

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACTORES BIOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES  
AFECTIVAS MENORES

TESIS PRESENTADA POR:

Julia María Medal Mendoza

ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

Digitizado

616.852  
m48

GUCIGALPA, D. C.

1982

HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACTORES BIOLOGICOS DE LAS ENFERMEDAD AFECTIVAS MENORES

TESIS PRESENTADA POR:

JULIA MARIA MEDALMENDOZA

ACTO PREVIO A SU INVESTIDURA DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.

TERNA EXAMINADORA

DR. AMERICO REYES TICAS (COORDINADOR)

DR. HECTOR MURCIA PINTO

DR. ERNESTO ANTONIO PINTO.

SUSTENTANTE

BR. JULIA MARIA MEDAL MENDOZA.

PADRINOS

INGENIERO CIVIL MARIO ANTONIO MEDAL MENDOZA

LICENCIADO EN ECONOMIA RICARDO ANTONIO ACOSTA.

\*\*\*\*\*

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con el cual culmino mi carrera. A quiénes lo han hecho realidad.

MIS PADRES: MARIO S. MEDAL E IDALIA MENDOZA DE MEDAL  
Quiénes supieron guiarme.

MI ESOSO: JOSE LUIS.

MIS HIJOS: JOSE LUIS y CLAUDIA MARIA  
Con quiénes formamos una familia de amor  
y comprensión.

MI ABUELA, HERMANOS Y TIOS: Con cariño

MIS SUEGROS: Con respeto

MIS MAESTROS DE FACULTAD: Con agradecimiento

MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: Fraternalmente.

A LA HONORABLE TERNA EXAMINADORA: Respetuosamente.

---

## CONTENIDO

INTRODUCCION	Página	1
FORMULACION DEL PROBLEMA	Página	2
MARCO TEORICO	Página	3
OBJETIVOS	Página	10
HIPOTESIS	Página	11
METODOLOGIA	Página	12
ANALISIS	Página	17
COMENTARIOS	Página	26
CONCLUSIONES	Página	27
RECOMENDACIONES	Página	28
BIBLIOGRAFIA	Página	29
ANEXOS	Página	i-v
INDICE.		

## INTRODUCCION

La Hipertensión y la Obesidad son problemas muy frecuentes. La obesidad es cada vez más corriente en las comunidades prósperas especialmente entre las mujeres de clases económicas inferiores, no siendo compatible con buena salud, en cambio predispone a varias enfermedades teniendo una longevidad disminuída. En cuanto a la Hipertensión diremos que cada vez aumenta el índice de personas afectadas por dicha patología, siendo esta mayor en las personas entre los 30-40 años con predilección del sexo femenino.

Encontrando que 30-40% de la población es obesa y un porcentaje igual o mayor es hipertenso lo consideramos un problema de salud.

Por lo anterior me propongo demostrar la relación existente entre hipertensión y obesidad con síndrome primario de angustia y síndrome depresivo menor respectivamente.

FORMULACION DEL PROBLEMA

En estudios llevados a cabo<sup>(10,25,28)</sup> refieren que con mayor frecuencia las personas solicitan ayuda por problemas afectivos; constituyendo un porcentaje considerable en la consulta general. Al igual la hipertensión arterial y la obesidad, el porcentaje de personas afectadas es cada día mayor<sup>(13,21,22,23)</sup>

Existiendo una relación entre las enfermedades afectivas y - obesidad e hipertensión<sup>(2,12,16,17,11,26,27)</sup> me propongo demostrar que la obesidad e hipertensión tienen un mayor porcentaje en las personas con enfermedad afectiva, respecto a las - que no padecen dicha patología en nuestra muestra en la ciudad de El Paraíso. El Paraíso.

## MARCO TEORICO

### 1. CARACTERISTICAS GENERALES.

El estudio fue realizado en la ciudad de El Paraíso. El Paraíso, dependiente de la Región Sanitaria No. 1 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, contando con los servicios médicos de un CESAMO Y fácil acceso al Hospital Regional " Gabriela Alvarado" quién cuenta con las cuatro especialidades básicas.

- a. Demografía. En el censo por estimación de 1981 se esperaba una población a nivel de Departamento de 183.907, a nivel de cabecera municipal, una población de 6.709 de estos 3.174 - sexo masculino y 3.525 sexo femenino, con una población económicamente activa mayor de 10 años en un total de 1056 de la cual la mayoría se dedica al cultivo del café.
- b. Geografía: El oriente de Honduras se caracteriza por su topografía variada con valles fértiles entre cordilleras de montañas, básicamente su clima es tropical, con temporadas lluviosas que alternan con temporadas secas.

### 2. DEFINICION DE TERMINOS

Las enfermedades afectivas se dividen en mayores y menores, ambas en primarias y secundarias <sup>(7)</sup> nos ocuparemos de las enfermedades afectivas menores primarias y de éstas sólo el síndrome depresivo menor y síndrome primario de angustia.

Síndrome depresiva Menor.

El Síndrome Depresivo Menor es un trastorno psicobiológico <sup>(4, 15)</sup> que comunmente se asocia a somatización <sup>(15)</sup> que frecuentemente expresa trastorno emocional, pero la mayoría de las veces representa solamente problemas sociales <sup>(15)</sup>. Las personas presentan un cuadro clínico característico consistente de insomnio inicial,



crisis de llanto, afecto ansioso, deprimido, dolor de diversa índole, sentimientos depresivos, irritabilidad<sup>(4)</sup> el individuo manifiesta un desprecio a si mismo. La personalidad previa de éste es ansiosa, irritable, dependiente e inseguro, la edad de comienzo es más frecuente en la adolescencia, con predominio mayor por el sexo femenino<sup>(4)</sup> es muy frecuente encontrar historia familiar positiva por alcoholismo o depresión menor masculino<sup>(4)</sup> y femenino respectivamente. Considerado una base familiar del trastorno. También se habla de historia familiar de obesidad en sexo femenino. Tal como lo describe<sup>(4)</sup> la enfermedad tanto psicológica como somática interfiere en la vida emocional y social del paciente, en el trabajo, matrimonio y las relaciones con parientes y amigos.

