

11226 207 20



FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios Superiores



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION GUANAJUATO  
CLINICA HOSPITAL T-1 N°1

*Los Factores Socioeconómicos  
y su Relación  
con Las Neurosis*

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD  
DE  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTADA POR :

- DR. JOSE LUIS ELIZONDO DE LA RIVA
- DR. DANIEL MORENO RAMOS
- DR. RAUL SERRANO Y CERDA

LEON GTO. NOV. 1979

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **C O N T E N I D O :**

### **CAPITULO I**

**Introducción.**  
**Etiología.**  
**Clasificación.**  
**Cuadro clínico.**  
**Tratamiento.**

### **CAPITULO II**

**Objetivo.**  
**Hipótesis.**  
**Material y métodos.**

### **CAPITULO III**

**Resultados.**

### **CAPITULO IV**

**Resumen y conclusiones.**

### **CAPITULO V**

**Bibliografía.**

## INTRODUCCION

Considerando que en los últimos tiempos se ha visto un incremento considerable en las enfermedades de tipo neurótico, a las que ha llegado a llamar "la enfermedad de nuestra época" (1), generadora de gran cantidad de consultas médicas en nuestro medio, en Medicina Familiar ocupa el cuarto lugar en las diez primeras causas de consulta y en Urgencias el segundo lugar (20-21), por lo que cualquier esfuerzo que tienda a solucionar o al menos a disminuir la problemática debe tomarse con entusiasmo.

Para hablar de un individuo neurótico es necesario definir lo que entendemos por individuo "sano", al parecer la "normalidad" es simplemente un artificio. Un tipo de conducta es normal cuando la sociedad está de acuerdo en llamarla así (7-18), influenciada fuertemente por el criterio estadístico, según el cual, es la mayoría la que norma la realidad. Si la mayor parte está de una forma aunque todos estén con trastornos mentales, los que se encuentran en minoría serán definitivamente los que recibirían el calificativo de enfermos. Este criterio tiene una dificultad muy seria en cuanto a las percepciones o fallas de la realidad que puede afectar a un individuo que aplicando otros razonamientos, esté en desacuerdo con sus contemporáneos, como lo estuvieron en un momento Ptolomeo o Galileo (1)

En la Grecia de los filósofos presocráticos existía una Psicología implícita, la cual permaneció después explícita en el pensamiento de la humanidad (6). El mundo científico tuvo su primer contacto con la influencia de los procesos puramente psicológicos sobre los síntomas de una enfermedad, gracias al furor con que un embaucador vienés, Mesmer (1734-1815), pro-

vccó en París, con las "curas" que produjo al tratar muchas enfermedades, incluyendo la histeria, por medio de su técnica del "magnetismo animal". Braid aportó una explicación descriptiva del mesmerismo e introdujo el término "hipnotismo" (3).

A fines del siglo XVIII, la ansiedad aún se confundía con el miedo, era muy poco descrita excepto por sus manifestaciones más evidentes, para los filósofos era un capítulo de las "pasiones", para los clínicos era una parte del cuadro de la melancolía, las fobias se describieron como "antipatías". La psiquiatría dinámica aportó una contribución decisiva al estudio de la ansiedad. Los estudios propiamente dinámicos de la ansiedad comenzaron con la escuela de los psiquiatras románticos. Guislaind en 1833 proclamó que la mayor parte de las enfermedades mentales provienen de una "alteración de la madre", caracterizado por un estado de sufrimiento moral y ansiedad. Neuman escribió (1839) que la angustia es una señal de alarma indicativa de que un instinto trata de emerger a la conciencia; "los instintos que no son satisfechos se transforman en angustia". Los psiquiatras de las siguientes generaciones retornaron a la descripción puramente clínica de los estados ansiosos.

