

LA HISTORIA de las neurosis es tan antigua como el mundo, y ha suscitado, suscita y suscitará empeñadísimas discusiones doctrinales. Fue el escocés *Cullen*, quien introdujo al lenguaje psiquiátrico en 1776 por primera vez la palabra neurosis. Ya en el tiempo de *Hipócrates*, este sabio describió manifestaciones de espasmos o sofocaciones dimanadas de cambios en la posición uterina, pues en aquella época se creía que el origen de las neurosis, principalmente la histeria, radicaba en el útero. El período de la concepción intelectualista de las neurosis se inicia con *Charcot* (1869) al penetrar el positivismo en todas las ciencias, particularmente las médicas. Posteriormente, a principios de siglo, *Freud* expone su teoría psicoanalítica, en la que los orígenes sexuales, no sólo de las neurosis, sino en general de las enfermedades mentales, juegan un primerísimo papel. Esta teoría es aceptada por los descendientes del psicoanálisis, pero rebatida por los médicos que se dedican a la psiquiatría clínica.

Los trastornos neuróticos, surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos y situaciones que provocan "stress", que el paciente mismo es incapaz de dominar sin tensión o recursos psicológicos inquietantes, provocados por la angustia que se ha estimulado. De ahí que muchos psiquiatras consideran que la angustia es la fuente dinámica común de las neurosis. Las neurosis son afecciones muy difundidas, sin base anatómica conocida, y que aunque íntimamente ligadas a la vida psíquica del enfermo, no alteran su personalidad, como lo hacen las psicosis, por lo cual van acompa-

---

\* Ayudante de Profesor de la Clínica de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Médico del Servicio de Neuropsiquiatría del Sanatorio de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

ñadas de una conciencia penosa y generalmente excesiva del estado morboso.

### ETIOLOGÍA

Sobrevienen sobre un terreno más o menos predispuesto. Aunque en los casos graves es frecuente encontrar una ascendencia hereditaria, parecen más bien culpables ciertas influencias psíquicas del medio infantil y adolescente. Esta predisposición se revela posteriormente por una hiperexcitabilidad psíquica general, y sobre todo por una emotividad excesiva; emotividad endógena no justificada por los acontecimientos en los angustiados; timidez, escurpulosidad y sentimientos de inferioridad en los afectados de fobias y obsesiones; emotividad superficial, más vanidosa que sincera en los histéricos. Los síntomas, descritos en el curso del desarrollo, se manifiestan habitualmente poco después de la pubertad o en el adulto joven, al contacto de las primeras responsabilidades de la vida social. Luego se reproducen o se agravan con ocasión de insatisfacciones afectivas, en particular de conflictos sexuales íntimos y después de fracasos sentimentales, escolares, profesionales, etc., que afectan la susceptibilidad de su valor personal, presente en todos los neuróticos. Los excesos, sobre todo emocionales y las causas materiales de agotamiento, contribuyen a desencadenar los síntomas.

### PATOGENIA

La mayoría de los autores admiten el origen psíquico de las neurosis en el sentido de que los síntomas neuróticos proceden de un desequilibrio funcional de dinamismo nervioso. *Pavlov* y algunos otros autores anglosajones, produjeron experimentalmente estados de neurosis en animales por medio de reflejos condicionados, que implican excitantes fuertes y oposiciones algo violentas de sensaciones. Este trastorno del desequilibrio funcional es la expresión de conflicto de la vida afectiva e instintiva del sujeto.

### CLASIFICACIÓN

NEUROSIS MENORES	{	Neurosis de ansiedad. (Crisis de angustia).
		Neurosis fóbica.
		Neurosis depresiva.
		Neurosis hipocondríaca.
NEUROSIS MAYORES	{	Neurosis obsesiva compulsiva.
		Neurosis conversiva.
		Neurosis disociativa.

