalas de medición (2,22).

En el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos efectuaron un instrumento estructurado para estudios epidemiológicos de gran escala, siguiendo los lineamientos del RDI (Renard Diagnostic Interview) para investigar aspectos de sintomatología psiquiátrica según los criterios del DSM-III eje I y II (1). En la calificación no interviene el juicio clínico del entrevistador, sino, la adecuación de las respuestas y de las preguntas cerradas y precodificadas (13,14).

El DIS provee diagnósticos con y sin criterios de exclusión, primero se hacen los diagnósticos de por vida y luego los actuales, siendo manejado este instrumento tanto por entrevistadores legos como por clínicos especializados (13).

La confiabilidad y validez del instrumento se ha reportado en diversos estudios, en Estados Unidos en Puerto Rico y en la población hispano parlante de los Angeles (4,13,14). En México se llevó a cabo un estudio a cerca de la confiabilidad entre los entrevistadores legos empleando el DIS y se obtuvo una alta concordancia: Coeficiente de Correlación Intraclase de .89 (13). Al comparar posteriormente los resultados de los legos con los del juicio clínico, se probó la validez del instrumento en los pacientes psiquiátricos y de consulta externa (13), reportándose en años recientes los resultados de la concordancia diagnóstica del DIS, su sensibilidad y especificidad (13,14).

JUSTIFICACION

El DIS es una cédula de entrevista diagnóstica psiquiátrica que ha sido utilizada para estimar trastornos psiquiátricos específicos en estudios epidemiológicos aplicándose por un investigador lego y un clínico obteniendo un alto nivel de confiabilidad de ambos investigadores en el manejo del instrumento y emitiendo de forma confiable la prevalencia de patología psiquiátrica. Podemos de esta manera obtener patologías marcadas en el DSM-III obteniendo datos sobre somatización, pánico, fobias, ansiedad generalizada, depresión, distimia, manía esquizofrenia, anorexia nervosa, uso, abuso y dependencia de alcohol., obsesividad compulsividad, abuso y dependencia a las drogas, personalidad antisocial, disfunción sexual, personalidad antisocial II. Permite obtener evaluaciones confiables arrojando datos precisos sobre la prevalencia de patología psiquiátrica de pacientes que lleguen al Departamento de Psiquiatria y Salud Mental de la UNAM.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuales serán los trastornos psiquiátricos en los estudiantes universitarios que asisten por primera vez a consulta en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM.

OBJETIVO

Descubrir la frecuencia con que se presentan algunos cuadros de patología psiquiátrica entre los estudiantes universitarios que acuden al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM. por medio de la aplicación del DIS.

MATERIAL y METODOS

El presente trabajo se realizó en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina en la UNAM.

Se aplicó el DIS (cédula de entrevistas diagnóstica, instrumento diagnóstico estructurado y diseñado para hacer investigaciones epidemiológicas a gran escala y que puede ser aplicado tanto por clínicos como por entrevistadores legos previamente capacitados) (13) a los estudiantes de la UNAM que acudieron por primera vez a

solicitar consulta al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, los cuales fueron entrevistados por una residente en el tercer año de la especialidad de Psiquiatría, previamente capacitada para el manejo del DIS. La celela de entrevista diagnòstica DIS (20) se elaborò basandose en los ejes I y II del DSM-III, que corresponden a trastornos psiquiàtricos y a trastornos de la personalidad y del desarrollo. Del eje I se incluyen varios diagnòsticos y del eje II solo el trastorno de personalidad antisocial.

El DIS es un instrumento altamente estructurado que permite llevar un riguroso control sobre las fuentes de variaciòn ya que la tècnica de la entrevista la indica su mismo diseño y las instrucciones al entrevistador, la percepciòn de la patologia y la importancia atribuida a los sintomas no influyen en la calificaciòn ni en el desarrollo de la entrevista (13). La clasificaciòn diagnòstica se hace de acuerdo con los criterios del DSM-III (1), el criterio de Feighner (20) por el RDL (Research diagnostic criteria) (22), esto permite que el DIS pueda ser aplicado tanto por personal no especializado, como por clinicos.