Morel describió las fobias en 1866 con el nombre de "delirio emotivo"; el lo atribula a una disfunción del sistema neurovegetativo. Luis Beard describió la "neurastenia", que atribuyó a un agotamiento de las fuerzas nerviosas. La ansiedad figura en el cuadro de la neurastenia, pero autores posteriores encontraron una forma especial, independientemente (Krishaber 1873, Kowalsewsky 1890, Hecker 1893, Freud 1895). (13)

A través de los últimos cien años la ansiedad se ha descrito bajo una colección de términos tales como: neurosis de ansiedad, neurosis cardíaca, síndrome de Da Costa (11) trastornos funcionales del corazón, astenia neurocirculatoria, síndrome de esfuerzo, corazón irritable, cansancio nervioso, "corazón soldado", astenia vasorreguladora, etc. Como la mayoría de los términos sugieren, el aspecto somático de la ansiedad patológica ha llamado repetidamente la atención de los primeros investigadores clínicos (22). Todo el mundo tiene aspectos "psicosomáticos de su vida emocional. Es imposible separar la mente del cuerpo. Las relaciones emocionales tienen componentes fisiológicos transmitidos a través del sistema neuroendócrino (23)

Charcot (1825-1893), dudó del concepto, cada vez más divulgado de las fuerzas psicológicas podían provocar histeria. La fama de Charcot hizo que muchos fueran a estudiar con él entre ellos Sigmund Freud. Bernheim (1840-1919) disipó las ideas acerca de los poderes hipnóticos especiales y las influencias magnéticas, aventuró la teoría de que la histeria era de origen mental y fue probablemente el primero en aplicar el término "psiconeurosis" a la histeria y a otros estados familiares. Otro de los alumnos de Charcot fue Janet (1859-1947) quien también impulsó el punto de vista del desarrollo psicodinámico, reconoció que las ideas fijas y el conflicto interior ante la realidad en los casos de histeria, era de naturaleza neurótica, e insistió en que se trataran por medios psicológicos, elaboró la teoría de que las neurosis representan una falta de "tensión psíquica" en el paciente. Denominó "tensión psíquica a una fuerza integradora que si abunda mantiene intacto el fuir de la conciencia. Esta energía psíquica disminuye debido a una constitución deficiente a consecuencia de fatiga o stress. Introdujo el término de "psicostenia" para designar reacciones caracterizadas por fobias, compulsiones y angustia.

Freud (1856-1939) inició su práctica como neurólogo, pero después enfocó su atención en la psiconeurosis como consecuencia de sus estudios con Charcot. Junto con Breuer observó que bajo la hipnosis sus pacientes recordaban viejas ideas, impulsos, experiencias, que en otras condiciones habían tenido que descartar o reprimir. Conforme el paciente "se exteriorizaba" al hablar y mostraba sus dificultades emocionales los síntomas desaparecían. Con la técnica de "asociación libre" Freud vio que podría explorar en forma amplia las primeras experiencias de la vida, en las que se basaban los procesos mentales y los síntomas del paciente. A partir de sus observaciones construyó un sistema de psicología el cual denominó "psicoanálisis". Freud también insistió en que gran parte de la vida mental ocurre más allá del alcance de la percepción y es inconsciente. La demostración de Freud de lo importante que es el conflicto interno entre impulsos dinámicamente opuestos, es el primer sistema teórico que provee de significado a la génesis de las reacciones neuróticas y psicóticas así como otros fenómenos psicológicos, sin embargo, muchos autores no aceptan el concepto de Freud sobre la sexualidad infantil (24)

Alfred Adler (1870-1937), al principio estudió y se asoció con Freud, posteriormente llegó a disentir del énfasis que

éste ponía sobre la sexualidad infantil. Afirmaba que los procesos psicológicos por medio de los cuales el hombre trata de negar su inferioridad y mantener la ficción del éxito, constituyen los síntomas de la neurosis.

Jung (1857-1961) estableció una estrecha relación con Freud. Se separaron porque Jung no estuvo de acuerdo en la importancia universal que Freud adjudicó a los niveles o etapas del desarrollo de la sexualidad en el lactante y el niño. Aportó la prueba de asociaciones de palabras para investigar las regiones escondidas de la personalidad. Jung fue el primero en subrayar la naturaleza de las relaciones interpersonales en el niño y señala que las dificultades neuróticas de los padres influyen de manera decisiva en las de los niños. Elaboró una descripción analítica de los tipos de personalidad.

Meyer (1866-1950) al igual que Freud recalcó la importancia de la influencia de los progenitores durante los primeros años, sobre la forma que toma el desarrollo de la personalidad del niño, y concibió los trastornos mentales como fenómenos progresivos de hábitos, decía que la psicología es la biología de la personalidad total como un todo en todos los aspectos de una situación y que hay que explicarse por completo y entender dicha personalidad para calificar las reacciones del individuo. Estudió la relación entre el paciente y terapeuta y definió que en dicha relación el papel del segundo es el de un observador participante (3-23).