## NEUROSIS DE ANSIEDAD

Las reacciones de ansiedad constituyen un modo fundamental de respuesta en la adaptación normal a circunstancias ambientales de índole particular. La importancia que en ocasiones puede alcanzar la angustia, colocándose en el primer plano del cuadro clínico, hace que pueda llegar a caracterizar por sí sola una neurosis: la de ansiedad. La angustia puede describirse como una intranquilidad penosa de la mente, como un estado de tensión excesiva, acompañada de un temor inexplicable, o como una sensación de expectación aprensiva. La distinción entre ansiedad y angustia prácticamente no existe, pero se admite de raíz psíquica la primera y somática la segunda, aunque siempre se habla indistintamente de una y otra.

Fue *Brissaud*, quien en 1890 situó en el bulbo el centro de la angustia, pero actualmente predomina la idea de que es el hipotálamo el responsable de todas las reacciones emotivas, entre ellas la angustia. La forma clínica más completa de la angustia es la neurosis de ansiedad y dentro de ella sobrevienen las crisis agudas de angustia.

Los individuos afectados de neurosis de ansiedad, en forma constante se ven acosados por la angustia, se muestran temerosos, tímidos, aprensivos, sensibles a las opiniones de los demás, se sienten incómodos por razones banales y tienden a preocuparse; les es difícil tomar decisiones, son distraídos, con sentimientos de inferioridad y sienten que deben vivir con miras a alcanzar altos niveles que ellos mismos se han impuesto. Suelen tener muy a menudo insomnio, irritabilidad, explosiones de agresividad, crisis de llanto y sentimientos de incompetencia. Las reacciones de ansiedad rara vez se encuentran en estado puro, se acompañan casi siempre de cierto grado de depresión. Cuando el estado de ansiedad persiste por algún tiempo, el trastorno fisiológico provoca a menudo cierto grado de hipocondría y temor a enfermedades orgánicas. La tensión e incapacidad de distraer la atención de las ideas desagradables que acosan al sujeto, pueden desencadenar un estado de deficiencia de energía e iniciativa, disminución del poder de concentración y un aumento de la susceptibilidad a la fatiga. Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas por enfermedades orgánicas o bien acompañar el cuadro de alguna psicosis endógena, como sucede en la psicosis involutiva.

La base fisiológica de una crisis aguda de ansiedad, la constituye

un aumento general de la actividad nerviosa, principalmente del sistema nervioso autónomo, tanto simpático como parasimpático. En general se produce un aumento de la concentración de adrenalina en la sangre, que a su vez provoca una movilización de la reserva de azúcar del hígado; una elevación de la tensión arterial, una frecuencia mayor de los latidos cardíacos y a veces exoftalmos. La piel palidece y se cubre de sudor y la boca se seca; la respiración se hace más profunda y más frecuente, los músculos pierden el tono y se vuelven trémulos. Los fenómenos parasimpáticos pueden comprobarse por la presencia o urgencia en la micción, el aumento del peristaltismo, la diarrea y el erizamiento del pelo.

#### TRATAMIENTO

La crisis aguda de angustia: la rapidez del pulso y las palpitaciones hacen creer al paciente que sólo un ataque cardíaco podría producir dichas molestias. Una vez que se ha examinado al paciente debe infundírseles confianza y asegurársele que no tiene padecimiento cardíaco. La medicación que se usa en estos casos: Cloropromazina en ampollitas de 25 mg., aplicándolas cada 8, 12 ó 24 horas según el estado del paciente. Posteriormente como medicación de sostén, se usa la misma Cloropromazina en tabletas de 25 mg. o bien los derivados de Clordiazepóxido o la Fenotiazina, a dosis adecuadas. El tratamiento de la neurosis básica es psicoterápico y requiere que la atención del psiquiatra se dirija a descubrir las fuentes no reconocidas de la angustia, a descubrir cuál es la acción de los factores psicodinámicos, a intentar la adaptación de dichos factores y a reeducar al paciente. Debe prestarse atención, tanto a las crisis agudas de angustia como al estudio de la personalidad del enfermo, así como a las actitudes que provocan frustración y tensión. Únicamente en casos muy graves hay necesidad de internar al paciente.

