

## NEUROSIS Y SUS MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS DE ORGANICIDAD

- \* Dr. Diógenes Santos Viloria
- \*\* Dr. Julio Ravelo Astacio
- \*\*\* Dr. Rafael Báez Santana
- \*\*\* Dr. Edilberto Estrella U.
- \*\*\* Dr. Confesor Cabral

El siguiente trabajo es producto de un estudio realizado en el hospital Dr. Luis E. Aybar, con la finalidad de ver la magnitud del problema psiquiátrico en los pacientes con este tipo de trastorno. También intentaremos relacionar manifestaciones de orden somático con el perfil psiquiátrico de estos enfermos.

La presencia cada vez mayor de pacientes neuróticos con manifestaciones neurológicas de organicidad en la consulta general, así como el conocimiento que teníamos acerca de la alta incidencia de estos trastornos a nivel internacional por estudios realizados en diversas latitudes, hirió nuestra sensibilidad y nos llevó a introducirnos en este mundo de laberintos no muy bien investigados, para así

tratar de hacer una correlación de las experiencias obtenidas por otros autores.

Con relación a los síntomas físicos que estos pacientes pueden hacer referente a la esfera neurológica, los hay motores y sensoriales.

Motores: En todos ellos la función está alterada sin que se pueda demostrar cambios fisiológicos o anatómicos.

Las parálisis pueden tomar la forma de monoplejía, hemiplejía o paraplejía y pueden ser flácidas o espásticas.

Los reflejos profundos no se pierden en las formas flácidas; pueden estar exagerados en las formas espásticas, pero sin clonus verdadero ni reflejo de Babinsky.

En la hemiplejía neurótica la parálisis de los músculos proximales es mayor que la de los distales, en la hemiplejía orgánica sucede lo contrario. En este paciente el antebrazo está extendido y no flexionado ligeramente, como en la hemiplejía orgánica; el enfermo arrastra la pierna en lugar de mecerla en circoconducción, no se aprecia adelgazamiento de las extremidades paralizadas.

En los casos que parecen parálisis flácidas el diagnóstico se hace por las reacciones eléctricas normales; la ausen-

---

(\*) Jefe del Servicio de Neurología, Hospital Dr. Luis E. Aybar. Santo Domingo.

(\*\*) Psiquiatra, Hospital Dr. Luis E. Aybar. Santo Domingo.

(\*\*\*) Residentes de Medicina Interna. Hospital Dr. Luis E. Aybar. Santo Domingo.

cia de decúbito descarta una paraplejía de origen neurológico: es frecuente que aparezca una contractura como la de un puño cerrado en forma tensa. También puede aparecer retención urinaria sobre todo en mujeres.

Pueden aparecer también tics, temblores, casi siempre de grandes oscilaciones y movimientos coreiformes y clónicos. Este tic consiste en un movimiento espasmódico, coordinado y brusco de un pequeño grupo de músculos funcionalmente relacionados entre sí.

Hay que tener cuidado de no confundir este tic con los movimientos coordinados más complejos que se observan después de la encefalitis epidémica y después de algunas enfermedades cerebrales orgánicas.

Puede aparecer afasia, en la que el paciente no puede emitir palabras pero tose igual que antes y puede comunicarse por escrito, dato importante para el diagnóstico diferencial.

#### TRASTORNOS SENSORIALES:

Al igual que las alteraciones motoras suelen ser los de una incapacidad funcional, entre las más frecuentes tenemos: anestias, parestias y alteraciones en los órganos de los sentidos, por ej. ceguera y sordera.

Las anestias histéricas no siguen la distribución de un nervio, sino que afectan una extremidad hasta el nivel de una línea claramente definida que es la creencia que tiene el paciente de la distribución de sus nervios.

Una mitad del cuerpo puede estar anestesiada, en cuyo caso los sentidos (el oído, el olfato, la vista y el gusto) del mismo lado también se pierde.

Las alteraciones visuales en estos pacientes adoptan formas diversas; las más frecuentes son ceguera y estrechamiento de los campos visuales, pero las pupilas reaccionan a la luz y el fondo de ojo es normal.

Estos síntomas deben considerarse respuestas a experiencias angustiosas.

#### DIAGNOSTICO:

Muchas veces este diagnóstico es difícil y sólo puede hacerse por eliminación de una causa orgánica, por medio de métodos clínicos y paraclínicos como son: Electroencefalograma, Electromiograma, Radiografía de Cráneo, Arteriografía, Tomografía Axial Computarizada, etc.

Cuando se trata de una manifestación que pueda confundirse con una epilepsia el tratamiento podría servir de test diagnóstico, ya que un paciente neurótico no responde al tratamiento anticonvulsivo.