En la actualidad se considera a la teoría psicodinámica de la conducta como otro producto de cuatro factores relacionados unos con otros, a saber: 1) Motivos básicos; 2) las estructuras mentales que controlan motivos y regulan su expresión; 3) los valores, objetivos y actitudes que el individuo ha adquirido de su familia y la sociedad, y 4) la realidad externa incluidas las demás personas importantes en la vida del individuo. Dentro de este marco, las neurosis se ven como patrones de control y reglamentación mal adaptados, en los que los motivos básicos individuales resultan frustrados a causa de actitudes y sentimientos que provienen del pasado y que no son apropiados a la realidad externa actual (26). Dicho de otra manera, la neurosis surge como un conflicto entre individuo y sociedad con repercusión en ambos (27). Para que la sociedad funcione adecuadamente, es necesario que sus miembros no se percaten de

las contraindicaciones dentro de la misma y esto se logra por medio de la represión del inconsciente social. El motivo fundamental por el cual el hombre tiende a integrarse a su estructura social no es racional, es emotivo: el miedo al aislamiento y al ostracismo (28). Como mediador entre individuo y sociedad encontramos a la familia, para que ésta tenga asegurada la supervivencia y el crecimiento debe manejar en forma creativa dos factores siempre presentes: lo incompleto y lo diferente (29).

Existen múltiples definiciones de neurosis. Se le conceptualiza como una afección funcional, individual en que la persona vive de un modo anómalo y erróneo ante los conflictos que la sociedad, la familia, el trabajo y demás circunstancias que se le plantean en su yo personal (5). El núcleo principal de estas perturbaciones es una detención del desarrollo de la personalidad, con escisión interna de sus intereses y deseos que lo inclinan a perseguir metas contradictorias (2). La neurosis, a diferencia de la psicosis, no niega la realidad, simplemente trata de ignorarla (3). White (1964) decía que la médula de una neurosis radica en el punto en que la ansiedad ha bloqueado o deformado el proceso de aprendizaje, de manera que no puede tener lugar uno nuevo, que es esencial para el ajuste (4). En pocas palabras, según el criterio freudiano, el neurótico es aquel que no es adaptado (1).

## ETIOLOGIA.

Se puede decir que el proceso neurótico se inicia en la infancia. La angustia queda sujeta a una defensa tan radical que no puede hacerse una nueva evaluación de los peligros. Se han invocado factores constitucionales, donde se dice que existe una predisposición individual para el uso de unas formas de defensa en lugar de otras, trastornos morbosos en el núcleo familiar que pueden quebrantar la espontaneidad y voluntad del niño (2). Otras causas son: la necesidad de reprimir, distorcionar, desplazar emociones de hostilidad, rabia o impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia que crean angustia. Otros factores serían los sentimientos de culpa, las relaciones sociales que forzan la capacidad para adaptarse y el matrimonio con sus nuevas responsabilidades, una enfermedad física muy prolongada, sensación de frustración, etc. (3). La neurosis surge en consecuencia de la resistencia que se interpone al ego para alcanzar el superego (30).



## CLASIFICACION.

A continuación se transcribe la clasificación de las neurosis según la OMS (10):

### 300 Neurosis.

Excluye las asociadas con enfermedades somáticas (309

#### 300.0 Neurosis de ansiedad

Depresión

Estado (neurótico)

Histeria

Reacción

Estado de pánico

De ansiedad o angustia.

#### 300.1 Neurosis histérica.

Histeria (o histerismo) SAI

Histeria de conversión

Histerioepilepsia

Neurosis de compensación

Paraplejía funcional

Reacción de disociación

Síndrome de Ganser

Cualquier manifestación

histérica.

#### 300.2 Neurosis fóbica.

Fobia SAI

Reacción fóbica

Reacción de miedo o temor.