En las perspectivas fisiológicas, la depresión es un desorden psicobiológico con múltiples planos en los campos de los neurotransmisores, sistemas hormonales, sistema nervioso autónomo, ritmo circadiano y sueño relacionado con movimiento rápido de ojos. (REM); también un fenómeno social, expresando un modelo de la enfermedad como una interrelación psicobiosocial.<sup>(15)</sup>

A través del tiempo, se le ha dado, varios nombres a este síndrome entre los cuales está depresión reactiva, depresión exógena, depresión caractereológica, neurosis depresiva, las cuales por no llenar ciertos requisitos no tienen validez.<sup>(4)</sup>

#### SÍNDROME PRIMARIO DE ANGUSTIA.

La angustia es una perturbación anímica afectiva que es el resultado de temores oscuros e inciertos, generalmente imaginarios, inconscientes con muy poco fundamento real, no existiendo relación causa efecto y tampoco tiene una definición clara<sup>(12)</sup> ignorando la fuente de su angustia<sup>(18)</sup> siendo esta última razón por lo que se diferencia del miedo, en donde existe una causa objetivable definido en tiempo con clara relación causa efecto.

Los pacientes con síndrome primario de angustia, donde el nerviosismo es crónico identifican el diagnóstico por si mismos, aunque resisten aceptarlo en un plano consciente, sus lamentaciones se dirigen a estados de nerviosismo, son causa de preocupaciones persistentes, temores permanentes, sensación continua de cansancio físico y mental, sin relación con efectos realizados, trastornos del sueño (insomnio inicial, sueño inquieto, pesadillas, tensiones musculares). Durante el examen físico si bien es posible detectar una signología similar al ataque agudo, ésta es menos aparente y dramática. Algo que no debe olvidarse es que jamás se encontrará una clara delimitación entre lo orgánico y lo emocional.

Durante los estados de angustia las alteraciones de las funciones fisiológicas presentan una aparición lenta y larvada con una evolución inespecífica y variable hasta instaurar un trastorno orgánico.

A través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, la angustia tiene una especial facilidad para transformar las funciones fisiológicas y encontrar expresión en síntomas psicofisiológicos, una estimulación del sistema nervioso autónomo produce una tensión visceral generalizada, dando como quejas más frecuentes: Parestesias, cefalalgias, rubor facial, hipertensión arterial sistólica transitoria, cuando es aguda y persistente cuando es crónica.<sup>(12)</sup> palpitaciones, sensación de ahogo, meteorismo, trastornos dispépsicos, polaquiuria, dispareunia, en la mujer, sensaciones vertiginosas, lipotimias, somnolencia.

#### OBESIDAD

Se define en términos de grasa corporal, en sus formas extremas se reconoce de inmediato. El individuo redondo, frecuentemente cara enrojecida; en grados menores resulta difícil para el médico, ni los registros usuales de peso corporal, ni los criterios basados en el peso según talla son suficientemente precisos. Sin embargo corresponde decir que cuando el peso es mayor de 9-10Kg. del peso normal, según adecuación peso talla, la persona es obesa.<sup>(13,22,26)</sup>

Según estudios el 30-40% de la población es obesa. La obesidad aparece cuando la ingestión calórica sobrepasa los requerimientos energéticos del organismo para la actividad física y para el crecimiento; la obesidad es un problema muy frecuente en los países donde la vida sedentaria y la vida generosa permiten que la asimilación de alimentos exceda a los requerimientos básicos.

La obesidad se está haciendo cada vez más corriente en las comunidades prósperas especialmente entre las mujeres de clase económica inferiores. (11)

Perturbaciones emocionales pueden conducir ya sea a obesidad o a una anorexia nerviosa, para muchas personas el comer en exceso es un solaz o una satisfacción usada como sustituto que deberían de obtener de otra fuente.

La ingesta desmesurada de alimentos puede ser manifestación de depresión o de angustia.

Los obesos no saben cuando fisiológicamente tienen hambre, sugieren que durante la infancia no fueron enseñados a diferenciar entre hambre y algunos estados como miedo, la angustia, considerando cualquier estado como hambre. Se sabe que lesiones en el núcleo ventromedial del hipotálamo provocan hiperfagia y obesidad mientras que lesiones en área lateral del hipotálamo el cese de ingestión de comida.

#### HIPERTENSION ARTERIAL

Significa un aumento de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, hablar de presión arterial alta implica haber establecido ya lo que constituye una presión "normal" pueden establecerse límites matemáticos mediante estudios estadísticos de la población, se trata de saber si existe una línea divisoria natural entre los

valores normales y valores altos. Consideramos presión arterial normal de los 12-30 años de 120/80, de 31-50 años 140/90, y de los 51 años en adelante 150/95.

A menudo, sin embargo, lo primero que debemos saber es si el paciente con una moderada elevación de la presión sanguínea sufre verdadera hipertensión, se sabe bien que la ansiedad, la incomodidad, la actividad física, y otros estados de stress causan elevaciones agudas y transitorias de la presión arterial.

La ingesta de estrógenos en contraceptivos orales son causantes de hipertensión secundaria en algunos pacientes, por estimulación de la síntesis renina angiotensina y esto a su vez aldosterona, la hipertensión es reversible con la discontinuación de anovulatorios orales por seis meses de igual forma los anovulatorios orales causan depresión secundaria.

La hipertensión puede considerarse como una enfermedad de múltiples factores, relacionados con anomalías en los mecanismos reguladores que normalmente tienen que ver con el control hemostático de la presión arterial.

