

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"N E U R O S I S"

Estudio retrospectivo de 10 años de duración
Enero/74 - Enero/84 sobre aspectos de epidemiología,
diagnóstico y tratamiento, así como su relación
porcentual con la demás morbilidad psiquiátrica
encontrada en el Hospital Nacional de Salud Mental)

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

ERWIN LEONARDO LOPEZ BECH

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

Página

ón	1
y análisis	3
ón	5
	7
	9
gía	
n de las unidades de análisis, especificación del	
definición de las etapas en que se desarrolló el	9
	11
to	21
n e historia	24
	27
ología	31
ico	35
ico diferencial	37
ento	41
ción de morbilidad encontrada y su frecuencia	41
74	41
75	42
76	43
77	44
78	45
79	47
80	49
81	50
82	52
83	54
de casos para cada año	

INTRODUCCION

Es evidente que las neurosis, ya sea que se les considere como alteraciones del ánimo (timosis), como enfermedades de la personalidad, como trastornos del carácter, etc., están aumentando progresivamente. Este incremento como lo señalan algunos autores, es debido al paralelo aumento del stress emocional inherente a la progresiva actividad industrial, al incremento poblacional, a factores medioambientales, o, al mejor desarrollo social como lo menciona López Ibor (15).

Por otra parte: "Durante 1965 y 1966 se comprobó, en el Area Norte de Santiago, que los desórdenes mentales más frecuentes en Chile: alcoholismo, neurosis y epilepsia, aumentan sus tasas de prevalencia a medida que desciende el nivel socioeconómico" y "La estructura de la sociedad de clases, propia del modo de producción capitalista, genera más patología mental entre los proletarios y campesinos, que componen la mayor parte de la población" (19).

En nuestro medio se han llevado a cabo ciertos estudios sobre las neurosis, que informan o muestran únicamente datos parciales de las mismas, es decir que han tomado sólo algún tipo específico de neurosis; como lo demuestra, por ejemplo, los trabajos de tesis que sobre la neurosis depresiva (2,4,11) y sobre la histeria de conversión (1) se han realizado en nuestro medio. Antes del presente estudio no existía un conocimiento global y comprensivo de las neurosis o que al menos nos presentase un cuadro comparativo con las psicosis, un trabajo que tomara en consideración a todo tipo de las mismas, analizando la mayoría de datos importantes posibles y que se encuentren consignados en las historias clínicas, en la forma que se manejan en el medio. En este sentido, el presente trabajo representa también una crítica indirecta hacia la forma en que son llenadas las papeletas a nivel del Hospital Nacional de Salud Mental. Es además, un esfuerzo por señalar aspectos importantes sobre las neurosis y sus posibles repercusiones, ya que es precisamente el desconocimiento del cuadro actual de las mismas en el medio, lo que me ha motivado fundamentalmente para efectuarlo. Pero, además de los datos estadístico-epidemiológicos y de tratamiento sobre las neurosis, que representan el meollo del trabajo, se correlaciona el porcentaje de psicosis y demás enfermedades; ya que se analiza la frecuencia de toda la morbilidad psiquiátrica encontrada individualmente y por año, según la novena revisión de la Clasificación

Página

Lista de enfermedades y su frecuencia en los 10 años estudiados	54
Gráfica No. 1: Distribución anual de morbilidad neurótica	57
Gráfica No. 2: Distribución etárea por tipo de neurosis	58
Gráfica No. 3: Distribución de casos según sexo, en los 10 años	59
Gráfica No. 4: Distribución del estado civil por año	60
Gráfica No. 5: Número de ingresos debido a las neurosis por año	61
Gráfica No. 6: Morbilidad neurótica asociada a otra patología	62
Gráfica No. 7: Morbilidad neurótica y psicótica por año	63
Gráfica No. 8: Grupo etéreo por año para toda la morbilidad encontrada	64
Tabla sobre la frecuencia del sexo en cada año (tomando en cuenta a toda la población estudiada)	65
Tabla sobre la frecuencia del estado civil por año (tomando en cuenta a toda la población estudiada)	66
Conclusiones	73
Recomendaciones	75
Referencias bibliográficas	77

Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud; la que se ha tomado como base y parámetro para extraer, manejar y, ante todo, clasificar la morbilidad encontrada.

El presente estudio, es un trabajo de tipo descriptivo, con duración de 10 años, realizado en el Hospital Nacional de Salud Mental, contando para el efecto con la valiosa colaboración de la dirección del mismo, así como del personal administrativo que labora en ambos archivos de la institución; constando básicamente de dos fases como lo son: 1o.) la recolección de los datos y 2o.) su tabulación y análisis posterior; etapas que en conjunto tuvieron duración aproximada de 1 año, como se había previsto originalmente en el protocolo. Algo de importancia que hay que destacar, es el hecho de que para descartar el diagnóstico de neurosis (al igual que para las psicosis y demás morbilidad) nos basamos en el criterio clínico del médico que lo atendió (al paciente) por primera vez; es decir, se tomó en cuenta solo la primer consulta. Espero sentar precedente, y a la vez, poder contribuir para estudios ulteriores al respecto.

DEFINICION Y ANALISIS

El presente estudio pretende enfocar a las neurosis como problema de asistencia pública, analizando, por un lado, el porcentaje de neurosis en relación a otra morbilidad psiquiátrica que se encuentre; y por otro, aspectos epidemiológicos, de diagnóstico, clasificación y tratamiento de las neurosis en el medio psiquiátrico nacional, durante un período de 10 años (enero/74 a enero/84), en el Hospital Nacional de Salud Mental; poniendo énfasis en los aspectos de epidemiología y clasificación.

Trabajo de tipo descriptivo, buscando los aspectos antes mencionados, cuenta para el efecto, con los datos consignados en las historias clínicas localizadas en el archivo del hospital en cuestión (ver instrumento).

Hacemos constar que el problema en cuestión, ha sido estudiado en nuestro medio sólo en forma parcial (ver antecedentes) y no en una forma global, o mejor, comprensiva, que es uno de los objetivos que persigue este estudio.

JUSTIFICACION

En nuestro medio hay algunos estudios aislados sobre las neurosis (más que todo con respecto a la neurosis depresiva), no existiendo hasta la fecha, un estudio sobre las neurosis en general; desconociéndose por lo tanto, su prevalencia, epidemiología, clasificación y tratamiento.

El presente estudio pretende dar a conocer esos datos, además de indicarnos, en qué forma se están clasificando actualmente las neurosis en nuestro medio. Y qué relación porcentual existe entre las neurosis y las demás enfermedades psiquiátricas.

Tratando con esto, a la vez, de actualizar un problema bastante frecuente y que puede llegar a tener repercusiones graves; tanto a nivel individual como a nivel colectivo o social. Esperando también, que la presente investigación pueda contribuir para estudios ulteriores al respecto.

OBJETIVOS

A. Generales:

- 1.- Determinar cuantas enfermedades y en qué porcentaje han sido diagnosticadas, en el período a estudiar, en el Hospital Nacional de Salud Mental.
- 2.- Observar la forma en que se han estado clasificando las neurosis y demás morbilidad psiquiátrica, en el mismo centro hospitalario.

B. Específicos:

- 1.- Describir datos epidemiológicos de las neurosis a nivel del Hospital Nacional de Salud Mental.
- 2.- Especificar la relación entre las variables más frecuentes.
- 3.- : Determinar la forma en que se han estado tratando las neurosis en nuestro medio.

METODOLOGIA

10. A través del departamento de estadística y archivo del Hospital Nacional de Salud Mental, se revisó el total de historias clínicas registradas en un período de 10 años (Enero/74 a : Enero/84) y que corresponden al Hospital "Carlos Federico Mora".**

Para la revisión de las mismas, se hizo un estudio descriptivo; buscando las siguientes variables:

- a. Edad
 - b. Sexo
 - c. Estado civil
20. Estas variables y el tratamiento, sólo se tomaron en cuenta, para las neurosis, ya que lo que interesaba en la demás morbilidad psiquiátrica, era el porcentaje y el diagnóstico por motivos de clasificación.
 30. Para descartar el diagnóstico de neurosis, nos basamos en el criterio clínico del médico que lo atendió por primera vez; al igual que para las psicosis y demás morbilidad encontrada. Es decir, se tomó en cuenta exclusivamente la primera consulta.
 40. Tabulación de los datos para su análisis, conclusiones y recomendaciones.
 50. Interpretación de los datos.
 60. Elaboración del informe final.

DEFINICION DE LAS UNIDADES DE ANALISIS, ESPECIFICACION DEL TIEMPO Y DEFINICION DE LAS ETAPAS EN QUE SE DESARROLLO EL ESTUDIO.

Lugar:

Hospital Nacional de Salud Mental

Población:

Estuvo constituida por el total de historias clínicas existentes en el archivo del hospital "Carlos Federico Mora", desde su fundación.

** El actual Hospital Nacional de Salud Mental representa la fusión del antiguo Hospital Neuropsiquiátrico y el Hospital "Carlos Federico Mora"; pero, a la fecha, los archivos de ambos hospitales permanecen separados.

Muestra:

La muestra se encontró representada por el total de historias clínicas registradas en el período estudiado, pertenecientes siempre, al hospital "Carlos Federico Mora".

Duración del estudio:

A partir de la aprobación del protocolo, el trabajo tuvo una duración aproximada de 1 año.

Determinación de las variables:

Las variables que se manejaron en el estudio fueron:

- Edad
- Sexo
- Estado civil

Datos:

Los datos que se manipularon y que se encuentran representados en el instrumento de trabajo (ver instrumento) son los que a continuación se detallan:

- Diagnóstico (tipo de morbilidad)
- Diagnóstico codificable (si está de acuerdo con la clasificación internacional de las enfermedades de la OMS-OPS)
- Diagnóstico no codificable (si no está de acuerdo con la clasificación antes mencionada)
- Fecha de la primer consulta (año)
- Hospitalización (si se hospitalizó o no el paciente)
- Tratamiento (sólo para las neurosis: medicamentos o técnicas terapéuticas)
- Número de registro.

Etapas:

Previas entrevistas iniciales y observación del campo de estudio, se procedió en la siguiente forma:

- Redefinición y análisis del problema
- Recolección de los datos
- Ordenación y tabulación de los mismos
- Elaboración de gráficas y diagramas
- Análisis e interpretación de resultados
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones
- Elaboración del informe final.

INSTRUMENTO

El instrumento para la recolección de los datos que se propuso y aprobó, consta de los siguientes datos y variables:

- Número de registro
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Diagnóstico
- Diagnóstico codificable
- Diagnóstico no codificable
- Año de la primer consulta
- Hospitalización
- Tratamiento.

Se hace la aclaración, de que para la morbilidad no neurótica, se tomó únicamente: el número de registro, la fecha de la primer consulta y el diagnóstico ya que lo que interesaba de ella (la demás morbilidad) en el presente estudio era su relación porcentual con las neurosis y observar en qué forma se han estado clasificando en el medio psiquiátrico nacional, satisfaciendo así, los objetivos generales que nos proponíamos, (ver instrumento adjunto).

[illegible]

1. Nombre: Aguirre Martínez, Roberto Enrique
Tema: **"Reacción de conversión"**
Conclusiones:

- a. De los ingresos a adultos en el Hospital Roosevelt durante los años 1968, 1969, 1970, 1971, el 0.12o/o, correspondieron al diagnóstico de reacción de conversión.
- b. El sexo fue predominantemente femenino, con una relación mayor a la de 3:1 ya que el 77.2o/o correspondió a dicho sexo y el 22.8o/o al masculino.
- c. El grupo de edad predominante fue el de 31-50 años, siguiéndole inmediatamente el grupo de 21-30 años con 40.0 y 34.2o/o respectivamente.
- d. El 100o/o de los ingresos correspondieron a ladinos.
- e. El porcentaje de casado-unido o soltero, es igual al 48.5o/o de cada uno.
- f. Los trastornos más frecuentes fueron los sensoriales con un 40o/o, siguiéndole inmediatamente el grupo mixto de trastornos motores y sensoriales. En tercer lugar, tienen el mismo porcentaje (11.4o/o) los trastornos motores solos y los de memoria, conciencia o integración de la personalidad.
- g. Se hizo el diagnóstico por historia en un 42.8o/o, siguiéndole el diagnóstico por exclusión con 40o/o.
- h. El 42.8o/o de pacientes fueron tratados con tranquilizantes menores y el 18.6o/o, con tratamiento sintomático.
- i. El 71.4o/o de pacientes mejoraron sintomáticamente, mientras el 28.6o/o siguieron igual.
- j. El 80o/o de pacientes no tenían enfermedad asociada, ni les fue encontrado después del diagnóstico.
- k. Estaban clasificados como conversión 54 casos y se encontró que 19 de ellos tenían además otro diagnóstico.

2. Nombre: Alegría Flores, Carlos Manuel

Tema: **Incidencia de depresión en un grupo de pacientes del departamento de medicina interna del Hospital Roosevelt.**

Conclusiones:

- a. Más del 50o/o de los pacientes atendidos en la consulta externa presentaron algún índice de depresión.
- b. El 21o/o de los pacientes hospitalizados presentaron sintomatología depresiva clasificada en la siguiente forma:
 - b.1 13o/o — síntomas depresivos mínimos
 - b.2 7o/o — síntomas depresivos moderados
 - b.3 1o/o — síntomas depresivos severos
- c. El 55o/o de los pacientes atendidos en la consulta externa, presentaron sintomatología depresiva, clasificada en la siguiente forma:
 - c.1 35o/o síntomas depresivos mínimos
 - c.2 15o/o síntomas depresivos moderados
 - c.3 5o/o síntomas depresivos severos

3. Nombre: De Jesús Alvarado Barrios, José Carlos

Tema: **Estudio de clasificaciones de diagnóstico utilizadas en el Hospital de Salud Mental: "Dr. Carlos Federico Mora"**

Conclusiones:

- a. En el hospital "Dr. Carlos Federico Mora" se utiliza en un 29o/o la clasificación de la OMS; en un 11o/o la clasificación rusa y en un 60o/o de la muestra no codificables con ninguna de las dos anteriores.
- b. Dentro de la propia clasificación de la OMS los profesionales del hospital circunscriben los diagnósticos a las áreas en la mayoría de los casos salvo raras excepciones:
 - b.1 Psicosis no atribuidas a padecimientos físicos (esquizofrenias, trastornos afectivos mayores, estados paranoides)
 - b.2 Neurosis
 - b.3 Trastornos de la personalidad
- c. Al conocer la clasificación de la OMS nos dimos cuenta, al compararla con los diagnósticos, que muchos de ellos se refieren sólo al título del inciso correspondiente sin especificar el síndrome.
- d. En ninguno de los diagnósticos utilizan debidamente la nomenclatura con su respectivo código.
- e. De un total de 626 diagnósticos detectados existen 376 que no son clasificables ni con la OMS ni con la A.P.A., ni con la URSS.
- f. Si bien aceptamos que la nomenclatura de la OMS es conocida en el hospital de hecho no está estandarizada.

