

11226
21
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION ESTUDIOS DE POSTGRADO

PSICONEUROSIS: REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR Y ERRORES EN SU DIAGNOSTICO, EN RELACION A PADECIMIENTOS NEUROLOGICOS.

T E S I S

Que para obtener el Postgrado de
MEDICINA FAMILIAR
p r e s e n t a n

CERVANTES SANCHEZ ANA FRANCISCA
PACHECO ESCOBEDO LOURDES ANGELICA
QUIROZ REYES GUILLERMO
WROOMAN SOUSA HECTOR EDUARDO

ASESOR: DR. CARLOS FLORES CARRANZA
MEDICO NEUROLOGO ADSCRITO AL
HOSPITAL GENERAL ZONA ARAGON
I M S S

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION.....	1
I.1 OBJETIVOS.....	2
II. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	3
2.1 Antecedentes científicos.....	3
2.2 Planteamiento del problema.....	5
2.3 Hipótesis.....	6
III. MATERIAL Y METODO.....	7
3.1 Recursos humanos.....	7
3.2 Recursos materiales.....	7
3.3 Descripción del método.....	8
IV. RESULTADOS.....	37
4.1 Frecuencia de Psiconeurosis en los pacientes enviados al servicio de Neurología.....	37
4.2 Nivel Cognoscitivo que el médico posee sobre Psiconeurosis.....	56

4.3 Metodología a seguir en el estudio de un paciente con diagnóstico presuncional Psiconeurosis.....	61
4.4 Repercusiones de la Psiconeurosis - en la dinámica familiar e importancia del diagnóstico oportuno de ésta.....	68
V. CONCLUSIONES.....	79
VI. BIBLIOGRAFIA.....	81

I. INTRODUCCION

El origen de esta tesis surgió en base a inquietudes tanto de los investigadores como del servicio de Neurología, -- habíamos notado que la frecuencia de pacientes psiconeuróticos canalizados al servicio de Neurología era elevado, sin embargo no podíamos afirmarlo ya que no teníamos un patrón de comparación con servicios semejantes al nuestro, a pesar de que revisamos la literatura al respecto de los últimos 5 años.

Después de saber la frecuencia de pacientes psiconeuróticos en nuestro servicio, iniciamos el estudio médico completo a nuestros pacientes, el cual consistió en una valoración neurológica, así como de cuestionarios para saber el tipo de psiconeurosis y sus repercusiones en la dinámica familiar; y una vez bien diagnosticado se dió tratamiento, y vimos que hubo gran mejoría en un alto índice de pacientes.

Por otro lado detectamos que los pacientes eran mal canalizados porque la valoración inicial no era del todo satisfactoria: por lo que decidimos evaluar los conocimientos médicos sobre psiconeurosis de todos los médicos de la Clínica H. - No. 29, " Belisario Domínguez ", es satisfactorio saber que, -- prácticamente todo el personal cooperó de buena manera a esta valoración, obtuvimos que el nivel era un poco bajo como se -- vera después; y por último diseñamos una metodología de estudio para llegar al diagnóstico del paciente que se piensa es un Psiconeurótico, accesible a cualquier médico con conocimientos elementales de Neurología. No intentamos resumir una exploración neurológica completa como las que han sido excelentemente detalladas en obras clásicas de consulta (20)

Por último estamos contentos con los resultados obtenidos pero estamos seguros que aún nos queda mucho por investigar en este aspecto en clínicas como la nuestra.

DR. CARLOS FLORES CARRANZA.

I.I OBJETIVOS

Determinar en los pacientes enviados a la consulta - externa de Neurología la frecuencia de Psiconeurosis.

Determinar el nivel cognoscitivo que el médico posee sobre Psiconeurosis.

Diseñar una metodología diagnóstica a seguir en el - estudio del paciente Psiconeurótico.

Investigar las repercusiones de la Psiconeurosis en la dinámica familiar, y determinar la importancia del diagnóstico oportuno de esta.

II. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

2.1 Antecedentes Científicos

Al avanzar los conocimientos de Neurofisiología y - Psicopatología se ha borrado la frontera entre la Neurología y la Psiquiatría. (17) El problema del diagnóstico neurológico es difícil por la cantidad ilimitada de formas de conducta que pueden manifestarse por medio de síntomas idénticos. Cuando los trastornos neurológicos se manifiestan por signos neurológicos evidentes, hay poca duda en cuanto a la forma de -- valorarlos y tratarlos. (19)

Muchos de los padecimientos Neurológicos comunes, - que se presentan en la práctica clínica como : Epilepsia esencial, Migraña, Parkinson, Tumores cerebrales, Neuroparasitosis, etc. ; tienen básicamente manifestaciones en la conducta. (4) Síntomas y signos como cefalalgia, vértigo, -- parestias y plejías, parestesias o insensibilidades, " Nerviosidad ", dorsalgia e incoordinación de movimientos, alteraciones de la conciencia o lipotimias; son unas cuantas de las manifestaciones principales que aparecen en estos trastornos.

Todos estos síntomas señalados hacen que el médico - erróneamente y a menudo diagnostique: Histeria, simulación, - depresión y ansiedad. (16) Otro aspecto difícil en el cual el médico a menudo queda en una posición de tratar de demostrar que no hay enfermedad en vez de tratarla, son los casos en -- que el paciente busca una compensación económica y un dictámen de incapacidad. (13).

Por otra parte sería inusto considerar como psiquiátricos a los pacientes que visto en la práctica médica no se - les demuestra patología orgánica. (10) Sería más justo dar - al individuo con trastornos psicósomáticos el beneficio de la - duda y suponer que tiene una enfermedad de difícil diagnóstico,

para proseguir el estudio médico. (5)

En la difícil tarea de deslindar y valorar las diferentes variables y elaborar el diagnóstico más certero habremos de utilizar el método científico en su aplicación médica; esto es: un minucioso interrogatorio, una exploración física completa, en ocasiones paraclínicos pertinentes y posiblemente un ensayo terapéutico. (1)

Es necesario seguir este método señalado en todo caso que se encuentre en el límite de la Neurología y la Psiquiatría, pues son precisamente estos pacientes los que no estarán de acuerdo con la valoración del médico ni seguirán sus recomendaciones, salvo que se genere en la forma adecuada una absoluta confianza; el diagnóstico Neuropsiquiátrico no es un método de exclusión puro y por ello deba de incluir todos los hallazgos clínicos. (6)

Dentro de los factores etiológicos de la Psiconeurosis diversos autores coinciden en que, excepción hecha de los denominados " rasgos constitucionales ", se encuentra factores adquiridos en los años impresionables de la vida, a través de la estrecha asociación, las transacciones y la dependencia interpersonal propias de la dinámica familiar. (12)

Casi todos los patrones neuróticos graves, dependen básicamente de conflictos y actitudes afectivas que surgieron durante la niñez, de ahí la importancia de estudiar los factores que han tenido gran significado en la vida del paciente y de tensiones o causas de stress recurrentes y acumulativas - propias de la vida familiar, incluyendo los problemas matrimoniales o sexuales. (12)

Por otra parte algunos autores han encontrado que si se examina bien, la historia de la vida de un paciente, que sufre de una Sicosis no asociada a factores tóxicos u orgáni-

cos, siempre se encontrarán datos que demuestran el antecedente de una psiconeurosis preexistente no tratada o mal tratada, a partir de la cual se desarrolló dicha psicosis. De esta manera se infiere lógicamente la importancia del diagnóstico certero y oportuno así como del tratamiento adecuado del paciente; sin olvidar el relevante papel que ocuparía el tratamiento psicoterapéutico familiar que rompería la retroalimentación del proceso morboso presente en la familia del paciente psiconeurótico. (12)

Como concepto Operativo consideramos a la Psiconeurosis como una entidad nosológica constituida por trastornos de la personalidad, cuya fuente dinámica es la angustia, con recursos adaptativos que resultan inadecuados para la solución de su problemática emocional y en los que frecuentemente se encuentra involucrada una ganancia secundaria (manipulación del medio). (12) Observándose también que existe alteración leve de las funciones de identificación de la realidad; generalmente el psiconeurótico se identifica a sí mismo como enfermo.

Desde el punto de vista dinámico el psiconeurótico trata de manejar sus conflictos principalmente por medio de la supresión y la represión, con deterioro parcial de las funciones ejecutivas (toma de decisiones) pero las capacidades de mayor importancia permanecen intactas (juicio, abstracción, raciocinio). (7) Desde el punto de vista clínico el cuadro comprende uno o más síntomas específicos entre los cuales encontramos: conversiones, fobias y obsesiones. (11) Observándose también que en el aspecto social el psiconeurótico presenta moderados desajustes en su relación con el medio ambiente (área laboral, sexual, etc). (18)

2.2 Plateamiento del Problema.

Consideramos que la Psiconeurosis es un padecimiento con alta incidencia. Después de revisar mil expedientes, es-

rogidos al azar, de pacientes valorados por el servicio de -- Neurología consulta externa de la Clínica Hospital No. 29 del IMSS, encontramos que el diagnóstico de Psiconeurosis puro -- (esto es, excluyendo a pacientes que presentan patología --- neurológica coexistente o no con algún tipo de Psiconeurosis) era frecuente. De acuerdo con lo anterior presuimos que los pacientes no han sido valorados en forma adecuada, originándose así múltiples envíos equivocados, como fué detectado en el servicio antes mencionado.

Subrayando los datos obtenidos por múltiples investigadores, como se enunció en los antecedentes, destaca la tendencia que posee el diagnóstico certero y oportuno de la - psiconeurosis ya que en muchas ocasiones es el proceso previo- (borderline) a una psicosis; por lo tanto deberíamos actuar sobre el paciente para tratar de romper el círculo vicioso que se forma y que afecta al paciente en el núcleo familiar y en - la sociedad.

2.3 Hipótesis

- El índice de psiconeuróticos enviados a Neurología consulta externa de la Clínica Hospital No. 29 IMSS es mayor al esperado.
- El médico de la Clínica Hospital No. 29 IMSS, no realiza una metodología de estudio sistematizada en el paciente psiconeurótico.
- La adecuada valoración del paciente psiconeurótico repercute en la evolución de su padecimiento, en su dinámica familiar y en la institución misma.

III. MATERIAL Y METODO

3.1 Recursos Humanos:

Médico Neurólogo de la Unidad : Asesor

Médicos Residentes de Medicina Familiar: Investigadores (4)

Pacientes enviados al servicio de la Consulta externa Neurología diagnosticados como Psiconeuróticos (75) en -- dicho servicio.

3.2 Recursos Materiales :

Expedientes clínicos: Notas elaboradas en el Servicio de Neurología, así como las formas de envío a dicho servicio.

Cuestionarios dirigidos a 1) determinar tipo de Psiconeurosis, 2) alteraciones en la dinámica familiar y 3) Nivel cognoscitivo que posea el médico sobre Psiconeurosis.

Equipo de Exploración física:

Báscula

Baumanómetro

Estetoscopio

Estuche de diagnóstico

Termómetro

Stock de exploración neurológica

Aguja de sensibilidad

Diapazones

Oftalmoscopio

Martillo de reflejos

sustancias gustativas y odoríferas

Equipo pruebas vestibulares térmi-

cas: jeringa asepto, tubo de co-

nección agua (caliente y fría), -

riñón.

3.3 Descripción del Método

Se estudiaron a todos los pacientes enviados a la - consulta externa del servicio de Neurología de la Clínica Hospital No. 29 IMSS en el lapso comprendido entre el 15 de abril y el 30 de septiembre de 1979.