#### 300.3 Neurosis obsesiva-compulsiva

Estado

Fobia

Síndrome

obsesivo (a)

Neurosis;

Anancástica

Compulsiva

Obsesiva

#### 300.4 Neurosis depresiva.

Depresión neurótica

Estado depresivo neurótico

#### 300.5 Neurastenia. (19)

Astenia nerviosa o psicógena

Debilidad nerviosa

300.6 Síndrome de descompensación.

Despersonalización

Desrealización

Estado neurótico con episodio de despersonalización.

300.8 Otras.

Calambres de las escribientes.

Neurosis ocupacional.

Otras neurosis especificadas

300.9 Neurosis no especificadas (9)

Colapso neurótico

Neurosis SAI

Psiconeurosis SAI

**CUADRO CLINICO.**

Asume muy variadas modalidades clínicas, citaremos los síntomas y signos más comunes en las neurosis, en especial en las de angustia.

Alteraciones o molestias subjetivas más frecuentes referidas espontáneamente por los pacientes en su interrogatorio:

- Dificultad para respirar hasta el fondo.
- Dolores gravitatorios como una piedra o peso pretorácicos.
- Palpitaciones.
- Vértigos e inseguridad.
- Sudores faciales.

- Impresión de debilidad.
- Flatulencia e impresión de dispepsia.
- Cafaleas occipitales y frontales.
- Dolores abdominales diversos.
- Anorexia con o sin náuseas.

Datos descubiertos en el transcurso del interrogatorio efectuado por el médico:

- Pavores y temores injustificados.
- Miedo a contraer alguna enfermedad.
- Irritabilidad.
- Inquietud.
- Insomnio.
- Inapetencia.
- Somatoastenia.
- Diarrea pastosa.
- Dismenorrea.
- Falta de ánimo.

Tristeza, depresión.

Signos físicos hallados (objetivos en la exploración):

- Manos y pies fríos.
- Humedad y sudor fáciles.
- Boca y labios secos.
- Taquicardia y pulso variable.
- Hipotensión arterial reactiva.
- Reflejos tendinosos profundos exaltados.
- Dermografismo.
- Mirada brillante.
- Respiración suspirosa (5).

## **TRATAMIENTO**

Existen medidas generales para el tratamiento del paciente neurótico, sobre todo tendientes a proporcionarle un clima de confianza con paseos vida al aire libre y deportes no fatigantes ni competitivos. Evitar el café, alcohol y psicoestimulantes. Vida sexual moderada y cómoda, reducir el trabajo intelectual y de excesiva responsabilidad. Psicoterapia para descubrir las fobias y tratarlas adecuadamente. Terapia de apoyo con sedantes que no depriman en exceso tales como el Clorodiazepóxido, Meprobamatos y Fenotiazinas a pequeñas dosis, antidepresivos, etc.

Hasta finales de la década de los cincuentas el principal método de tratamiento era el psicoanálisis, cuando en esos años estimulado por Wolpe y otros se introdujo el tratamiento conductista. Es indudable que ambos métodos son efectivos, no obstante el psicoanálisis es largo y comprende un considerable gasto de tiempo y dinero e intentar tratar la neurosis ignorando el síntoma y comprendiendo el conflicto subyacente, las modificaciones que ofrece a la conducta del neurótico pueden ser de duración relativamente corta. El tratamiento conductista por lo general es de corta duración, se ocupa directamente del síntoma omitiendo las determinantes subyacentes e inconscientes, brindando una mejor adaptación al individuo neurótico (31). A esta variedad corresponde el método utilizado en terapia de grupo.

Ultimamente han tenido gran auge los "Clubs de Neuróticos Anónimos que funcionan de manera similar a los de Alcohólicos Anónimos básicamente con psicoterapia de grupo (5, 25, 32, 33 34).

### **OBJETIVO:**

Detectar entre la población que acude a consulta de medicina familiar casos de neurosis en relación al sexo, edad y los factores socioeconómicos que pudieran estar condicionando el padecimiento.

### **HIPOTESIS:**

El sexo, edad y factores socioeconómicos juegan un papel importante en la génesis de las neurosis.

## **MATERIAL Y METODOS:**

Se elaboró un cuestionario que fue llenado al momento de dar la atención médica en tres consultorios de Medicina Familiar de la C. H. T-1 No. 1 I. M. S. S. de León, Gto., al azar según las necesidades de consulta.