Nombre: Alvarez Segura, Luis Manuel.

Tema: **Ideas e intentos de suicidio en el cuadro clínico depresivo.**

Conclusiones:

- a. En nuestro medio al igual que en otras latitudes, los problemas de tipo social y económico afectan en gran proporción al individuo y lo llevan al cuadro depresivo.
- b. En especial las causas socio-familiares son las que mayor incidencia presentan.
- c. En la mujer guatemalteca prevalece el cuadro en un 78o/o
- d. En el núcleo de población joven guatemalteca, el cuadro depresivo se hace más evidente.
- e. Los pacientes que tienen la ocupación de oficios domésticos y los estudiantes son los que están más afectados con la sintomatología depresiva.

5. Nombre: Arenales García, Carlos Eduardo

Tema: **Análisis de morbilidad en pacientes de un hospital psiquiátrico.**

Conclusiones:

- a. Los grupos etáreos que se presentaron con más frecuencia fueron los de 14-25 y los de 26-35 años, con 46o/o y 28o/o respectivamente, no habiendo diferencias significativas en cuanto al sexo.
- b. Hubo una mejoría del 12o/o en el uso de la clasificación de la OMS; lo que redundó en la unificación de criterios y que se facilite el manejo estadístico de los diagnósticos.
- c. Las enfermedades mentales más frecuentes fueron las psicosis funcionales y las neurosis con 35o/o cada una, ocupando lugar preponderante las esquizofrenias dentro de las primeras.
- d. De acuerdo a las categorías propuestas por la clasificación internacional de enfermedades de la OMS y al final del período estudiado, hubo 45 diagnósticos clasificables y 54 no clasificables.
- e. Hubo 58 casos tratados a nivel de consulta externa y 42 pacientes fueron hospitalizados, habiendo 12 pacientes que continuaban en tratamiento.

6. Nombre: Galindo Fiallos, Miguel Antonio

Tema: **Incidencia de enfermedades mentales en el Hospital Nacional de Totonicapán.**

Conclusiones:

- a. Del total de ingresos al Hospital Nacional de Totonicapán, en un período de 5 años, sí se les diagnosticó a más del 1o/o enfermedad

- mental alguna.
- b. La incidencia de la enfermedad mental, en pacientes ingresados en este centro, constituye un 20/o.
 - c. Según los diagnósticos clínicos, la DNV presenta la más alta frecuencia en la incidencia de enfermedad mental.
 - d. El sexo femenino y el grupo etáreo de 20-39 años, son los más afectados por la enfermedad mental, de acuerdo a los diagnósticos clínicos.
 - e. Se encontró que los viudos fueron los menos afectados y la mayor frecuencia la presentó el grupo de solteros.
 - f. Es de suma importancia el conocimiento de estas enfermedades.
7. Nombre: Gutiérrez Alonzo, Graciela Roxandra
Tema: **Estudio de opinión sobre el temor al futuro en una muestra de adolescentes y adultos jóvenes y maduros.**
Conclusiones:
- a. No existe una base para decir el porqué del temor o no temor de los sujetos entrevistados en relación al futuro, pero dados los temas investigados las condiciones reales de nuestro país y las características particulares de la muestra investigada, permiten suponer que ello estuvo determinado fundamentalmente por:
 - a.1 El desconocimiento real del futuro y la falta de experiencia personal previa en los sujetos entrevistados, en relación con muchos de los temas investigados.
 - a.2 La expectativa real de riesgo que los sujetos entrevistados experimentan aquí y ahora, en relación con la temática planteada.
 - a.3 La mecánica de la psicología del rumor.
 - b. El temor o no temor al futuro encuentra sus bases principalmente en los fenómenos naturales que actúan sobre el sujeto, los condicionantes de tipo cultural que modifican su conducta y los elementos constituyentes del pensamiento mágico o subjetivo del sujeto que influyen sus respuestas.
8. Nombre: Lara García, Mario Alfredo
Tema: **Epilepsia y trastornos emocionales.**
Conclusiones:
- a. Del total de casos 700/o presentaron un cociente intelectual debajo de lo normal, oscilando entre 10 y 89.

- b. De las patologías encontradas la de mayor incidencia fue: personalidad neurótica con un 220/o estando presente dicha entidad en 13 de los 30 casos.

9. Nombre: García Lemus, Rubén
Tema: **Trastornos psíquicos que se presentan en la práctica médica.**
Conclusiones:
- | | | |
|------------------------|-----|----------|
| a. Diagnóstico médico: | | |
| Enfermedad péptica | 597 | 33.44o/o |
| Hipertensión arterial | 212 | 11.85o/o |
| Asma bronquial | 160 | 9.52o/o |
| Alcoholismo | 395 | 22.00o/o |
| DNV | 162 | 9.00o/o |
| Neurosis | 145 | 8.00o/o |
| Cefalea | 114 | 6.03o/o |
- b. La proporción hombre-mujer fue de 550:1235 (3.8:6.9), correspondiendo un 30.8o/o sexo masculino y un 69.2o/o al sexo femenino.
10. Nombre: Manrique Solís, Otto René
Tema: **Ingresos en el Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora" en el año 1978 y su epidemiología.**
Conclusiones:
- a. La hospitalización del paciente del Hospital Federico Mora, es breve y en su mayoría no excede los 60 días.
 - b. La mayor cantidad de pacientes que ingresaron se encuentran comprendidos entre los 14 y 31 años.
 - c. Los ingresos fueron más frecuentes en el sexo masculino.
 - d. La mayoría de los ingresos proceden de la capital (65.36o/o) que los de los departamentos (34.40o/o).
 - e. La mayoría de los ingresos son solteros.
 - f. La ocupación más frecuente son los oficios domésticos.
 - g. El promedio de días de estancia es de 32.41 días.
 - h. La mayoría de los pacientes ingresaron una vez (68.80o/o) y reingresaron en un (31.90o/o).
 - i. La impresión diagnóstica más frecuente fueron los cuadros esquizofrénicos.
 - j. El diagnóstico final más frecuente fue el de los cuadros esquizofrénicos.
 - k. La mayoría de los pacientes fue tratada con 3 psicofármacos.

- l. Los psicofármacos más utilizados fueron: Artane, Largactil y Haldol.
 m. Un alto porcentaje, tanto de impresión diagnóstica (18.43o/o) como de diagnóstico final (21.09o/o) presentaron diagnósticos difíciles de interpretar.

11. Nombre: Melgar Figueroa, Alex Roberto

Tema: **Síndrome depresivo como causa de ausentismo laboral en Guatemala.**

Conclusiones:

- El sexo de los pacientes no influyó cuantitativamente en la aparición del síndrome depresivo, ya que la cantidad de hombres y mujeres fue bastante similar, con ligero predominio en las mujeres, lo cual confirma lo expresado en la literatura psiquiátrica al respecto de que la depresión es un poco más frecuente en personas del sexo femenino.
- Solteros y casados se presentan casi con la misma frecuencia,
- Al analizar los grupos etáreos de los pacientes se pudo comprobar que el síndrome depresivo presentó una prevalencia elevada dentro de la población joven y de principios de la edad madura, principalmente en el grupo de 25-34 años.
- La ocupación de los pacientes no influyó significativamente en la aparición de la enfermedad, aunque se observó más frecuentemente en los obreros y personas dedicadas a la burocracia.
- Es indudable que el factor económico también es muy importante en la psicodinamia de la depresión, principalmente si el trabajo es muy pesado, muy tedioso o mal remunerado.

12. Nombre: Ramírez Quintero, Rafael

Tema: **De la hipocondría y ciclotimia.**

Conclusiones:

- Se tomó 100 pacientes ciclotímicos, para estudiar la frecuencia de hipocondría en los mismos; siendo el 77o/o hombres y el 23o/o varones.
- De este grupo, al 100o/o, por historia y observación clínica, se les comprobó hipocondría.
- La edad promedio para las hembras fue de 39.5 años y de 34.3 para los varones.
- La mayor frecuencia se dio a los 47 años para las hembras y a los 27 y 37 para los varones.
- Se tomó asimismo, 100 individuos (acompañantes de los pacientes),

como grupo control, de los cuales, el 55o/o correspondió a las hembras y el 45o/o a los varones.

De este grupo se comprobó hipocondría en 3 personas (2 hembras y 1 varón) los que fueron citados para comprobar ciclotimia. De éstos sólo acudieron 2 (1 hembra y 1 varón), que efectivamente eran ciclotímicos.

La hipocondría es parámetro confiable para diagnosticar ciclotimia.

La presencia de hipocondría, puede orientar hacia el tratamiento adecuado.

13. Nombre: Morales Soberanis, Gustavo Enrique

Tema: **Detección de neurosis en una comunidad indígena.**

Conclusiones:

- Las manifestaciones en la comunidad rural son predominantemente de tipo somático.
- El trabajo demuestra que el estudio de los problemas de salud y enfermedad en las comunidades rurales se hace con base a prejuicios y en extrapolación de conceptos propios de la cultura de la clase dominante, debida a un enorme desconocimiento de las condiciones socio-culturales rurales.

14. Nombre: Rodas Hernández, Rodolfo Roderico.

Tema: **Necesidad de la psiquiatría para el médico general.**

Conclusiones:

- Se detectaron 150 pacientes angustiados; 150 deprimidos; 75 pacientes neuróticos y 25 con pequeñas psicosis.
- De los 150 pacientes angustiados: 100 pertenecían a la ciudad y 50 al área rural. De los de la ciudad: 45 estaban pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente; 25 serían reintervenidos; el resto, o sea 25 pacientes pertenecían a trastornos puramente emocionales.
- De los 150 pacientes deprimidos: 125 pertenecían al área rural y 25 a la ciudad.
- De los 75 pacientes neuróticos: 25 provenían de familiares neuróticos; 10 eran epilépticos; 15 habían sido excesivamente mimados en el seno familiar 15 eran esquizofrénicos y 10 pacientes eran o padecían de alguna clase de paranoia.

Nota: ninguno de los pacientes presentaba un cuadro único o puro.
 En el 75o/o de los pacientes se detectó que la causa principal de su problema emocional era debido a problemas socio-económicos.

15. Nombre: Urízar Spell, Luis Alberto

Tema: **Entidad clínica más frecuente a nivel de consulta externa de psiquiatría del IGSS en los meses comprendidos de marzo a julio de 1983.**

Conclusiones:

- a. La entidad clínica más frecuente en el servicio de psiquiatría del IGSS a nivel de consulta externa es la depresión neurótica (228 casos o sea 45.6o/o de 500 casos vistos)
- b. Los trastornos neuróticos en general constituyen el principal grupo de patologías encontradas.
- c. El grupo etáreo mayormente afectado por los trastornos mentales se encuentra entre los 21 y 50 años, siendo el sexo femenino el más afectado.
- d. En los trastornos neuróticos, y especialmente la depresión neurótica, hubo un predominio franco del sexo femenino.
- e. Las ocupaciones laborales más frecuentes, en los datos obtenidos, las constituyen principalmente oficinistas y maestros en general.
- f. El estado civil más frecuente en los casos vistos, fue el grupo de los casados, en el que predominan los trastornos neuróticos; encontrándose también casos de pacientes psicóticos en menor grado.
- g. En el rango de trastornos neuróticos el estado civil más afectado correspondió al grupo de viudos(as), que también posee el mayor porcentaje de dependencia al alcohol.

DEFINICION E HISTORIA

Cullen fue quien introdujo el término de neurosis en 1977 (10). Traducida a los términos actuales, la definición de Cullen significa que las neurosis son enfermedades del sistema nervioso, sin lesión anatomopatológica y sin causa externa, es decir, afecciones funcionales del sistema nervioso". (7,15,24,26)

"Cullen introdujo el término para distinguirlo de neuritis". (7)

"Sin embargo, la expresión neurosis es recusable porque contradice precisamente lo que se considera el máximo hallazgo de la psicopatología y de la psicoterapia actuales: que no se trata de trastornos nerviosos en sentido estricto, sino psíquicos". (10)

"Las neurosis para Freud eran así como una alergia psíquica o vivencial. El trauma en el adulto (por ejemplo en las neurosis traumáticas) era patógeno únicamente por poner de manifiesto las consecuencias de un trauma anterior en la infancia". (26)

"En efecto, examinando la historia infantil de gran cantidad de neuróticos se ha comprobado que el denominador común, radica en un ambiente adverso para el buen desarrollo psico-bío-social". (22)

"Henry Ey y Bernard Brisset, al igual que Janet (11) definen a las neurosis como enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales". (28)

"Para Janet, las neurosis son enfermedades de la evolución de las funciones psicológicas (deambulación, lenguaje, percepción, conductas sociales, creencias, sentimientos). Dicho de otro modo, la neurosis es una enfermedad de la personalidad en tanto que ésta se halla compuesta de funciones superiores en evolución". (11)

Por su parte, Maurice Dongier, opina que: "Para definir las neurosis podríamos hablar de 'reacciones psíquicas anormales', pero la expresión 'reacción psíquica' resulta ambigua". Y continúa diciendo: "Las neurosis no son, fundamentalmente, conflictos instintivos, sino estados de ánimo patológicos". (10)

"Las neurosis son, en cierto sentido, enfermedades del ánimo (timosis)". (28)

Las neurosis pueden también, definirse como enfermedades de la imaginación (Bernheim, Charcot).(10)

"Para K. Schneider las neurosis son reacciones vivenciales anormales".(10)

En lo personal, considero que a las neurosis se les debe considerar analizar desde un punto de vista ecléctico, ya que: "la concepción de la neurosis de un autor no es independiente de su concepción (privada) del mundo, ni de las circunstancias en las que vive".(27)

Entonces, por consiguiente, cada autor, y/o escuela, tendrá su propia concepción de un problema tan complejo como lo es éste, empero, todos (o casi todos) coinciden en que lo fundamental en las neurosis, es decir el sustrato, es la ansiedad y la ansiedad somatizada (angustia).