#### NEUROSIS FÓBICA

Es una reacción defensiva en la cual el paciente intenta manejar su angustia, desligándola de una idea, objeto o situación específica de su vida cotidiana, desplazándola hacia algunas ideas, objetos o situaciones simbólicas, en forma de un miedo neurótico determinado.

La fobia se define como repulsión o temor angustioso íntimamen-

te ligado para un sujeto, a la presencia de un ser, objeto o situación cuyos caracteres no justifican tal emoción. Se deriva del griego Phobos, que quiere decir, temor.

La angustia se apodera del sujeto en una circunstancia siempre la misma, estrechamente definida y limitada, entonces presenta todos los signos de un temor intenso, a veces matizado de repugnancia o de aversión. Aunque reconozca que el temor es inmotivado o al menos engendrado, no puede dominarlo. Existen fobias referentes a:

Objetos: armas de fuego, utensilios de filo o punta, sangre.

Lugares: precipicios o espacios libres (agorafobia), a locales cerrados (claustrofobia).

Vehículos: tranvías, trenes, automóviles, motocicletas, aviones.

Enfermedades: en general (nosofobia).

Microbios: en general.

Elementos: agua, mar, tormentas, obscuridad.

Animales: víboras, insectos, arácnidos, fieras.

Fobias sociales, morales y religiosas.

En estado normal, pueden observarse en la primera infancia y a veces en el curso de la segunda infancia. Van precedidas de fenómenos profóbicos: ausencia de la madre, obscuridad, tormentas, etc.

En el hombre adulto se presentan en sujetos hiperemotivos, inquietos, vulnerables, que intentan a veces disminuir o circunscribir su trastorno; su actividad sexual se señala por fuertes inhibiciones que terminan muchas veces en impotencia o frigidez. Puede presentarse acompañando a algunas otras neurosis o psicosis.

El tratamiento agudo es a base de psicofármacos del tipo de los antidepresivos (Imipramina, Nortriptilina, Amitriptilina, etc.), y en casos muy graves puede llegar a usarse la terapia electroconvulsiva. El tratamiento de fondo es de tipo psicoterápico.

### NEUROSIS DEPRESIVA

Se caracteriza por un estado de melancolía, acompañada en algunos casos de moderada ansiedad, pero la tristeza no llega al profundo dolor moral de los depresivos endógenos, conteniéndose en los límites de la tristeza morbosa. Suele observarse cierta falta de sintonización con el medio ambiente, frialdad afectiva, egoísmo y deseo de ocupar el primer plano en la atención del medio ambiente. Además de la aflicción hay

irritabilidad, susceptibilidad, tendencia al aislamiento. Algunos de estos enfermos se conducen apáticamente, apenas reaccionan a los estímulos ambientales; se retraen de sus parientes y amigos, se muestran pesimistas y quejumbrosos, carecen de ánimo para enfrentarse con la realidad de la vida. El neurótico depresivo exagera sus tristezas, no es del todo sincero en sus autoacusaciones, favorece a las personas con las cuales está conversando, tiende a la pantomimia, sus intentos de suicidio pocas veces se llegan a realizar. Busca la solución de sus conflictos y la depresión desaparece en la inmensa mayoría de los casos con las causas que la motivaron. El tratamiento es de orden farmacológico con los anti-depresivos enumerados anteriormente y psicoterapia de apoyo.