El DIS consta de un instrutivo y manual: Primera fase; para iniciar la fase de entrenamiento con la capacitaciòn personalizada a cerca del manejo y aplicaciòn del DIS. Segunda fase; se muestra el DIS en todas sus secciones aclarando dudas e inquietudes sobre la compresiòn de los tÈrminos de la estructura de la entrevista. Tercera fase; manejo adecuado del esquema de sondeo para aplicar

entrevistas y calificar las respuestas. Para su aplicación es necesario la utilización de 75 a 90 minutos. En el anexo se incluye copia del árbol de decisiones.

SUJETOS

Los sujetos participaron en forma voluntaria, fueron informados previamente de la naturaleza del estudio, y se aceptaron todos aquellos estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

- A- Serán incluidos todos aquellos estudiantes que se presenten a consulta a este departamento.
- B- Que se encuentren entre 15 y 50 años de edad.
- C- De cualquier facultad.
- D- Con capacidad para entender el estudio.
- E- Con cualquier estado civil.
- F- Cualquier motivo de consulta.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- A- Los que se nieguen a participar en el estudio.
- B- Que no cumplan con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- A- Pacientes que abandonen el estudio.
- B- Los que no acudan a las citas establecidas

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

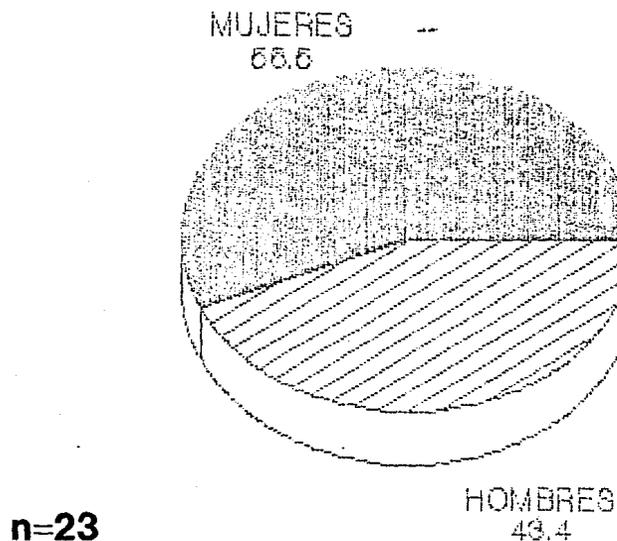
La investigación se clasificó como prospectiva ya que toda la información se recogió de acuerdo a los criterios de los investigadores y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta. Además se define como descriptiva, debido a que únicamente se describe y analiza tomando como referencia el momento del suceso y se concluye a partir de la discusión.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se evaluaron 23 pacientes universitarios que asistieron por primera vez al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM., de los cuales 56.5% correspondieron al sexo femenino y 43.5% al sexo masculino (gráfica 1). La edad promedio de los estudiantes fue de 22.2 con un rango de 17 a 32 años. Con respecto al estado civil se encontró que el 95.7% eran solteros y el 4.3% casados (gráfica 2); a todos ellos se les aplicó el DIS. Como se observa en el Cuadro 1 se encontró 13 patologías las que se muestran en orden de frecuencia.

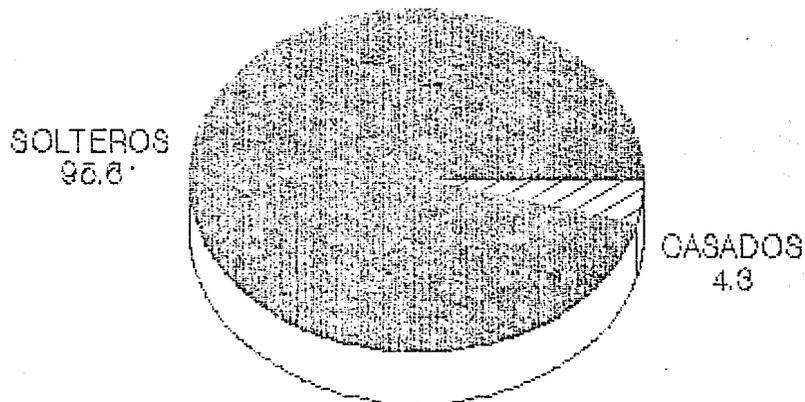
Puesto que se trabajó con todos los diagnósticos que podían tener cada sujetos se calculó la media de diagnósticos se consideraron congruentes aquellas categorías en las que se presentaron por individuo 3 o más síntomas.

PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES A QUIENES SE LES APLICO DISMI



GRAFICA No. 1

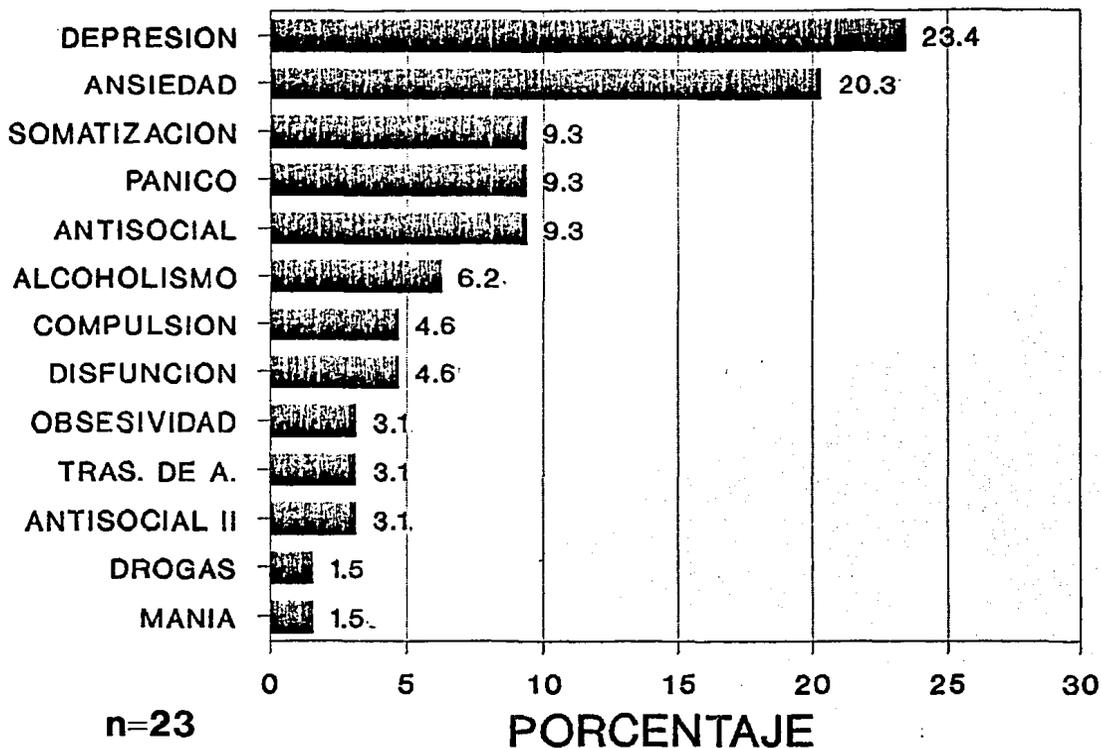
PORCÉNTAJE DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES
QUE FUERON ENTREVISTADOS EN SEPT. 1991