"La clave de las neurosis es la angustia. En torno a la angustia se arremolinan los síntomas de la neurosis. Unos son expresión de ella; otros, conversión de la angustia en alteraciones somáticas, otros, finalmente, mecanismos de defensa contra ella".(26)

"En las neurosis, los síntomas son la enfermedad (López Ibor). Por eso no hay neurosis, sino que cada uno es neurótico a su manera. Los mecanismos psíquicos (psiquismos) que encontramos, son siempre los mismos, y pertenecen también a la psicología del sano. Son los ladrillos con los que el neurótico construye su neurosis".(27)

"Cada vez en mayor número acuden al médico hombres que viven en buena situación familiar, desempeñan airoso su profesión y, sin embargo, sufren penosamente en secreto perturbaciones de su bienestar, todas las cuales pueden considerarse desde el punto de vista de la angustia, pues aunque la angustia no es una enfermedad psíquica y no siempre interesa al médico, "en ninguna esfera son tan fluctuantes las fronteras entre "todavía sano" y casi "ya enfermo" como en el campo de la experiencia de la angustia".(21)

Y es que: "La frontera entre normalidad y perversión es tan artificial como la frontera entre normalidad y neurosis".(10)

"La existencia humana cursa entre el nacimiento y la muerte. Son límites naturales e irrevocables. Mirada desde dicho ángulo, la existencia como un haz luminoso recortado sobre la nada. Este estar envuelto por

nada constituye la experiencia fundamental de la existencia humana. A esta experiencia fundamental es a la que se llama angustia".(28)

En las neurosis: "El síntoma es expresión de la neurosis, pero es la neurosis al mismo tiempo".(10)

"Psicopatológicamente, podríamos decir que la angustia normal ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos o dirigidos, según Lersch, y la angustia patológica en el plano de los sentimientos vitales o endotímicos".(28)

"La psicología (y literatura) existencial nos presenta la angustia como un radical básico de la existencia humana, como el acicate de la autenticidad, de la existencia auténtica. Hay cierto tipo de hombres que viven sin plantearse mayores problemas. Son seres impersonales".(27)

"La angustia morbosa acaece en un plano más profundo que la angustia normal. De ahí que algunos neuróticos nieguen estar angustiados".(27)

"La angustia puede presentarse en la clínica de un modo puro, y se habla por lo común de angustia flotante, o angustia libre flotante".(27)

"Otra forma muy frecuente es su forma de miedo a la muerte o miedo a la locura".(27)

En síntesis la angustia es ante lo desconocido, y el miedo ante lo conocido, y que por ende puede ser evitado, evitando a su vez la situación u objeto que lo produce. Pero hay aún dos cuestiones importantes que tratar, como lo son:

1. La imposibilidad de delimitar con precisión los límites de la neurosis, siendo éstos: la normalidad y las psicosis. El límite superior linda con la normalidad y el límite inferior con las psicosis; existiendo los Border-Line cases o casos limítrofes.
2. El problema que representa actualmente las neurosis, ya que: "La cuestión por tanto, no puede limitarse a decir que aumenta el número de neuróticos, sino que debemos preguntarnos si la sociedad misma se ha neurotizado. No es necesario insistir en la concordancia que existe entre el mejor desarrollo social y la aparición de esos síntomas de desintegración".(26)

"La angustia en la sociedad no puede ser morbosa en génesis. Morbosa, en sentido estricto, porque esa palabra supone la existencia de una enfermedad y la enfermedad siempre está ligada al cuerpo; pero si la angustia difusa de la sociedad no es morbosa en su génesis, sí son neuróticos, en cambio, los mecanismos empleados para defenderse de ella. La actitud social es en este caso lo neurótico. La cuestión es precisamente esa: la misma sociedad se ha neurotizado. La neurosis se ha convertido en un estilo de vida de la sociedad contemporánea".(26)

"En el área de las psicosis en general, y de un modo más estricto en las de fundamento somático, nos movemos de acuerdo con esquemas conceptuales médicos. En el terreno de las personalidades anormales y de las neurosis todo es muy distinto. Etiología, síntomas, evolución, tratamiento, etc., son términos que han de ser aplicados de un modo metafórico".(27)

Por último, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) la definen en la siguiente forma:

"La neurosis es 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 afectado 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 obsesivcompulsivos y depresión".(32)

ETIOLOGIA:

"Las teorías que se han formulado sobre el origen de las neurosis son todas ellas parciales, como forzosamente ha de ser parcial cualquier definición que pretendamos hacer sobre la naturaleza humana".(27)

"En el terreno de las neurosis: Lo peculiar sería la alteración dinámica interna entre las diversas 'provincias' o 'instancias' que constituyen la personalidad".(10)

"La estabilidad o claudicación de un individuo dependerá de sus condiciones genéticas, temperamentales y de la calidad e intensidad del stress a que se ve sometido".(27)

"Las influencias genéticas son muy difíciles de delimitar en cada caso, en este dominio ayuda la investigación sobre gemelos".(7)

Hablando de herencia: "Citaremos los estudios de Hirsch sobre los delincuentes enuréticos (46o/o de padres enuréticos contra un 20o/o en el grupo control), los de McInnes, de Brown, de Cohen, etc., sobre el factor hereditario de la neurosis de angustia (según ellos existiría un verdadero factor hereditario de predisposición a la angustia patológica)".(11)

Por su parte, "Eysenk, midiendo el componente neurótico general, ha encontrado una concordancia de 90o/o en los gemelos idénticos, contra 50o/o en los gemelos fraternos. Los hechos más significativos conciernen a los gemelos idénticos educados en condiciones y medios diferentes".(11)

"Eysenk y Prell, llegaron a la conclusión de que cerca del 80o/o de las diferencias individuales del factor neuroticismo había que atribuir las a la herencia, correspondiendo al ambiente el 20o/o restante".(27)

"En la causalidad de las neurosis y psiopatías se aprecian factores específicos y no específicos, cuya determinación deberá atribuirse unas veces a la constitución y otras al ambiente".(27)

"Slater (1950) intentó explicar esta interacción o equilibrio de los factores constitucionales con el medio en la determinación de las neurosis, a través de una teoría genética multifactorial o poligénica, en la que el comportamiento neurótico se presenta siempre como la expresión de una reacción individual a una situación global heredoambiental".(27)

"No ha sido completamente eliminada la posibilidad de una herencia específica para algunas neurosis, sobre todo para las obsesivas y la histérica; se considera aceptable que la causalidad multifactorial pueda ser válida para la mayor parte de las formas neuróticas y psicopáticas que no difieren cualitativamente de las reacciones individuales normales".(27)

Freud, a propósito de la neurastenia nos dice: "En la etiología de una afección nerviosa cabe distinguir: 1o.) la precondition necesaria, sin la cual dicho estado no puede surgir de ningún modo; y 2o.) los factores desencadenantes".(15).

"Quien llegue al mundo con una constitución instintual particularmente desfavorable, difícilmente hallará la felicidad en su situación ambiental, ante todo cuando se encuentre frente a tareas difíciles".(15)

Tomando en cuenta lo anterior, se podría afirmar que: las neurosis son el resultado de la acción de uno o más agentes traumatizantes o provocadores de stress y/o angustia (externos e internos) en interrelación dinámica con el espacio (medio ambiente) y el tiempo (momento histórico) que se vive.

Por otra parte, estos agentes provadores de angustia, producirán una neurosis sólo si la persona sobre la cual actúan tiene la precondition necesaria.

También, en cuanto a los mecanismos psíquicos involucrados en la neurosis, se pueden presentar en el "sano", y es porque precisamente no se puede delimitar o precisar hasta donde el llamado "sano" sea sano en realidad (límite superior de las neurosis).

"Los conflictos básicos alrededor de los cuales se organiza una neurosis prácticamente son siempre los mismos, y por lo general también son similares a aquellos a que está sometido todo individuo sano de nuestra cultura".(22)

"Existe siempre una relación complementaria (Freud) de factores congénitos y accidentes endógenos y exógenos".(7)

"En el léxico del psicoanálisis, los síntomas neuróticos aparecen como compromisos entre instintos desbordados y defensas censoras que no logran contenerlos del todo".(7)

"Debe retenerse de entre los trabajos de Pavlov, que el umbral de excitabilidad y de reactividad emocionales y el juego de facilitaciones e inhibiciones corticales deben ser tomadas en cuenta en la patología cerebral funcional de las neurosis".(11)

"A los ojos de los psicoanalistas, la neurosis aparece, como una mala estructuración del Yo, el cual no es capaz de ejercer su papel normal de filtro y de control entre las exigencias pulsionales (las necesidades biológicas) y las exigencias sociales (adaptación a la vida práctica, edificación de una moral personal)".(11)

"Cuando debido a las normas sociales, la líbido no encuentra cauce, se reprime y de esta represión nace la angustia".(27)

Mientras que para Freud el meollo de la neurosis es el (o nace de)

complejo de Edipo, Adler toma la neurosis como carácter, como una especial manera de situarse frente a la vida (1).

Por otro lado: "En un estudio clínico experimental, Pitts y McLure fueron capaces, con una infusión standard de lactato de sodio de producir ataques típicos de ansiedad en 13 de 14 pacientes con neurosis de ansiedad en comparación con sólo 2 de 10 controles normales, sujetos al mismo procedimiento experimental, un efecto que ellos atribuyeron a la acción del lactato de bajar el nivel calcio ionizado".(24)

"Cualquier objeto puede ser ansioógeno, pero para cada neurótico sólo lo son determinados objetos. El carácter específico, desencadenante de la angustia no procede sólo de circunstancias histórico individuales, sino de la propia estructura del ser".(10)

"Se han hecho algunos intentos para estimar la frecuencia de síndromes neuróticos específicos entre los padres y hermanos de pacientes con trastornos semejantes, pero Brown (1942) señaló algunos datos sugestivos. Según el criterio diagnóstico utilizado en este estudio, pareció haber tendencia fuerte a la especificidad familiar en los trastornos neuróticos; reacciones de ansiedad fueron la forma más común de neurosis entre los parientes de pacientes con reacciones de ansiedad; histeria la forma más común de neurosis entre los parientes de histéricos, y síntomas obsesivos, como forma predominante de neurosis entre los parientes de sujetos con síntomas obsesivos. Aunque estos hechos concuerdan con una hipótesis de predisposición genética específica, pueden también ser explicados satisfactoriamente por transmisión post-natal de la predisposición a trastornos neuróticos específicos por el aprendizaje infantil de la conducta inadaptada".(21)

EPIDEMIOLOGIA

"¿Cuál es la proporción de enfermos mentales en los diversos países del mundo occidental? es cosa por demás sorprendente que no haya datos para responder a esa pregunta. Mientras hay estadísticas comparativas exactas de recursos materiales, desempleo, nacimientos y muertes, no hay información suficiente sobre enfermedades mentales".(13)

"Como síndrome clínico el estado de ansiedad ocupa el primer lugar entre los problemas médicos generales que requieren diagnóstico en un hospital, aunque probablemente es menos frecuente que la depresión

reactiva. En 1,000 consultas psiquiátricas en una gran clínica de diagnóstico (New England Center Hospital), se encontró que el 25o/o de los pacientes sufrían de un estado de ansiedad y que un 50o/o presentaba estados depresivos de distintos grados".(20)

En cuanto a las neurosis en general: "Se observa tendencia en las últimas décadas a aumentar, posiblemente en relación a la urbanización y el stress inherente a la misma, aunque también existe tendencia a elevarse en áreas rurales".(27)

Sin embargo, Kaplan nos dice: "Aunque el hombre moderno se enorgullece en el paso ruidoso, violento y enervante del siglo XX no hay evidencia de que la ansiedad esté incrementándose".(24)

Como el apareamiento de las neurosis está condicionado por múltiples factores como lo son: Medio ambiente, economía, tiempo (momento histórico), costumbres, creencias, etc., en síntesis por la conciencia popular de cada pueblo; entonces se puede afirmar que la incidencia y prevalencia (epidemiológicamente hablando) será distinta en cada país o región que se considere, ya que fundamentalmente es el medio ambiente el que condiciona o modela los rasgos de carácter y personalidad de las personas, y por ende, su conducta y sus posibles alteraciones. Es por eso que: "Hay países como Rusia, India, etc., donde el histerismo es uno de los trastornos más frecuentes".(7)

"Los estudios epidemiológicos demuestran mayor prevalencia de neurosis obsesiva en los países occidentales".(27)

En otras regiones podrán ser, por ejemplo, la neurosis depresiva la más frecuente de entre las enfermedades psiquiátricas que se encuentren.

Por un lado, cada tipo de neurosis en un lugar determinado, tiene su propia epidemiología, por lo tanto, la incidencia y prevalencia, va a ser distinta en cada lugar; y por otro, los estudios epidemiológicos que sobre las neurosis se han realizado, no cubren a la totalidad de las poblaciones estudiadas.

En cuanto a la neurosis obsesiva Karen Horney indica: "En un consultorio psiquiátrico, 2.1o/o de los pacientes mostraban síntomas de obsesión (Baumeyer). Entre la clientela de un neurólogo, 3o/o de los diagnósticos psiquiátricos corresponden a neurosis obsesiva. Todos los grupos comprenden una proporción mayor de varones que de mujeres".(22)

"Entre los enfermos de una clínica neurológica, en 10 años fueron histericos 4o/o de los ingresados, aproximadamente un tercio de todos los diagnósticos no orgánicos. En una clínica psiquiátrica, durante varios años, se formuló el diagnóstico de reacción histerica con síntomas de igual carácter en 1.2o/o de los pacientes, por término medio".(7)

"El interés médico por la astenia neurocirculatoria ha resultado en un número de investigaciones clínicas de la forma más dramática y aguda de las neurosis de ansiedad la cual indica que un 10o/o de los pacientes con enfermedad cardíaca sufren de este desorden, las mujeres sobrepasan a los hombres en una relación de 3:2".(24)

"La incidencia exacta de la neurosis obsesivo-compulsiva es difícil de determinar. Algunas evidencias de anécdotas esparcidas, indican que esto ha ocurrido a través de la historia. Aquellos que han estudiado la historia natural del desorden, han encontrado una incidencia que no es más del 5o/o de todos los pacientes psiconeuróticos".(24).

Parece que no hay ninguna diferencia sexual significativa en el desorden, y la larga cantidad de pacientes, la mayoría de hombres y mujeres, es la misma. Es interesante que una gran proporción de pacientes obsesivo-compulsivos permanezcan solteros, algunas veces hasta el 50o/o en algunos pueblos. Algunos estudios recientes indican que la frecuencia del desorden es más alta en los individuos de clase alta y en aquellos con niveles más altos de inteligencia".(24)

"Uno de los estudios epidemiológicos más significativos es el del gran aumento en las últimas décadas de las neurosis depresivas e hipocondríacas, aumento que es más notable en el género femenino, en la viudez y en las edades superiores".(27)

"El 20o/o de los pacientes con enfermedad depresiva, tienen síntomas obsesivo-compulsivos".(24)

"La incidencia total de dolor histerico en la población total, no es conocida ciertamente, puesto que la condición es probablemente no reconocida frecuentemente como tal por el médico a quien consulta el paciente".(24).

Pareciera que los síntomas (mecanismos de defensa) se han ido sofisticando en el transcurso del tiempo, pues por ejemplo: es raro encontrar un ataque típico de histeria como los que describió Charcot.