#### ALCOHOLISMO

La dependencia con respecto al alcohol o etanol por parte del hombre es el factor básico de la enfermedad llamada alcoholismo<sup>(11)</sup> siendo uno de los principales problemas sanitarios quizá la adicción más importante y que se da en la familia.<sup>(23)</sup> Marconi refiere cuando la ingesta diaria es mayor de 100 cc. de alcohol absoluto esta presupone una dependencia psíquica o física con grandes riesgos de que se presenten complicaciones orgánicas; del 1-10% de la población mundial de 15 ó más años de edad consume dichas cantidades.<sup>(1)</sup>

## METODOLOGIA

El alcoholismo es un síndrome que consiste en dos fases, problema de la bebida y dependencia del alcohol, el primero es el empleo, iterativo del alcohol o a menudo para el alivio de la tensión o la resolución de problemas emocionales, el segundo constituye una verdadera toxicomanía, en el alcoholismo es muy común la dependencia a otras drogas usadas para controlar la ansiedad generada por el abuso intenso del alcohol, Crowler y Cols indicaron que una tercera parte de los pacientes psiquiátricos tenía problema de abuso de alcohol y drogas.<sup>(15)</sup>

Para el diagnóstico de alcoholismo se han propuesto criterios mayores y menores, hay diferentes tablas que los contienen nosotros utilizamos una tabla con criterios básicos.

## MANIA

Enfermedad afectiva mayor caracterizada por hiperactividad, disforia o irritabilidad y habla rápida y apresurada. La forma psicótica se acompaña de estado de excitación, ideas delirantes o alucinaciones. La manía puede ser primaria o secundaria. La manía primaria es una enfermedad familiar, periódica, recurrente y cíclica. Hay diversas variantes de manía primaria clasificados según la severidad, la recurrencia, la duración y otros síntomas asociados. La manía secundaria puede ser debida a enfermedades sistémicas o cerebrales o al uso de drogas o medicamentos.<sup>(7)</sup>

## ESQUIZOFRENIA

Psicosis caracterizada por aplanamiento afectivo, trastorno formal del pensamiento y síntomas primarios de Scheneider. La enfermedad suele comenzar en la adolescencia tiene un curso crónico, nunca hay remisiones completas y conduce a un notorio deterioro social. Investigaciones recientes neuropsicológicas, electroencefalográficas y microcirculatorias cerebrales, señalan que la esquizofrenia

en una disfunción orgánica de los lóbulos t́mporo-parietales -  
del hemisferio cerebral izquierdo.<sup>(7)</sup>

## OBJETIVOS

### 1. OBJETIVOS GENERALES.

- a) Ayudar en forma objetiva al desarrollo de la salud de nuestra población, mediante la investigación científica de los problemas de la comunidad que servimos.
- b) Brindar estadísticas en relación a factores biológicos ( presión arterial, adecuación peso/talla) y enfermedad afectiva menor.

### 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Determinar la relación existente entre Hipertensión Arterial y nuestras patologías en estudio.
- b) Determinar la relación existente entre obesidad y las patologías en estudio.
- c) Determinar incidencia de la morbilidad familiar en forma conjunta en cuanto alcoholismo, depresión, alcoholismo y depresión, manía, esquizofrenia, obesidad, suicidio, uso de drogas.

H I P O T E S I S

- 1) La incidencia de obesidad en nuestra muestra es mayor en las personas con enfermedad afectiva menor que en las personas que no sufren dicha patología.
  
- 2) La incidencia de Hipertensión Arterial en nuestra muestra es mayor en las personas con enfermedad afectiva menor que en las personas que no sufren dicha patología.



MUESTRA Sistemica aleatoria simple de el estudio consiste en el 30% de las cuádras del casco urbano de la ciudad de El Paraíso, Departamento de El Paraíso, tomadas de un croquis de la alcaldía municipal, determinándose al azar de la siguiente forma: de 102 cuádras del croquis se tomarían 31 cuádras, se enumeraron 102 fichas del 1 al 102 se introdujeron en una urna, sacándose 31 ficha con los números de cuádras que se encuestarían de la siguiente forma: Se iría casa por casa entrevistando a las personas que en ella vivieran, tomando como persona index al hijo mayor de la casa, con el fin de que las personas estudiadas fueran consanguíneas en primer grado es decir se encuestaría a los padres, hermanos, e hijos de la persona index siempre y cuando fueran mayores de 12 años. La mayoría de las personas fueron encuestadas en horas de la tarde y noche para obtener la información total de los miembros. El estudio comenzó el 2 de mayo de 1981 y finalizó el 15 de enero de 1982, en estos 7 1/2 meses se encuestaron 893 personas, de las que fueron excluidas 87 por no llenar los requisitos quedando 806 personas de los cuales 392 que representan el 48.635 pertenecen al sexo masculino y 414 al sexo femenino representando el 51.36%; de las 806 personas 177 fueron positivas de enfermedad afectiva<sup>(2)</sup> siendo esta muestra real de las cuales 35 fueron casos index.

#### ENTREVISTA

Todas las personas fueron encuestadas por el autor explicándose a los encuestados la metodología de la encuesta y su importancia, la encuesta como se realizó una misma para la recolección de datos para dos estudios independientes: a) El del autor, b) Referencia bibliográfica,<sup>(18)</sup> esta consta de datos generales, enfermedades anteriores, haciendo hincapié en las patologías que pudieran explicar o dar una enfermedad afectiva menor secundaria, las cuales explicamos en marco teórico, luego historia familiar de alcoholismo, manía, hipertensión, obesidad, uso de drogas, depresión,

esquizofrenia, suicidio. Para esto nos basamos en la escala clínica<sup>(2)</sup> y criterios básicos de alcoholismo, manía y esquizofrenia que aparecen en la parte baja de la encuesta. (ver encuesta).

Luego se les aplicó la escala clínica adaptada por Coello Cortez<sup>(3)</sup> a nuestro medio y aceptada por la escuela de psicología de nuestra universidad, dicha escala detecta cuatro enfermedades afectivas - menores. Depresión menor ( D.M.E.) Síndrome primario de angustia (S.P.A.) Fobias Múltiples ( F.O.B. ó F.M. ) y Despersonalización ( D.E.S. ) a lado izquierdo aparecen una serie de síntomas ( los cuales son descritos en un anexo), a su derecha aparecen los números 0,1 y 2 los que se marcan según el síntoma no este presente, - frecuente o muy frecuente, aparecen otras casillas para seguimiento de paciente la cual no se realizó, de igual forma sirven casillas de la parte inferior. Una vez encuestadas se les practicó un examen físico, examen mental, y neurológico, se hizo hincapié en tres medidas peso, talla y presión arterial acostado y parado.