n=23

GRAFICA No. 2

CUADRO No. 1

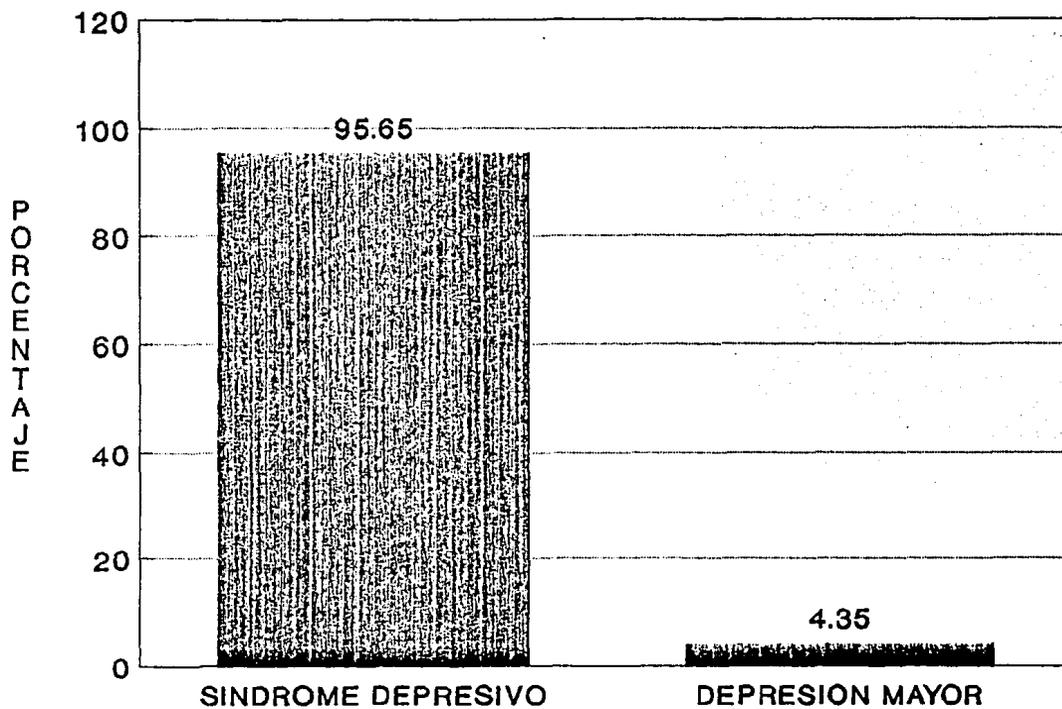


El primer lugar fue ocupado por los trastornos afectivos con un 23.4%. Al desglosar este rublo se encontró una frecuencia de episodios de depresión mayor del 4.4% y del síndrome depresivo en el 95.6% de los casos (Cuadro 2).

En cuanto al diagnóstico por síndrome de ansiedad, éste se presentó en el 23.4% de los casos; al respecto se ha mencionado que el ingreso del estudiante a la universidad está asociado a una gran presión en los estudios lo que ocasiona angustia. Esta angustia surge de las demandas creciente que, a menudo, provoca dudas de si mismo con la consecuente aprensión (3) y algunas alteraciones en la esfera afectiva. En tercer lugar encontramos, con el 9.4%, el diagnóstico de somatización, trastornos de pánico y personalidad antisocial I. Diversos autores han hecho mención el encontrar sintomatología somática como elemento de una reacción depresiva o bien como proceso patógeno de la angustia sustentada en los temores de la vulnerabilidad y las deficiencias asociadas con males hipocondriacos (3,5,12). En este estudio encontramos que el 83.3% de los pacientes con somatización presentaban depresión (gráfica 3), de éstos el 33.3% fueron hombres y el 66.7% mujeres y sólo en el 16.6% no se asoció a ninguna otra patología.

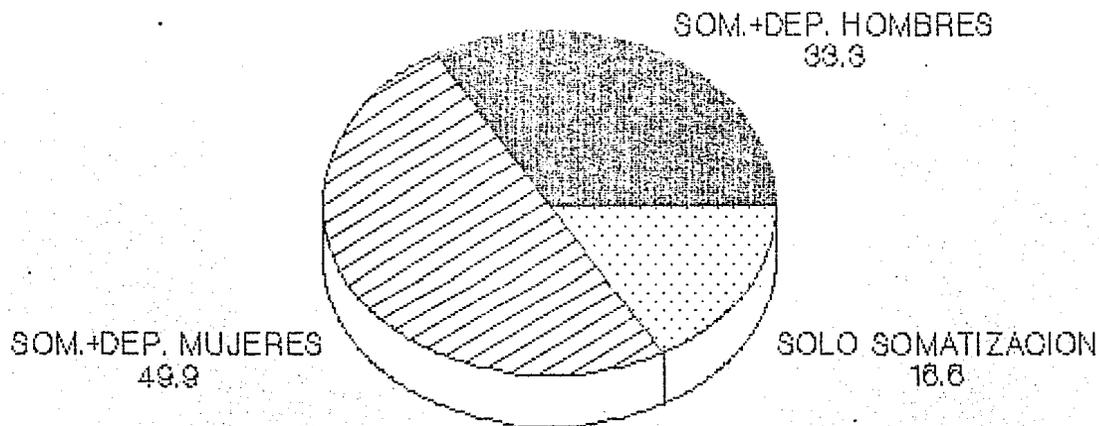
Los ataques de pánico con el 9.4% ocupan el tercer lugar, se encontró al respecto que los estudiantes habían presentado un ataque de pánico y solo un caso se había repetido en más de tres ocasiones.