#### NEUROSIS HIPOCONDRIACA

Aunque muchos psiquiatras engloban esta neurosis dentro de la obsesivo compulsiva, debido a la importancia que representa en la actualidad, es necesario describirla aparte. La reacción hipocondríaca se caracteriza por una preocupación obsesiva y un interés del individuo, respecto a su salud y las condiciones de sus órganos. Relata una multiplicidad de molestias relacionadas con diferentes órganos o sistemas corporales, que, según el insistente comentario del enfermo, deben estar incurablemente afectados. El hipocondríaco no sólo está pendiente de diversas sensaciones que la mayoría de las personas pasan por alto, sino que también amplifica la intensidad de las sensaciones normales de fatiga. En muchos casos la hipocondría parece ser el desplazamiento de la angustia hacia el cuerpo con las resultantes molestias somáticas. Algunas reacciones hipocondríacas pueden volverse obsesivas en forma persistente y desarrollar compulsiones graves.

Hay que saberla diferenciar de las reacciones depresivas, trastornos psicofisiológicos y esquizofrenia inicial. Puede provocar reacciones anti-sociales graves contra quienes rodean al enfermo (familiares, médico, etc.). En este caso hay necesidad de internar al enfermo, lo mismo que cuando se sospechan ideas de suicidio. La psicoterapia muy sutil, psicoanalítica o no, según el especialista, puede ser útil en estos casos, lo mismo que el hipnotismo.

#### NEUROSIS OBSESIVO COMPULSIVA

La naturaleza esencial de esta neurosis, reside en que aparece como un contenido mental, ideas, imágenes, afectos, impulsos, movimientos,

con una sensación subjetiva de compulsión que arrastra toda resistencia interna. En esta reacción neurótica la angustia del paciente se controla automáticamente, asociándola a pensamientos y actos respectivos en forma persistente. El enfermo reconoce que sus pensamientos y actos resultan incongruentes e irracionales, pero no puede controlarlos. Es demasiado escrupuloso y meticuloso desde todos los puntos de vista. La reacción obsesivo compulsiva puede expresarse en tres formas: *a*) la reaparición persistente de un pensamiento desagradable y a menudo inquietante, *b*) una morbosa necesidad apremiante a menudo irresistible, de llevar a cabo determinado acto repetitivo y estereotipado, *c*) un pensamiento que reaparece en forma obsesiva, acompañado de la compulsión de ejecutar un acto repetitivo.

En los niños hay actos que adquieren una cualidad formalizada y repetitiva. Ejemplo: caminando ejecutando un salto después de determinados pasos o bien poniendo el pie en la loseta y no en las juntas o pegando una vara o algún objeto parecido en las rejas a manera rítmica. Cuando suben escaleras lo hacen de dos en dos escalones, etc. Estos actos se consideran dentro de la normalidad.

Dentro de los tipos clínicos en que existe se caracteriza por duda, vacilación, acompañada de ideas compulsivas que conducen a actos repetitivos, cuyo objetivo es disipar las dudas irracionales; tales dudas hacen que el enfermo tenga que revisar y volver a revisar incluso los actos más simples. Ejemplo: un sujeto cierra la puerta de su casa cuando se va a acostar y apenas está en la cama siente la duda respecto a la seguridad de la puerta. Tiene que regresar y revisar la cerradura, y así sucesivamente.

Otro tipo clínico es el de los actos compulsivos, en el cual se presenta la repetición obligatoria de un acto determinado. Las fuerzas que producen el acto compulsivo son desde luego inconscientes y cuando este acto no puede satisfacer el motivo por el cual fue producido se vuelve estereotipado y ritualista. Cuando se le pregunta al paciente la razón de esa conducta, puede dar una explicación que él mismo encuentra sin base racional o bien admitir que su conducta es absurda y sin propósito. Si se le impide al paciente ejecutar su ritual compulsivo, aparece angustia franca. Una de las formas más frecuentes de este tipo clínico es el lavado de las manos, que tiene como propósito desviar la angustia, aliviando así la necesidad neurótica.

El tercer tipo es aquel en el cual una fobia o una idea que se

presenta en forma obsesiva, se asocia a la compulsión de ejecutar un acto varias veces. Esta asociación se presenta cuando existe un miedo abrumador a los impulsos intolerables. Esto sucede por ejemplo cuando el enfermo se lava constantemente las manos, como resultado de un miedo obsesivo a la suciedad o el desaseo. El paciente tiene la seguridad de que cualquier objeto que toca, le contamina las manos y como es difícil evitarlo, tiene que lavarse frecuentes veces las manos. A veces para no tocar los objetos recurre a medios complicados y molestos, como el abrir la puerta con los codos o manejar diversos artículos con los guantes.