#### MATERIAL Y METODO:

Se revisaron los expedientes clínicos de 3,000 pacientes psiquiátricos del Hospital Dr. Luis E. Aybar, seleccionándose los neuróticos y entre ellos los que presentaban manifestaciones neurológicas de organicidad. Los expedientes fueron clasificados; para tal fin se confeccionó un formulario, el cual consta de tres aspectos que son:

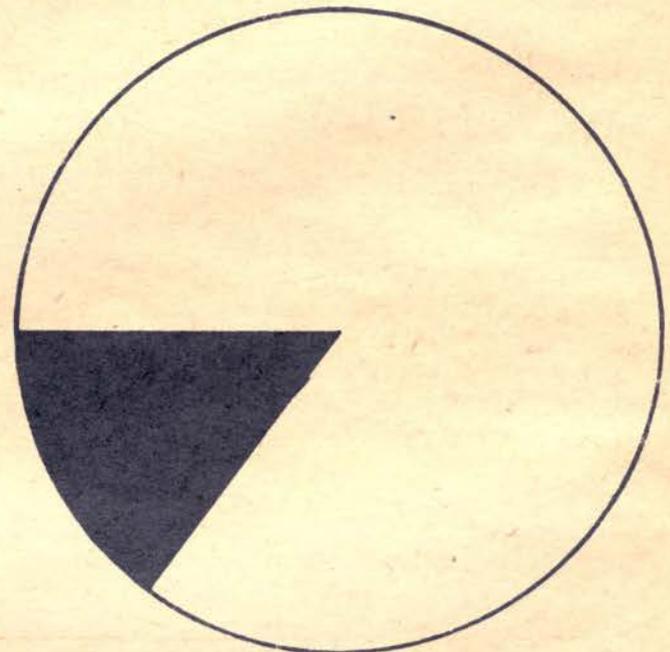
1. Datos generales
2. Examen psiquiátrico
3. Examen neurológico.

Se realizaron visitas domiciliarias con el fin de localizar a cada uno de los pacientes los cuales fueron entrevistados en forma de diálogo abierto y preguntas dirigidas; siendo además reevaluados desde el punto de vista neurológico y psiquiátrico por los departamentos de neurología y psiquiatría del Hospital Dr. Luis E. Aybar; determinándose así su estado actual, y por tanto su evolución.

#### INTERPRETACION DE RESULTADOS:

1. En nuestro estudio comprobamos que el sexo mayormente afectado por neurosis es el femenino con relación de 6:1 (Fig. 1).

Figura 1  
INFLUENCIA DEL SEXO EN LAS NEUROSIS



□ FEMENINO = 309°    ■ MASCULINO = 51°

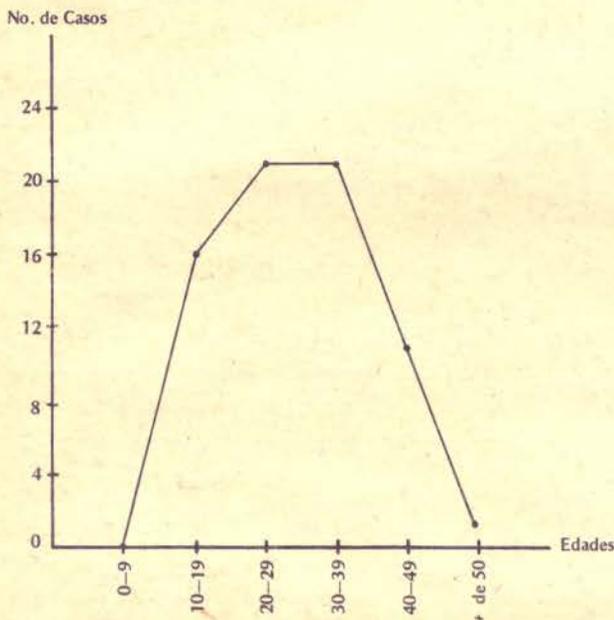
SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Masculino	10	14.3
Femenino	60	85.7
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0%</b>

2. La edad mayormente afectada fue aquella comprendida entre 20-39 años, con un porcentaje de 60%; en orden de frecuencia le siguen los grupos 10-19, 40-49 y más de 50 años, respectivamente.

3. En cuanto al tipo de neurosis, en nuestro estudio la más frecuente fue la de ansiedad con 41%; en orden de frecuencia le siguen: conversión (histeria) 32.9%; otras neurosis no clasificadas e hipocondríacas, con porcentajes de 32.9%, 10%, 4.12%, 5% y 2.9%, respectivamente.