CUADRO No. 2



n=15

ASOCIACION DE PACIENTES CON SOMATIZACION MAS DEPRESION Y CON SOLO SOMATIZACION

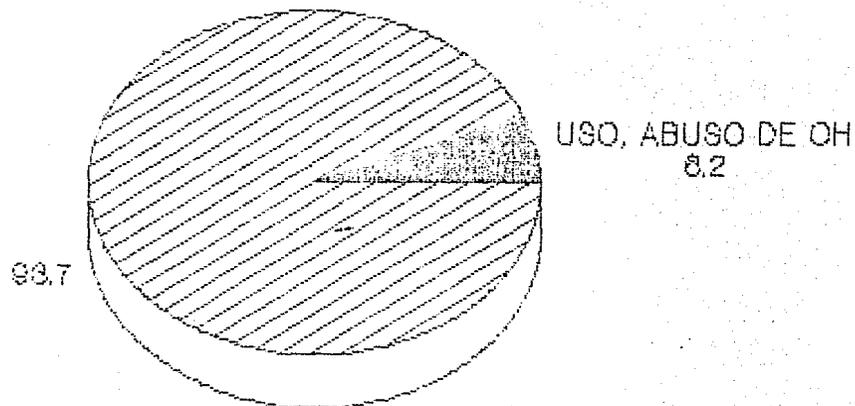


n=6

GRAFICA No. 3

De esta manera observamos que tanto la depresión, como los trastornos de ansiedad, la somatización, son patologías que, al menos dentro de la comunidad universitaria, se ven íntimamente ligadas, al proceso de crecer. En este, el joven estudiante prometedor se enfrenta a problemas que lo inmovilizan y, de no ser atendidos correctamente, las esperanzas depositadas en ellos corren riesgos de frustrarse (3). En cuanto al síndrome de dependencia al alcohol se encontró que 6.3% de pacientes presentaron uso y abuso de alcohol, pero ninguno de estos cumplió con los criterios del DSM-III (11) para establecer un síndrome de dependencia al OH (gráfica 4). Todos los pacientes que se diagnosticaron con uso y abuso de alcohol tenían como diagnóstico asociado síndrome depresivo, de estos 50% eran mujeres y 50% varones. En cuanto al inciso de sociopatía debemos recordar que la impulsividad juega un papel importante en esta escala aunque este síntoma está relacionada frecuentemente con distintas o diversas alteraciones psiquiátricas y psicológicas tales como las alteraciones en el EEG. (21) o los trastornos de la conducta propios de la adolescencia (17). Es decir, probablemente la prevalencia observada de rasgos sociopáticos esté ocasionada por las características propias del joven, en particular su impulsividad, tampoco debemos olvidar que las alteraciones electroencefalográficas están también relacionadas con problemas de sociopatías. Resumiendo las características de nuestra población y la edad de ésta impiden considerar la

RELACION DE PACIENTES CON USO Y ABUSO DE
ALCOHOL QUE PRESENTAN SINDROME DEPRESIVO



n=4

GRAFICA No. 4

presencia de un trastorno sociopático de la personalidad como tal por lo que se interpreta como un rasgo de conducta y no como un diagnóstico categórico. Padilla y Peláez (18) refieren en un trabajo acerca de la detección de trastornos mentales que en el primer nivel de atención médica, los síndromes depresivos, ansiosos y orgánicos son los más frecuentes.

En cuanto a la anorexia ningún paciente cumple con los criterios del DSM-III para dicha patología, el 3.1% ha presentado problemas con el peso y acudió a tratamiento o dietas durante el período de la adolescencia por lo que si no se engloba esta patología con el nombre estricto de anorexia si enmarcarlo dentro de los trastornos de alimentación.

Como podemos observar los resultados obtenidos destacan la importancia del síndrome depresivo, problemas de ansiedad somatización, pánico y conducta antisocial, sintomatología que hace acudir a los estudiantes en busca de ayuda con objeto de poder satisfacer la presión de los estudios y aminorar la angustia surgida de las demandas crecientes y de las dudas de si mismos. La ayuda facultativa adecuada y cuidadosa hace en estos jovenes la rehabilitación de los mismos logrando como consecuencia lógica un mayor provecho en la educación y la experiencia social de la vida universitaria (3).