La escala y encuesta se muestran en el anexo. Ya encuestados y examinados se seleccionaron las personas sintomáticas de acuerdo a - criterios básicos los que exponemos.

SELECCION DE CASOS

Los casos fueron seleccionados según criterios diagnósticos básicos.

Para síndrome depresivo menor ( Se requieren los tres)

1. Nerviosismo crónico.
2. Por lo menos 3 de los siguientes.
  - a) Dolor
  - b) Irritabilidad
  - c) Crisis de llanto
  - d) Insomnio inicial.
3. Ausencia de enfermedad sistemática cerebral o psiquiátrica o uso de drogas o medicamentos que pudieran explicar los síntomas.

Para síndrome primario de angustia ( se requieren los cuatro).

1. Nerviosismo crónico.
2. Ataque de angustia recurrente
3. Inicio antes de los 40 años
4. Ausencia de enfermedad sistemática cerebral o psiquiátrica o uso de drogas o medicamentos que pudieran explicar los síntomas.

Para Síndrome de Briquet ( Se requieren los cuatro )

1. Síntomas somáticos múltiples
2. Hipocondriasis.
3. Síntomas conversivos.
4. Ausencia de enfermedad sistemática cerebral o psiquiátrica o uso de drogas o medicamentos que pudieran explicar los síntomas.

Para Despersonalización ( Se requieren los tres)

1. Angustia
2. Fobias
3. Despersonalización.

Para fobias múltiples.

1. Dos o más fobias.

Para obesidad.

Se consideró esta cuando su peso fuera mayor 9-10 Kg. del peso según adecuación peso/talla.

Para Hipertensión Arterial.

Consideramos presión arterial normal como 120/80 hasta los 30 años 140/90, hasta los 50 años y 150/95 de los 50 años en adelante, o aquellas personas que estuvieran sometidas a un tratamiento antihipertensivo serán tomadas como hipertensas, sin tomar en cuenta cifras - tensionales.

Para alcoholismo ( Requerimos a criterios de investigación por lo menos 5 de los 18)

1. La familia se opone a que el paciente tome
2. El paciente piensa que toma demasiado
3. Amigos, médicos, etc. se oponen a que el paciente tome.
4. El paciente se siente culpable cuando toma.
5. Pérdida de amigos debido a la bebida
6. Problemas en el trabajo debido a la bebida.
7. Pérdida del trabajo por la bebida.
8. Problemas al conducir vehículo debido a la bebida.
9. Arrestos por autoridades debido a la bebida.
10. Borracheras de 48 horas o más ( por lo menos 2 veces)
11. Deseo pero imposibilidad de dejar la bebida
12. Tragos antes del desayuno
13. Intentos para restringir la bebida en ciertas circunstancias.
14. Ingestión de alcohol de quemar, lociones, perfumes.
15. Peleas en estado de ebriedad

16. Annesia alcohólica.
17. Impotencia sexual asociada con el alcohol.
18. Delirium tremens, enfermedad hepática u otras complicaciones médicas debido al alcohol.

MANIA ( Se requieren los cuatro criterios)

1. Hiperactividad
2. Habla rápido apresurado
3. Afecto irritable, eufórico, expansivo
4. Ausencia de enfermedad sistémica cerebral psiquiátrica o uso de drogas o medicamentos que se conozcan, producen síntomas maníacos.

ESQUIZOFRENIA ( Se requieren los cuatro)

1. Ausencia de enfermedad afectiva
2. Ausencia de enfermedad sistémica cerebral o uso de drogas o medicamentos que se conoce producen síntomas esquizofrénicos.
3. Estado normal de la conciencia.
4. Por lo menos uno de los siguientes.
  - a) Afecto aplanado, frío distante
  - b) Trastorno en forma del pensamiento
  - c) Síntomas de Schneider.

Seguimiento: No se realizó un seguimiento; sólo se detectaron los casos.

Variabes: El estudio tiene tres variables.

- a) Dos independientes: Presión arterial y adecuación peso/talla
- b) Una dependiente: Enfermedades afectivas menores.

ANALISIS

NUESTRA MUESTRA DE 806 PERSONAS. SU DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

EDAD	MUJERES	HOMBRES
12-15	41	37
16-19	79	82
20-23	51	41
24-27	35	29
28-31	37	35
32-35	15	18
36-39	37	39
40-43	35	38
44-47	21	19
48-51	21	22
52-55	19	15
56-59	15	12
60 y más	8	5
TOTAL:	414	392
PORCENTAJE:	51.36%	48.63%

COMENTARIO: Encontramos una población equiparada por sexo con ligero predominio del sexo femenino de un 2.73%

De nuestra muestra 177 personas resultaron sintomáticas por escala clínica <sup>(3)</sup> aplicada.

CUADRO No.2

FRACCION DE LA MUESTRA CON SINTOMAS DE ENFERMEDAD AFECTIVA MENOR. -

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO.

EDAD	No. de casos sintomáticos.	
	MUJERES	HOMBRES
12-15	16	3
16-19	29	5
20-23	18	
24-27	15	3
28-31	12	4
32-35	9	
36-39	15	5
40-43	14	
44-47	8	3
48-51	8	2
52-55	3	1
56 y 59	4	
60 y más		
TOTAL	151	26
PORCENTAJE	85.31	14.68%

COMENTARIO: Podemos observar que las enfermedades afectivas tienen en el sexo femenino representados por un 85.31% respecto a un 14.68% del sexo masculino.