Se realizó interrogatorio y exploración neurológica-completa. A los pacientes que posterior al estudio antes seña- lado se les sospechó o encontró patología así como a los pacien- tes psicóticos se les excluyó del estudio.

A todos los pacientes diagnosticados como psiconeu- róticos se les aplicó, un cuestionario dirigido a investigar- los tipos de psiconeurosis, constó de 43 preguntas y una fi- cha de identificación y el cual se realizó en base al cuadro - clínico de los diferentes tipos de psiconeurosis descritos por diversos autores (11, 12, 18), adecuándose las preguntas -- para que el paciente fácilmente las comprendiera. Dicho cues-

cionario se dividió en diversas áreas y se identificó como rasgo característico de cada área o tipo de psiconeurosis cuando el paciente contestaba afirmativamente el 50 % o más de cada grupo de preguntas. Se consideró neurosis múltiple cuando el paciente tenía 3 o más tipos de psiconeurosis coexistentes.

Las áreas encaminadas a investigar los tipos principales de Psiconeurosis, son las siguientes:

a.- Neurosis de Angustia, tanto aguda como crónica:

- 1) Sensación de minusvalía
- 2) Hipersensibilidad
- 3) Aprehensividad
- 4) Escrupulosidad
- 5) Depresión
- 6) Insomnio
- 7) Actividad incesante
- 8) Irritabilidad
- 9) Indecisión paralizante
- 10) Explosiones de agresividad
- 11) Ataques de llanto
- 12) Fatiga crónica
- 13) Incapacidad para concentrarse
- 14) Síndrome de Hiperventilación

10

- 15) Inquietud durante el sueño
- 16) Temblores de grandes oscilaciones

b.- Neurosis de Histeria Conversiva

- 17) Alteraciones de la memoria
- 18) Confusión mental
- 19) Parálisis motoras
- 20) Disestesias
- 21) Ceguera Histórica
- 22) Mudez Histórica
- 23) Reacción conversiva, Crisis
- 24) Manipulación del medio
- 25) Sordera Histórica

c.- Neurosis Histórica Disociativa

- 26) Amnesia
- 27) Delirio disociativo
- 28) Edo. Crepuscular.

Cabe hacer la aclaración que la pregunta 28 está dirigida al familiar.

d) Neurosis Depresiva

- 29) Baja Autoestimación
- 30) Alteraciones del humor
- 31) Síntomas vegetativos
- 32) Eyaculación precoz
- 33) Disminución de la libido
- 34) Impotencia
- 35) Frigidez
- 36) Vaginismo
- 37) Insatisfacción Sexual

e.- Neurosis Obsesivo - Compulsiva

- 38) Autoreproche
- 39) Actos repetitivos
- 40) Ideas repetitivas

f.- Neurosis Fóbica

41) Fobias: Agorafobias, Claustrofobia, Zoofobia; por ser las más frecuentes.

g.- Neurosis Hipocondriaca

- 42) Ideas Hipocondríacas y asistencia al consultorio médico tomándose como positivo este -- último cuando el paciente acudia más de tres veces al año, descontándose pacientes con alguna enfermedad crónica de otra etiología.

h.- Conciencia de enfermedad, ya que esta forma parte del cuadro clínico de la Psiconeurosis.

El cuestionario aplicado al paciente fué el siguiente:

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR TIPOS DE
PSICONEUROSIS APLICADO AL PACIENTE

(ANEXO 1)

Ficha de identificación:

Nombre	Edo. Civil.
Cédula	Escolaridad
Edad	Religión
Sexo	Ingresos familiares mensuales
Ocupación	No. de miembros de la familia.

1) Se siente usted muy poquita cosa SI () NO ()

- 2) Se preocupa mucho de lo que la gente piensa de Usted.
 SI () NO ()
- 3) Constantemente teme Usted cometer errores.
 SI () NO ()
- 4) Es Usted muy quisquilloso, conciensudo.
 SI () NO ()
- 5) Se entristece con facilidad SI () NO ()
- 6) Le cuesta trabajo dormirse ó sueña mucho.
 SI () NO ()
- 7) Necesita estar moviendose en forma casi constante
 SI () NO ()
- 8) Le han dicho a Usted que es muy enojon.
 SI () NO ()
- 9) Es Usted exageradamente indeciso
 SI () NO ()
- 10) Se pone Usted violento por cualquier motivo
 SI () NO ()
- 11) Llora Usted con facilidad SI () NO ()
- 12) Constantemente se siente Usted muy cansado
 SI () NO ()
- 13) Es Usted muy distraido
 SI () NO ()
- a) Ha sentido que no puede controlar su pensamiento
 SI () NO ()
- 14) Por motivo de algún problemas o disgusto ha tenido - - - -
 " ataques " ó " vahídos". SI () NO ()

- 15) Tiene Usted Pesadillas con frecuencia
SI () NO ()
- 16) Le tiemblan las manos con frecuencia
SI () NO ()
- 17) Es Usted muy olvidadizo
SI () NO ()
- 18) Con frecuencia se siente atolondrado
SI () NO ()
- 19) Ha tenido paralizada alguna parte de su cuerpo
SI () NO ()
- 20) Siente que se le duerma alguna parte de su cuerpo sin causa justificada
SI () NO ()
- 21) Ha tenido período pasajeros de ceguera
SI () NO ()
- 22) Se ha quedado mudo en forma pasajera
SI () NO ()
- 23) Se desmaya con frecuencia
SI () NO ()
- 24) Se ha dado cuenta que su familia se preocupa mucho de su enfermedad.
SI () NO ()
- Ha intentado suicidarse
SI () NO ()
- 25) Ha tenido períodos pasajeros de sordera.
SI () NO ()
- 26) Ha tenido períodos de olvido
SI () NO ()
- a) Se ha extraviado alguna vez por tiempo prologando
SI () NO ()

b) Se le ha olvidado quien es usted.

SI () NO ()

c) Se le han olvidado los nombres de sus familiares.

SI () NO ()

27) Ha escuchado voces que el resto de las personas no oyen.

SI () NO ()

a) Ha visto imágenes que el resto de la gente no ve.

SI () NO ()

c) Cuando ha escuchado voces o visto imágenes se ha sentido somnoliento.

SI () NO ()

28) Se ha quedado inmóvil, mudo y aparentemente sin darse cuenta de los que sucede (se pregunta al familiar)

SI () NO ()

a) Ha notado que el paciente después de un problema - o disgusto, presenta una crisis de nervios en la que habla en forma constante reviviendo el suceso desagradable.

SI () NO ()

29) Siente Usted que vale menos que los demás.

SI () NO ()

30) Se siente triste constantemente.

SI () NO ()

- 31) Ha perdido el apetito de comer.
SI () NO ()
- 32) Ha notado que en sus relaciones sexuales se "viene" más --
rápido.
SI () NO ()
- 33) Ha notado que el deseo sexual ha disminuido
SI () NO ()
- 34) Ha tenido deseo sexual sin poder lograr la erección del --
pene.
SI () NO ()
- 35) Le da miedo tener relaciones sexuales.
SI () NO ()
- 36) Le produce dolor que la "use" su marido.
SI () NO ()
- 37) En sus relaciones sexuales, no le interesa a su esposo --
satisfacerla.
SI () NO ()
- 38) Constantemente se echa la culpa de todo lo que pasa.
SI () NO ()
- 39) Repite constantemente algo como por ejemplo: lavarse las-
manos, cerrar las puertas, limpiar cosas.
SI () NO ()

- 40) Le persigue una idea o pensamiento durante todo el día.
 SI () NO ()
- 41) Le dan miedo los lugares amplios como el campo.
 SI () NO ()
- a) Le producen terror los lugares cerrados (cabinas telefónicas, elevadores).
 SI () NO ()
- b) Le dan horror algún tipo de animales
 SI () NO ()
- 42) Le preocupa demasiado su estado de salud.
 SI () NO ()
- a) Cuando se entera de las características de algún padecimiento siente que lo tiene
 SI () NO ()
- b) Le persigue la idea de que alguna parte de su cuerpo no funcione en forma adecuada.
 SI () NO ()
- c) Cada cuanto tiempo acude a ver al médico _____
- 43) Siente Usted que esta enfermo, se da cuenta?
 SI () NO ()

Después de corroborar el diagnóstico de Psiconeurosis y detectar a que tipo correspondía, se tomó una muestra de 55-pacientes, se procedió a evaluar la dinámica familiar por me--

do de un cuestionario, el cual se elaboró en base a las repercusiones que pensamos ocurrían en el núcleo familiar, más frecuentemente como consecuencia de la Psiconeurosis, aplicado en visita domiciliaria al cónyuge, padre o hijo mayor en caso de que el rol que desempeñaba en la familia el paciente afectado fuera de: esposo, hijo, o padre viudo (abandonado, etc) respectivamente.

Dicha encuesta de dinámica familiar consta de 29 preguntas, divididas arbitrariamente, para la investigación en las siguientes áreas:

- Socialización de la familia.

- a) Agresividad manifestada por los hijos en la escuela ante compañeros y maestros. (preguntas 4a y - 4b)
- b) Tendencias de los hijos hacia la introversión, - manifestadas por disminución en el número de --- amigos. (pregunta 5).
- c) Trastornos conductuales, tales como enuresis, - obesidad (preguntas 6 y 7)

- Educación Familiar

- a) Considera que el talante de su cónyuge provoca los problemas educacionales que se les presentan con sus hijos. (pregunta 3)
- b) Bajo rendimiento escolar (pregunta 4 C)

- c) Grados escolares no aprobados en forma consecutiva (pregunta 4 D)
- d) Poca motivación hacia la escuela. (pregunta 4 E)
- e) Mal trato del cónyuge hacia los hijos (pregunta 15).

- Dinámica familiar global.

- a) Alteraciones en las relaciones familiares (pre--
gunta 1)
- b) Alteración en el talante de los hijos (pregunta 8)
- c) Tendencia hacia la tristeza o depresión de los --
hijos a causa del medio ambiente familiar (pre--
gunta 9)
- d) Alteración de la organización dentro del hogar,--
debido a las constantes visitas del paciente al --
médico (pregunta 13).
- e) Mal trato del paciente hacia su cónyuge (pregun
ta 16)
- f) Miedo o terror de los hijos como consecuencia de
los trastornos psíquicos del paciente (solilo--
quios , delirio o crisis conversiva) (pregun--
ta 17).

- g) Disgusto o enojo del cónyuge como consecuencia de la depresión del paciente, manifestada por el mal aliño del hogar o en su persona (pregunta 18)
- h) Alteración de la estabilidad en el hogar debido al padecimiento del paciente (pregunta 25)

- Desintegración familiar

- a) Desintegración del núcleo familiar manifestado por la tendencia hacia la separación de los cónyuges (pregunta 14)
- b) Disgusto del cónyuge motivado por la compulsión del paciente (pregunta 19)
- c) Desintegración familiar motivado por la huida -- del hogar de alguno de los hijos. (pregunta 20)
- d) Hostilidad o rechazo de los hijos hacia el paciente. (pregunta 22)
- e) Alcoholismo y drogadicción. (pregunta 23)

- Alteraciones en la esfera sexual del paciente

- a) Alteración en las relaciones sexuales (pregunta 2)

- Funciones ejecutivas del paciente.

a) Alteración de la toma de decisiones.

- Socialización del paciente.

a) Tendencia del paciente hacia la introversión, manifestada por disminución en el número de amigos. (pregunta 10)

- Area laboral del paciente

a) Cambios frecuentes de trabajo (pregunta 11)

b) Problemas y despidos del trabajo motivados por el caracter del paciente. (pregunta 12)

Se consideró como alteración del área estudiada cuando el familiar contestaba en forma afirmativa el 50 % o más de las preguntas utilizadas para cada una de las áreas antes descritas.