Estudios previos (13) efectuados en el IMP para pacientes psiquiátricos de consulta externa y pacientes

ESTE TEXTO NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

hospitalizados muestran resultados similares en cuanto a depresión y ansiedad, no así en cuanto a esquizofrenia y manía como es lógico suponer por las características de nuestra población.

En este estudio el promedio de diagnóstico por paciente fué de 1.8%. Si bien es cierto que en la entrevista no se maneja el rubro de trastorno adaptativo del DSM-III (11), si mencionamos los criterios de esta podemos advertir la íntima relación que existe entre estos y las patologías de los tres primeros lugares, lo cual nos daría un total de 71.6% de la población la cual presenta trastornos adaptativos en cualquiera de sus presentaciones, dato inferible y lógicamente cuestionable pero que podría ser tema de estudios posteriores.

Estudios anteriores efectuados con diferentes métodos de medición concluyen que la detección temprana y el manejo oportuno de pacientes con patología mental es una necesidad básica para tratar en forma integral a dichos pacientes de esta manera al conocer la prevalencia de patología psiquiátrica se podrán hacer programas que ayuden a detectar tempranamente en los estudiantes la presencia de patologías. Diversos estudios han mostrado la importancia de los desordenes mentales afectivos en forma similar a otras instituciones (19)

Liponski (19) refiere que los componentes esenciales no se encuentran unicamente dirigidos hacia el entrenamiento médico psiquiátrico clásico, si no también la

adquisición de elementos cognitivos humanísticos permiten entender a la unidad mente cuerpo en interacción con su medio social.

CONCLUSION

En conclusión llama la atención que la solicitud de ingreso al programa es similar en hombres y mujeres, situación que no es común en nuestra población, siendo las mujeres las que más solicitan ayuda.

Al conocer las diversas patologías dominantes, surge la necesidad de establecer programas especiales que favorezcan en el paciente una detección temprana y tratamiento oportuno. Destaca de manera significativa la frecuencia con que aparecen los múltiples rostros de la depresión y la ansiedad. Este tipo de patología conlleva tanta amargura y tristeza entre los pacientes y tantas repercusiones en el medio familiar y universitario, que la atención oportuna constituye una medida para la prevención de consecuencias indeseables (20).

Otro tipo de problema observado son los diversos factores socioculturales y económicos que favorecen la presentación de problemas sintomáticos de salud mental que sería importante estudiar en esta población.

RESUMEN

El presente trabajo se efectuó para obtener Frecuencia de trastornos psiquiátricos de acuerdo al DSM-III, en los pacientes que acuden al departamento de Psiquiatria y Salud Menta de la Facultad de Medicina en la UNAM. del primero al 30 de septiembre de 1991.

Se evaluaron 23 pacientes que acudieron a solicitar consulta por primera vez, de los cuales 56.5% eran mujeres y 43.5% fueron hombres.

A todos se les aplicó la celula de entrevistas (DIS), instrumento que nos da, patologias marcadas en el DSM-III, este instrumento está estructurado para ser aplicado tanto por clínicos o por entrevistadores legos previamente capacitados, obteniendo el consentimiento de los pacientes y se obtuvieron los siguientes resultados.

Depresión 23.4%, ansiedad 20.3%, somatización 9.4%, pánico 9.4%, ansiedad 9.4%, compulsión 4.7%, disfunción 4.7%, obsesidad 3.1%, trastornos de alimentación 3.1%, antisocial II 3.1%, drogas 1.5% y mania 1.5%. Si observamos los problemas depresivos encontrados Sx depresivo con 95.6% depresión mayor 4.3%. Ansiedad 23.4% relacionando esto con angustia surgida de la denanda creciente del estudiante. En tercer lugar somatización , pánico y antisocial. Patologias intimamente relacionadas con el proceso de crecer. Uso y abuso de alcohol se encontró asociado en el 100% a cuadros depresivos.

En conclusión al conocer las diversas patologías dominantes surge la necesidad de establecer programas especiales que favorezcan en estudiantes una detección temprana y tratamiento oportuno.