CUADRO No. 3

ENFERMEDAD AFECTIVA MENOR. DISTRIBUCION SEGUN TIPO Y SEXO. NUMERO Y %

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
S.P.A.	69	38.98	11	6.21	80	45.19
D.M.	78	44.06	14	7.90	92	51.97
DES.	00	00.00	00	0.00	00	00.00
BRIQ.	2	1.12	1	0.56	3	1.69
FM	2	1.12			2	1.12
TOTAL	151	85.31	26	14.56	177	99.97

COMENTARIO: Se observa que la enfermedad afectiva menos más frecuente es la Depresión menor representada por un 51.97%, seguida de Síndrome Primario de Angustia con un 45.19% luego Síndrome de Briquet y Fobias múltiples con 1.69% y - 1.12% respectivamente, no encontrando ningún caso de despersonalización.



De las 177 personas con enfermedad afectiva menor, 80 pertenecen a S.P.A.

CUADRO No. 4

SINDROME PRIMARIO DE ANGUSTIA, DISTRIBUCION, SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO

	Mujeres	Hombres	Total	Porcent.
12-15	9	2	11	13.75
16-19	9	3	12	15.00
20-23	7		7	8.75
24-27	5		5	6.25
28-31	3		3	3.75
32-35	4		4	5.00
36-39	11	3	14	17.50
40-43	8		8	10.00
44-47	4		4	5.00
48-51	5	2	7	8.75
52-55	2	1	3	3.75
56-59	2		2	2.50
60	0	0	0	0.00
TOTAL	69	11	80	
%	86.25%	13.75%		100.00

COMENTARIO: Observamos que el S.P.A. es más frecuente en sexo femenino que en sexo masculino y observamos que no hay predominio por un período de edades determinado.

CUADRO No. 5

SINDROME DEPRESIVO MENOR. DISTRIBUCION SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO.

	Mujeres	Hombres	Número	Porcentaj.
12-15	7	1	8	8.70
16-19	20	2	22	23.91
20-23	11		11	11.96
24-27	8	3	11	11.96
28-31	9	4	13	14.13
32-35	5		5	5.43
36-39	3	2	5	5.43
40-43	5		5	5.43
44-47	4	2	6	6.25
48-51	3		3	3.26
52-55	1		1	1.09
56-59	2		2	2.17
60 y más				
TOTAL	78	14	92	
PORCENTAJE	84.78	15.22	100 %	

COMENTARIO: Observamos un claro predominio de la enfermedad depresiva menor por el sexo femenino en un 84.78% contra un 15.22% del sexo masculino, encontrando un 67.39% de los casos comprendidos entre el período de edades de los - 16-35años.

CUADRO N.º. 6

COMPARACION OBESIDAD, HIPERTENSION ENTRE CASOS CON S.P.A. Y CASOS SIN ENFERMEDAD AFECTIVA MENOR. (ASINTOMATICOS) DISTRIBUCION SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

	S.P.A. Con:				Asintomáticas con:			
	Obesidad		Hipertens.		Obesidad		Hipertensión.	
	Muj.	Homb.	Muj.	Homb.	Muj.	Homb.	Muj.	Homb.
12-15	2				2			
16-19		1	1	1	8	3	5	3
20-23	1		1		5	10	3	2
24-27	1		1		7	4	8	5
28-31	1				12	9	7	4
32-35	1		1		11	14	9	10
36-39	1		4	1	8	3	11	4
40-43	2		4		9	5	15	9
44-47	1		2	1	5	4	6	2
48-51	1	1	1	1	5	3	7	4
52-55					2	2	4	2
56-59	1		2				2	1
60 y más							4	3
TOTAL	12	2	17	4	74	57	66	47
PORCENT.	17.50%		26.25%		20.82%		17.96%	

COMENTARIO: Observamos que de la obsidad en S.P.A. es menos frecuente que en los asintomaticos en 17.50% y 20.82% respectivamente y en cuanto a hipertensión es mayor en S.P.A. en un 26.25% contra un 17.96% de las personas asintomáticas.

CUADRO No. 7

COMPARACION OBESIDAD, HIPERTENSION ENTRE CASOS CON D.M. Y CASOS SIN ENFERMEDAD AFECTIVA MENOR (ASINTOMATICOS) DISTRIBUCION SEGUN GRUPOS EDAD Y SEXO

	D.M. con:				Asintomáticos con:			
	Obesidad Muj.	Homb.	Hipertens. Muj.	Homb.	Obesidad Muj.	Homb.	Hipertensión. Muj.	Homb.
12-15	3				2			
16-19	9	1	1		8	3	5	3
20-23	1				5	10	3	2
24-27	1				7	4	8	8
28-31	2	1	1		12	9	7	4
32-35					11	14	9	10
36-39	4	1	2	1	8	3	11	4
40-43	2		3		9	5	15	9
44-47	3	2	3	1	5	4	6	2
48-51	2		1		5	3	7	4
52-55					2	2	4	2
56-59	1						2	1
60							4	3
TOTAL	28	5	11	2	74	57	66	47
PORC.	35.87%		14.13%		20.82%		17.96%	

COMENTARIO: Encontramos que la obesidad es más frecuente en D.M. - con un 35.87% a un 20.82% de las personas asintomáticas respecto a la hipertensión es menor su porcentaje en DM con un 14.13% en relación aun 17.96% de personas asintomáticas.

CUADRO No. 8

COMPARACION OBESIDAD HIPERTENSION ENTRE CASOS CON S.P.A. Y CASOS CON D. M. DISTRIBUCION SEGUN GRUPO DE EDAD Y SEXO.

	DM Con:				S.P.A. con:			
	Obesidad		Hipertens.		Obesidad		Hipertens.	
	Muj.	Homb.	Muj.	Homb.	Muj.	Homb.	Muj.	Homb.
12-15	3				2			
16-19	9	1	1			1	1	1
20-23	1				1		1	
24-27	1				1		1	
28-31	2	1	1		1			
32-35					1		1	
36-39	4	1	2	1	1		4	1
40-43	2		3		2		4	
44-47	3	2	3	1	1		2	1
48-51	2		1		1	1	1	1
52-55								
56-59	1				1		2	
60								
TOTAL	28	5	11	2	12	2	17	4
PORCENT.	35.87%		14.13%		17.50%		26.25%	

COMENTARIO: Observamos que la obesidad es mayor en D.M. con un 35.87% en relación a S.P.A. con un 17.50% lo contrario ocurre con la hipertensión siendo mayor en S.P.A. con un 26.25% respecto a un 14.13% en D.M.