"Es declarado a menudo que la histeria de conversión es menos frecuentemente vista en la práctica psiquiátrica contemporánea, de lo que fue hace 60 ó 70 años. Si por histeria de conversión uno quiere decir los clásicamente descritos síntomas sensoriomotores principales de parálisis, anestias, convulsiones, etc. posiblemente tenga bases para tal declaración".(22)

"Otro aspecto de la epidemiología de la histeria de conversión, es la tendencia de los síntomas a difundirse de un individuo a otro. Este fenómeno es raramente mencionado por observadores contemporáneos".(24)

"Un estimado de pacientes externos de experiencias clínicas indican que más o menos el 5 al 10o/o de todos los pacientes evaluados, sufren de neurosis depresiva como el primer desorden. Aquellos pacientes que visitan a un psiquiatra privado o son tratados por su propio médico no están incluidos en intentos de tabulación estadística, pero ellos deben ser una legión".(24)

:En cuanto a las neurosis en general, se puede afirmar que "el género es un factor prácticamente constante, de tal manera que la prevalencia es siempre mayor en la mujer".(27)

"Las neurosis histéricas predominan en las clases sociales inferiores y en los países en vías de desarrollo, mientras que en las clases superiores predominan las llamadas neurosis de carácter, que también predominan en las mujeres".(27).

"La prevalencia por edades demuestra que las neurosis son un trastorno de la edad media de la vida. Sin embargo, antes de los 45 años predominan las neurosis fóbicas y obsesivas y la neurastenia, y después las formas depresivas e hipocondríacas. La neurosis de ansiedad (la básica) tiene una distribución más homogénea".(27)

"Estudios realizados en consultas de médicos generales demuestran una prevalencia anual muy elevada del orden del 5 al 9o/o de trastornos neuróticos".(27)

"Las neurosis son enfermedades tan personales, que resulta muy difícil la apreciación estadística".(27)

Los datos sobre la epidemiología de las neurosis en nuestro medio (los que se tienen hasta la fecha), se encuentran consignados en las

conclusiones de las tesis consultadas (ver antecedentes).

Por último, "Las estadísticas revelan una tasa muy alta de neurosis en los Estados Unidos y en otros países de occidente, donde predominan formas de vida en las que destaca la responsabilidad del individuo. En cambio en países donde impera el marxismo, la ideología es poco propicia para que, frente a un trastorno mental leve, se piense en neurosis".(38)

DIAGNOSTICO

Como el síntoma nuclear de las neurosis es la angustia (15) analizaremos la sintomatología que presenta la neurosis de ansiedad (o angustia) como válida para los demás tipos de neurosis; ya que los mecanismos de defensa (que se manifiestan en síntomas) que se utilizan son siempre los mismos. La variación radicaría en factores constitucionales o estructurales de la persona que sufre de ansiedad "escogiendo" por decirlo así, su sintomatología.

"En las neurosis, los síntomas son la enfermedad (López Ibor) por eso no hay neurosis, sino que cada uno es neurótico a su manera. Los mecanismos psíquicos (psiquismos) que encontramos en ellos son siempre los mismos, y pertenecen también a la psicología del sano. Son los ladrillos con los que el neurótico construye su neurosis".(27)

"Mediante sus síntomas se procura satisfacciones sustitutivas que, sin embargo, les deparan sufrimientos, ya sea por sí mismos o por las dificultades que les ocasionan con el mundo exterior y con la sociedad".(15)

O sea: "Los diversos tipos de neurosis surgen de los distintos mecanismos de defensa frente a la angustia".(27)

"La angustia tiene en cada persona una fórmula propia y peculiar".(27)

Henry Ey nos dice: "Sus síntomas él los hace, él los fabrica, y esto es lo que confiere a las neurosis esta estructura artificial que desorienta a los médicos que no poseen experiencia de dichos enfermos o que no saben discernirlos entre el cortejo de sus pacientes".(11)

Y reconoce 4 tipos de alteraciones o manifestaciones:

- 1o.) Las anomalías de la actividad sexual

- 2o.) Las manifestaciones inconscientes de la agresividad
- 3o.) Los trastornos del sueño, y
- 4o.) La astenia neurótica.

Por su parte Harrison, expresa: "Los estados de ansiedad relativamente puros pueden presentarse en forma aguda o crónica.

La neurosis aguda puede surgir en un individuo por lo demás sano. Su iniciación puede ser brusca como un ataque de ansiedad franco, o bien puede desarrollarse en forma gradual, culminando en ataques de ansiedad, únicos o recurrentes.

El enfermo siente como si fuera a morir o a volverse loco. Algunas veces experimenta sensación de irrealidad o siente que no puede moverse o está en trance.

Estas crisis aparecen con frecuencia cuando el paciente se encuentra en medio de mucha gente. El enfermo se siente acorralado, oprimido, incapaz de respirar y trata de marcharse lo más pronto posible. Otras situaciones que los provocan son los cuartos pequeños y cerrados, los elevadores, los túneles y los trenes subterráneos. Su duración varía de unos cuantos minutos a una hora. A raíz del acceso, el paciente experimenta una gran debilidad, próxima al desmayo, que persiste durante varias horas o días".(20)

"Palpitaciones y taquicardia, dolor de pecho, dificultad respiratoria y la experiencia de pánico son los síntomas cardinales del ataque de ansiedad aguda, asociado con esto hay usualmente una sensación de mareo y temor, lo cual en un 20o/o de los pacientes resulta en verdadero síncope. El paciente puede quejarse de sonrojo, de sudoración fría, carne de gallina, y están comúnmente conscientes de un temblor de sus extremidades.

Síntomas gastrointestinales ocurren en cerca del 40o/o de los pacientes y son comúnmente dolores epigástricos o sensación de incómodo y constante movimiento (aleteo) en la región epigástrica. No es sorprendente que ha menudo describa su estado mental como nublado y confuso".(24)

Además de los síntomas ya mencionados, en las neurosis de ansiedad crónicas encontramos: "Las cefalalgias con opresión y las palpitaciones, son otros síntomas sobresalientes. El examen físico, por lo común, proporciona pocos datos de valor positivo. 1o.) taquicardia ligera e inconstante; 2o.) taquipnea ligera; 3o.) respiraciones suspirantes; 4o.) enrojecimiento de cara y

cuello; 5o.) temblor en los dedos extendidos; 6o.) reflejos tendinosos bruscos.

Los resultados de los procedimientos de laboratorio comunes, por ejemplo, recuento de hematíes, examen de orina, determinación de la glucemia, del nitrógeno no protéico, metabolismo basal, electrocardiograma y electroencefalograma están dentro de límites normales".(20)

"Los síntomas de ansiedad crónica son muchos y variados. El paciente comúnmente se queja de sentirse nervioso, tenso, excitado e irritable. Puede tener dificultad para dormirse por la noche y fatigarse fácilmente durante el día. Síntomas gastrointestinales son comunes (sensación de mariposas en el estómago), pirosis y llenura epigástrica). El puede notar ocasional relajamiento de los movimientos de su vejiga y a veces micción frecuente. Dolores de cabeza no son raros. En adición se podría quejar de tensión muscular o dolor, especialmente en su cuello y espalda. Suda fácilmente, particularmente en las palmas de las manos, a menudo siente rubor en cara, es molestado por sequedad de boca o un "nudo en la garganta" y frecuentemente se siente tembloroso y trémulo. Particularmente molesto, es la dificultad en concentrarse, en ordenar sus ideas y cuando afronta problemas".(24)

"El examen físico no revela anomalías estructurales. El ritmo cardíaco es forzado, y el pulso y respiraciones podrían estar elevados, el pulso podría ir tan alto como 140 a 150. El pulso es regular y generalmente sin extrasístoles. Los soplos, si están presentes, son funcionales, siendo sistólicos, suaves y apicales o pulmonares en su localización. El tamaño del corazón es normal y cuando se presentan elevaciones de la presión sanguínea, son leves y transitorias. Un área de dolor en la superficie del pecho puede ser descubierto a la palpación; y un fino temblor (temblor) de las manos extendidas puede ser observado a menudo. Cuando está presente la hiperventilación, un signo de Chvostek positivo puede frecuentemente ser encontrado y con severa hiperventilación, puede haber contracciones tetánicas reales en las extremidades.

Los pacientes con ansiedad crónica generalmente no dan evidencia de alcalosis respiratoria; pero uno podría encontrarlos que son excesivamente sensibles a la hiperventilación.

El EKG es normal (excepto por taquicardia sinusal) en pacientes en un ataque de ansiedad aguda, depresiones o inversiones de las ondas T han

sido reportadas en derivaciones II y III y en derivaciones precordiales, especialmente cuando el paciente está sentado o parado. Asimismo, una depresión del segmento S-T es encontrada ocasionalmente. Los trazos electroencefalográficos son normales".(24)

"Se halla en los neuróticos, con frecuencia significativa, un cierto número de rasgos fisiológicos. Citemos: La mediocre adaptación sensorial (estudio de la visión nocturna), la correlación entre ansiedad y la elevación de la colinesterasa sanguínea, la mala resistencia a un esfuerzo standard (medido por el aumento del consumo de oxígeno, la aceleración prolongada del pulso y el aumento de derivados lácticos), la mayor fatiga a lo largo de un aprendizaje cualquiera, la ataxia estática (medida de las oscilaciones del cuerpo en la prueba de Romberg), etc., si a estas observaciones experimentales se añaden las observaciones clásicas de los clínicos (tono muscular débil, posturas defectuosas, dispepsia, temblor, parestesias, trastornos del sueño, etc.) se llega a un retrato fisiológico del neurótico que pone en evidencia, una especie de insuficiencia energética general. Ciertos autores admiten, además, rasgos tetanoides, un débil contenido de calcio en la sangre, una especial disposición de los capilares de la piel, una particular sensibilidad al frío (vasoneuropatía de Osborne y Cohen).

Otros trabajos (Catell) señalan que los neuróticos, al hacer un esfuerzo mental sufren modificaciones vasculares más importantes que las normales, en la pletismografía, por ejemplo. Se ha podido establecer (Eysenk) además correlaciones entre variaciones químicas (colinesterasa elevada) y rasgos como alegría, energía, indiferencia".(11)

"Por su parte López Ibor, menciona como los síntomas más importantes los siguientes: 1o.) debilidad irritable, fatiga (vital) y la distonía neurocirculatoria. 2o.) los vértigos timopáticos; 3o.) síndrome de despersonalización: extrañeza y familiaridad de la percepción, y 4o.) dificultad de concentración y trastornos de la memoria".(27)

"Apenas hay enfermo que no presente síntomas de una y otra serie, lo que ocurre es que suele relatar lo que para él es más llamativo, pero los otros síntomas están en el fondo común. La jerarquía se establece sobre la escala de la angustia, cuanto más angustioso es un síntoma más impresionado al enfermo y lo sitúa en primer plano.

Existen formas lábiles y formas estables de la enfermedad. La forma

lábil es la crisis global en la que se halla amenazada la unidad de la personalidad, pero la unidad se mantiene. En cambio, en las formas estables, no se siente tal amenaza pero la unidad está rota ya".(27)

En cuanto al estudio psicométrico del neurótico: "retengamos el hecho de que se puede definir por tests objetivos un factor neurótico general que comporta: la escasa fluidez de las asociaciones; la débil perseverancia en los tests de "situación miniatura" y de resistencia; la tendencia a fluctuaciones de actitudes (infidelidad en los tests repetidos a intervalos); una gran proporción de errores en los tests motores o de atención; un ritmo personal lento; un mal rendimiento en los tests de laberinto; sugestibilidad en el test del balanceo postural.

Ante las láminas de Rorschach, pueden indicarse como rasgos neuróticos generales las respuestas que apuntan ansiedad (respuestas-simetría, número elevado de formas animales o anatómicas), las respuestas que indican el deseo de no abandonarse, de controlar estrictamente las pruebas (respuestas defensivas). Mala organización de las respuestas (pocas respuestas globales, muchas "formas" muchos detalles, a veces, pequeños)".(11)

En resumen, un sujeto que posee personalidad prepatogénica (presencia de factores hereditarios) para desarrollar una neurosis por la acción traumatizante, de factores exógenos (medio ambiente en general), que por la propia estructuración de su personalidad "escoge" él o los mecanismos de defensa, que se traducirán en cierto tipo de sintomatología. Al suceder la acción del factor traumatizante, se estimula paralelamente el sistema nervioso simpático, dándonos toda la sintomatología que ya se mencionó.

Cierto grupo de síntomas corresponde a cierto tipo de neurosis; pero es lógico pensar que los casos "puros" son muy raros en la práctica clínica; y por lo tanto, la base (manifestaciones de ansiedad y/o angustia es la misma, y la diferencia que existe entre cada tipo de neurosis (base para la clasificación), se basa en el predominio de ciertos síntomas (mecanismos de defensa).

No hay que olvidar, que para hacer un buen diagnóstico, una buena anamnesis personal es lo más importante.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

"En las neurosis fóbicas, la ansiedad es característicamente confinada al objeto o la situación fóbica y la neurosis obsesivocompulsiva, es

fácilmente distinguida por los fenómenos mentales y conductuales que dan a este desorden su nombre. En la depresión agitante, en adicción a la cafeína, en el alcoholismo, en la ansiedad extrema y prominente, uno halla los síntomas psicótico-depresivos diagnósticos.

Ocasionalmente un episodio de esquizofrenia aguda, será anunciado por la instalación de la ansiedad.

La prominencia de síntomas cardíacos, dolor torácico, dificultad respiratoria, en ataques de ansiedad aguda, conducirán ocasionalmente aún a médicos sofisticados a tomarlos erróneamente por enfermedad arterial coronaria.

Precaución debe, por supuesto, ejercerse en pacientes sospechosos de infarto del miocardio, pero, cuando la evidencia objetiva para el diagnóstico no está presente, la neurosis de ansiedad debería sospecharse.

La diagnosis de enfermedad tiroidea debe hacerse sobre la base de los hallazgos característicos físicos y de laboratorio, pero debe ser reconocido que los pacientes con hipertiroidismo que se han vuelto eutiroideos después del tratamiento, no raramente tienen ansiedad persistente, que es claramente psicógena y puede requerir psicoterapia.

La secreción episódica de Epinefrina y Norepinefrina en pacientes con feocromocitoma causa ataques súbitos de taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho, sudoración, temblor, aprehensión, y presión arterial elevada que puede ser clínicamente indistinguible de los ataques de ansiedad aguda.

Los ataques súbitos de mareo en la enfermedad de Meniere (síndrome de Meniere) puede ocasionalmente, confundirse con la ansiedad aguda. Característicamente, el mareo de la enfermedad de Meniere es un verdadero vértigo y está asociado con nistagmus, sordera y otros signos de enfermedad del oído medio, no encontrados en la neurosis de ansiedad".(11)

Finalmente "nos limitaremos a recordar las formas solapadas de enfermedades en las que el médico piensa en primer lugar al encontrarse ante una fatiga inexplicable: Tuberculosis incipiente, lesión cardíaca inadvertida, comienzo de afección endócrina (como la diabetes, el Basedow o la insuficiencia suprarrenal) la miastenia de Erb-Goldflam, etc., tan sólo después de la eliminación de estos casos puede ser considerado el diagnóstico de fatiga neurótica".(11)

TRATAMIENTO

"Como regla general, las dificultades neuróticas que envuelven dificultades del carácter, requerirán psicoanálisis o una de las más prolongadas formas de tratamiento. Si el problema psicológico está circunscrito, y es relativo a circunstancias externas específicas, formas más breves de terapia reveladora pueden ser muy efectivas en liberar al paciente de su conflicto y remediar sus síntomas".(24)

"Frecuentemente, después que los precipitantes iniciales ocultos han sido determinados en el curso de unas pocas entrevistas, las técnicas de soporte específicas a ser empleadas deben ser claras.