Considerando la ansiedad como sinónimos de angustia o viceversa, tendríamos que la neurosis ansiosa o angustiosa llegara a 51.4% en los casos estudiados; de ahí que autores como López Ibor, por ej., expresan que el núcleo fundamental de la neurosis es la ansiedad (Fig. 2).

**Figura 2**  
**INFLUENCIA DE LA EDAD EN LAS NEUROSIS**



4. En cuanto a la orientación el 97.1% de los pacientes estaban orientados y sólo 2.9% estaban desorientados.

5. Pares craneales: Aquí la normalidad fue de 92.9% y alterados 7.1%. Entre los afectados estaban: trigemino, olfatorio y óptico "subjetivos".

6. El fondo de ojo estaba normal en el 100% de los casos.

7. Fuerza muscular global y parcial: Aquí predominó la normalidad que fue de 95.7% sobre anormalidad que fue de 4.3%, correspondiendo esto a monoparesia.

8. Reflejos osteotendinosos: También predominó la normalidad 91.4%; la anormalidad fue de 8.6% sin ninguna significación, ya que correspondieron a hiperreflexias bilaterales de tricpital, bicipital y del estilradial.

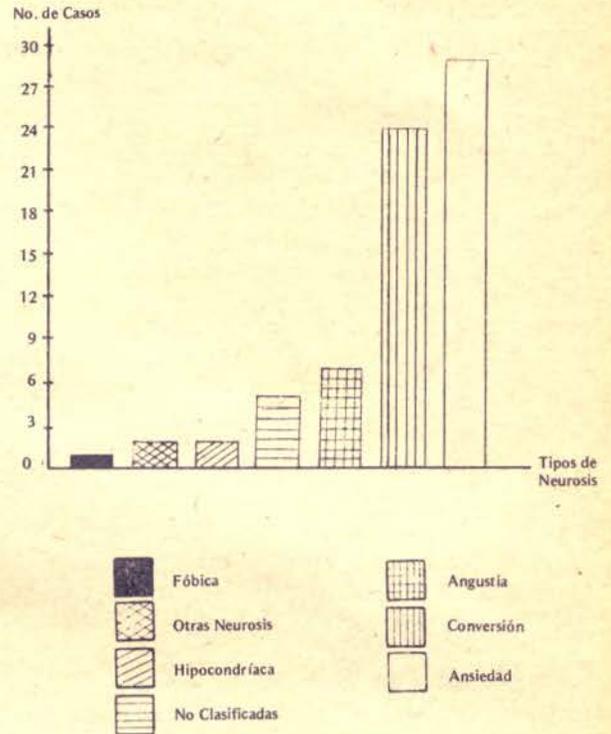
9. Los reflejos cutáneos también fueron normales.

10. Sensibilidad superficial: Hubo alteraciones pero como se sabe los problemas de sensibilidad superficial son muy subjetivos.

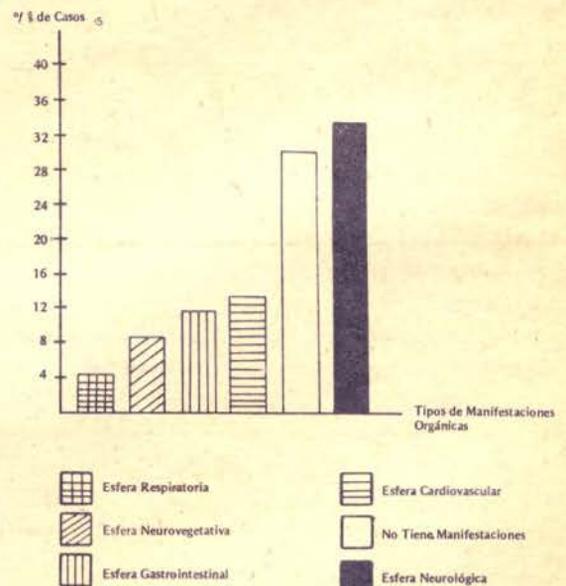
11. La sensibilidad profunda fue normal en el 100% de los casos.