CUADRO N° 9 Y N° 10

MORBILIDAD DE HISTORIA FAMILIAR DE PERSONA INDEX, NUMERO DE PERSONAS  
Y PORCENTAJE.

Alcoholismo	23 personas	65. 71 %
Depresión	19 personas	54. 28
Alcoholismo y Depresión	9 personas	25. 71
Manía	2 personas	5. 71
Esquizofrenia	0 personas	
Obesidad	8 personas	22. 85
Suicidio	0 personas	
Uso de droga	5 personas	14. 28

COMENTARIO: De estos resultados podemos concluir que es muy frecuente la historia de alcoholismo en los pacientes - con enfermedad afectiva menor con un porcentaje de - 65.71% en cuanto a depresión se ve que su incidencia es de un 54.28% ambas patologías se presentan en un 25.71%, no se encontró antecedentes de esquizofrenia y suicidio, la incidencia en cuanto a obesidad es de un 22.85%

COMENTARIOS

Las enfermedades afectivas tienen predominio en el sexo femenino.  
(85.31%)

La enfermedad afectiva más frecuente es la D.M. con 51.97%

La hipertensión arterial tiene mayor relación con el S.P.A. en un 26.25% que con D.M. que es de 14.13%

La obesidad se relaciona más con D.M. en un 35.87% en relación a un 17.50% del S.P.A.

Las personas sintomáticas tienen mayor porcentaje de obesidad 26.55% comparándolos con los asintomáticos que es de 20.82%

Las personas sintomáticas tienen mayor porcentaje de hipertensión - 20.90% comparándolos con los asintomáticos que es de 17.96% no siendo tan clara como la obesidad.

En cuanto a historia de morbilidad familiar de las personas index, el Alcoholismo ocupa el primer lugar con 65.71%, Depresión 54.28%, ambas patologías con un 25.71% no encontrando antecedentes de esquizofrenia ni suicidio.

CONCLUSIONES

La incidencia de enfermedad afectiva menor en la ciudad de El Paraíso es de 23% siendo mayor en sexo femenino en un 85.31% y encontrando - que la D.M. es la más frecuente en 51.97%.

La obesidad es más frecuente en D.M. que en S.P.A. y la hipertensión - en esta última.

No existiendo una relación muy clara, la obesidad y la hipertensión - en casos sintomáticos que los asintomáticos.

El alcoholismo representa el mayor porcentaje en cuanto a morbilidad de historia familiar y la depresión en segundo lugar.



RECOMENDACIONES

Queda demostrado la alta incidencia de enfermedades afectivas menores; para diagnosticarlas tenemos que pensar en ellas.

Es evidente que existe entre los médicos generales un amplio abanico de personalidades más o menos dispuesto a abrirse o cerrarse según la demanda psiquiátrica que les formule el paciente por lo que las actitudes diagnósticas y terapéuticas serán muy diferentes, motivo por el cual quiero hacer conciencia en cuanto al tratamiento de este paciente que demanda atención inmediata para un diagnóstico preciso y tratamiento adecuado y oportuno.

De una forma conjunta, el Ministerio de Salud Pública y el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas les corresponde coordinar un programa tanto asistencial como educativo para la preparación de personal adecuado para el manejo del paciente psiquiátrico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Almeida M.  
Uso y Abuso de Alcohol y drogas. Algunos aspectos de su interrelación en la clínica.  
Boletín Oficina Sanitaria Panamericana.  
Vol LXXX VIII No. 1 45-54. 1980
- 2) Bray G.A.  
Factores Nutritivos en estado patológico  
Soderman W. Jr. Soderman W.  
Fisiopatología Clínica.  
Quinta edición Esp. cap. 31. 795-97
- 3) Coello Cortés R.  
Escala Clínica de enfermedades afectivas menores. Presentada en el 3er. Seminario de Educación Médico Psiquiátrica Continua. Avances e Investigaciones en Neuropsicología.  
Tegucigalpa, D.C. Honduras, CA. Agosto 1981
- 4) Coello Cortés R.  
Enfermedad Depresiva Menor  
Rev. Med. Hond. 48: 10-18 1980
- 5) Coello Cortés R.  
The Clinical Manifestations of Reactive Depression  
CMS Psychiatry Res Bull 2: 47-50 1978
- 6) Coello Cortés R.  
Morbilidad familiar en la depresión menor.  
Congreso Centroamericano de Psiquiatría .  
Tegucigalpa, Honduras. Diciembre de 1978
- 7) Coello Cortés R.  
Glosario de Neuropsicología. Comité de Docencia y Comité de Investigación . Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza. Tegucigalpa 1982.
- 8) Collins R. Green P.  
Psiquiatría de la comunidad y la Organización Panamericana de la Salud. La experiencia en Jamaica.  
Boletín Oficina Sanitaria Panamericana.  
Vol LXXX. No. 2. 149-157. 1976
- 9) Crowley TJ. Chesluk D. Delts S. et al: Drug and alcohol abuse among psychiatric Admission Arch. Gen. Psychiatry 30: 13-20 1974