Así mismo se consideró alterada la dinámica familiar cuando se encontraron afectadas más de dos áreas.

Los cuestionarios aplicados a los familiares de los pacientes fueron los siguientes:

Anexo 2,3, y 4 aplicados al cónyuge, padre o madre y al hijo mayor respectivamente.

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR ALTERACIONES
EN LA DINAMICA FAMILIAR, APLICADO
AL CONYUGE (ANEXO 2)

- 1) Considera Usted que el estado de ánimo que usualmente presenta su esposo (a) han dañado sus relaciones con el resto de la familia.
- SI () NO ()
- 2) Considera Usted que el estado anímico que usualmente presenta su cónyuge ha interferido con sus relaciones sexuales.
- SI () NO ()
- 3) Considera Usted que el talante de su cónyuge provoca los -- problemas educacionales que ustedes tienen con sus hijos.
- SI () NO ()
- 4) Le han informado de la escuela a la que acuden sus hijos - que estos tengan problema de conducta, tales como:
- a Agresividad con sus compañeros
- SI () NO ()
- b Agresividad con sus maestros
- SI () NO ()
- c Bajo rendimiento escolar
- SI () NO ()
- d Ha "repetido" consecutivamente año
- SI () NO ()
- e Se va de "pinta"
- SI () NO ()

- 5) Sus hijos tienen pocos amigos, menos amigos que el resto de los niños
SI () NO ()
- 6) Se orina alguno de sus hijos en la cama
SI () NO ()
- 7) Ha notado exceso de peso en uno o más de sus hijos
SI () NO ()
- 8) Cree Usted que el malhumor de su cónyuge, cuando lo presenta, afecte el estado de ánimo de sus hijos.
SI () NO ()
- 9) Cree Usted que la tristeza o depresión de su cónyuge, cuando lo presenta, afecte al estado de ánimo de sus hijos.
SI () NO ()
- 10) Cree Usted que su cónyuge tiene menos amigos (a) que el resto de las personas de su edad.
SI () NO ()
- 11) Ha cambiado varias veces su cónyuge de trabajo
SI () NO ()
- 12) Cree Usted que los despidos o problemas del trabajo que su cónyuge, sean debidos a su carácter.
SI () NO ()
- 13) Considera Usted que las constantes visitas al médico de su cónyuge afecten la organización dentro del hogar.
SI () NO ()

23) Algún miembro de la familia es aficionado al alcohol o drogas.

SI ()

NO ()

24) Ha notado tendencias homosexuales en algún miembro de la familia (padres e hijos, únicamente).

SI ()

NO ()

25) Los frecuentes malestares de su cónyuge alteran la estabilidad del hogar.

SI ()

NO ()

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR ALTERACIONES
EN LA DINAMICA FAMILIAR APLICADO AL --
PADRE DEL PACIENTE EN CASO DE SER -
SOLTERO. (ANEXO 3)

- 1) Considera Usted que el estado de ánimo que usualmente presenta su hijo, han dañado sus relaciones con el resto de la familia.
- SI () NO ()
- 2) Considera que el estado anímico de su hijo ha influido en -- los problemas educacionales que Ustedes tienen con el resto de sus hijos.
- SI () NO ()
- 3) Le ha informado de la escuela a la que acude su hijo - que este tenga algún problema de conducta como:
- a Agresividad con sus compañeros
- SI () NO ()
- b Agresividad con sus maestros
- SI () NO ()
- c Bajo rendimiento escolar
- SI () NO ()
- d Han "repetido" años consecutivamente
- SI () NO ()
- e Se va de pinta
- SI () NO ()
- 4) Su hijo tiene pocos amigos, menos amigos que el resto de los niños o jóvenes de sus edad.
- SI () NO ()

- 5) Se orina uno o varios de sus hijos en la cama.
SI () NO ()
- 6) Ha notado exceso de peso en uno o más de sus hijos
SI () NO ()
- 7) Cree Usted que el malhumor de su hijo, cuando lo presenta,
afecte el estado de ánimo del resto de la familia.
SI () NO ()
- 8) Cree Usted que la tristeza o depresión de su hijo, cuando
lo presenta, afecte el estado de ánimo del resto de la --
familia.
SI () NO ()
- 9) Cree Usted que su hijo tiene menos amigos que el resto de-
las personas de su edad.
SI () NO ()
- 10) Ha cambiado de trabajo varias veces su hijo.
SI () NO ()
- 11) Cree Usted que los despidos o problemas en el trabajo que-
tiene su hijo, en caso de ser así, sean debidos a su ca-
racter.
SI () NO ()
- 12) Cree Usted que las constantes visitas al médico de parte -
de su hijo, afecten la organización dentro de su hogar.
SI () NO ()

- 13) Su hijo golpea frecuentemente al resto de sus hermanos.
SI () NO ()
- 14) Le ha golpeado su hijo
SI () NO ()
- 15) Ha notado que sus otros hijos se asustan cuando el paciente habla solo, delira o tiene crisis.
SI () NO ()
- 16) Le irrita a Usted el mal aliño en su persona que frecuentemente tiene su hijo.
SI () NO ()
- 17) Le irrita a Usted el frenético afán de limpieza de su hijo
SI () NO ()
- 18) Alguno de su hijo ha huído del hogar, tratado de hacer.
SI () NO ()
- 19) Le irrita a Usted el grado de timidez o indecisión de su -- hijo.
SI () NO ()
- 20) Ha notado hostilidad o rechazo de el resto de sus hijos -- hacia el paciente
SI () NO ()
- 21) Algún miembro de la familia es aficionado al alcohol o dro gas.
SI () NO ()

22) Ha notado tendencias homosexuales en algún miembro de la -- familia.

SI ()

NO ()

23) Los frecuentes malestares de su hijo alteran la estabilidad del hogar.

SI ()

NO ()

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR ALTERACIONES EN
 LA DINAMICA FAMILIAR APLICADO AL HIJO MAYOR
 QUE CONVIVE CON EL PACIENTE, EN CASO DE
 SER VIUDO (A), O DIVORCIADO (A). (ANEXO 4)

- 1) Considera Usted que el estado de ánimo que usualmente presenta su padre (madre) han dañado las relaciones con el resto de la familia.
- SI () NO ()
- 2) Considera que el talante de su padre (madre) provoca los problemas educacionales que se suscitan con sus hermanos.
- SI () NO ()
- 3) Le han informado de la escuela a la que acuden sus hermanos, que estos tengan problemas de conducta tales como:
- a Agresividad con sus compañeros
- SI () NO ()
- b Agresividad con sus maestros
- SI () NO ()
- c Bajo rendimiento escolar
- SI () NO ()
- d Han "repetido" consecutivamente años
- SI () NO ()
- e Se van de "pinta"
- SI () NO ()
- 4) Sus hermanos tienen, pocos amigos, menos que el resto de los chicos de su edad.
- SI () NO ()

- 5) Se orinan, uno o más de sus hermanos en la cama.
SI () NO ()
- 6) Ha notado exceso de peso en uno o más de sus hermanos
SI () NO ()
- 7) Cree Usted que el malhumor de su padre (madre), cuando lo presenta, afecte el estado de ánimo de el resto de la familia.
SI () NO ()
- 8) Cree Usted que la tristeza o depresión de su padre (madre) cuando lo presenta, afecte el estado de ánimo del resto de la familia.
SI () NO ()
- 9) Cree Usted que su padre (madre) tiene menos amigas (os)- que el resto de las personas de su edad.
SI () NO ()
- 10) Ha cambiado de trabajo varias veces su padre (madre).
SI () NO ()
- 11) Cree Usted que las constantes visitas al médico, de parte de su padre (madre) afecten la organización de su hogar.
SI () NO ()
- 12) Ha pensado seriamente en huir de su casa debido al carácter de su padre (madre)
SI () NO ()
- 13) Su padre (madre) golpea frecuentemente a sus hermanos o usted.
SI () NO ()

- 14) Ha notado que sus hermanos se asustan cuando su padre (madre) habla solo, delire, o tenga crisis
SI () NO ()
- 15) Le irrita a Usted el mal aliño en que frecuentemente tiene su persona su padre; el hogar su madre.
SI () NO ()
- 16) Le irrita el frenético afán de limpieza que tiene su padre- (madre)
SI () NO ()
- 17) Alguno de sus hermanos ha huído del hogar o tratado de hacer.
SI () NO ()
- 18) Le irrita a Usted el grado de timidez o indecisión de su -- padre (madre)
SI () NO ()
- 19) Ha notado rechazo u hostilidad de sus hermanos hacia su padre (madre)
SI () NO ()
- 20) Algún miembro de la familia es aficionado al alcohol ó drogas.
SI () NO ()
- 21) Ha notado tendencias homosexuales en algún miembro de la -- familia.
SI () NO ()
- 22) Los frecuentes malestares de su padre (madre) alteran la estabilidad del hogar.
SI () NO ()

Posteriormente en el mes de septiembre se realizaron ambas encuestas a un grupo seleccionado al azar de 10 pacientes vistos entre los meses de abril a junio, para así determinar la presencia de un cambio tanto en el cuadro clínico como en la dinámica familiar de dichos pacientes y por ende la importancia que tiene una valoración adecuada y oportuna en el paciente psiconeurótico.

Por otra parte a todos los médicos de la Clínica Hospital No. 29 IMSS se les aplicó cuestionario de conocimientos básicos acerca de Psiconeurosis, excluyendo a los médicos que ocupan un cargo administrativo y a los colaboradores de la presente investigación.

El cuestionario consta de las siguientes preguntas:

CUESTIONARIO PARA MÉDICOS (ANEXO 5)

INSTRUCCIONES: Lea UD cuidadosamente y subraye la respuesta - que considere correcta en cada uno de los siguientes reactivos.

1) La Neurosis es sinónimo de:

- a - Psicosis
- b - Psiconeurosis
- c - Enfermedad psicósomática
- d - Neurastenia
- e - Simulador

2) Son formas de Neurosis las siguientes, excepto

- a - De ansiedad
- b - Histerica
- c - Obsesivo - compulsiva
- d - Hebefrénica
- e - Fóbica

3) Caso clínico.- Mujer de 18 a que previo edo. emocional desagradable presenta: ceguera de la mitad derecha de los -- campos visuales, cefalea unilateral izquierda, náuseas y vómito. El DX acertado es

- a - Epilepsia
- b - Neurosis conversiva
- c - Migraña clásica
- d - Neurosis de angustia
- e - Solo b y c

- 4) Caso clínico.- Mujer de 32 años casada, hogareña, sin causa aparente presenta taquicardia, taquipnea, palidez, opresión en pecho, diaforesis, espasmo carpopedal, llanto.- El DX corresponde a
- a - Epilepsia gran mal
 - b - Crisis conversiva
 - c - Hipoparatiroidismo
 - d - Síndrome de hiperventilación
 - e - Solo c y d
- 5) Son datos de neurosis de ansiedad crónica las siguientes, - excepto
- a - Insomnio
 - b - Cansancio fácil
 - c - Indecisión extrema
 - d - Ideas delirantes
 - e - Accesos de llanto
- 6) En la historia disociativa podemos encontrar
- a - Ideas delirantes
 - b - Amnesia, pérdida y cambio de identidad
 - c - Altibajos en el talante
 - d - Intentos suicidas
 - e - Cansancio constante
- 7) Las alucinaciones e ilusiones visuales y auditivas, acompañadas de un estado de delirio se encuentran en la neurosis de tipo
- a - Depresión reactiva
 - b - Maníaco depresiva
 - c - Histérica disociativa
 - d - Catatónica
 - e - Solo a y b

8) La realización de actos repetitivos y las ideas persistentes se encuentran en el siguiente tipo de neurosis:

- a - Obsesivo - compulsiva
- b - Paranoia
- c - Depresión reactiva
- d - Histérica disociativa
- e - De ansiedad

9) La manipulación del núcleo familiar, para la obtención de una ganancia secundaria es característica de

- a - Simulador
- b - Histéria conversiva
- c - Neurastenia
- d - Neurosis de ansiedad
- e - Neurosis fóbica

10) Qué signos buscaría en caso de que tuviera a diferenciar -- una crisis conversiva de una crisis convulsiva.