12. Tipos de Manifestaciones Orgánicas: Revisando en

**Figura 3**  
**FRECUENCIA DE TIPOS DE NEUROSIS**

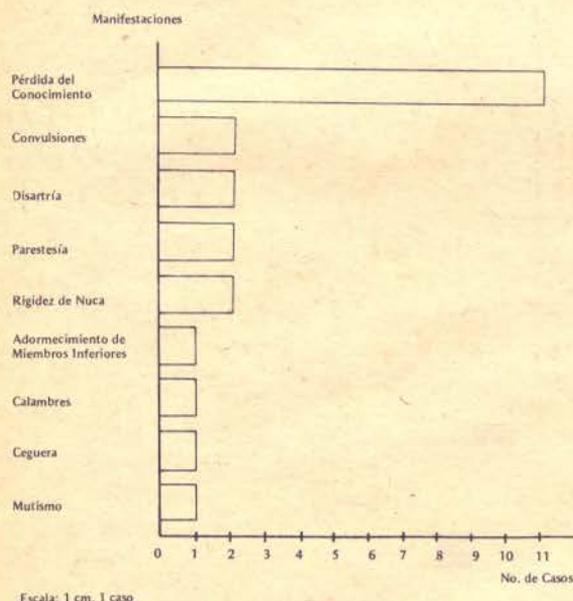


**Figura 4**  
**MANIFESTACIONES ORGÁNICAS**



cuadro correspondiente a éstos, encontramos en nuestro estudio que hay una alta incidencia de estas manifestaciones en este paciente neurótico, siendo las más frecuentes las relacionadas con la esfera neurológica; en orden de frecuencia los siguen: la esfera cardiovascular, gastrointestinal

**Figura 5**  
**MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS DE ORGANICIDAD**



y neurovegetativa respectivamente, aunque un 30% de los pacientes no presentó manifestaciones orgánicas (Fig. 3).

13. Diferentes tipos de manifestaciones neurológicas de organicidad: "La pérdida del conocimiento" se presentó con mayor frecuencia 48%; luego convulsiones, disartría, rigidez de nuca y parestesia 8.7% cada uno; ceguera, mutismo, adormecimiento y calambres representando el 4.3% c/u. (Fig. 4).

#### CONCLUSIONES:

Comprobamos mediante nuestro estudio que la neurosis afecta más al sexo femenino que al masculino y es una enfermedad regularmente de pacientes jóvenes, ya que el grueso de nuestros pacientes estaba comprendido en el grupo de edades de 20-39 años.

Asimismo observamos que la neurosis ansiosa o angustiosa es la más frecuente.

También comprobamos que este paciente con frecuencia hace manifestaciones de organicidad y de éstas la mayor parte encontradas en nuestro estudio correspondieron a la

esfera neurológica aunque de una manera subjetiva, predominando entre éstas "la pérdida del conocimiento" cabe decir que el paciente decía que perdía el conocimiento pero que oía lo que se habla a su alrededor.

#### RECOMENDACIONES:

1. Que se edifique a la clase médica y paramédica sobre el tratamiento y la conducta a llevar por estos pacientes.
2. Descontinuar el uso de medios traumatizantes para sacar al paciente neurótico de su cuadro crítico.
3. Dar charlas a nivel nacional para influir en el médico, que el neurótico no debe verse como EL SIMULADOR, sino que tiene una enfermedad real.
4. La importancia que tiene la historia clínica, que no se ingresen pacientes con un diagnóstico, sin hacer un resumen de por qué se ha pensado en ese diagnóstico.
5. Que se anote el tratamiento en los récords de pacientes de consulta externa, ya que ésta es la única fuente que tenemos de cómo ha evolucionado el mismo.
6. Organización de los archivos de los hospitales, con lo que se conseguirá la realización de estudios más amplios y pormenorizados.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Alonzo Fernández, Francisco: Fundamento de la Psiquiatría Actual. Editorial Montalvo, 1976.
- (2) Batista del Villar, Guarocuya: Urgencias Médicas. Editora Taller, 1ra. edición 1976. Rep. Dom.
- (3) Bleuler, Eugen: Trabajo de Psiquiatría. Editora España, Calpe, S.A. 1974.
- (4) D. Spillane, J.: Atlas de Neurología Clínica. Editora Labor, S.A. 1974.
- (5) Ey, Henry; Bernard, P., y Busset, Ch.: Tratado de Psiquiatría. Editorial Torray y Masson, S.A. 2da. edición. Barcelona, 1969.
- (6) Freedman y Kaplan, William y Wilkins: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, 1977.
- (7) Noyes, Kolb: Psiquiatría Clínica Moderna, 5ta. edición. Editora La Prensa Mexicana, 1971.
- (8) Serg Weltbrecht, Hans: Manual de Psiquiatría. Editorial Gredar, S.A. Madrid, 1970.
- (9) V. Predesco: Psihiatrie. Editora Médica. Buscarest, 1976.
- (10) Vallejo Nagera, Juan Antonio: Introducción a la Psiquiatría. Editora Científico-Médica, 8va. edición. Barcelona, 1976.