- 10) Cutter N.R. Hersen J.F.  
Los antidepresivos tricíclicos.  
JAMA ( Esp) D. 49-51, 1979
- 11) Durant R. Martin D.  
The prevalence of obesity a  
Lower socio economic population  
Am. J. Clin.Nutrition. 33(9) 2002-7 1980
- 12) Ferros  
Patología de la Angustia. Revisión Monográfica.
- 13) Fhorn G.W. Cahill G. Jr. Gain in Weight Chesety  
Harrison Principles for internal medicine  
Eighth Edition chap. 46 228-240
- 14) Forests. Tennant Jr. Day CM. Ungerlerdent. Detección del  
Alcoholismo y adicción de drogas en pacientes de una práctica  
general.  
JAMA . ( Esp.) 892-96, 1979
- 15) Ilfed F.W. Jr. Current Social Stressowe and symptoms of  
depression Dm. J. Psychiatry 134: 2204-5, 1974
- 16) Katon W. Kleiman A. Rosen G. Depresión and Somatización  
Am. J. Medicine 72: 127-133, 1982
- 17) Kline N. J. Tratamiento de la Depresión.  
JAMA ( Esp) 1: 71. 1979
- 18) Kolb. L.C.  
Psicopatología.  
Psiquiatría Clínica moderna.  
Cuarta Edición en español tomada de la séptima en inglés.  
121-124.
- 19) Lagos, J.L.  
Tesis a publicarse. Incidencia Rural de enfermedades afecti-  
vas menores.
- 20) León Padilla A. Análisis de la Hipocondriasis.  
Rev. Med. Hond. 48: 55-59, 1980
- 21) Reich P. Kelly, M.J. Psychiatry disorders.  
Harrison Principles of internal medicine.  
Eighth Edition. 1956-1959
- 22) Stanler R. Stanter J. Redinger W.S. Algera G. Robert R.H.  
Peso y Presión Arterial.  
JAMA. ( Esp) J: 238-243. 1978

- 23) Stanler J. Farinao E. Mojornier L.M. Hall y Mass D.  
Prevención y Control de la Hipertensión con medios higiénicos.  
JAMA ( Esp) 3: 606-612. 1980
  
- 25) Turbington P.W.  
Casos de depresión que simulan la neuropatía diabética.  
JAMA ( Esp) 6: 361-64. 1980
  
- 26) Ryroler H.A. Heyden S. Hames C.G.  
Weight and Hipertension  
Epidemiology and control of hipertension  
Miami. Simposio Specialists 177, 1975
  
- 27) Weissman M.M. Potteuger M. Kleber H. Ruben H.L.  
Williams D. Thompson D.  
Sympton Patterns in primary and secondary depression.  
Arch. Gen, Psychiatry 34: 854-862 1977
  
- 28) Weissman M.M. Scholomskas D. Pottenger M. Prusof B.A.  
Locke B.L.  
Assensing Depressive Symptons in fine psychiatric population  
A validation study  
Am. J. Epidemiology 106: 3203-24. 1977
  
- 29) Spalt Lee  
Alcoholismo  
JAMA 2: 736, 37, 1979

ANEXO

ENCUESTA.

- 1) NOMBRE \_\_\_\_\_ 2) EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )
- 4) EDUCACION: P ( ) S. ( ) U. ( ) N. ( ) 5. ESTADO CIVIL: S ( ) C ( )  
OTROS: ( ) 6) OCUPACION: \_\_\_\_\_ 7) RELIGION: \_\_\_\_\_
- 8) ENF. ANT. \_\_\_\_\_
- 9) USO DE MEDICAMENTOS Y/O DROGAS: \_\_\_\_\_
- 10) HISTORIA FAMILIAR DE: ALCOHOLISMO SI ( ) NO ( ) HIPERTENSION SI ( ) NO ( )  
Obesidad Si ( ) No ( ) Uso de drogas ( ) No Depresión Si ( ) No ( )  
Esquizofrenia: Si ( ) No ( ) Manía Si ( ) No ( ) Suicidio Si ( ) No ( )
- 11) EXAMEN FISICO:
- 12) EXAMEN NEUROLOGICO:
- 13) EXAMEN MENTAL:
  - a) Aspecto y Actitud General. \_\_\_\_\_ Atención \_\_\_\_\_
  - b) Orientación \_\_\_\_\_ c) Conciencia \_\_\_\_\_ d) Percepción \_\_\_\_\_
  - e) Memoria \_\_\_\_\_ f) Pensamiento: Forma y Contenido \_\_\_\_\_
  - g) Juicio \_\_\_\_\_ h) Afectividad \_\_\_\_\_ i) Autocompresión \_\_\_\_\_
  - j) Funciones corticales superiores. \_\_\_\_\_
- 14) PESO: \_\_\_\_\_ 15) P.A. Sentado: \_\_\_\_\_ Parado: \_\_\_\_\_
- 16) TALLA: \_\_\_\_\_
- 17) DEFICION DE:

ALCOHOLISMO

- a) Familia se opone a que pacientes tome \_\_\_\_\_ ( )
- b) Paciente piensa que toma demasiado \_\_\_\_\_ ( )
- c) Amigos, médico se oponen a que paciente tome \_\_\_\_\_ ( )
- d) Paciente se siente culpable cuando toma \_\_\_\_\_ ( )
- e) Pérdida de amigos debido a la bebida \_\_\_\_\_ ( )
- f) Problemas en el trabajo por la bebida \_\_\_\_\_ ( )
- g) Pérdida de trabajo por la bebida. \_\_\_\_\_ ( )
- h) Accidentes debido a la bebida \_\_\_\_\_ ( )
- i) Arrestos por autoridades por bebida \_\_\_\_\_ ( )
- j) Borracheras de 48 horas o más \_\_\_\_\_ ( )
- k) Deseo pero imposible dejar de tomar \_\_\_\_\_ ( )
- l) Restringir las bebidas en ciertas circunstancias \_\_\_\_\_ ( )
- m) Trago antes del desayuno \_\_\_\_\_ ( )
- n) Ingestión de alcohol de quemar, loción \_\_\_\_\_ ( )
- ñ) Peleas en estado de ebriedad \_\_\_\_\_ ( )
- o) Amnesia alcohólica \_\_\_\_\_ ( )
- p) Impotencia asociada con el alcohol \_\_\_\_\_ ( )
- q) Enf. hepática u otra complicación médica debido al alcohol, delirium tremens. \_\_\_\_\_ ( )

MANIA

ESQUIZOFRENIA

- a) Hiperactividad \_\_\_\_\_
- b) Habla rápida apresurada \_\_\_\_\_
- c) Afecto irritable, eufórico \_\_\_\_\_
- d) Ausencia de Enf. sistem. \_\_\_\_\_
- e) Uso de drogas o medicamentos \_\_\_\_\_
- a) Por lo menos una \_\_\_\_\_
- Afecto aplanado, frío distante \_\_\_\_\_ ( )
- Trast. en forma pensamiento \_\_\_\_\_ ( )
- Snensider \_\_\_\_\_ ( )
- b) Estado normal de conciencia \_\_\_\_\_



NERVIOSISMO

Sensación de preocupación constante, continua descrita por el paciente como " Soy Nervioso" " Me preocupo de todo" También incapacidad de relajarse de despreocuparse " Todo me asusta" Crónico dura seis o más meses.