ANEXO

ESQUEMA DE SONDEO
CEDULA DE ENTREVISTA DIAGNOSTICA

HAGA LA PREGUNTA

NO → CODIFIQUE PRB 1

SI → [1 5] → CODIFIQUE PRB 5, PREGUNTE IN/REC A
[1 3 5] → PASE A CUADRO C.

¿Consultó a un médico* sobre (Sx)?

SI → [1 2] 5) → CODIFIQUE PRB 5. PREGUNTE IN/REC A
NO → [1 2] 5) → CODIFIQUE PRB 5. PREGUNTE IN/REC A

(SIN "2") → PASE AL CUADRO B

1. ¿Consultó a algún otro profesional** sobre (Sx)?
2. ¿Tomó medicinas más de una vez para (Sx)?
3. ¿El (Sx) interfirió mucho con su vida o sus actividades?

TODOS NO → CODIFIQUE PRB 2
 PRIMER SI

(SIN "4") → PASE AL CUADRO C

¿Fue (Sx) alguna vez el resultado de una enfermedad física o lesión?

SI → PASE A EN EL CUADRO D
NO

(SIN "3") → COD PRB 5, PREG IN/REC A

1. ¿Fue (Sx) alguna vez el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?

NO → COD PRB 5, PREG IN/REC A
SI

2. ¿Fue (Sx) siempre el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?

NO → COD PRB 5, PREG IN/REC B
SI → ¿Qué causó (Sx)?
REG MED/DROG/ALC/ Y COD PRB 3

D

1. Cuando se lo dijo al médico: ¿Cuál fue el diagnóstico?

[¿Qué le dijo que causaba (Sx)?

● NERVIOS ● MEDICACION ● ENFERMEDAD ● NINGUN DIAGNOSTICO DEFINITIVO

ESTRES
ANSIEDAD
DEPRESION
ENF. MENTAL

DROGAS
ALCOHOL

FISICA
LESION

SIN "3" → COD.
PRB 5, PREG.
IN/REC A
↓
ANOTE DX Y
COD PRB 5,
PREG IN/REC A

2. ¿Encontró algo anormal cuando le examinó, le hizo pruebas o tomó placas?
NO, NO EXAMINO, NS → ANOTE NS Y COD. PRB PREG. IN/REC A

3. Fue (Sx) siempre el resultado de medicinas drogas o alcohol?

SI → ANOTE MED/DROG/
ALC Y COD PRB 3
NO

5. Cuando (Sx) no fue debido a medicinas, drogas o alcohol, ¿fue siempre el resultado de una lesión o enfermedad?

NO → COD PRB 5, PREG IN/REC D

7. SI → ¿Qué causó (Sx)?
REG MED/DROG/ALC Y ENF/LESION Y COD PRB 4

4. ¿Fue (Sx) siempre el resultado de enfermedad física o lesión tal como _____?)

SI → ANOTE ENFERMEDAD/LESION Y COD. PRB 4
NO

(SIN "3") → COD PRB 5, PREG IN/REC C

6. Cuando (Sx) no se debió a enfermedad física o lesión, ¿fue siempre el resultado del uso de medicinas, drogas o alcohol?

NO → COD PRB 5, PREG IN/REC D
SI → ¿Qué causó (Sx)? REG MED/DROG/ALC Y ENF/LESION Y COD PRB 4

**Otros profesionales incluyen psicólogos, trabajadoras sociales, consejeros, enfermeras, clérigos, dentistas quiroprácticos, y pediatras.

*Doctor incluye psiquiatras, otros médicos, osteópatas y estudiantes en entrenamiento de medicina u osteopatía.

PRB 1 = NO

PRB 2 = SI - GRAVEDAD (SIGNIFICADO CLINICO)
EL SINTOMA NO TUVO GRAVEDAD SUFICIENTE
(no se buscó ayuda profesional, no
tomó medicina más de una vez, no in-
terfirió mucho con su vida).

PRB 3 = SI, EL SINTOMA FUE GRAVE Y SIEMPRE
CAUSADO POR LOS EFECTOS DE MEDICACION
DROGAS O ALCOHOL.

PRB 4 = SI, EL SINTOMA FUE GRAVE Y PUEDE
SIEMPRE SER ATRIBUIDO A ENFERMEDAD
FISICA O LESION, O A ENFERMEDAD FISICA,
LESION Y MEDICINA, DROGAS O ALCOHOL.