El cuestionario está basado en el propuesto por el Dr. Louis Bish, que es el que se aplica al grupo de "Neuróticos Anónimos" que existe en esta unidad desde hace diez meses, manejado por el Servicio de Psiquiatría. Dicho cuestionario ha sido modificado para relacionar edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, tipo de familia, número de miembros, ingreso por cápita y alcoholismo como coadyuvante en la aparición de las neurosis.

El cuestionario ya modificado es el siguiente:

1.— Sexo	M	F	
2.— Edad	—20	21-40	41-60 +61
3.— Edo. civil	So	C	U L Se
4.— Ocupación	Ob	Em	Pr Ot
5.— Escolaridad	A	L-E	P M Pr
6.— Tipo de familia	N	E	C
7.— No. de miembros	1-4	5-9	+ 10
8.— Ingreso per cápita	—499	500-999	1000-1499 +1500
9.— Alcoholicismo en la familia	+	++	+++ ++++

Responda usted mismo confidencialmente al siguiente cuestionario, marcando SI ó NO a cada una de las veintiseis preguntas.

- 1.— ¿Es usted indeciso? .....
- 2.— ¿Siente lástima de sí mismo? .....
- 3.— ¿Siente angustia sin saber por qué? .....
- 4.— ¿Trata siempre de justificarse o defenderse? .....
- 5.— ¿Se preocupa constantemente? .....
- 6.— ¿Tiene sentimientos de culpa? .....
- 7.— ¿Se siente usted inferior a los demás o superior a ellos?  
.....
- 8.— ¿Evita los contactos sociales o es demasiado solitario?  
.....
- 9.— ¿Es inseguro, celoso o desconfiado?.....
- 10.— ¿Se enoja con facilidad? .....
- 11.— ¿Exagera pequeños problemas? .....
- 12.— ¿Le gusta criticar?
- 13.— ¿Miente sin necesidad? .....
- 14.— ¿Siente que otras personas no le comprenden o a sus problemas? .....
- 15.— ¿Asume usted más responsabilidades de las que puede realizar? .....
- 16.— ¿Tiene dificultad para concentrarse o para recordar dónde dejó ciertos objetos, o para qué entró en una habitación? .....

- 17.— ¿Se fatiga fácilmente o le parece que tiene que estar continuamente en actividad? .....
- 18.— ¿Vive usted tenso, incapaz de relajarse o no consigue dormir? .....
- 19.— ¿Necesita usted de tranquilizantes u otras drogas (que alteran la mente) para pasar el día? .....
- 20.— ¿Tiene miedo de estar solo, salir de casa, manejar un automóvil o hacer un viaje fuera de la ciudad? .....
- 21.— ¿Adolece de miedo a alguna cosa (obscuridad, enfermedades, sitios cerrados, altura, etc.) ? .....
- 22.— ¿Padece de algún disturbio u obsesión (lavarse las manos exageradamente, ver si el carro u otra puerta está bien cerrada, revisar varias veces si están bien cerradas las llaves del gas? .....
- 23.— ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? .....
- 24.— La tensión, ansiedad y preocupaciones ¿afectan su trabajo? .....
- 25.— ¿Tiene ideas o pensamientos suicidas? .....
- 26.— ¿Siente usted que la vida ya no tiene sentido? .....

Adoptamos la siguiente clasificación de acuerdo con el Servicio de Psiquiatría según la puntuación.

0-4 No neurótico	10-15 Moderada	+ 21 Muy grave
5-9 Leve	16-20 Grave	



Las claves utilizadas en los nueve primeros puntos son las siguientes:

- 1.— Sexo: M = masculino F = femenino.
- 2.— Edad: Expresada en años dividida en cuatro grupos.
- 3.— Estado Civil: So = soltero C = casado  
U L = unión libre Se = separado.
- 4.— Ocupación: Ob = obrero Em = empleado  
Pr = profesionista Ot = otros  
(amas de casa, estudiantes, etc.).
- 5.— Escolaridad: A = analfabeta L-E = leer y  
escribir. P = Primaria. M =  
enseñanza media Pr = Profes-  
ionista.
- 6.— Tipo de familia: Se refiere en cuanto a su compo-  
sición:  
N = nuclear. E = extensa.  
C = compuesta.
- 7.— Número de miembros: El total de personas que viven ba-  
jo el mismo techo.
- 8.— Ingresos per cápita: Se refiere al ingreso familiar total  
dividido entre el número de miem-  
bros, expresado en M. N.
- 9.—Alcoholismo en la familia: + = Ocasional sin llegar a intoxi-  
carse.  
++ = Una o varias a veces al día  
y/u ocasionalmente llega a intoxi-  
carse.  
+++ = Intoxicación frecuente.  
++++ = Dependencia.