- a - Inicio y terminación súbita y que dura pocos segundos
- b - Que dura de segundos a pocos minutos.
- c - Midriasis con duración idéntica a la crisis misma
- d - Taquicardia
- e - Todas las anteriores.

IV. RESULTADOS.

4.1 Frecuencia de Psiconeurosis en los pacientes enviados al servicio de Neurología.

De los 731 pacientes, que, de acuerdo a las formas de registro de consulta y diagnóstico (F 4 - 30 - 8), acudieron a la consulta externa del servicio de Neurología entre el 15 de abril al 30 de septiembre de 1979, se encontró que el número de pacientes diagnosticados como psiconeuróticos fue de 75, lo cual representa el 10.2 % de la consulta de éste servicio.

Cabe aclarar que del universo de trabajo 75 pacientes, se descartaron del estudio a 12 debido a las siguientes causas: 8 pacientes no fueron localizados en los domicilios registrados en el archivo clínico de la Unidad. Dos que presentaban de tipo reactivo y dos más que se negaron a cooperar en el estudio.

El 58.8 % de los pacientes presentaron neurosis mixta, se presentan en la tabla A bajo el rubro de la psiconeurosis que predominó en ellas. El 41.2 % de los pacientes presentaron neurosis múltiple. La neurosis de angustia se encontró presente en todos los casos aunque no fué el tipo predominante.

En relación a los grupos de edad: la psiconeurosis se encontró en forma predominante en los grupos etarios comprendidos entre los 20 y 24 años con 12 pacientes (19%), entre los 25 y 29 años con 11 pacientes (17.4 %) y entre los 45 y 49 años 8 pacientes (12.6 %), la suma de los tres quinquenios engloban prácticamente a la mitad de los pacientes investigados (49 %). (Tabla 1, gráfica 1).

Respecto al sexo, el predominio fué hacia el femenino con 38 pacientes (60.3 %); masculinos fueron 25 pacientes --

(39.7 %). Se detalla por grupos de edad en la tabla 2.

De acuerdo a la ocupación, 24 pacientes femeninos (38 %) se dedican al hogar, 18 pacientes fueron obreros (28.5 %), de éstos 17 (26.9 %) fueron masculinos y uno femenino (1.6 %); empleados, fueron 11 pacientes (17.6 %), de éstos fueron 5 pacientes masculinos (9 %) y 6 femeninos (9.6 %), los resultados restantes se sumarizan en la tabla 3 y 3 bis.

La religión que predominó fué la católica con 62 -- pacientes (98.4 %) y un librepensador (1.6 %).

Los estados civiles que se encontraron fueron: Casados 45 pacientes (71.4 %), solteros 13 (20.6 %), viudos 4 (6.34 %) y un divorciado paciente (1.6 %) (gráfica y -- tabla 5).

Respecto al ingreso per cápita mensual de las 55 familias estudiadas, en 23 casos (35.5 %) eran inferiores a los 1000 pesos mensuales. El resto de los resultados se desglosan en la tabla y gráfica 7.

De acuerdo al número de integrantes por familia, en las que se encontró mayor predominio fué: entre 3 y 5 miembros con 29 casos por ambos grupos (46 %) tabla y gráfica 6)

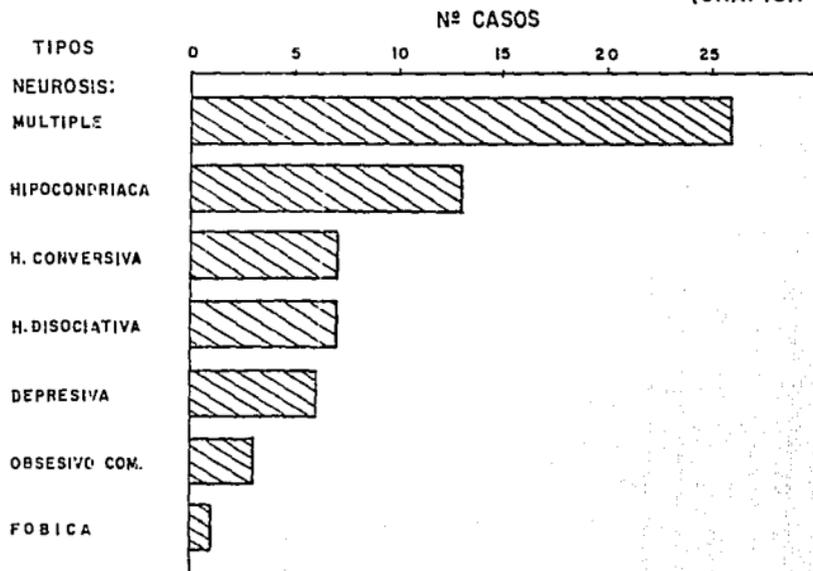
DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES
DE ACUERDO AL TIPO DE PSI-
CONEUROSIS.

Tipo de Psiconeurosis	No. de Pacientes	Porcentaje
Múltiples	26	41.2
Hipocondríaca	13	20.6
H. Disociativa	7	11.11
H. Conversiva	7	11.11
Depresiva	6	8.5
Obsesivo - Compulsiva	3	4.7
Fóbica	1	1.6
Total	63	100.0

TABLA " A "

**PSICONEUROSIS:
DISTRIBUCION DE ACUERDO A TIPO**

(GRAFICA A)



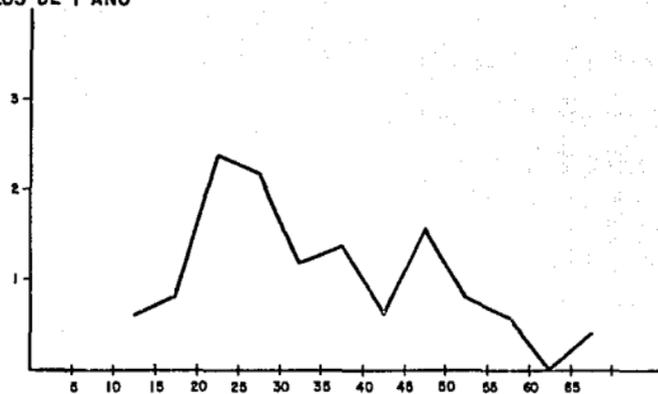
TOTAL 63 PACIENTES

DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES PSICONEUROTICOS
POR GRUPOS DE EDAD.

GPOS. EDAD	No. CASOS	%
10 a 14	3	4.7
15 a 19	4	6.3
20 a 24	12	19.0
25 a 29	11	17.4
30 a 34	6	9.5
35 a 39	7	11.1
40 a 44	3	4.7
45 a 49	8	12.6
50 a 54	4	6.3
55 a 59	3	4.7
60 a 64	0	0.0
65 o +	2	3.1
Total	63	100.0 %

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION POR EDADES

FREC. POR
INTERVALOS DE 1 AÑO



E D A D E S

TOT: 63 PACIENTES

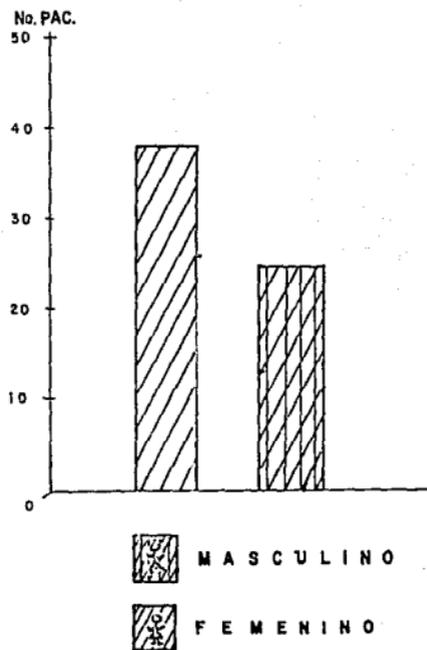
GRAFICA 1

DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES PSICONEUROTICOS DE ACUERDO A GRUPOS
DE EDAD Y SEXO

GPOS. EDAD	TOT	FEM	%	MAS.	%
10 a 14	3	3	4.7	0	0.0
15 a 19	4	4	6.3	0	6.3
20 a 24	12	7	11.1	5	7.9
25 a 29	11	6	9.5	5	7.3
30 a 34	6	3	4.7	3	4.7
35 a 39	7	6	9.5	1	1.6
40 a 44	3	1	1.5	2	3.1
45 a 49	8	2	3.1	6	9.5
50 a 54	4	3	4.7	1	1.5
55 a 59	3	2	3.1	1	1.5
60 a 64	0	0	0.0	0	0.0
65 0 +	2	1	1.5	1	1.5
Total	63	38	60.3 %	25	39.6 %

(TABLA 2)

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION POR SEXO



TOT. 63 PACIENTES

GRAFICA 2

DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES PSICONEUROTICOS
DE ACUERDO A OCUPACION

OCUPACIONES	No. CASOS	%
LABORES HOGAR	24	38.00
OBrero	18	28.5
EMPLEADOS	11	17.5
ESTUDIANTES	6	9.5
COMERCIANTES	2	3.2
PROFESIONISTAS	2	3.2
TOTAL	63	100.0 %

(TABLA 3)

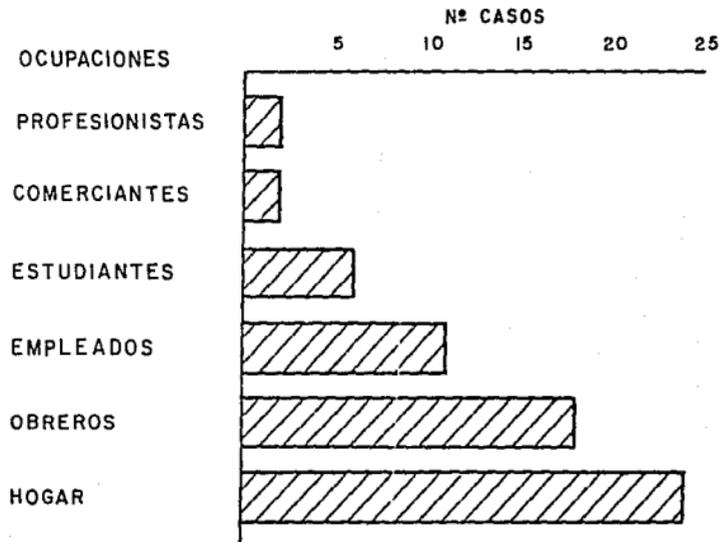
DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES PSICONEUROTICOS
DE ACUERDO A ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	No. CASO	%
ANALFABETAS	1	1.6
PRIMARIA INC.	22	34.9
PRIMARIA COM.	20	31.7
SECUNDARIA INC.	5	7.9
SECUNDARIA COM.	5	7.9
COMERCIO	6	9.5
PREPARATORIA	2	3.2
PROFESIONAL	2	3.2
TOTAL	63	100.0 %

(TABLA 4)

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION POR OCUPACIONES

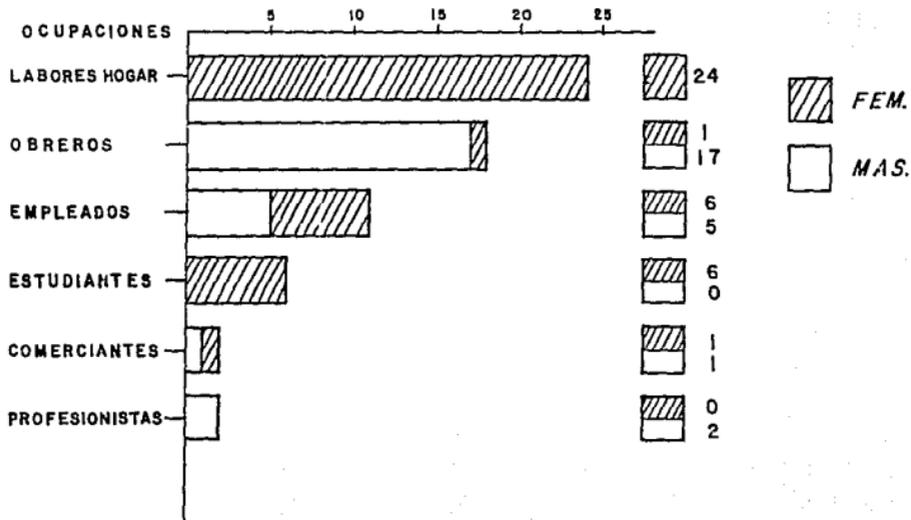
(GRAFICA 3)



97.