Cuando alguno de estos tipos clínicos se exagera y se agrava, hay necesidad de internamiento, con objeto de evitar inclusive el suicidio. El pronóstico es según el grado y la acentuación de los síntomas obsesivos compulsivos. En estos casos está indicada la terapia farmacológica a base de clorpromazina o trifluoperazina. Es en los casos en que el psicoanálisis encuentra un buen terreno para desarrollarse, teniendo el médico que lo realiza que actuar con cautela, ganándose a todo trance la confianza del paciente, pues se trata de sujetos defensivos, rígidos, resistentes y poco comunicativos.

#### NEUROSIS CONVERSIVA

Conocida esta neurosis anteriormente con el nombre de histeria, debido a las manifestaciones sorprendentes y dramáticas que acompañan a esta reacción, fue la primera de las neurosis que interesó a los médicos. En la neurosis de conversión la angustia en lugar de experimentarse conscientemente, se "convierte" en síntomas funcionales que afectan a partes del cuerpo invadidas por el sistema sensorial-motor. El término conversión se aplica a la especial aptitud de algunos neuróticos para expresar sin mostrar turbación alguna, sus tendencias reprimidas y su deseo inconsciente de que se les considere como verdaderos enfermos por medio de síntomas físicos, tales como parálisis, anestesia, contracturas, etc.

Debe diferenciarse de la simulación, en la cual una persona conscientemente desencadena algún síntoma o signo físico o algún trastorno mental con objeto de lograr determinado objetivo, fingiéndose enfermo. También debe tenerse en cuenta los trastornos psicofisiológicos, que

comprenden aquellos padecimientos en que la angustia conduce a síntomas destinados en las vísceras y el sistema nervioso autónomo.

El factor inmediato en la producción de la neurosis de conversión es alguna situación que produce angustia. La pubertad es uno de los períodos en que con mayor frecuencia aparece esta reacción. En la actualidad se acepta que los impulsos y los elementos desadaptados y reprimidos de la personalidad intensamente cargados de componentes instintivos y emocionales, producen angustia. La angustia es mitigada, convirtiéndola después en síntomas funcionales que se manifiestan en la musculatura voluntaria de los órganos de los sentidos.

### SINTOMATOLOGÍA

Trastornos motores: la crisis o "ataque" conversivo, se caracteriza debido a que su presentación es brusca, no en la forma tan rítmica como las descargas epilépticas, las crisis conversivas son desordenadas, tumultuosas, con contorsiones del cuerpo y actitudes exageradas; la crisis se mezcla con agitación verbal, gritos, risas, llantos, lamentaciones; la conciencia no se pierde por completo, el sujeto elige el lugar donde ha de caer y no se lastime. La crisis puede manifestarse también en forma de ataque cataléptico o letárgico estuporoso. Otra forma de reacción de conversión es la correspondiente a la parálisis: monoplejía, paraplejía, hemiplejía, sin hipotonía, sin modificación real de los reflejos, a lo que se suma a menudo una anestesia aparente total. Los espasmos y las contracturas se presentan también y pueden localizarse en forma de pies contrahechos, seudocoxalgias, pseudoapendicitis, etc. Puede haber suspensión del lenguaje en forma de afonía o mutismo histérico.

Entre los trastornos sensitivos o sensoriales, las anestias histéricas son clásicas. Pueden presentarse en forma de inhibición como seudocegueras, seudosorderas y a veces seudosordomudez, que posteriormente ceden con una facilidad asombrosa.