## RESULTADOS:

En cuanto al sexo obtuvimos los siguientes datos:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
Sexo						
M	14	28	28	12	0	82
F	10	15	34	17	6	82
	24	43	62	29	6	164

Encontramos predominio del sexo masculino en las calificaciones de 5-9 y 10-15 (leve y moderada) 56 casos, 34.14%. En comparación con el femenino 49 casos, 29.87%.

En los casos de 16-20 (graves) encontramos predominio del sexo femenino con 17 pacientes (10.35%) en comparación del masculino de 12 casos, 7.3%.

En los casos que calificamos como muy graves + 21 puntos, solo hubo casos femeninos; 6 que constituyen el 3.6%.

## RESULTADOS:

En cuanto a la edad:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
Edad						
—20	3	4	10	1	0	18
21-40	16	27	41	23	5	112
41-60	4	10	9	5	1	29
+ 61	1	2	2	0	0	5
	24	43	62	29	6	164

La edad en que encontramos la mayoría de los casos fue de 21 a 40 años, 112 que corresponden al 68.29%, siguiéndole en frecuencia el grupo de 41 a 60 años con 29, 17.68%.

Cinco de los casos fueron calificados como muy graves (calf. +21) se encontraron en el grupo de 21-40 años y uno en el de 41-60 años.

## RESULTADOS:

Los resultados referentes al estado civil nos mostraron:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
Edo. C.						
S	8	12	23	5	0	48
C	15	30	35	22	6	108
U. L.	1	0	4	0	0	5
V	0	1	1	1	0	3
Sep.	0	0	0	0	0	0
	24	43	62	29	6	164

La máxima frecuencia con respecto al edo. civil fue en los casados con 108 casos, 65.85%, en las que se encontraban las 6 pacientes con puntuación de + 21.

Siguieron en frecuencia los solteros con 48, 29.26%.

## RESULTADOS:

En cuanto a la ocupación encontramos los siguientes datos:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
<b>OCUP.</b>						
Obr.	2	10	19	10	1	42
Emp.	14	15	16	4	0	49
Profr.	3	10	5	0	1	19
Otr.	5	8	22	15	4	54
	24	43	62	29	6	164

En cuanto a la ocupación encontramos 54 pacientes en el rubro de otros (donde se incluyen labores domésticas) 32.92% en donde también se encontraron 4 pacientes con calificación de + 21.

Siguieron los empleados con 49, 29.87%.

Los datos del grado de escolaridad se agrupan de la manera siguiente:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
Escol.						
A	0	1	7	4	1	13
L-E	7	12	24	7	3	53
Prim.	8	9	17	12	0	46
Med.	1	10	8	6	2	27
Prof.	8	11	6	0	0	25
	24	43	62	29	6	164

La máxima frecuencia se encontró en el grupo de L-E (leer y escribir) con 53 casos, que corresponden al 32.31%, donde había 3 pacientes con calificación mayor de 21 puntos.

En segundo lugar los que tenían grado de educación primaria con 46 casos, 28.04%.

## RESULTADOS:

Los datos recolectados acerca del tipo de familia mostraron lo siguiente:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
T. de Fam.						
N	18	32	44	18	2	114
E	5	8	14	10	4	41
C	1	3	4	1	0	9
	24	43	62	29	6	164

La familia nuclear ocupó el primer lugar en frecuencia con 114 casos, 69.51%.

En segundo lugar lo ocupó la familia extensa con 41, 25% ( en donde se encontraron 4 de los pacientes con + 21 puntos.

## RESULTADOS:

En cuanto al número de miembros en la familia se agruparon en el siguiente cuadro:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
No. miembros						
1 - 4 8		19	17	4	1	49
5 - 9 12		13	24	17	4	70
+ 10 4		11	21	8	1	45
	24	43	62	29	6	164

Encontramos la máxima frecuencia en el grupo de 1 - 4 con 70 casos que representa el 42.68%, en donde se encontraron las 4 pacientes con puntuación de + 21.