Si el doctor descubre situaciones externas que son provocadoras de ansiedad, debe ser capaz por sí mismo, o con la ayuda del paciente y su familia, de cambiar el ambiente para reducir las presiones stressantes".(24)

Por su parte, Freud nos dice: "las neurosis pueden ser completamente prevenidas, pero son también totalmente incurables. Así todos los esfuerzos del médico han de concentrarse en la profilaxis".(15)

"En sentido estricto, es muy difícil hablar de "curación" de una neurosis, y sin embargo se hace. Nadie, por el contrario pretende curar a un psicópata".(27)

"La doctrina psicoanalista es al mismo tiempo intuitivista en sus conceptos teóricos generales y ambientalista en su orientación terapéutica. Puede reconocerse fácilmente el sistema ambientalista si se considera que la terapia analítica intenta explicar la evolución de una persona por medio de la constelación ambiental específica de la infancia, o sea el influjo de la familia".(12)

"Quizá la clave del neurótico haya que encontrarla en la paradoja de que por no poder vivir en las contradicciones de la naturaleza humana se entrega más a ellas. De pasada cabe mencionar que la fantasía de los neuróticos hacia el pasado es fomentada por el psicoanálisis. Por ello, Auersperg hablaba de la necesidad de nuevas perspectivas en la cura de los neuróticos".(27)

"En general, la curación de un neurótico exige una conversión".(27)

"El primer método utilizado fue la anamnesis biográfica".(27)

"El modelo antropológico no es nuevo, ni está exento de peligros, nos permite averiguar, indagar y rebuscar en la intimidad de nuestros enfermos, pero no nos garantiza sin más la liberación del gran espejismo que no es otro que el de verse a sí mismo en los demás".(27)

"En los estados iniciales, después que el psiquiatra ha instruido al paciente, en los varios métodos de relajamiento, debería permitir al paciente a practicarlo en la oficina, ya que el psiquiatra puede añadir su ánimo, y sugerencia positivas a los esfuerzos del paciente. la última meta es capacitar al paciente para emplear las técnicas a lo largo del curso de su vida diaria".(24)

"La evidencia experimental de la eficacia de la meditación, está todavía en su infancia, pero funciona, tal como lo demuestra aquél (estudio) por Wallace y Benson (1972) el cual muestra un efecto importante en las funciones psicológicas como ha sido medido por el consumo de oxígeno. La utilidad de la meditación en la terapia de la ansiedad y su relación con la hipnosis y relajamiento progresivo debe sin embargo, esperar por más estudios y ensayos clínicos controlados".(24)

"Las drogas, particularmente los tranquilizantes, pueden jugar una parte muy importante. Hablando en general, las fenotiazinas deberían ser reservadas para la ansiedad asociada con esquizofrenia y otras formas de enfermedad psicótica, y la mayoría de los pacientes responderán adecuadamente a dosis terapéuticas de tranquilizantes menores como el meprobamato, clordiazepóxido y diazepam.

Los barbitúricos, especialmente las formas de acción corta, son útiles cuando el paciente tiene problemas para dormirse, pero los peligros de adicción en el paciente crónicamente ansioso y dependiente, pueden a menudo, hacerlo a uno preferir el uso de una dosis nocturna de uno de los tranquilizantes, los cuales son frecuentemente sedantes altamente efectivos. Los agentes bloqueadores adrenérgicos, no están todavía en uso clínico regular, pero los reportes tempranos indican que pueden ser altamente efectivos en pacientes seleccionados".(24)

"Debe considerarse siempre la posibilidad de aprovechar la situación de angustia para lanzarse a una terapéutica de reforma del Yo, es decir una psicoterapia. Ciertos sujetos, que han luchado durante años contra el abordaje psicológico de sus problemas, podrán esclarecerlos en ocasión de un acceso de angustia. Es raro, sin embargo, que una psicoterapia profunda o

un psicoanálisis puedan ser empezados en el curso de una de estas "crisis". Por el contrario, en el momento en que la crisis haya calmado, la indicación de una psicoterapia será considerada atentamente".(11)

"En un primer plano se sitúan, como es lógico, los tranquilizantes de los que conviene estudiar el tipo y la dosis para cada caso. Algunos neurolépticos (la levomepromacina en particular) pueden aportar una poderosa acción sedante.

Cuando aparezca un componente depresivo será de gran utilidad la administración de dosis pequeñas de antidepresivos (en particular: Amitriptilina).

En los casos graves, será preciso instituir curas que exigen que el enfermo esté encamado. la terapéutica heroica de la gran crisis de angustia es la cura de sueño. Que no es necesario que sea muy larga".(11)

"En ciertas crisis de angustia, muy cercana al polo reaccional, será interesante tratarlas como a las "neurosis de guerra", por medio de abreacciones con la ayuda del narcoanálisis.

Es necesario saber que en ciertos casos las curas neurolépticas o las de sueño tienen el inconveniente de reavivar la angustia en vez de calmarla. Se trata aquí de una consecuencia del abandono a la pasividad que se proporciona al enfermo cuyo cuadro clínico a veces se acerca al de la melancolía. Estas complicaciones del tratamiento no son generalmente graves. Pueden ser prevenidas recurriendo a los antidepresivos que pueden añadirse a la cura, a pequeñas dosis.

Si la nota depresiva se confirma, se podrán aumentar las dosis administradas. Si la conducta melancólica se desencadena en forma intensa, podrá estar justificada a la aplicación de algunos electroshocks.

Los inhibidores de la MAO pueden ser utilizados para las depresiones psicóticas. Pero: "El régimen más viejo para la depresión neurótica de una combinación de barbitúricos y anfetaminas tienen un lugar pequeño en el tratamiento moderno del desorden, y se ha esclarecido que el hidrato de cloral y tranquilizantes menores tales como el Diazepam, son preferibles a los barbitúricos para combatir disturbios al dormir.

Muchos síntomas responderán rápidamente a técnicas psicoterapéuticas

solas y las drogas nunca se utilizarán como sustitutos en la relación con el doctor (24).

Por último: "Señalemos el interés a la vez fisioterápico y psicoterápico de las curas termales en ciertos balnearios especializados".(11)

CLASIFICACION DE MORBILIDAD ENCONTRADA Y SU FRECUENCIA

Año 74

380	Psicosis orgánicas senil y presenil	1
383	Psicosis orgánicas transitorias	1
384	Otras psicosis orgánicas crónicas	3
385	Psicosis esquizofrénica	7
386	Psicosis afectivas	2
387	Estados paranoides	1
388	Otras psicosis no orgánicas	1
389	Trastornos neuróticos	23
390	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	1
391	Trastorno depresivo, no clasificado en otra parte	1
392	Epilepsia	2

Enfermedades no clasificables:

- Estado prepsicótico

Año 75

390	Psicosis orgánicas senil y presenil	3
393	Psicosis orgánicas transitorias	6
394	Otras psicosis orgánicas (crónicas)	5
395	Psicosis esquizofrénica	29
396	Psicosis afectivas	7
397	Estados paranoides	3
398	Otras psicosis no orgánicas	4
399	Trastornos neuróticos	99
400	Trastornos de la personalidad	13
401	Desviaciones y trastornos sexuales	3
402	Síndrome de dependencia al alcohol	4
403	Dependencia de las drogas	11
404	Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	1
405	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	3
406	Reacción de adaptación	1
407	Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo	1
408	Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	8
409	Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte	2
410	Retardo selectivo del desarrollo	1

- 318 Retraso mental de otro grado especificado
- 319 Retraso mental de grado no especificado
- 345 Epilepsia
- 627 Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos
- 648 Otras afecciones maternas concurrentes, clasificadas en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio

Enfermedades no clasificables:

- Psicosis de ansiedad
- Trastornos del carácter
- Trastornos del carácter secundarios a TCGM
- Daño orgánico

Año 76

- 290 Psicosis orgánicas senil y presenil
- 291 Psicosis alcohólicas
- 292 Psicosis debidas a drogas
- 293 Psicosis orgánicas transitorias
- 294 Otras psicosis orgánicas (crónicas)
- 295 Psicosis esquizofrénica
- 296 Psicosis afectivas
- 297 Estados paranoides
- 298 Otras psicosis no orgánicas
- 300 Trastornos neuróticos
- 301 Trastornos de la personalidad
- 302 Trastornos y desviaciones sexuales
- 303 Síndrome de dependencia al alcohol
- 304 Dependencia de las drogas
- 305 Abuso de drogas, sin dependencia
- 306 Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales
- 307 Síntomas o síndromes no clasificados en otra parte
- 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte
- 313 Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia
- 317 Retraso mental discreto
- 318 Retraso mental de otro grado especificado
- 319 Retraso mental de grado no especificado
- 345 Epilepsia

- 346 Jaqueca
- 627 Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos
- 348 Otras afecciones del encéfalo
- 648 Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio

Enfermedades no clasificables:

- Arteriosclerosis
- Arteriosclerosis y trastornos secundarios
- Neuralgia del trigémino
- Trastornos del carácter
- Enfermedad de Parkinson
- Trastornos del carácter (sociopatía)

Año 77

- 290 Psicosis orgánicas senil y presenil
- 291 Psicosis alcohólicas
- 293 Psicosis orgánicas transitorias
- 294 Otras psicosis orgánicas (crónicas)
- 295 Psicosis esquizofrénica
- 296 Psicosis afectivas
- 297 Estados paranoides
- 298 Otras psicosis no orgánicas
- 300 Trastornos neuróticos
- 301 Trastornos de la personalidad
- 302 Desviaciones y trastornos sexuales
- 303 Síndrome de dependencia al alcohol
- 304 Dependencia de las drogas
- 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte
- 308 Reacción aguda ante gran tensión
- 309 Reacción de adaptación
- 310 Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo
- 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte
- 312 Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte
- 313 Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia
- 315 Retardo selectivo del desarrollo
- 317 Retardo mental discreto
- 318 Retraso mental de otro grado especificado

- 319 Retraso mental de grado no especificado
 345 Epilepsia
 648 Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio
 225 Tumor benigno del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso
 437.0 Arteriosclerosis cerebral
 627 Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos
 758 Anomalías cromosómicas

Enfermedades no clasificables:

- Problema desmielinizante por ingesta de sustancias químicas
- Síndrome suicida potencial
- Enfermedad de Meniere
- Síndrome de Viet-Nam
- Arteriosclerosis
- Cuadro prepsicótico con características de personalidad esquizoide y rasgos paranoides
- Intento suicida
- Parálisis facial
- Colon irritable
- Síndrome cerebral neurótico
- Secuelas de meningitis
- Lesión cerebral

Año 78

- 290 Psicosis orgánicas senil y presenil
 291 Psicosis alcohólicas
 292 Psicosis debidas a drogas
 293 Psicosis orgánicas transitorias
 294 Otras psicosis orgánicas (crónicas)
 295 Psicosis esquizofrénica
 296 Psicosis afectivas
 297 Estados paranoides
 298 Otras psicosis no orgánicas
 300 Trastornos neuróticos
 301 Trastornos de la personalidad
 302 Desviaciones y trastornos sexuales
 303 Síndrome de dependencia al alcohol
 304 Dependencia de las drogas

- 306 Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales
 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte
 309 Reacción de adaptación
 310 Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo
 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte
 312 Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte
 313 Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia
 315 Retardo selectivo del desarrollo
 317 Retraso mental discreto
 318 Retraso mental de otro grado especificado
 319 Retraso mental de grado no especificado
 345 Epilepsia
 995 Ciertos efectos adversos no clasificados en otra parte
 742.9 Anomalías no especificadas del encéfalo, de la médula espinal o del sistema nervioso
 648 Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio
 627 Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos
 346 Jaqueca
 V40 Problemas mentales y de la conducta
 V61.0 Otras circunstancias referentes a la familia

Enfermedades no clasificables:

- Perturbación pre-psicótica
- Alucinaciones por fiebre
- Arteriosclerosis
- Voyerismo
- Intento suicida
- Lesión orgánica crónica
- Parálisis facial izquierda
- Asma bronquial
- Parkinsonismo
- Parkinson

Año 79

- 290 Psicosis orgánicas senil y presenil

291	Psicosis alcohólicas	
292	Psicosis debidas a drogas	
293	Psicosis orgánicas transitorias	
294	Otras psicosis orgánicas (crónicas)	
295	Psicosis esquizofrénica	
296	Psicosis afectivas	
297	Estados paranoides	
298	Otras psicosis no orgánicas	
300	Trastornos neuróticos	
301	Trastornos de la personalidad	
302	Desviaciones y trastornos sexuales	
303	Síndrome de dependencia al alcohol	
304	Dependencia de las drogas	
305	Abuso de drogas sin dependencia	
306	Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	
307	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	
309	Reacción de adaptación	
310	Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo	
311	Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	
312	Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte	
313	Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia	
315	Retardo selectivo del desarrollo	
317	Retraso Retraso mental discreto	
318	Retraso mental de otro grado especificado	
319	Retraso mental de grado no especificado	
345	Epilepsia	
742.9	Anomalías no especificadas del encéfalo, de la médula espinal o del sistema nervioso	
253.0	Acromegalia y gigantismo	
648	Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio	
V40	Problemas del aprendizaje	
788	Síntomas relacionados con el aparato urinario	
758	Anomalías cromosómicas	
346	Jaqueca	
V17.2	Otras enfermedades neurológicas	

627	Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos	6
437.0	Arteriosclerosis cerebral	15
348	Otras afecciones del encéfalo	5

Enfermedades no clasificables:

-	Parálisis agitante	1
-	Disfunción orgánica	1
-	Síndrome de Parkinson	1
-	Riesgo suicida	1
-	Pánico homosexual	1
-	Prepsicosis	1
-	Síndrome aniversario	1
-	Síndrome de Meniere	1
-	Condición alucinatoria no bien definida	1
-	Presenilidad	1
-	Otoesclerosis	1
-	Problema orgánico	1
-	Surmenage	1
-	Arteriosclerosis	1
-	Lesión de corteza cerebral no focalizada	2
-	Intento suicida	5
-	Trastornos del carácter	

Año 80

290	Psicosis orgánicas senil y presenil	64
291	Psicosis alcohólicas	37
292	Psicosis debidas a drogas	13
293	Psicosis orgánicas transitorias	27
294	Otras psicosis orgánicas (crónicas)	71
295	Psicosis esquizofrénica	166
296	Psicosis afectivas	26
297	Estados paranoides	28
298	Otras psicosis no orgánicas	136
299	Psicosis peculiares de la niñez	1
300	Trastornos neuróticos	527
301	Trastornos de la personalidad	53
302	Desviaciones y trastornos sexuales	7
303	Síndrome de dependencia al alcohol	51
304	Dependencia de las drogas	53
305	Abuso de drogas sin dependencia	1