Neurosis de los accidentes o de compensación: es frecuente que los accidentes industriales en los cuales urge la posibilidad de indemnización por invalidez real o supuesta vayan seguidas de una reacción psiconeurótica definida. Pueden presentarse reacciones de angustia, de hipocondría, de conversión mixta, etc.

Diagnóstico diferencial: con las crisis de simulación, con los trastornos psicofisiológicos y en ocasiones cuando existe la forma estuporosa con los cuadros de esquizofrenia catatónica.

Pronóstico y tratamiento: en general es de naturaleza inestable. Hay histéricos que presentan durante toda su vida crisis conversivas a pesar de los tratamientos a que se haya sometido. La psicoterapia profunda y de tipo psicoanalítico son las más autorizadas para discernir sobre el tratamiento. La psicofarmacología debe usarse en el momento de la crisis conversiva si es que se prolonga por algunos días. Es a base de clorpromazina intramuscular, derivados del metaminodiazepóxido y antidepresivos.

### NEUROSIS DISOCIATIVA

Hay ocasiones en que la angustia se presenta en forma abrumadora y desorganiza la personalidad a tal grado que algunos aspectos o funciones de la misma se disocian unos de otros. Cuando la personalidad está a tal grado desorganizada, este desequilibrio afecta a tal grado a la conciencia, la memoria y temporalmente a todo el individuo, con poca o ninguna participación de la personalidad consciente. En tal caso puede a veces el paciente parecer psicótico.

La disociación en sí, traduce disarmonía, inadecuación entre la idea, la actitud y el contenido afectivo experimentados en un mismo momento. *Guiraud* la describe como: " un defecto de integración sintética de los componentes dinámicos normalmente creados de la noción del yo". Una de las más frecuentes reacciones disociativas defensivas y provocadas por la angustia, es la amnesia; el olvido es un recurso simple. Tal amnesia puede ser precedida de períodos de estupor o estados crepusculares y mostrar tendencia a volverse selectiva, limitándose al elemento o experiencia particulares que la provocan. Es muy frecuente que en las guerras se presenten estas neurosis, pues la amnesia representa un papel protector y de escape a terror, miedo, sentimientos de vergüenza o culpa. Estas reacciones son de corta duración y para diferenciarlas de una amnesia orgánica, se encuentra que tanto la pérdida como el retorno de la memoria son súbitos. Los pacientes clínicamente se presentan muy confusos, caracterizados por lenguaje disgregado, una gran verborrea, en la cual se presentan referencias a las experiencias intensamente afectivas. Pueden presentarse estados delirantes, semejantes a un deseo o un sueño, o revivirse en forma de fantasía, experiencias afectivamente traumáticas. Puede haber ilusiones y escasamente se presentan alucinaciones.

Existen casos en que hay cambios de identidad personal, el pa-

ciente toma un nombre falso y se identifica como la persona cuyo nombre adopta. Esto se asocia a las fantasías inconscientes que proveen la fuga disociativa y parecer para quienes observan casualmente al enfermo, como personas normales. También pueden acompañarse de estados depresivos no muy intensos en que se ve al paciente impedido para desempeñar actividades. El tratamiento se hace internando al paciente en una clínica especializada y pueden usarse los psicofármacos del tipo trifluoperazina o cloropromazina y en ocasiones hasta el tratamiento electroconvulsivo.

## REFERENCIAS

- Bowman, K. M.: *Modern Concept of the Neurosis*. J. A. M. A., 1956.  
Fenichel, Otto: *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. N. Y. W. W. Norton and Co., 1945.  
Freud, S.: *The Problems of Anxiety*. New York, W. W. Norton and Co. 1936.  
Mayer, Gross: *Psiquiatría Clínica General*, 1958.  
Noyes, Arthur: *Psiquiatría Clínica Moderna*, 1961.  
Pollet, J.: *Natural Story of Obsesional States*. Brit. M. J., 1957.  
Porot, A.: *Diccionario de Psiquiatría*, 1965.  
Vallejo, Najera: *Tratado de Psiquiatría*, 1948.