El resto de los grupos estuvieron más o menos equitativamente repartidos.



**RESULTADOS.**

Considerando el ingreso familiar per cápita se encontraron los siguientes datos:

**CALIFICACIONES**

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
I.F.P.						
-499	2	8	9	3	0	22
500-999	6	13	22	12	6	59
1000-1499	3	6	17	10	0	36
+ 1500	13	16	14	4	0	47
	24	43	62	29	6	164

Encontramos la frecuencia mayor en el grupo de 500-999, con 59 pacientes, que corresponde al 35.97%, en donde se encontraron las 6 pacientes con puntuación mayor de 21.

En segundo lugar el grupo con ingreso familiar per cápita de + 1500, con 47 datos, el 28.65%.

## RESULTADOS

Los datos recolectados en cuanto al alcoholismo en algún miembro de la familia encontramos:

### CALIFICACIONES

	0 - 4	5 - 9	10 - 15	16 - 20	+ 21	TOT.
Alcoholismo						
X	13	16	21	11	0	61
XX	4	6	13	5	2	30
XXX	1	4	7	4	1	17
XXXX	0	0	0	1	1	2
	18	26	41	21	4	110

Se encontró la máxima frecuencia en X, con 61 datos que corresponden al 37.19%, en 53 no había alcoholismo en la familia (32.31%) pero tenían 2 pacientes con + 21 puntos|

Una paciente con XXXX de alcoholismo en la familia tenía + 21 puntos.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Se hizo una revisión bibliográfica acerca de la definición, historia, etiología, clasificación y manejo de los padecimientos neuróticos. Se estudiaron 164 pacientes en tres consultorios de Medicina Familiar de la C. H. T - No. 1 del I.M.S.S. en León, Gto., de los cuales 82 fueron del sexo masculino y 82 femenino. A dichos pacientes se les aplicó un cuestionario (Louis Bish modificado); en donde se relacionan sexo, edad y factores socio-económicos como coadyuvantes en las enfermedades neuróticas. Se concluye en los casos calificados como graves fueron más frecuentes en la mujer y los muy graves se encontraron sólo en el sexo femenino. La edad en que se encontraron la mayoría de los casos fue de 21 a 40 años, lo cual está de acuerdo con la literatura existente (3); la mayoría de los casos fué en casados siguiendo en frecuencia los solteros.

En cuanto a la ocupación hubo más casos en el rubro calificado como de "otros" (en donde se incluyen labores domésticas). En lo que a grado de educación se refiere el grupo más numeroso es el que sabía solo leer y escribir (L-E). Predominó el tipo de familia nuclear y la frecuencia mayor la encontramos en las integradas de 1 a 4 miembros. El ingreso familiar per cápita predominante fue de \$ 500.00 a \$999.00 lo cual en nuestro medio corresponde a un ingreso habitual de la clase media.

Por último encontramos alcoholismo (+) en la mayoría de los casos; sin embargo, es de llamar la atención que en dos familias con alcoholismo (++++) había dos pacientes calificados como muy graves.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el presente es un estudio descriptivo, aceptamos que los factores estudiados juegan un papel importante en la neurosis, al menos en nuestra población.

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

- 1.— Quiroz Cuarón y Col. Salud Mental; lo que todos quisieron olvidar, Médico Moderno, Vol. XIV, No. 1 Sep. 1975; P. 14-63.
- 2.— De la Fuente M., Psicología Médica, Fondo de Cultura Económica, Séptima edición 1967, P. 200-226.
- 3.— Kolb, Psiquiatría Clínica Moderna, Prensa Médica Mexicana, 5ª Edic. en español, 1976, p. 487-542.
- 4.— Whittaker James, Psicología, Ed. Interamericana, S. A., 1971, Segunda edición, P. 494-505.
- 5.— Farreras, Rozman, Medicina Interna, Ed. Marín, S. A., 8ª Edición, V-II P. 313-323.
- 6.— Merani L. Albert, Psicología y Alimentación, Ed. Grijalbo, S. A., Colección 70, Prim. Edición, 1973.
- 7.— Wolff Werner, Introducción a la Psicopatología, Ed. Fondo de Cultura Económica, 5ª reimpresión, 1974.
- 8.— Engel L. George, Psychoanalysis alive and well at 80, JAMA, Vol. 231, No. 6, Feb. 75, P. 579-582.
- 9.— Blacher S. Richard, On Awakening Paralyzed During Surgery, A Syndrome of Traumatic Neurosis, JAMA, Vol. 234, No. 1. Oct. 1975, P. 67-68.