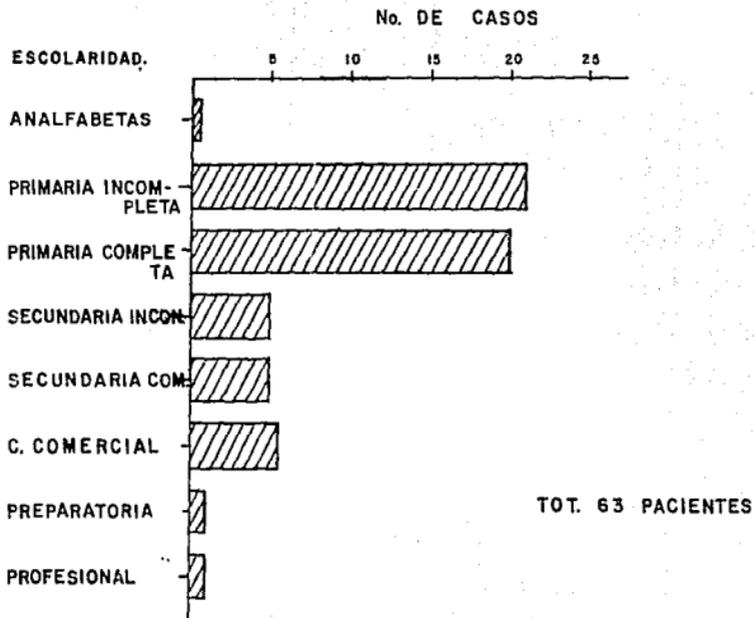
TOTAL 63 PACIENTES

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION DE ACUERDO A
SEXO Y OCUPACIONES.



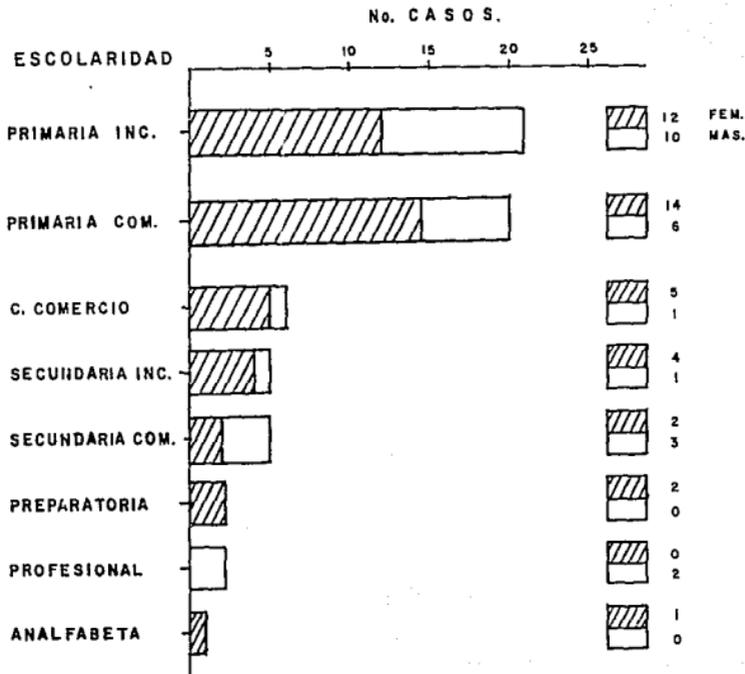
GRAFICA 3 BIS.

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION POR ESCOLARIDADES



GRAFICA 4

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL
SEXO Y ESCOLARIDAD.



TOT. 63 PACIENTES

GRAFICA 4 BIS.

DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES PSICONEUROTICOS
DE ACUERDO A EDO. CIVIL

ESTADO CIVIL	No. CASOS	%
CASADOS	45	71.4
SOLTEROS	13	20.6
VIUDOS	4	6.3
DIVORCIADOS	1	1.6
UNION LIBRE	0	0.0
TOTAL	63	100.0 %

(TABLA 5)

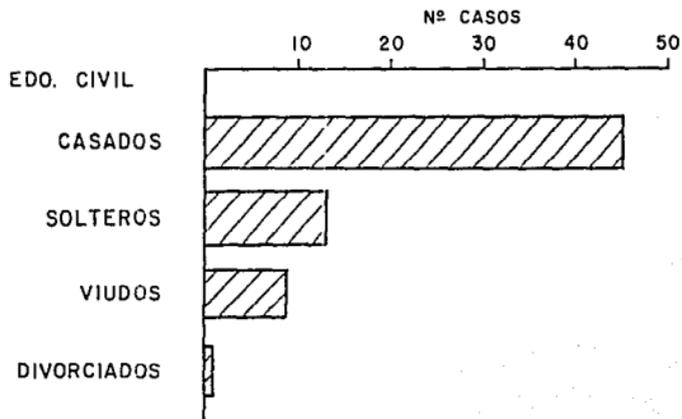
DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES PSICONEUROTICOS
DE ACUERDO A No. DE MIEMBROS DE FAM.

No. MIEMB. FAM.	No. CASOS	%
2	7	11.1
3	10	15.9
4	9	14.3
5	10	15.9
6	6	9.5
7	6	9.5
8	6	9.5
9	5	7.9
10	1	1.6
11 o +	3	4.8
TOTAL	63	100 %

(TABLA 6)

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION POR EDOS. CIVILES

(GRAFICA 5)



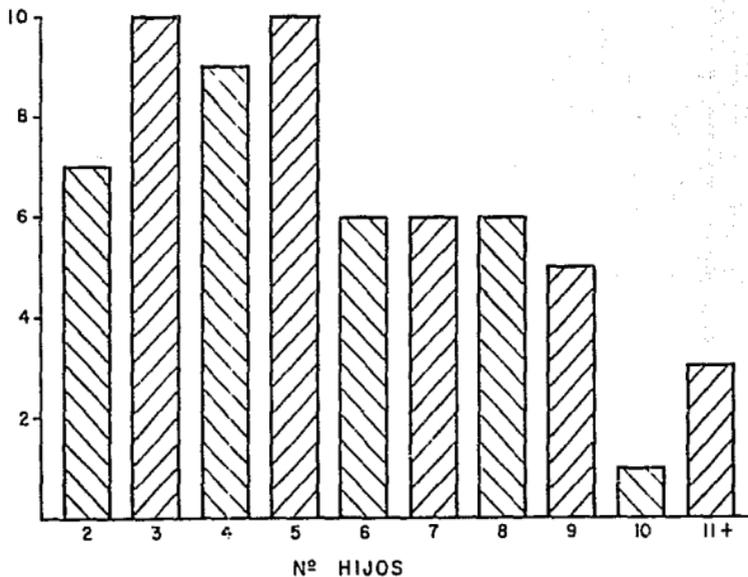
TOTAL 63 PACIENTES

51

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION DE ACUERDO A N° HIJOS

(GRAFICA 6)

N° CASOS



TOTAL 63 PACIENTES

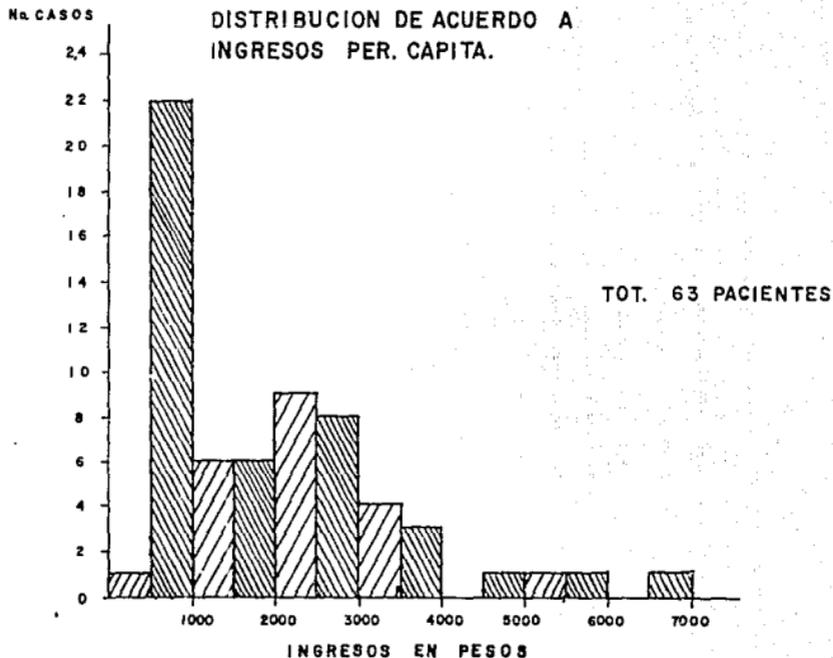
53

DISTRIBUCION DE 63 PACIENTES PSICONEUROTICOS
DE ACUERDO A INGRESOS PER CAPITA

INGRESOS P.C.	No. CASOS	%
0 a 500	1	1.6
501 a 1000	22	34.9
1001 a 1500	6	9.5
1501 a 2000	6	9.5
2001 a 2500	9	14.3
2501 a 3000	8	12.7
3001 a 3500	4	6.3
3501 a 4000	3	4.8
4001 a 4500	0	00.0
4501 a 5000	1	1.6
5001 a 5500	1	1.6
5501 a 6000	1	1.6
6001 a 6500	0	0.0
6501 a 7000	1	1.6
TOTAL	63	100 %

(TABLA 7)

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION DE ACUERDO A
INGRESOS PER. CAPITA.



GRAFICA 7

4.2 Nivel cognoscitivo que el médico posee sobre - Psiconeurosis.

El nivel cognoscitivo se evaluó en base a:

A.- Diez reactivos de opción múltiple (anexo 6) - que se aplicó a los médicos de la Unidad, en el cual observamos que el 65 % de los mismos contestaron correctamente a menos de la mitad de los reactivos, en 31 % contestaron correctamente entre 6 y 7 reactivos y solo en el 3.3 % contestaron correctamente entre 8 y 9 reactivos, en ningún caso se contestó correctamente la totalidad de las preguntas, gráfica y --- tabla 8.