- 306 Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales
- 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte
- 308 Reacción aguda ante gran tensión
- 309 Reacción de adaptación
- 310 Trastornos mentales específicos, no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo
- 311 Estado depresivo no clasificado en otra parte
- 312 Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte
- 313 Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia
- 314 Síndrome hiperkinético de la niñez
- 315 Retardo selectivo del desarrollo
- 318 Retraso mental de otro grado especificado
- 319 Retraso mental de grado no especificado
- 345 Epilepsia
- 333 Otras enfermedades extrapiramidales y otros trastornos con movimientos anormales
- 049.8 Encefalitis: Aguda
- 437.0 Arteriosclerosis cerebral
- 348 Otras afecciones del encéfalo
- 850 Concusión
- 648 Otras afecciones alternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio
- 627 Trastornos menopáusicos y postmenopáusicos
- 748.6 Otras disfunciones del lenguaje simbólico
- V40 Problemas mentales y de la conducta
- 346 Jaqueca
- V61.1 Problema marital

Enfermedades no clasificables

- Síndrome de Meniere
- Parkinson (equivalente)
- Riesgo suicida
- Neuralgia del trigémino
- Trastornos del carácter
- Daño cerebral
- Parkinson
- Intento suicida
- Arteriosclerosis
- Parkinsonismo

Año 81

- 290 Psicosis orgánicas senil y presenil 36
- 291 Psicosis alcohólicas 55
- 292 Psicosis debidas a drogas 19
- 293 Psicosis orgánicas transitorias 48
- 295 Psicosis esquizofrénica 101
- 296 Psicosis afectivas 17
- 297 Estados paranoides 42
- 298 Otras psicosis no orgánicas 156
- 299 Psicosis peculiares de la niñez 3
- 300 Trastornos neuróticos 375
- 301 Trastornos de la personalidad 46
- 302 Desviaciones y trastornos sexuales 6
- 303 Síndrome de dependencia al alcohol 45
- 304 Dependencia de las drogas 2
- 306 Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales 1
- 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte 16
- 308 Reacción aguda ante gran tensión 7
- 309 Reacción de adaptación 247
- 310 Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo 5
- 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte 50
- 312 Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte 14
- 313 Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia 30
- 315 Retardo selectivo del desarrollo 2
- 316 Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otra parte 2
- 317 Retraso mental discreto 2
- 318 Retraso mental de otro grado especificado 7
- 319 Retraso mental de grado no especificado 20
- 345 Epilepsia 103
- 348 Otras afecciones del encéfalo 1
- 333 Otras enfermedades extraperimidales y otros trastornos con movimientos anormales 1
- V61.0 Ruptura de la familia 2
- V61.1 Problema marital 2
- 968 Envenenamiento por otros depresores del sistema nervioso central 1

- 780 Síntomas generales
 648 Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio
 627 Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos
 437.0 Arteriosclerosis cerebral
 V40 Problemas mentales y de la conducta

Enfermedades no clasificables:

- Neuritis
- Síndrome neurológico
- Secuelas postraumatismo
- Distonía del nervio facial
- Problemas de memoria asociados a arteriosclerosis
- Episodio de alucinosis con componente depresivo
- Lesión cerebral
- Arteriosclerosis
- Enfermedad neurológica desmineralizante
- Proceso cerebeloso
- Intento suicida
- Problema neurológico de etiología a determinar
- Somatización

Año 82

- 290 Psicosis orgánicas senil y presenil
 291 Psicosis alcohólicas
 292 Psicosis debidas a drogas
 293 Psicosis orgánicas transitorias
 294 Otras psicosis orgánicas (crónicas)
 295 Psicosis esquizofrénica
 296 Psicosis afectivas
 297 Estados paranoides
 298 Otras psicosis no orgánicas
 300 Trastornos neuróticos
 301 Trastornos de la personalidad
 302 Desviaciones y trastornos sexuales
 303 Síndrome de dependencia al alcohol
 304 Dependencia de las drogas
 305 Abuso de drogas sin dependencia

- 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte 25
 308 Reacción aguda ante gran presión 6
 309 Reacción de adaptación 8
 310 Trastornos mentales específicos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo 4
 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte 36
 312 Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte 8
 313 Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia 1
 315 Retardo selectivo del desarrollo 3
 317 Retraso mental discreto 1
 318 Retraso mental de otro grado especificado 2
 319 Retraso mental de grado no especificado 31
 345 Epilepsia 112
 966 Envenenamiento por drogas anticonvulsivas y antiparkinsonianas 1
 437.0 Arteriosclerosis cerebral 5
 346 Jaqueca 1
 V61.1 Problema marital 3
 850 Concusión 3
 348 Otras afecciones del encéfalo 1
 984 Efecto tóxico del plomo y sus compuestos 1
 333 Otras enfermedades extrapiramidales y otros trastornos con movimientos anormales 1
 648 Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio 10

Enfermedades no clasificables:

- Intento suicida 4
- Trastornos del carácter 6
- Enfermedad de Parkinson 3
- Lesión cerebral 2
- Lesión cerebral 2
- Neuralgia del trigémino 1
- Arteriosclerosis 2
- Discinergia cerebelosa mioclónica 1
- Lues terciaria 1
- Pelagra 1
- Problema oftalmológico 1

- Atrofia cerebral
- Complejo de inferioridad
- Parálisis facial
- Insuficiencia vascular cerebral
- Ideación suicida
- Problemas somáticos de etiología a determinar
- Síndrome de Meniere
- Síndrome orgánico
- Hipertensión intracraneana
- Disfunción cortical

AÑO 83

- 290 Psicosis orgánicas senil y presenil
- 291 Psicosis alcohólicas
- 292 Psicosis debidas a drogas
- 293 Psicosis orgánicas transitorias
- 294 Otras psicosis orgánicas (crónicas)
- 295 Psicosis esquizofrénica
- 296 Psicosis afectivas
- 297 Estados paranoides
- 298 Otras psicosis no orgánicas
- 299 Psicosis peculiares de la niñez
- 300 Trastornos neuróticos
- 301 Trastornos de la personalidad
- 302 Desviaciones y trastornos sexuales
- 303 Síndrome de dependencia al alcohol
- 304 Dependencia de las drogas
- 305 Abuso de drogas sin dependencia
- 306 Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales
- 307 Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte
- 309 Reacción de adaptación
- 310 Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo
- 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte
- 312 Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte
- 313 Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia
- 315 Retardo selectivo del desarrollo
- 317 Retraso mental discreto
- 318 Retraso mental de otro grado especificado

- 41 Retraso mental de grado no especificado
- 129 Epilepsia
- 1 Sífilis congénita
- 1 Ruptura de la familia
- 2 Problema marital
- 1 Tumor de naturaleza no especificada
- 2 Otras enfermedades extrapiramidales y otros trastornos con movimientos anormales
- 1 Encefalopatía no especificada
- 2 Arteriosclerosis cerebral
- 1 Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos
- 1 Anomalías no especificadas del encéfalo, de la médula espinal o del sistema nervioso
- 19 Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio
- 2 Cefalea
- 2 Síntomas relacionados con la cabeza y el cuello
- 3 Concusión
- 1 Ciertos efectos adversos no clasificados en otra parte
- 1 Envenenamiento por otras vacunas y sustancias biológicas
- 1 Síndrome del niño mal tratado

Enfermedades no clasificables:

- 1 Neuritis periférica
- 1 Parkinson post-farmacológico
- 1 Neuritis óptica
- 1 Parálisis facial secundaria a shock traumático
- 1 Úlcera gastroduodenal
- 1 Agenesia testicular
- 1 Estado prepsicótico
- 1 Síndrome de Cottard secundario a depresión reactiva
- 1 Parricidio
- 1 Trombosis cerebral (pseudoparálisis de Bell)
- 1 Insuficiencia circulatoria cerebral
- 4 Trastorno psicógeno breve
- 3 Intento suicida
- 2 Arteriosclerosis

-0-0-0-0-0-0-

Totales:

Año 74	44	casos
Año 75	234	"
Año 76	406	"
Año 77	564	"
Año 78	947	"
Año 79	1568	"
Año 80	1593	"
Año 81	1330	"
Año 82	1350	"
Año 83	1530	"
Total = 9566		casos

Lista de enfermedades y su frecuencia en los 10 años estudiados:

290	Psicosis orgánicas senil y presenil	272
291	Psicosis alcohólicas	253
292	Psicosis debidas a drogas	93
293	Psicosis orgánicas transitorias	194
294	Otras psicosis orgánicas (crónicas)	308
295	Psicosis esquizofrénica	1001
296	Psicosis afectivas	221
297	Estados paranoides	297
298	Otras psicosis no orgánicas	934
299	Psicosis peculiares de la niñez	5
300	Trastornos neuróticos	2865
301	Trastornos de la personalidad	321
302	Desviaciones y trastornos sexuales	37
303	Síndrome de dependencia al alcohol	308
304	Dependencia de las drogas	295
305	Abuso de drogas sin dependencia	11
306	Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	25
307	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	137
308	Reacción aguda ante gran presión	16
309	Reacción de adaptación	46
310	Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo	37

311	Trastorno depresivo no clasificado en otra parte	410
312	Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte	48
313	Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia	91
314	Síndrome hiperactivo de la niñez	1
315	Retardo selectivo del desarrollo	20
316	Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otra parte	2
317	Retraso mental discreto	14
318	Retraso mental de otro grado especificado	36
319	Retraso mental de grado no especificado	224
345	Epilepsia	674
090	Sífilis congénita	1
V61.0	Ruptura de la familia	6
V61.1	Problema marital	9
239	Tumor de naturaleza no especificada	1
333	Otras enfermedades extrapiramidales y otros trastornos con movimientos anormales	6
348.3	Encefalopatía no especificada	1
437.0	Arteriosclerosis cerebral	36
627	Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos	27
742.9	Anomalías no especificadas del encéfalo, de la médula espinal o del sistema nervioso	3
648	Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte cuando complican el embarazo, el parto o el puerperio	69
346	Jaqueca	11
784.0	Síntomas relacionados con la cabeza y el cuello	2
850	Concusión	7
995	Ciertos efectos adversos no clasificados en otra parte	2
979	Envenenamiento por otras vacunas y sustancias biológicas	1
995.5	Síndrome del niño mal tratado	1
966	Envenenamiento por drogas anticonvulsivas y antiparkinsonianas	1
348	Otras afecciones del encéfalo	11
984	Efecto tóxico del plomo y sus compuestos	1
968	Envenenamiento por otros depresores del sistema nervioso central	1
780	Síntomas generales	1
049.8	Encefalitis: aguda	1

-0-0-0-0-0-0-

Nº	300.1	300.2	300.3	300.4	300.5	300.6	300.7	300.8	300.9	Total
74	16	0	1	2	0	0	0	0	0	28
75	43	14	3	2	24	0	0	0	0	95
76	24	21	0	2	13	0	0	1	0	73
77	22	12	0	6	16	0	0	0	0	75
78	54	45	0	5	67	0	0	2	0	186
79	146	62	1	13	54	0	0	0	0	309
80	103	75	0	8	108	0	0	1	0	319
81	100	31	0	3	118	0	1	1	0	253
82	74	9	1	10	96	0	0	1	0	196
83	33	25	0	2	35	0	0	0	0	136
SUBT	645	292	3	46	593	0	1	6	0	1706
300.0 Estado de ansiedad					300.5 Neurastenia					
300.1 Histeria					300.6 Síndrome de despersonalización					
300.2 Estrés agudo					300.7 Hipocortisismo					
300.3 Trastornos obsesivos-compulsivos					300.8 Otros trastornos neuróticos					
300.4 Depresión neurótica					300.9 Sin especificación					

STANDARD AG OIL FOR VEHICLE MAINTENANCE 2 4 101111

group stages	300.0	300.1	300.2	300.3	300.4	300.6	300.7	300.9	total
11-15	11	25	0	2	12	0	0	4	54
16-20	104	90	1	11	55	1	2	23	287
21-25	100	45	0	12	33	0	0	19	298
26-30	62	32	0	8	62	0	0	24	235
31-35	97	29	0	6	71	0	1	14	218
36-40	69	23	0	0	61	0	0	14	167
41-45	54	9	1	1	60	0	0	12	135
46-50	36	6	0	1	51	0	0	10	104
51-55	35	4	1	3	42	0	1	7	97
56-60	25	5	0	2	37	0	1	8	78
61-65	10	2	0	0	12	0	1	1	26
66-70	1	0	0	0	12	0	0	1	19
71-75	1	0	0	0	4	0	0	1	6
76-80	1	0	0	0	1	0	0	0	2

[illegible]

GRÁFICA # 4 DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL POR AÑO

estado civil	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	total	
soltero	5	43	39	28	87	148	145	112	60	79	746	7.79%
casado	13	36	28	37	60	118	99	95	79	63	628	6.56%
unido	3	11	4	7	28	33	53	30	36	32	237	2.47%
separado	0	3	1	0	0	0	1	4	6	2	17	0.17%
divorciado	1	1	1	1	4	3	5	3	3	1	23	0.24%
viudo	0	1	0	2	7	5	10	9	12	9	55	0.57%
total	22	95	73	75	186	307	313	253	196	186	1706	