PRB 5 = SI, EL SINTOMA FUE GRAVE, Y LA CAUSA
NO SIEMPRE SE EXPLICA POR HABER TOMADO
MEDICAMENTOS, DROGAS O ALCOHOL O
POR UNA ENFERMEDAD FISICA O LESION.

BIBLIOGRAFIA

- 1- American Psychiatric Association: (1980). Diagostical and Statistical Manual of Mental Disorders. 3era. ed. Washington, D.C..
- 2- Bech, P.: (1981). Rating Scales for Affective Disorders: their validity and Consistency. Acta Psychiatr. Scan. 295: 11-101.
- 3- Blaine, B., Charles, Jr. and McArthur, C.: (1986). Problemas emocionales del estudiante universitario. Libro primera ed. en español. Ed. Pax-México, México, D.F. 138-47.
- 4- Burnam, MA., Karno, M. Hough, R. et. al.: (1983). The Spanish Diagnostic Interview Schedule. Reliability and comparison with clinical diagnoses. Arch. Gen. Psychiatry. 40: 1189-1196.
- 5- Campillo, S.C. y Díaz, Ma.: (1976). El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Una imagen panorámica psiquitría. 6 (1): 42-50.
- 6- Cichetti, D.V. and Prusoff, B.H.: (1983). Reliability of depression and associated clinical symptoms. Arch. Gen Psychiatry. 40: 987-90.
- 7- Cortés, M.J.: (1973). Depresión. Tesis de especialidad, Fac. de Med. Div. de Est. Sup. Curso de Esp. en Psiq. Univesidad Nacional Autónoma de México, México, D.F..
- 8- De La Fuente, R. y Campillo, S.C.: (1978). Papel de la depresión en la patología humana. Psiquiatría 2o época. 1 (2): 3-9.
- 9- Díaz. M.A.: (1982). Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. México, D.F. 1-4.
- 10- Díaz, G.R.: (1984). Tristeza y Psicopatología en México. Salud Mental. 7 (2): 3-9.
- 11- DSM-III Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales: (1983). América Psychiatric Association. Ed. Massonsa.
- 12- Erikson, E.: (1986). Introducción In: Blaine, CH; MCARTHUR: Problemas emocionales del estudiante libro. Ed. Pax. México,.
- 13- González, F.C., Caraveo, A.J., Ramos, LL. and Sanchez, B.J.: (1988). Confiabilidad de la cédula de entrevista diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. Salud Mental, 11 (1): 48-54.

- 14- González, F.C., Gomez, M. y Caraveo, J.: (1988). Utilización de la celula de entrevistas diagnósticas DIS en diferentes niveles de atención. 294-297.
- 15- Jablensky, A., Sartorius, N. and Gulbinat, W.: (1981). Características de los pacientes depresivos que solicitan servicios psiquiátricos en cuatro culturas. Acta Psych. Scan. 63: 367-88.
- 16- Lozada, T.: (1978). Depresion neurótica. Psiquiatria 2o época. 1 (3): 56-60.
- 17- Nicholi, A. M.: (1978). The Harvard Guide to Modern Psychiatry. The Belknap Press of Harvard University Press. 527-523.
- 18- Padilla. P. y Peláez, O.: (1985). Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. Salud Mental. 8: 66-72.
- 19- Peláez, H.O.: (1982). Psiquiatria de enlace en la consulta externa de un hopital general. Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatria y Salud Mental de la UNAM.
- 20- Robins, C.N. and Helzer. J.E.: (1982). National Institute of Mental Health Diagnostic. Interview Schedule Arch. Gen. Psychiatry, 38: 381-389.
- 21- Sherwin, I. and Geschwind, N.: (1978). Neural Substrates of Behavior en the Harvard Guide to Modern Psychiatry Nicholi, A Harvard University 59-69.
- 22- Spitzer, R.L. and Edicott, J.: (1978). Diagnostic criteria rationale and reliability. Arch. Gen. Psychiatry, 35: 773-782.
- 23- Tangler, R. and Printz, A.: (1980). DSM-III Psxchiatil Diagnosis in a University Population. Am. J. Psychiatry, 137: 937-940.
- 24- Wildoher, D.: (1984). Rating scales for the clinical evaluation of depression. Clin. Neropharmac. 7: 928-929.