B.- En base a los diagnósticos de envío al servicio de Neurología, se pudo observar de los 75 pacientes a los que se les hizo el diagnóstico de Psiconeurosis, sólo en 2 casos, fueron enviados con este diagnóstico. El resto de los mismos fueron enviados con diagnósticos tan disímboles como los que se enumeran en la Tabla 9.

C.- Aunque en forma indirecta, se evaluó en base al número de consultas generadas por los pacientes psiconeuróticos, y estas fueron:

3 consultas al año	5 pacientes
2 consultas al año	12 pacientes
1 consulta al año	10 pacientes
8 consultas al mes.....	2 pacientes
5 consultas al mes.....	1 paciente
4 consultas al mes.....	5 pacientes

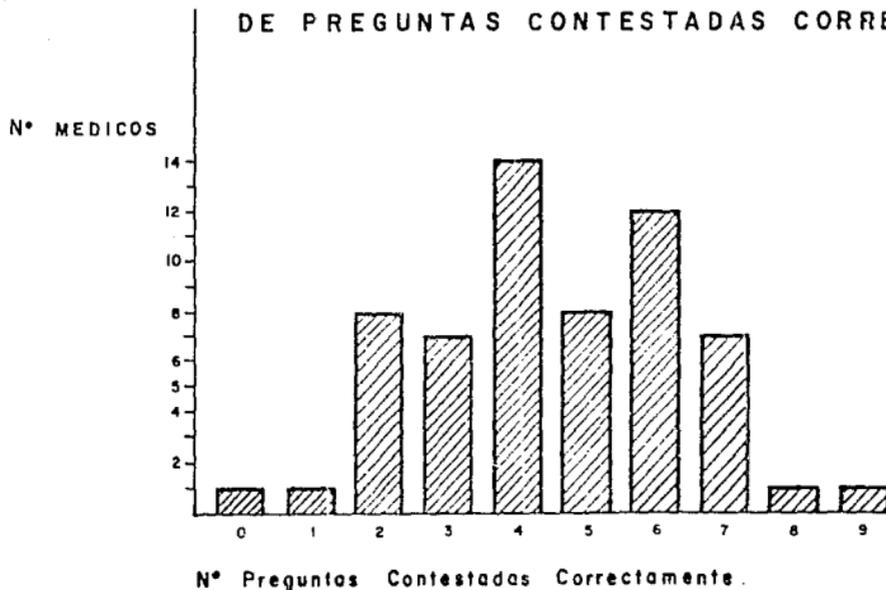
3 consultas al mes.....	5 pacientes
2 consultas al mes.....	11 pacientes
1 consulta al mes.....	8 pacientes
3 consultas a la semana.....	1 paciente
Nejaron acudir al médico.....	1 pacientes

DISTRIBUCION DE 60 MEDICOS DE ACUERDO AL NUM.
DE REACTIVOS CONTESTADOS CORRECTAMENTE.

REACT. CONTESTADOS CORRECTAMENTE	NUMERO MEDICOS	%
0	1	1.7
1	1	1.7
2	8	13.7
3	7	11.7
4	14	23.3
5	8	13.7
6	12	20.0
7	7	11.7
8	1	1.7
9	1	1.7
10	0	0.0
TOTAL	60	100 %

(TABLA 8)

PSICONEUROSIS:
DISTRIBUCION DE 60 MEDICOS SEGUN NUM.
DE PREGUNTAS CONTESTADAS CORRECTAMENTE



GRAFICA 8.

DISTRIBUCION DE 75 PACIENTES DE ACUERDO
A DIAGNOSTICO DE ENVIO

DIAGNOSTICOS DE ENVIO	No. PACIENTES	%
"A descartar patología neurológica	15	20.0
" Epilepsia "	12	16.0
" Cefalea de origen a determinar "	9	12.0
" Migraña "	7	9.3
" Crisis convulsivas "	6	8.0
" Daño cerebral "	5	6.7
" Sin diagnóstico "	3	4.0
" Pequeño mal "	3	4.0
" Neurosis "	2	2.7
" Cefalea tensional "	2	2.7
" A descartar masa ocupativa "	1	1.3
" Insuficiencia vascular cerebral "	1	1.3
" Neuralgia del trigémino "	1	1.3
" A descartar patología cerebral "	1	1.3
" Cortipatía "	1	1.3
" Cisticercosis cerebral"	1	1.3
" Parálisis de Bell "	1	1.3
" Protrusión de disco intervertebral"	1	1.3
" Vértigo "	1	1.3
" Radiculoneuritis "	1	1.3
" A descartar verdadero traumatismo - cráneo - encefálico	1	1.3
TOTAL	75	100 %

4.3 Metodología a seguir en el estudio de un paciente con diagnóstico presuncional de Psiconeurosis.

Consideramos que es necesario una secuencia metodológica del estudio del paciente psiconeurótico, dado el alto índice de errores en el diagnóstico, que como hemos visto existen en relación a padecimientos de éste tipo, y sobre todo en casos que se encuentran en los límites de la neurología, y la psiquiatría, obviando decir que no existe un solo método de laboratorio o gabinete que por sí solo diagnostique un padecimiento neurológico o psiquiátrico, como se ha pretendido en últimas fechas, como por ejemplo EEG para el diagnóstico de epilepsia. Por tanto un estudio sistematizado y ordenado que incluya la totalidad de los hallazgos clínicos es el único camino posible para llegar al diagnóstico mas acertado.

HISTORIA CLINICA

Interrogatorio

Padecimiento Actual - En éste apartado cobra relevancia la confianza que es necesario inspirar en el paciente; El inicio de la charla puede ser con una tribuna libre sutilmente dirigida en la que el paciente explique ampliamente su padecimiento, además de realizar la semiología de los síntomas cardinales. Veremos que nunca logran sistematizar éstos, por lo tanto no integramos síndromes.

Es importante señalar que los pacientes psiconeuróticos carecen de una cultura médica suficiente, motivo por el cual los signos y síntomas que nos presentan no pueden confundirnos si hacemos un buen análisis de ellos.

No negamos que para llegar a un diagnóstico preciso se requiere de un estudio cuidadoso, analizando los síntomas y signos en forma exhaustiva, para así, una vez integrado el diagnóstico de psiconeurosis, continuar el interrogatorio para determinar, el tipo de psiconeurosis que el paciente presenta; lo cual puede realizarse mediante el cuestionario que aplicamos a nuestros pacientes (anexo 1).

Antecedentes.- Frecuentemente encontramos antecedentes de stressen forma continua o de gran intensidad dentro del ámbito familiar, además de que pueden existir otros antecedentes psiquiátricos en la familia.

Es importante ubicar la fase en que se encuentra la familia del paciente en estudio, ya que existen etapas adaptativas críticas para desencadenar una psiconeurosis, tales como las fases de dispersión e independencia que se caracterizan tanto por ajustar a los hijos a una actitud autónoma y autosuficiente, como por equilibrar a todos los miembros de la familia a los rápidos cambios sociales y culturales por los que la misma atraviesa. (9, 15).

Veremos que dentro de la niñez de un Psiconeurótico podemos encontrar datos como:

- Sonambulismo
- Terrores nocturnos.
- Enuresis.
- Hiporexia selectiva
- Delirio asociado a elevaciones térmicas.
- Inestabilidad emocional.

- Fobias, compulsiones, " berrinches ".
- Timides, onicofagia.

Exploración Física Neurológica:- El estudio neurológico con el que habitualmente es suficiente para llegar al diagnóstico es el siguiente:

Estado mental - Prácticamente es normal en los pacientes psiconeuróticos, excepto en los casos graves que cursan con psiconeurosis en los límites con una Psicosis, y ésta es la de tipo Histórico Disociativo.

Funciones Cerebrales Generales.

A) Conducta.- Cualquier tipo de conducta peculiar debe ser tomada en cuenta; gesticulaciones exageradas, verbosidad, repetición estereotipada de movimientos (copraxia), - repetición de palabras sin sentido (verbigeración), "Nerviosismo", presencia de ideas compulsivas como la de contar objetos, repetir palabras o frases en un orden determinado (ritual). La actitud general del paciente; atento, tranquilo, - indiferente, antagónico, tímido, deprimido, ansioso. Todo esto en un momento dado nos proporcionará datos para ratificar o deshechar un diagnóstico de naturaleza psicótica, psiconeurótica, o franca patología neurológica.

B) Nivel de conciencia - Se mide de acuerdo con la respuesta a todo tipo de estímulos, existe desde la confusión, somnolencia o sueño ligero, hasta el estado de coma en que no existe respuesta a ningún tipo de estímulos. El psiconeurótico está poco afectado en éste nivel y solo encontramos cuadros de confusión en la Neurosis disociativa.

El psiconeurótico puede no responder a cierto tipo - de estímulos, pero responderá adecuadamente a otros del mismo tipo, por ejemplo. No emite queja a un estímulo doloroso, pero es frecuente que si se le habla en relación a la problemática desencadenante de su cuadro, el paciente responda con llanto, manifestando así su verdadero estado de conciencia.

Es factible encontrar estos problemas en la psiconeurosis histérica disociativa; en la de tipo conversivo, cuando simulan estar inconcientes, veremos que hay ausencia de -- respuesta a estímulos verbales, en ocasiones hasta dolorosos, pero no podrá evitar responder a ciertos reflejos como son: -- respuesta a la amenaza si tiene los ojos abiertos, reflejo -- corneal, palpebral, evitara autogolpearse cuando el explorador deja caer su extremidad superior sobre su rostro.

C) Capacidad intelectual.- Se investigará: Orientación, cálculo, memoria, juicio, razonamiento abstracto, -- etc. Habitualmente ninguna de éstas se encuentra alterada.

D) Reacciones emocionales.-Es muy importante éste -- capítulo ya que prácticamente todos los pacientes psiconeuróticos tienen alteración de su estado anímico como son: Cuadros de angustia, (miedo a lo desconocido), la cual puede acompañarse de sensación de ahogo, palpitaciones, opresión en el -- pecho, sensación de muerte, insomnio, etc. Cuadros de depresión (tristeza, llanto fácil, hipersomnia, hiporexia etc.). Otras reacciones emocionales frecuentes en el paciente psiconeurótico son la hostilidad, el autismo, el negativismo etc.

E) Contenido del pensamiento.- Presencia de delirios o alucinaciones, en éstos casos sería necesario diferencias -- entre: Psiconeurosis Histérica Disociativa, tumores intracraneales, o franca psicosis.

Podemos encontrar también en el psiconeurótico ideas fijas, sobre todo en el obsesivo - compulsivo, y en el depri-
mido.

Patrones Psicosensoriales.

Es frecuente encontrar pacientes que simulan no poder emitir lenguaje habitualmente articulado, se descarta ésta alte-
ración al revisar y encontrar normal su aparato de fonación.

Otras veces además de no emitirlo simulan no entender lo, por lo que debemos de diferenciarlo de una afasia mixta -- imposibilidad de emitir lenguaje a pesar de tener normales el aparato de fonación y el de la audición) solo que éste padecimiento es raro verlo por si solo, habitualmente se presenta en viejos acompañado de alteración de otras áreas del hemisferio dominante como hemiplejía, hemihipoestésias o homianopsia homóclina (imposibilidad para ver en hemicampo visual de ambos ojos, ya sea derecho o izquierdo).