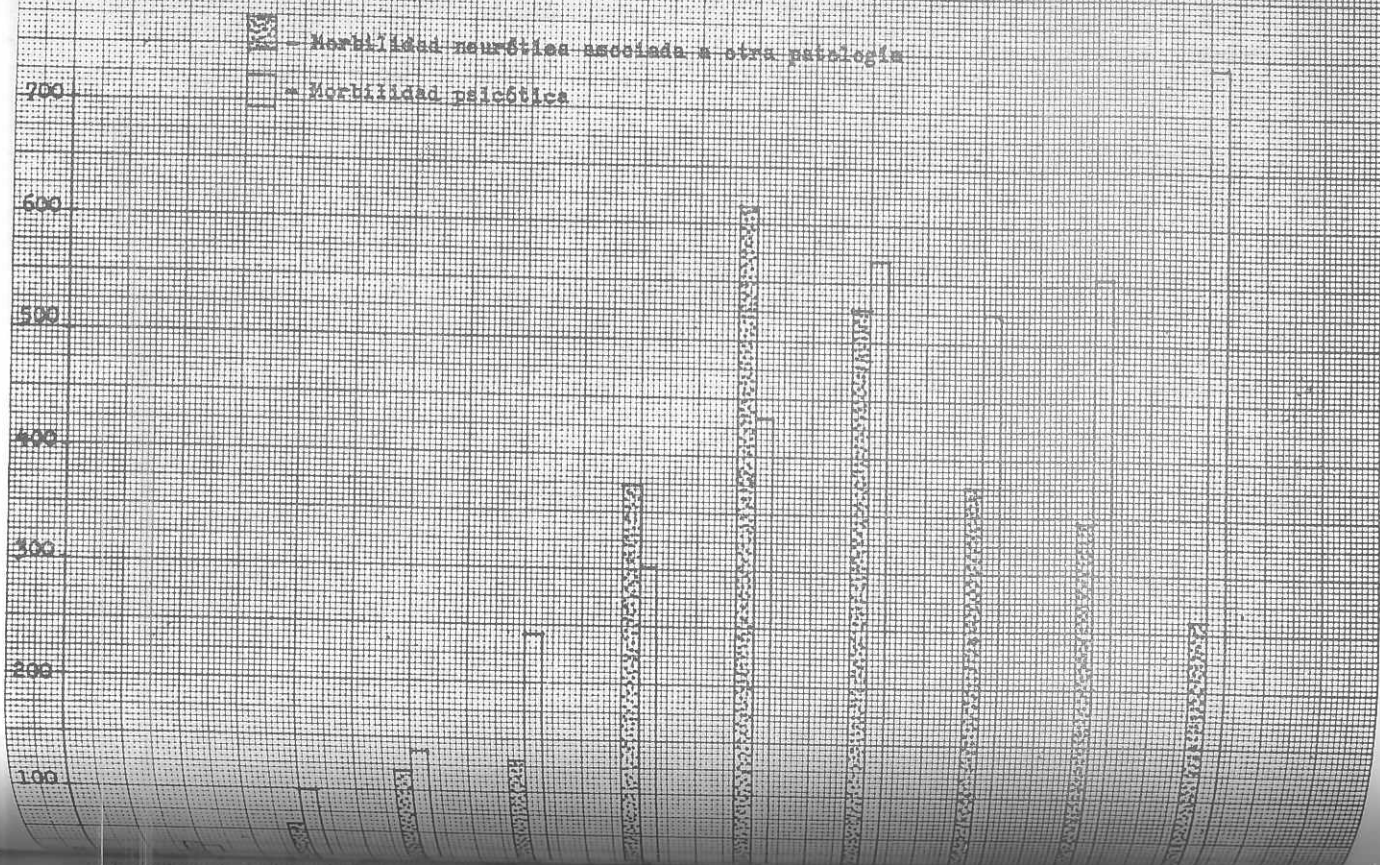
GRÁFICA # 5 NÚMERO DE INGRESOS DEBIDOS A NEUROSIS POR AÑO

año	300.0	300.1	300.2	300.3	300.4	300.9	totales
74	0	0	0	0	0	0	0
75	0	1	0	0	0	2	3
76	10	8	0	0	8	4	30
77	14	5	0	0	6	3	28
78	2	9	0	1	5	2	19
79	3	5	1	0	8	5	22
80	3	4	0	0	14	3	24
81	0	6	0	0	17	0	23
82	2	4	0	3	17	0	26
83	0	5	0	1	12	0	18
totales	34	47	1	5	87	19	193

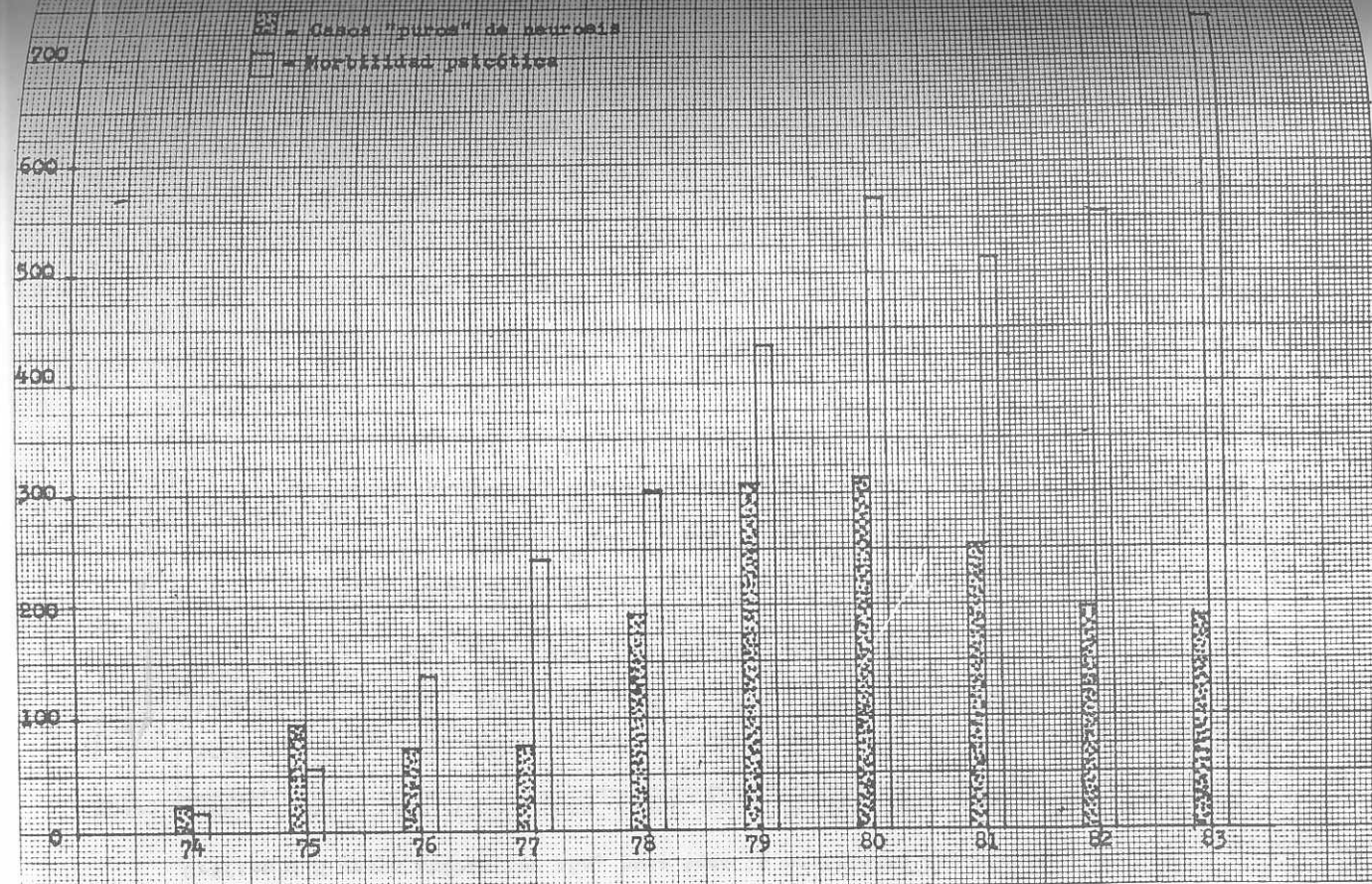
300.0 Estados de ansiedad
300.1 Histeria
300.2 Estado fóbico

300.3 Trastornos obsesivo-compulsivos
300.4 Depresión neurótica
300.9 Sin especificación

GRAFICA # 6 MORBILIDAD NEUROTICA ASOCIADA A OTRA PATOLOGIA Y PSICOSIS



GRAFICA # 7 MORBILIDAD NEUROTICA Y PSICOSIS



Gráfica # 8 grupo etáreo por año, para toda la morbilidad encontrada

Grupo etareo	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Total	%
6-10	0	0	0	0	0	3	2	1	2	0	8	0.08
11-15	3	11	16	34	41	77	62	72	68	59	443	4.62
16-20	7	50	75	107	203	310	335	250	250	293	1880	19.65
21-25	5	45	73	95	145	287	328	278	240	308	1804	18.85
26-30	5	24	63	76	151	222	235	190	213	250	1429	14.93
31-35	4	24	52	55	113	154	172	154	154	182	1064	11.12
36-40	4	20	37	47	69	146	115	113	102	131	784	8.19
41-45	3	16	39	47	45	100	95	70	77	79	571	5.96
46-50	5	16	20	32	56	63	70	58	64	62	446	4.66
51-55	2	7	11	23	43	75	56	46	61	40	364	3.80
56-60	3	10	11	30	36	42	39	36	58	35	300	3.13
61-65	1	8	4	5	21	46	24	14	18	32	173	1.80
66-70	1	1	3	4	9	23	20	20	15	23	119	1.24
71-75	1	1	1	4	11	11	20	16	13	14	92	0.96
76-80	0	1	1	3	4	5	13	4	10	14	55	0.57
81-85	0	0	0	1	0	3	6	8	4	6	28	0.29
86-90	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	6	0.06

Sexo	Número de casos
Femenino	30 casos
Masculino	14 "
Femenino	177 "
Masculino	57 "
Femenino	292 "
Masculino	114 "
Femenino	352 "
Masculino	212 "
Femenino	531 "
Masculino	416 "
Femenino	875 "
Masculino	693 "
Femenino	848 "
Masculino	745 "
Femenino	686 "
Masculino	644 "
Femenino	666 "
Masculino	684 "
Femenino	714 "
Masculino	816 "
total = 9566 "	

Sexo	Número de casos en 10 años
Femenino	5171 casos
Masculino	4395 "
total = 9566 "	

5171 = 54.05%
 4395 = 45.95%
 9566 = 100.00%

Año	Estado civil	No. de casos
1974	Soltero	21
	Casado	14
	Unido	5
	Viudo	1
	Divorciado	2
	Separado	1
		44
1975	Soltero	132
	Casado	63
	Unido	26
	Viudo	6
	Divorciado	4
	Separado	3
		234
1976	Soltero	221
	Casado	116
	Unido	43
	Viudo	13
	Divorciado	10
	Separado	3
		406
1977	Soltero	317
	Casado	172
	Unido	55
	Viudo	11
	Divorciado	5
	Separado	4
		564
1978	Soltero	525
	Casado	248
	Unido	121
	Viudo	30
	Divorciado	17
	Separado	6
		947
1979	Soltero	873
	Casado	453
	Unido	173

Viudo	53 casos
Divorciado	10 "
Separado	6 "
	1568 "

Soltero	890 casos
Casado	415 "
Unido	202 "
Viudo	57 "
Divorciado	25 "
Separado	4 "
	1593 "

Soltero	756 casos
Casado	339 "
Unido	160 "
Viudo	41 "
Divorciado	20 "
Separado	14 "
	1330 "

Soltero	770 casos
Casado	317 "
Unido	175 "
Viudo	48 "
Divorciado	14 "
Separado	26 "
	1350 "

Soltero	835 casos
Casado	404 "
Unido	196 "
Viudo	68 "
Divorciado	15 "
Separado	12 "
	1530 "

Total en los 10 años:

Soltero	5340 casos = 55.82%
Casado	2541 " = 26.56%
Unido	1156 " = 12.08%
Viudo	328 " = 3.42%
Divorciado	122 " = 1.27%
Separado	79 " = 0.82%
total	= 9566 " = 100.00%

DISCUSION DE RESULTADOS

De un total de 9,566 historias clínicas revisadas (100o/o), 1,706 casos (17.83o/o) corresponden a casos "puros" de neurosis. Es decir, aquella neurosis que se presenta como único diagnóstico en la primer consulta. Hubo 1,159 casos de neurosis asociada entre sí, o, a otra patología que representa el 12.11o/o.

Los casos de psicosis en total fueron: 3,578, lo que equivale al 37.40o/o.

Para la demás morbilidad hubo 2,970 casos (31.04o/o); y, por último, 153 casos sin clasificación, lo que equivale a un 1.59o/o.

El grupo etéreo más afectado fue el de 16-20 años con 1,880 casos, lo que hace un 19.65o/o; le sigue el de 21-25 con 1,804 casos para hacer un 18.85o/o, y en seguida el de 26-30 con 1,429 casos y un porcentaje de 14.93o/o (ver gráfica No. 8).

El sexo más frecuente fue el femenino con 5,171 casos, lo que significa el 54.05o/o, y el sexo masculino obtuvo 4,395 casos, o sea, el 45.95o/o (ver página 65).

El estado civil predominante fue el de los solteros con 5,340 casos, o sea el 55.82o/o, siguiéndole el de los casados con 2,541 casos, lo que equivale a un 26.56o/o. Luego sigue el de los unidos con 1,156 casos, o sea, el 12.08o/o (ver Pág. 67).

El hecho de que exista una mayoría abrumadora de jóvenes neuróticos, podría explicarse sencillamente por el hecho de que nuestra sociedad es de gente joven, con escasez relativa de personas de mayor edad; o porque no hayamos podido mejorar el nivel de vida, lo cual tiene estrecha relación con la no expectativa de una existencia más larga.

En relación al estado civil, los solteros predominan, al igual que en otras series (otros estudios), pues generalmente la mayor parte de enfermedades mentales, aparecen a temprana edad, lo cual dificulta que el paciente pueda establecer vínculos maritales normales; ya que sin excepción, en toda enfermedad mental hay dificultades o problemas en las relaciones interpersonales.

La diferencia marcada en cuanto al sexo, podría deberse a que la mujer asiste o consulta más frecuentemente al psiquiatra, o a que el hombre se abstiene de hacerlo, pues nuestra sociedad es aún de corte machista, y aterra la idea de asistir a donde el psiquiatra; ya que eso heriría al "hombría" y lo podrían criticar de loco, aquellas personas con las que se relaciona habitualmente (que también están imbuidas de ese machismo). En cambio la mujer, como aparentemente ha estado supeditada a lo que ordena el hombre, se siente con mayor libertad de expresar lo que siente y piensa sin temor a la crítica en lo absoluto, ya que la mujer es "débil" y no tiene nada que perder. Sin embargo, esa diferencia podría deberse también, a que en realidad los trastornos mentales sean más frecuentes en la mujer.

En cuanto al tratamiento de las neurosis, los estados de ansiedad se trataron así: 308 casos (3.21o/o) con derivados benzodiazepínicos, 25 casos (2.64o/o) con psicoterapia y 84 casos (0.87o/o) con neurolepticos.

La histeria se trató así: 97 casos (1.01o/o) con psicoterapia; 97 casos (1.01o/o) con derivados benzodiazepínicos; y, 78 casos (0.81o/o) con neurolepticos.

En los trastornos obsesivo-compulsivos, 23 casos (0.24o/o) se trataron con neurolepticos, 13 casos (0.13o/o) con psicoterapia; y 10 casos (0.10o/o) con derivados benzodiazepínicos.

En la neurosis depresiva: 150 casos (1.56o/o) se trataron con antidepresivos, 191 casos (1.99o/o) con psicoterapia; 115 casos (1.20o/o) con derivados benzodiazepínicos, y 137 casos (1.43o/o) con neurolepticos.

Por último, los trastornos neuróticos sin especificación se trataron así: 46 casos (.48o/o) con derivados benzodiazepínicos; 51 casos (0.53o/o) con psicoterapia; y, 43 casos (0.44o/o) con neurolepticos. Se encontró un solo caso que fue tratado con electroshocks (probablemente era un caso limítrofe).

Generalmente se asocia la psicoterapia y los tranquilizantes menores, en casi todo tipo de neurosis, reservándose el uso de los tranquilizantes mayores o neurolepticos como la levomepromazina o la clorpromazina, para los casos de insomnio rebelde a otro tratamiento; además, claro está, para los casos limítrofes, los cuales son difíciles de delimitar o especificar.