- 10.— OMS, Clasificación Internacional de enfermedades, Ginebra 1968, Vol. II, P. 151-152.
- 11.— Oñate Javier, Neurosis Cardíaca, El Médico, Vol. 24, No. 3, Jun. 1974, P. 43-48.
- 12.— Cobb Sidney, Social Support as a Moderator of life Stress, Psychosomatic Medicine, Vol. 38, No. 5, Sep.-Oct. 1976. P. 300.
- 13.— Ellenberger H.F.. Histoire de l'anxiété: contribution de la psychiatrie dynamique, V Congreso Mundial de Psiquiatría, Ed. Fournier, S. A., 1971, P. 63-64.
- 14.— Curtis C. George, Anxiety and Plasma Cortisol, at the crest of the Circadian Cycle; Repraisal of a classical Hypothesis, Psychosomatic Medicine, Vol. XL, No. 5, Ago. 1978, P. 368-367.
- 15.— Miller Dean G. Effect of Signaled Versus Unsignaled Stress on Rat Myocardium, Psychosomatic Medicine, Vol. XL, No. 5 Aug. 78. P. 432-434.
- 16.— Schwarts Gary E. Et. Al. Patterning of Cognitive and Somatic processes in the Self Regulation of anxiety; Effects of Meditation versus Exercise, Psychosomatic Medicine, Vol. XL, No. 4, Jun. 78 P. 321-327.
- 17.— Carrillo José Antonio, Visión General de la Terapia de Grupo y el uso de técnicas de acción y de las técnicas verbales; Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Vol. 19 No. 2-3, 1978 P. 153-156.
- 18.— Fromm Erich. El Miedo a la Libertad, Ed. Paidós, 1º Edición, 1973.
- 19.— Surós J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria, Salvat Editores, S. A. 4a. Edición, 1968, P. 590-591.
- 20.— Forma 4-30-6/74, 10 principales causas de consulta en el servicio de Med. Fam. C.H. T-1 No. 1 León, Gto., 1978.

- 21.— Forma 4-30-6/74, 10 principales causas de consulta en el servicio de urgencia. C.H. T-1 No. 1 León, Gto. 1974.
- 22.— Freedman M.A. y Col. Comprehensive Textbook of Psychiatry The Williams & Wikins Company, Baltimore Edition II. Vol. II 1975. p. 1198-1278.
- 23.— MacKinnon, Roger A. PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA. Ed. Interamericana. 1973 p. 335.
- 24.— Myra y López, Emilio. Psicología Evolutiva del Niño y el Adolescente. Compañía Editorial Continental, S.A. 1943 p. 151.
- 25.— INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Cuadro Básico de Medicamentos. V. Edición. 1978.
- 26.— Horney, Karen. La personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo. Ed. Paidós. 1966 p. 18.
- 27.— Fromm, Erich. Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. Fondo de Cultura Económica. 1968 p. 52.
- 28.— Sánchez Azcona Jorge. Familia y Sociedad. Cuadernos Joaquín Mortiz; 1974 p. 72.
- 29.— Ackerman, Nathan W. Psicoterapia de la Familia Neurótica. Ed. Hormé. 1969 p. 84.
- 30.— Fromm, Erich. Etica y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica. 1971 p. 96.
- 31.— Conn, Howard M. Terapéutica 1977. Salvat Editores 1977 p. 1200.
- 32.— Las Leyes de la Enfermedad Mental y Emocional. Reproducción del folleto de Salud Mental, número dos 1965-70.

- 33.— Los Doce Pasos Sugeridos de "Neuróticos Anónimos". Reproducción autorizada por: Neurotic Anonymous International, Liaison Inc. Dec. 1978.
- 34.— Neuróticos Anónimos en México. Reproducción del folleto de salud mental número 1. 1966.