Los psiconeuróticos son orgánicamente sanos completamente, ésta aparente falta de lenguaje no les causa angustia, en contra del afásico real que se angustia y llora, el psiconeurótico podrá emitir lenguaje con cierto estímulo y el afásico nunca.

Habitualmente las enfermedades neurológicas que afectan la lengua son lentamente progresivas, v.g. parálisis bulbar progresiva. En enfermedades cerebro vasculares las afasias se acompañan de síndrome piramidal (lesión de vía corticoespinal que da hemiplejía).

Cuando el paciente pretende presentar ceguera o ausencia de visión debemos investigar primero que vea con luz, si niega ver ésta, buscaremos ciertos reflejos como son; amenazar

con golpear la cara a nivel de los ojos (respuesta a la amenaza) si cierra los ojos interpretaremos por tanto que el paciente ve, también podemos poner un objeto oscilante ante sus ojos o bien pasar una banda con líneas blancas y negras, si presenta nistagmus, obviamente interpretaremos que el paciente tiene conservada la facultad para la visión.

Si el paciente negara escuchar, buscaremos el reflejo cocleo - palpebral (se realiza produciendo un ruido intenso evitando que el paciente vea cuando se producirá el estímulo, - o bien cuando el paciente esté distraído, la respuesta puede ser un sobresalto, si éste no existiera buscaremos por lo menos parpadeo).

Las agnosias (incapacidad de identificar por medio de los órganos de los sentidos) se diferencian de las siconeuros que la simulan, en que en éstas lo hacen en forma selectiva, es decir reconocen algunos objetos y otros no (sumamente raro verlo en pacientes neurológicos y más raro en los psiquiátricos).

Pares Craneales: De éstos el mas frecuentemente afectado es el óptico (ceguera) ya se hizo referencia a el en líneas previas. En relación al séptimo par otro padecimiento que puede confundirse con la parálisis facial, es la desviación de la comisura bucal permanente, en ésta última no sistematiza a la mitad de la cara (no arruga frente, no eleva el párpado, - y no desvía la boca hacia el lado sano), y desaparece al distraer al paciente o bien cuando duerme. En relación al octavo par, es también frecuente encontrar vértigo subjetivo, en el que no vamos a hallar nistagmus ni siquiera con los movimientos bruscos de la cabeza; Las pruebas vestibulares son normales, y el mismo vértigo es inconstante sobretodo si se previene al paciente, respecto a la rama coclear se investiga el reflejo -- cocleo - palpebral mencionado anteriormente.

Cerebelo. - La histéria conversiva en ocasiones puede presentarse con marcha de ebrio, es selectivo por ejemplo al tener normales otras marchas, debemos diferenciarlo de un Síndrome Cerebeloso en base a que no se acompaña de dismetría, adiadococinesia, dismetría ocular; así mismo es importante recordar que en el neurótico existen temblores, pero éstos son de grandes oscilaciones y que desaparecen al distraer al paciente.

Sistemas motor. - La Neurosis conversiva frecuentemente se manifiesta por parálisis ya sea de un miembro, de dos miembros o de todo el organismo, la forma de diferenciar las historias que se acompañan de parálisis, es la ausencia de signos y síntomas que integran un Síndrome, v. g. parálisis, con hipertonia, aumento de reflejos, clonus, babinsky en Síndrome de Neuroma Matora Superior o bien parálisis, atrofia muscular, flacidez, fasciculaciones, ausencia de reflejos, que integran el Síndrome de Neurona Matora Inferior (en ambos Síndromes hay un período de latencia de días habitualmente para que el cuadro sea florido). Hay padecimientos Metabólicos que se deben diferenciar de Psiconeurosis ej. parálisis periódica familiar.

Sistema Sensitivo. - Es frecuente observar en la neurosis conversiva, cuadros con alteraciones de la sensibilidad, tales como anestesia, hipoestesia; habitualmente de un miembro, la gran mayoría de las veces en manguito, ocasionalmente mencionan cierta sistematización como hipoestesias en ambos miembros inferiores, se descarta ésta patología porque no sigue dermatomas o metámeros y además estamos acostumbrados a observar las asociadas a problemas motores y/o de esfínteres.

4.4 Repercusiones de la Psiconeurosis en la dinámica Familiar e importancia del diagnóstico oportuno de ésta.

Las alteraciones de la dinámica familiar se detectaron de acuerdo con cuestionario, cuyas 29 preguntas se dividieron en las áreas de:

- a Socialización familiar
- b Educación de la familia
- c Desintegración familiar
- d Esfera sexual del paciente
- e Funciones ejecutivas del paciente
- f Socialización del paciente
- g Area laboral del paciente
- h Dinámica familiar en forma global

Con respecto a las áreas más frecuentemente afectadas se encontró en orden decreciente: Alteración de las funciones ejecutivas del paciente afectación en 38 familias (69.1 %). - Socialización del paciente 35 familias (66.6 %), Alteración de la dinámica familiar en forma global en 34 familias (61.8%) (Gráfica 11).

De acuerdo al número de áreas afectadas; se encontraron: 3 áreas alteradas en 8 familias (14.54 %), 4 áreas afectadas en 17 familias (30.9 %), 5 áreas afectadas en 8 (14.54%) 6 áreas en 7 familias (12.7 %) 7 áreas en 2 familias (3.63%) De 0 a 2 se encontró un total de 13 familias (23.62 %).

En relación al rol que jugaba dentro de la familia - el paciente afectado (gráfica 9) se encontró:

- Padre - De las 55 familias estudiadas en 18, el -- paciente jugó este rol; afectándose la dinámica familiar en 14 (77 %)

- Madre.- Se encontraron a 24 pacientes con este rol, afectándose la dinámica en 18 familias --- (75 %).

- Hijos - De los 13 pacientes, se encontró afectación en 9 familias (69 %)

AREAS DE LA DINAMICA FAMILIAR ALTERADAS	DESINTE-GRACION FAMILIAR	DIN FAM FORMA GLOBAL	SOCIALI-ZACION DE LA FAMILIA	EDUCACION DE LA FAMILIA	FUNCIONES EJECUTIVAS	ESFERA SEXUAL	AREA LABORAL	SOCIALIZACION DEL PACIENTE	TOTAL
CASOS	1	2	3	4	5	6	7	8	
CASO	1				•		•		2
"	2		•		•	•			4
"	3								0
"	4							•	1
"	5			•	•		•		4
"	6							•	1
"	7	•	•					•	3
"	8	•							1
"	9	•		•	•			•	5
"	10	•	•		•	•			4
"	11								0
"	12		•		•	•	•		4
"	13	•	•	•	•	•		•	6
"	14	•			•		•		3
"	15		•	•	•	•		•	6
"	16	•	•	•	•	•		•	7
"	17		•			•	•		5
"	18	•			•	•		•	4
"	19		•	•		•	•		4
"	20								1
"	21	•	•		•		•	•	5
"	22		•	•	•	•			4
"	23	•	•	•	•	•			4
"	24		•						5
"	25	•	•		•		•		4
"	26		•		•	•	•		5
"	27	•		•	•	•		•	4
"	28	•	•	•	•		•	•	6
"	29	•	•	•	•	•		•	5
"	30			•		•		•	3
"	31			•	•			•	3
"	32		•				•		4
"	33		•		•	•		•	4
"	34	•			•	•	•	•	6
"	35		•						1
"	36		•					•	4
"	37	•	•	•	•	•		•	6
"	38		•	•		•		•	5
"	39		•	•	•	•		•	7
"	40	•	•	•	•	•		•	6
"	41				•	•		•	3
"	42				•				1
"	43								0
"	44			•	•		•	•	4
"	45	•	•		•			•	4
"	46		•		•	•			3
"	47	•	•	•	•	•	•		6
"	48				•	•			1
"	49		•		•	•		•	5
"	50					•	•		4
"	51		•	•	•	•		•	4
"	52	•	•	•	•		•	•	6
"	53			•	•			•	3
"	54			•	•			•	3
"	55							•	2
TOTALES	21	34	20	14	38	25	18	35	205

Tomando en cuenta las preguntas más frecuentemente contestadas en forma afirmativa y en forma decreciente, anotamos los 10 primeros lugares:

- a Le irrita a Usted el Grado de Indecisión o timidez de su cónyuge, fué contestada en forma afirmativa en 38 casos.
- b En 35 casos se contestó afirmativamente las siguientes preguntas:
- Los frecuentes malestares de su cónyuge alteran la estabilidad de su hogar?
- Cree Usted que su cónyuge tiene menos amigos -- que el resto de las personas de su edad?
- Cree Usted que la tristeza o depresión de su cónyuge, cuando lo presenta, afecte el estado de ánimo de sus hijos?
- c En 34 casos, la pregunta:
- Cree Usted que el malhumor de su cónyuge, cuando lo presenta, afecte el estado de ánimo de sus hijos?
- d En 32 casos: Considera Usted que el estado de ánimo que usualmente tiene su cónyuge han dañado sus relaciones con el resto de la familia?
- e En 31 casos: Ha notado que sus niños se asusten cuando su cónyuge habla solo, delire o tenga crisis nerviosas?

- f En 27 casos: Considera Usted que el estado de ánimo de su cónyuge ha interferido con sus relaciones sexuales?
- g En 26 casos: Le han informado de la escuela a la que acuden sus hijos que estos tengan problemas como: Bajo rendimiento escolar?
- h En 23 casos: Sus hijos tienen menos amigos que el resto de los demás niños de su edad?
- i En 21 casos: Considera Usted que el talante de su cónyuge provoca los problemas educacionales que tienen ustedes con sus hijos?
- j En 29 casos: Le irrita a Usted el mal aliño en que tienen el hogar su esposa?, Le irrita a Usted el mal aliño personal de su esposo?.

Con relación a las revaloraciones efectuadas en 10 - pacientes escogidos al azar vistos entre los meses de Abril a - Junio, las cuales fueron realizadas en el mes de Septiembre, - encontramos tanto en la encuesta realizada al paciente como en la de dinámica familiar aplicada al familiar los siguientes --- cambios:

CUESTIONARIO I, Paciente

	V	R	M
1)	18	6	66.3 %
2)	34	25	73.5
3)	23	16	69.5
4)	22	13	56.5
5)	37	40	----
6)	22	3	86.4
7)	15	7	46.6
8)	31	20	55.5
9)	25	22	6.5
10)	36	28	22.3

CUESTIONARIO II, Familiar

	V	R	M
	5	1	20 %
	3	1	33.3
	16	4	75
	11	11	0
	12	15	---
	13	2	84.7
	9	6	33.3
	13	6	46.1
	10	7	30
	10	8	20

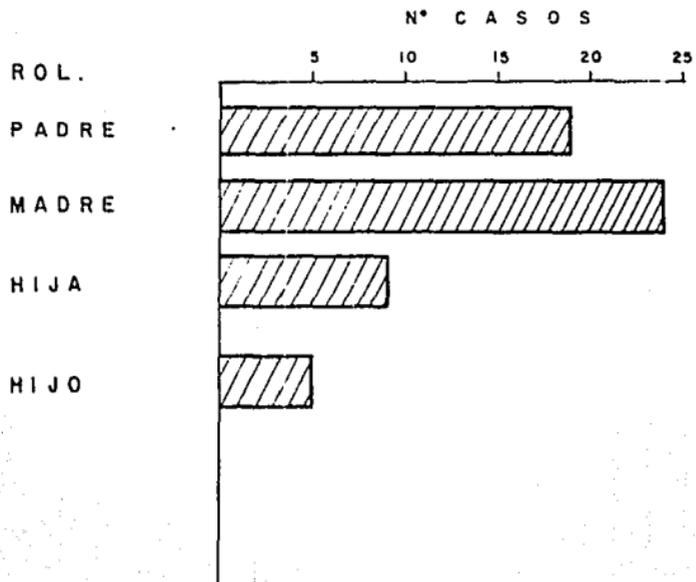
V - Primera Valoración

R - Revaloración

M - Mejoría, porcentaje.