En el período estudiado, se dio una cantidad total de 3,114 ingresos (32.86o/o) de los cuales 193 (2.01o/o) se debieron a las neurosis.

Correspondiendo 2,951 casos (30.84o/o) a la demás morbilidad psiquiátrica.

Dentro de las neurosis, la de ansiedad presentó 34 casos de ingreso (0.35o/o), la histeria con 47 casos (0.49o/o); los estados fóbicos con 1 caso (0.01o/o); los trastornos obsesivo-compulsivos con 5 casos (0.05o/o), luego la depresión neurótica con 87 casos (0.90o/o) y por último las neurosis sin especificación con 19 casos (0.19o/o). (Ver gráfica No. 5).

Nosotros esperábamos que no hubiesen ingresos por causa de las neurosis, pues por definición, las neurosis en general no alteran el contacto con la realidad. No obstante, este número aparentemente grande de ingresos, por motivo de las neurosis, podría estar a expensas de los casos limítrofes que no se hayan mencionado o diagnosticado como tales, o pacientes que, por ejemplo, llegan en una crisis histérica (de conversión generalmente); pues hay que recordar que la histeria es la gran simuladora; o, deberse también, a caso de neurosis depresiva severa con ideación e intentos suicidas, que lógicamente necesitan ingresarse.

La neurosis más frecuente fue la de ansiedad siguiéndole la depresión neurótica con 593 casos (6.19o/o) y luego la histeria con 272 casos (2.84o/o) (ver gráfica No. 1).

Dentro de las neurosis: el grupo etareo más afectado fue el de 16-20 años con 287 casos, equivalente al 3.01o/o (ver gráfica No. 2). El sexo predominante fue el femenino con 1218 casos, equivalente al 12.73o/o (ver gráfica No. 3). y, el estado civil más frecuente fue el de los solteros con 746 casos, equivalente al 7.79o/o (ver gráfica No. 4).

Tomando en cuenta que los datos sobre las variables: edad, sexo y estado civil se corresponden con los de las neurosis, se puede afirmar que: 1o.) el sexo femenino predomina en las neurosis, pues es el grupo de mayor consulta en general; 2o.) el grupo etareo de 16-20 años, es el más frecuente en las neurosis, pues es el grupo que más consulta a nivel general; y, 3o.) en las neurosis, el estado civil más frecuente, fué el de los solteros, pues fué el estado civil que más consultó en general.

En relación al fenómeno de "curva normal" que se observa en las gráficas Nos. 6 y 7 con respecto a las neurosis (y no así con la demás morbilidad), esto puede ser efecto directo del incremento en los últimos años, en la actividad de las distintas sectas religiosas que funcionan en Guatemala; y es que, el paciente al no poder controlar su ansiedad, busca

en el refugio de las iglesias y cultos, por decirlo así, una solución mágica, una solución "divina".

Algo importante de señalar, en estas mismas gráficas, es la inversión en la relación: neurosis-psicosis, pues en los primeros años, el número de neuróticos es mayor que el de psicóticos; y luego, esta relación se invierte y aparecen menos neuróticos y más psicóticos.

Por último, hay que señalar que en las neurosis, cada quien enferma a su manera, pues ésta depende de factores heredofamiliares, medioambientales y estructurales de la personalidad; que se conjugan a un tiempo, en un momento determinado, para dar como resultado, una determinada alteración neurótica.

Además, una paciente histérica, por ejemplo, puede en un momento dado, bajo la acción de específicos factores precipitantes, desarrollar cualquier otro tipo de alteración neurótica; ya que los casos puros son muy raros y casi no se presentan en la clínica, siendo lo frecuente: los casos mixtos con predominio de cierta sintomatología. Y, también, que cualquier tipo de neurosis puede evolucionar eventualmente hacia las psicosis.

Creo conveniente, resaltar el hecho de que las neurosis son un proceso, y no un estado; es decir: un trastorno psíquico en "movimiento" paralelo con el desarrollo de la personalidad y circunstancias vitales inherentes a la existencia misma.

CONCLUSIONES

- 1.- En el período estudiado, hubo un total de 9566 casos distribuidos en la siguiente forma:
 - a) 3578 casos (37.40o/o) de psicosis
 - b) 2970 casos (31.04o/o) para la demás morbilidad
 - c) 1159 casos (12.11o/o) de neurosis asociados a otra patología
 - d) 1706 casos (17.83o/o) de neurosis "puros"
 - e) 153 casos (1.59o/o) no clasificables..
- 2.- El grupo etareo más afectado, fué el de 16-20 años con 1880 casos (19.65o/o) siguiéndoles el de 21-25 con 1804 casos (18.85o/o). Y luego, el grupo de 26-30 años con 1429 casos (14.93o/o). (ver gráfica No. 8).
- 3.- El sexo más frecuente fue el femenino con 5171 casos (54.05o/o), y luego el masculino con 4395 casos (45.95o/o).
- 4.- El estado civil más frecuente, fue el de los solteros con 5340 casos (55.82o/o), luego le siguió el de los casados con 2541 casos (26.56o/o), y en seguida, el de los unidos con 1156 casos (12.08o/o). (ver pág. No. 63).
- 5.- Hubo 3144 casos (32.86o/o) que ingresaron, de los cuales: 193 (2.01o/o) correspondieron a ingresos por casua de las neurosis.
- 6.- La neurosis más frecuente fué la de ansiedad con 645 casos (6.74o/o), luego la neurosis depresiva con 593 casos (6.19o/o); siguiéndole la histeria con 272 casos (2.84o/o). En seguida las neurosis sin especificación con 140 casos (1.46o/o), en seguida los trastornos obsesivocompulsivos con 46 casos (0.48o/o); luego las neurosis hipocondríaca con 6 casos (0.06o/o) los estados fóbicos con 3 casos (0.03o/o), y, por último, el síndrome de despersonalización con 1 caso (0.01o/o). (ver gráfica No. 1).
- 7.- Entre las neurosis, el grupo etareo más afectado, fue el de 16-20 años con 287 casos (3.01o/o), siguiéndole el de 21-25 con 278 casos (2.90o/o); en seguida el de 26-30 con 235 casos (2.45o/o). (ver gráfica No. 2).

- 8.- En las neurosis el sexo predominante fué el femenino con 1218 casos (12.73o/o) contra sólo 488 casos (5.10o/o) del sexo masculino. (ver gráfica No. 3).
- 9.- El estado civil más frecuente en los casos de neurosis fue el de los solteros con 746 casos (7.79o/o). Luego el de los casados con 622 casos (6.56o/o) y en seguida, el de los unidos con 237 casos (2.47o/o). (ver gráfica No. 4).
- 10.- En general, el tratamiento para la mayoría de las neurosis, lo constituyó la asociación de las distintas formas de psicoterapia y los tranquilizantes menores, especialmente los derivados benzodiazepínicos.
- 11.- No existe una standarización en cuanto a la clasificación, ni una adecuada codificación de la morbilidad en el Hospital Nacional de Salud Mental.
- 12.- Relativamente fue escaso el número de enfermedades que no se pudo clasificar, empleando la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS/OPS.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se recomienda la standarización de la clasificación internacional de las enfermedades de la OMS/OPS a nivel del Hospital Nacional de Salud Mental por considerarla práctica y porque permite su adecuación al medio, en cuanto a la incorporación de nuevas entidades y/o morbilidad que no ha sido contemplada en la misma.
- 2.- Recomendamos la realización de estudios de seguimiento de casos (estudios de tipo longitudinal), para evaluar la evolución de las neurosis en todos sus aspectos.
- 3.- Asimismo, se recomienda también, que se efectue algún estudio para determinar los factores que inciden en la desproporción existente, en los últimos cuatro años, en la relación neurosis-psicosis.
- 4.- Por último, se recomienda sugerir al personal médico del Hospital en cuestión, el llenado adecuado y correcto de la papelería; pues existen casos en los que aparece sólo el diagnóstico y el tratamiento, sin una historia completa, o, historia sin diagnóstico ni tratamiento, o, papeletas en las cuales figura sólo los datos personales y tratamiento. Además de que usan letra ilegible, lo cual dificulta cualquier tipo de investigación que se quiera hacer, o en otros casos, no existe un orden en cuanto a las fechas de las distintas consultas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Adler, A. *El carácter neurótico*. México, Zarco, 1955. 391p. (pp. 47-141)
- 2.- Aguirre Martínez, R. *Reacción de conversión*; análisis crítico de su incidencia, diagnóstico y tratamiento en el Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1973. 33p.
- 3.- Alegría Flores, C. *Incidencia de depresión en un grupo de pacientes del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 39p.
- 4.- Alvarado Barrios, J. et al. *Estudio de clasificaciones de diagnóstico utilizadas en el Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora"*. Tesis (Lic. en Psicología)-Universidad de San Carlos, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1979. 102p.
- 5.- Alvarez Segura, L. *Ideas e intentos de suicidio en el cuadro clínico depresivo*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1979. 58p.
- 6.- Arenales García, C. *Análisis de morbilidad en pacientes de un hospital psiquiátrico*; seguimiento de 100 casos presentados en el Hospital Dr. Carlos Federico Mora" en los meses de Abril, Mayo y Junio de 1981. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 38p.
- 7.- Bräutigam, W. *Reacciones-neurosis-psicopatías*. Barcelona, Labor, 1973. 201p. (pp. 91-157)
- 8.- Cáceres Seoane, I. *Investigación acerca de los rasgos predominantes de personalidad en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos a su ingreso y egreso en 1982*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 43p.
- 9.- Castañeda Ramírez, R. *Diagnóstico psiquiátrico y hallazgos orgánicos anormales*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1979. 30p.

- 10.- Dongier, M. *Neurosis y trastornos psicosomáticos*. Madrid, Tordesillas-Sierra, 1971. 315p. (pp. 15-30; 128-140; 166-170)
- 11.- Ey, H. et al. *Tratado de psiquiatría*. 8 ed. Barcelona, Toray Massson, 1978. 1100p. (pp. 205-211; 374-447)
- 12.- Fromm, E. *Anatomía de la destructividad humana*. 7 ed. México, Siglo XXI, 1981. 507p. (pp. 16-25; 83-97; 113-133; 200-222)
- 13.- Fromm, E. *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. 3 ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1976. 308p. (pp. 13-27; 64-72)
- 14.- Freud, S. *Introducción al psicoanálisis*. 6 ed. Madrid, Alianza, 1975. 485p. (pp. 254-483)
- 15.- Freud, S. *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1968. t.3, 1062p. (pp. 17-19; 32-38; 360-375; 640-652; 930-936)
- 16.- Galindo Fiallos, M. *Incidencia de enfermedades mentales en el Hospital Nacional de Totonicapán*; revisión de casos de 1973 a 1977 inclusive. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1980. 38p.
- 17.- García Lemus, R. *Trastornos psíquicos que se presentan en la práctica médica*; su incidencia, diagnóstico y tratamiento en la clínica de medicina de la emergencia de adultos del Hospital "San Juan de Dios". Tesis (Lic. en Psicología)-Universidad de San Carlos, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1980. 35p.
- 18.- Gregory, I. *Psiquiatría clínica*. México, Interamericana, 1970. 625p. (338-364)
- 19.- Gutierrez Alonzo, G. *Estudio de opinión sobre el temor al futuro en una muestra de adolescentes y adultos jóvenes y maduros*. Tesis (Lic. en Psicología)-Universidad de San Carlos, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1980. 133p.
- 20.- Harrison, T. et al. *Medicina Interna*. 4 ed. México, Prensa Médica Mexicana, 1973. t. 2. 2298p. (pp. 2078-2098)
- 21.- Hediger, H. et al. *La angustia*. Madrid, Revista de Occidente, 1960. 342p. (pp' 201-238)

- 22.- Horney, K. *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Buenos Aires, Paidós, 1976. 236p. (pp. 226-240)
- 23.- Horney, K. *El autoanálisis*. México, Continental, 1955. 255p. (pp. 30-125)
- 24.- Kaplan, I. et al. *Comprehensive textbook of psychiatry/III*. 2 ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1975. t.1, (pp. 1198-1278)
- 25.- Lara García, M. *Epilepsia y trastornos emocionales*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas Guatemala, 1977. 52p.
- 26.- López Ibor, J. *Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo*. 2 ed. Madrid, Cultura Hispánica, 1968. 245 p. (pp. 7-83)
- 27.- López Ibor, J. et al. *Psiquiatría*. Barcelona, AISA-Recaredo, 1981. t.2, (pp. 140-144; 741-791)
- 28.- López Ibor, J. *Las Neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid, Gredos, 1966. 679p. (pp. 14-125)
- 29.- Manrique Solís, O. *Ingresos en el Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora" en el año 1978 y su epidemiología*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1979. 50p.
- 30.- Melgar Figueroa, A. *Síndrome depresivo como causa de ausentismo laboral en Guatemala*; revisión de 5 años en pacientes hospitalizados en el departamento de psiquiatría del Hospital General del IGSS de 1977 a 1981. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 45p.
- 31.- Muñoz Lemus, J. *Análisis Epidemiológico de la esquizofrenia en el grupo laboral atendido en el IGSS*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 64p.
- 32.- Organización Panamericana de la Salud. *Trastornos mentales*. Glosario y guía para su clasificación según la novena revisión de la clasificación

internacional de enfermedades. Washington, 1980. 104p.
(publicación científica No. 400)

- 33.- Ramírez Quintero, R. *De la hipocondría y ciclotimia*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 30p.
- 34.- Rodas Hernández, R. *Necesidad de la psiquiatría para el médico en general*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1976. 28p.
- 35.- Roque Gálvez, C. *Epidemiología de la neurosis depresiva en la ciudad de Guatemala*. Tesis (Lic. en Psicología)-Universidad de San Carlos, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1981. 86p.
- 36.- Soberanis, G. *Detección de neurosis en estudio inicial de depresión y ansiedad en San Mateo Ixtatán, Huehuetenango*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1979. 39p.
- 37.- Urizar Spell, L. *Entidad clínica más frecuente a nivel de consulta externa, en el servicio de psiquiatría del IGSS, en los meses comprendidos de Marzo a Julio de 1983*. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 71p.
- 38.- Vidal, G. *et al. Enciclopedia de psiquiatría*. 2 ed. Buenos Aires, Ateneo, 1979. 71p. (pp. 167-170; 394-402)
- 39.- Waelder, R. *Teoría básica del psicoanálisis*. México, Carlos Cesarman, 1964. 236p. (pp. 179-185)

20/10

Excmo. Sr. Dr. Mario René Moreno Cambare

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CONFORME:

Dr. Rodolfo Kepner
ASESOR.

SATISFECHO:

Dr. Luis Palomo N.
REVISOR.

Dr. Luis Palomo N.
• 8542

APROBADO:

Lic. Francisco Mendizábal
DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cambare
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C

Guatemala, 27 de Junio de 1985