CEFALEA

Dolor franco de cabeza " Piquetazos" sensación de opresión. " Me parece que la cabeza me va a explotar" Sensación de pesadéz " Me parece que me aprietan la cabeza"

DOLOR DE NUCA

Dolor franco de nuca, dolor en el "cerebro", sensación de tensión en la nuca, dolor con los movimientos del cuello. Al examen físico contracción muscular del cuello.

DOLOR DE TORAX

Dolor franco de tórax, dolor generalmente precordial ( solo el corazón) dolor en el pecho piquetazos aires.

DOLOR ABDOMINAL

Dolor franco de abdomen, piquetazos, " cólicos" sensación de pujo, "aire" ardor estomacal, calambre.

DOLOR DE ESPALDA.

Dolor franco de espalda, sensación de peso en la espalda, " dolor de rabadilla, sensación de cansancio" dolor lumbar. Examen físico contracción muscular.

DOLOR ARTICULAR.

Dolor franco en las articulaciones, dolor en los huesos.

DOLOR DE EXTREMIDADES.

Dolor franco de los brazos o piernas, sensación de pesadez, cansancio, calambres, dolor muscular de las extremidades.

IRRITABILIDAD

Sensación de disgusto fácil, cólera, resentimiento ante problemas menores, incapacidad de controlar enojo, molestia por ruidos, presencia de familiares o amigos, " todo me molesta" " Me enojo de puro gusto" . Me da cólera y no puedo controlarme , " me irrito con facilidad"

CRISIS DE LLANIO. El paciente llora con facilidad ante cualquier situación o pensamiento negativo, debe beber lágrimas solo paso llorando, todo me da ganas de llorar.

INSOMNIO INICIAL.

Incapacidad de quedarse dormido a la hora normal del sueño, sensación de malestar al no poder quedarse dormido, me acuesto pero no puedo dormir, doy vueltas en la cama sin poder dormir " No pude dominarme" No dormí nada anoche.

ISOMNIO TERMINAL

Aunque duerme al inicio el paciente se despierta y ya no puede volver a dormirse, "me despierto muy temprano y no puedo volver a dormirme, desde temprano de la madrugada estoy sin sueño, tengo que madrugar porque no me da sueño."

HIPER SOMNIO TERMINAL.

A la hora en que normalmente se despierta y levanta el paciente, se siente con sueño, cansado, con mucha dificultad para abrir los ojos para levantarse, para despertarse. Me cuesta mucho dormir, me siento cansado en la mañana. No quisiera levantarme.

SENTIMIENTOS DEPRESIVOS:

Sensación de que las cosas no han salido bien, sensación de fracaso, de impotencia ante algo que ya paso, preocupación por cosas negativas del pasado " me siento mal por lo que pasó" " fracasé", todo me ha salido - mal, no me siento bien.

INSOMNIO MEDIO:

Despertarse después de haber dormido y luego volverse a dormir. El paciente duerme al inicio pero luego se despierta aunque se duerma de nuevo. Puede despertarse varias veces en la noche " Me paso despertando - a media noche"

FONEMA INCOMPLETO:

Oír que lo llaman por su nombre únicamente.

SENTIMIENTOS ANSIOSOS.

Sensación de que las cosas no van a salir bien sensación de miedo ante algo que va a pasar preocupación por cosas del futuro, " me da miedo lo que podría pasar" Me parece que todo saldrá mal, no voy a poder hacerlo "Me da no se que"

SENTIMIENTOS DELIRANTES

Sensación de que las cosas no andan bien aunque el paciente no puede explicar en que forma " me parece que todo mundo me observa" " todo mundo me observa" " todo mundo se va a dar cuenta de lo que me pasa " yo siento que algo anda mal pero no se que, me parece que nadie me quiere. Todos me molestan, hay alguien en mi cuarto, alguien me observa.

AGORAFOBIA.

Miedo irracional a salir de la casa la confrontación fóbicas, puede producir ataques de angustia.

FOBIA SOCIAL

Miedo irracional relacionado con conocer nuevas personas, asistir a reuniones, hablar a un grupo y hablar con conocidos y problemas de temor con individuos extraños Por ejemplo: Profesor la confrontación fóbica - debe producir ataque de angustia.



### FOBIA ANIMAL

Miedo irracional a los animales. La confrontación fóbica debe producir ataques de angustia.

### FOBIA SITUACIONAL.

Miedo irracional a situaciones específicas, por ejemplo: Volar en avión. Usar un elevador, asomarse a un balcón, quedarse solo, estar en lo oscuro, estar solo, cruzar un puente, ir al mercado, etc.

La confrontación fóbica debe de producir ataques de angustia.

### DESPERSONALIZACION.

La persona cree que no es ello, que no es la misma persona que antes, que ha cambiado.

### DESREALIZACION.

El paciente experimenta la sensación de que las cosas que lo rodean han cambiado, que son de un mismo material, todas las cosas que son como de corcho, etc.

INDICE

BRIG.	Síndrome de Briquet
DES	Despersonalización.
DM. o DME	Depresión menor
E.A.M.	Enfermedad afectiva menor
S.N.A.	Sistema nervioso autónomo.
S.P.A.	Síndrome primario de angustia.

---