De los 10 pacientes, excepto uno (CASO 1) todos -
recibieron tratamiento farmacológico a base de Imipramina de -
50 a 100 mg. por día; y 6 además recibieron Trifluoroperacina
2 mg. por la noche (casos: 2, 3, 4, 5, 8 y 9)

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL
ROL DESEMPEÑADO DENTRO DE LA FAMILIA



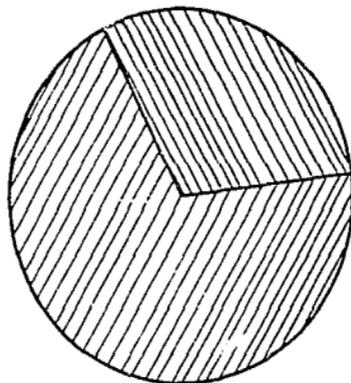
TOT: 55 PACIENTES.

GRAFICA 9 .

h

PSICONEUROSIS:
DISTRIBUCION DE ACUERDO A
DIN. FAMILIAR ALTERADA

(GRAFICA B)

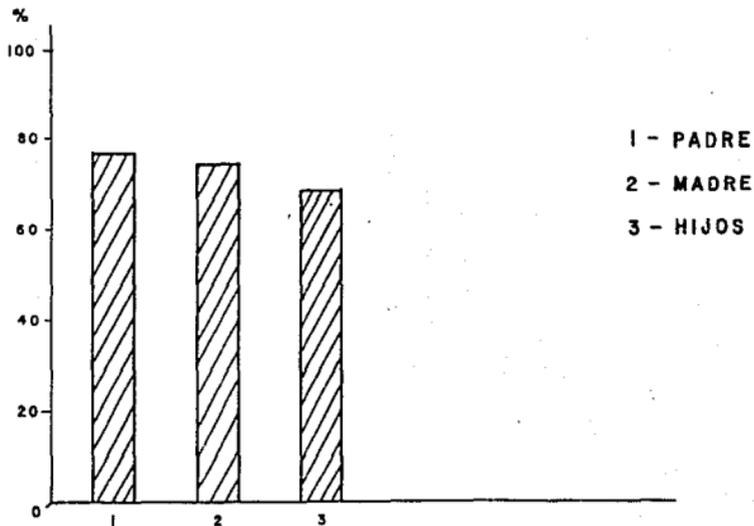


TOTAL 55 PACIENTES

DINAMICA FAMILIAR ALTERADA	69 %	
" " SIN ALTERACION	31 %	

62

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION POR ALTERACION EN
LA DIN., FAM. Y ROL DESEMPEÑADO

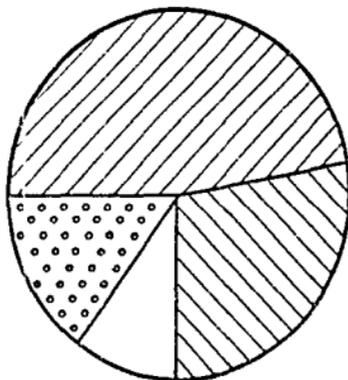


TOTAL 55 PACIENTES

GRAFICA 10

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION EN % DE ACUERDO AL
ROL DESEMPEÑADO DENTRO DE LA
FAMILIA

(GRAFICA 9)

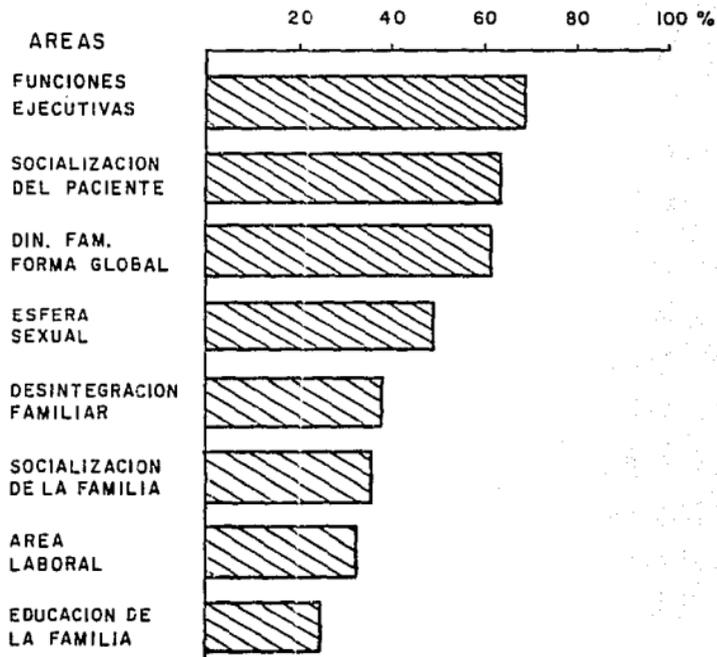


	MADRE	44 %
	PADRE	33 %
	HIJA	14 %
	HIJO	9 %

TOTAL 55 PACIENTES

PSICONEUROSIS
DISTRIBUCION DE ACUERDO A
AREAS ALTERADAS

(GRAFICA II)



TOTAL 55 PACIENTES

V. CONCLUSIONES.

1.- La frecuencia de pacientes, psiconeuróticos en viados a la consulta externa de Neurología es de 10.2 %; no tenemos un patrón de compración con base a bibliografía para saber si esta incidencia es alta o baja.

2.- En relación al tipo de psiconeurosis; no encontramos psiconeurosis de un solo tipo; predomino la forma mixta y la múltiple, pero la totalidad de los pacientes presentaron neurosis de angustia.

3.- Se encontró predominio del sexo femenino sobre el masculino en una relación de 3:2; tomando como referencia el censo de 1970, en que la población general dicha relación es de 1:1.

4.- De acuerdo con lo escrito por algunos autores -- (12) encontramos que la mayor incidencia de las neurosis se desarrolla en los últimos años de la adolescencia y la segunda década de la vida, otro pico dentro de esta gráfica se encuentra en la 4a. década de la vida.

5.- Es interesante exponer que la mayor incidencia de pacientes psiconeuróticos se encontró dentro del grupo de baja escolaridad; aunque esto se encuentra en relación con lo descrito en el censo de 1970, en el que se anota nivel académico en el D.F. es de 3er. año de primaria.

6.- El mayor índice de psiconeurosis se encontró --- entre las mujeres que se dedican a labores del hogar.

7.- La mayor incidencia de pacientes psiconeuróticos se encuentra en aquellos que perciben bajos ingresos per cápita (mil o menos mensuales)

ESTA TEXA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

8.- Contrario a lo esperado se encontró que la mayor incidencia de pacientes psiconeuróticos se encuentra en aquellas familias con 3 a 5 miembros.

9.- Se observó que cuando el paciente psiconeurótico juega el rol de padre dentro de una familia afectada, mayor es la repercusión en la dinámica familiar; y en grado decreciente cuando el rol es de madre y de hijo respectivamente.

10.- El nivel cognoscitivo del médico en relación a Psiconeurosis es bajo.

11.- La mayoría de los diagnósticos con los que son enviados los pacientes psiconeuróticos al servicio de Neurología no existen como entidad nosológica.

12.- Durante el cuestionario dirigido al médico se encontró, se encontró en este a una tendencia a catalogar como neurosis conversiva a todo cuadro precedido de estado emocional desagradable, lo cual resulta claramente peligroso.

13.- Los pacientes Psiconeuróticos generan un alto número de consultas, más del 50 % de los pacientes generaban más de una consulta por mes, llegando al extremo un paciente con asistencia a la consulta de 3 veces por semana.

14.- El diagnóstico oportuno y acertado es de importancia por la buena evolución del paciente psiconeurótico; lo cual quedó demostrado en las revaloraciones efectuadas a 10 pacientes escogidos al azar, encontrándose mejorías tanto en el cuadro del paciente como en la dinámica familiar; de estos 10 pacientes solamente en 1 caso se observó una franca mala evolución.

VI. BIBLIOGRAFIA.

- 1) Baker A.B. et al: Clinical Neurology, 2a. ed., - Hoeber - Harper International, N.Y. 1965
- 2) Bolechowsky F.: Coexistence of psychoneuroses - - with organic disease. Zeitschrift fur die Gesamte Innere Medizin und Ihre Grenzgebiete, Leipzig 31 (1): 291-2, I Enero 1976.
- 3) Carballo R.: The Borderline Syndrome. Anales Revista Academia Nacional de Medicina, Madrid. --- 89:55-89, 1972
- 4) Collier H.L.: Psychological Aspects of Epilepsy. Epilepsy as Chronic Health Problem. Arizona Medicine. 32(3):175-9 Marzo 1975
- 5) Flor - Henry P.: Psychosis, Neurosis & Epilepsia developmental and sensor - Related effects and - their aetiological contribution. British Journal Psychiatry. 124:144-50. Febrero 1974.
- 6) Fustinoni, O, et al: Semiología del Sistema Nervioso, 9a. ed. Editorial EL Ateneo. Buenos Aires, -- Argentina.
- 7) Hofling, C.K.: Tratado de Psiquiatría, 1a. Ed., - Editorial Interamericana, 1965
- 8) Ingram H.D.: Natural Selection and Neuroses. American Journal of Psychiatry. 133(11): 1351-2. -- Noviembre 1976
- 9) Leffero L.: La Familia. 1a. ED. Editorial Edicol - S.A. 1976
- 10) Manekshas et al: Anxiety, Neurosis in General --- Practice. British journal of Medical Practice. - 28(2):65-66. Febrero 1974

- 11) Mayer - Gross: *Psiquiatría clínica*, 2a. ed., Paidós, Buenos Aires Argentina. 1974
- 12) Kolb L.C. et al.: *Psiquiatría Clínica Moderna*, 4a ed., La Prensa Médica Mexicana, México 1971
- 13) Parker, N.: *Accident Litigants With Neurotic Symptoms*. *Medical Journal of Australia*. 2(10):318-22. Septiembre 1977.
- 14) Querol, M., Alarcón, R.: *La enseñanza de la Psiquiatría y su relación con la Práctica Médica*. - *Revista de Neuropsiquiatría*, Perú. 39(2):76-8 -- junio de 1976.
- 15) Sánchez Azcona J.: *Familia y Sociedad*. Ed. 1a. -- Editorial Joaquín Mortis México 1974.
- 16) Salkind, M.R.: *Anxiety Neurosis in General Practice*. *Postgraduate Medical Journal*. 48 sup. 4:34-41. Septiembre 1972
- 17) Shortell, S.M. et al: *Referral Relationships between Internist and Psychiatrist in fee-service Practice: an empirical examination*. *Medical Care*. 12:229-40. Marzo 1940
- 18) Solomo P.Verno DP: *Manual de Psiquiatría*, 1a.Ed., Editorial El Manual Moderno S.A. México, D.F. 1972
- 19) Wechsle, IS: *Neurología Clínica*, 9a. Ed., Editorial Interamericana México, D.F. 1965
- 20) *Miembros de la Clínica Mayo: Examen Clínico Neurológico*. 1a. Ed. en español, 2a. en Inglés, Editorial La Prensa Médica Mexicana, México 1970.
- 21) Pardinás F. *Metodología y Técnicas de investigaciones en ciencias Sociales*. 18a ed. Editorial siglo XXI México, D.F. 1978