
Perfil de personalidad neurótica y su prevención en la edad adulta

Profile of the neurotic personality and its prevention in adulthood

J. Folch i Soler

RESUMEN

La personalidad neurótica conlleva múltiples problemas de comportamiento en la población infantil y juvenil. Percatados de que dicho perfil no está descrito en los manuales de psicopatología, ofrecemos nuestros criterios para su detección y tratamiento.

Se trata de pacientes que viven anclados en un egocentrismo infantil, intolerantes a las frustraciones y altamente insatisfechos. Estos síntomas fundamentales se complementan con algunos que describimos en nuestro cuestionario: Q-2-O ("QUESTIONARI 2, D' Osona") que puede ayudar a evaluar la intensidad de los mismos: ansiedad, inquietud psicomotora, distimia, indisciplina, agresividad y pereza.

Este estancamiento madurativo se acompaña de la certeza que no pueden cambiar, porque "ellos son así". Con un super-yo muy vigilante, pueden lograr una adaptación socio-escolar perfecta, mientras en la vida familiar su tiranía los hace insoportables.

Apuntamos una etiología de base genética, pero el trastorno tiene mucho de aprendido. Es por ahí, donde enfocamos su tratamiento. Es preciso corregir esta conducta antes de llegar a la vida adulta.

Palabras clave. Comportamiento. Personalidad neurótica. Egocentrismo. Frustración. Insatisfacción.

SUMMARY

The neurotic personality creates numerous problems of behaviour in the infant and youth population. Given that this profile is not described in the manuals of psychopathology, we offer our criteria for its detection and treatment.

One is dealing with patients who live anchored in an infantile egocentricity, intolerant in face of frustrations and highly dissatisfied. These basic symptoms are complemented by some that we describe in our questionnaire: Q-2-O ("QUESTIONARI 2, d'Osona") which might help in evaluating their intensity: anxiety, psychomotor restlessness, dysthymia, indiscipline, aggressiveness and laziness.

This maturational stagnation is accompanied by the certitude that they cannot change, because "that's how they are". With a highly vigilant super-ego, they can achieve a perfect socio-school adaptation, while at home their tyranny makes them unbearable.

We suggest a genetic based aetiology, but there is much in this disorder that is learned. That is where we focus its treatment. It is necessary to correct this behaviour before adult life is reached.

Key words. Behaviour. Neurotic personality. Egocentricity. Frustration. Dissatisfaction.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 2): 109-121.

Psiquiatra Infantil. Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil. Comarca d'Osona. Vic. Catalunya.

Correspondencia:

Dr. Jordi Folch i Soler
Psiquiatra
Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil
Fundació Centre Mèdic Psico-pedagògic
d'Osona
Av. Països Catalans, 89
08500 Vic (Girona)
Tfno. 93 885 47 09
Fax 93 889 56 37

CONCEPTO Y ETIOPATOGENIA

Consideraciones previas

De entrada recordemos que los tratados psiquiátricos internacionales (DSM-IV y CIE-10) han substituido las neurosis por los trastornos de ansiedad y además no contemplan los trastornos de personalidad hasta los 18 años. De ello se deduce que el trastorno neurótico de la personalidad en los niños y adolescentes no consta como tal en las clasificaciones internacionales.

Somos conscientes que con nuestra propuesta nadamos contracorriente. Intentaremos razonar el por qué de nuestro criterio y describiremos sucintamente el trastorno neurótico de la personalidad en los niños y adolescentes.

Advertimos que no vamos a referirnos a ninguna de las formas clínicas de las neurosis descritas (de ansiedad, depresivas, fóbicas, obsesivo-compulsivas, hipocondríacas, histéricas, asteniformes o traumáticas).

El inadaptado que sufre sin motivo

Definir el concepto de personalidad neurótica en la infancia no es fácil ya que se solapan los conceptos de inmadurez, inseguridad, celotipia, ansiedad y conducta inadaptada, que podríamos considerar más o menos normales según sea el perfil personal del paciente, su edad y/o el tipo de educación recibida.

Si estamos de acuerdo en que los niños son fruto del diálogo con el ambiente, frente a una conducta inadaptada, presuntamente neurótica, tendremos que considerar cómo es este niño, cómo le ha tratado el ambiente y lo que es más importante, cómo ha vivido esta relación.

Uno de nuestros maestros, el Dr. Jeroni de Moragas, agrupaba los trastornos neuróticos bajo el concepto de inadaptación. El adaptado, decía Moragas "es el que sabe acomodarse a unos deseos que le sean posibles en el mundo donde vive. Y que nadie suponga que esta acomodación es una actitud pasiva. Al contrario, será una lucha férrea, constante, sin descanso, como la del náufrago que bracea para sos-

tenerse a flote". Veremos que el neurótico fracasa precisamente por eso, porque no lucha.

Estamos de acuerdo con Moragas en que para diagnosticar un niño o adolescente con un perfil neurótico debe haber una inadaptación de la conducta (a menudo más manifiesta en el hogar), que traduzca un sufrimiento o una angustia aparentemente inmotivada.

Sabido es que este sufrir (y hacer sufrir a los familiares más cercanos) sin motivo aparente es la característica principal del trastorno neurótico que, a su vez, origina el cuadro conductual que describiremos más adelante.

La adaptación y la inadaptación

Los padres, cuando describen los problemas del hijo, lo plantean como ligado a un aparente retraso madurativo (por la persistencia de conductas infantiles que deberían haber desaparecido) en chicos o chicas inteligentes, sin enfermedades orgánicas ni problemas biográficos graves. Y surge la pregunta: ¿Por qué mi hijo se porta tan mal si tiene todo lo que necesita? Y aparece el sentimiento de culpa: ¿En qué nos hemos equivocado?

Estas impresiones paternas, las corroboraba Moragas, cuando afirmaba: "La inadaptación es el resultado de una interrupción del proceso evolutivo del niño que ha quedado detenido en un nivel que por su edad ya no le corresponde".

Cómo se consigue la adaptación

Si nos planteamos qué necesitamos los humanos para madurar, llegaremos a la conclusión de que una vez cubiertas las necesidades físicas y psicológicas, sólo es cuestión de tiempo. Pues si esto es así, ¿por qué a pesar del paso del tiempo, el neurótico queda anclado en su inadaptación?

Es evidente que hemos de adaptarnos al ambiente extrauterino después del parto. Si no somos neuróticos lo conseguiremos en un grado más o menos aceptable. También es verdad que todos tenemos algo de neuróticos, pero el problema aparece cuando, por poseer determinados

marcadores genéticos (que algún día un científico nos va a desvelar) el pequeño neurótico se convierte en un incordio, sin que se pueda demostrar (por ahora) ningún trastorno orgánico responsable de tan notable desaguisado.

En este análisis etiopatogénico, dejamos voluntariamente de lado los graves trastornos neuróticos de la personalidad reactivos o traumáticos (por problemas carenciales, malos tratos, abandono, etc.), aunque en su evolución y manifestaciones clínicas tengan un perfil semejante.

Empieza el problema

A veces, durante el primer año de vida, los neuróticos presentan dificultades alimenticias, duermen mal, son llorones en exceso, etc. Son aquellos síntomas inespecíficos, que a nuestro experimentado pediatra le hacen murmurar: será un niño "nervioso".

Otros tienen un feliz desarrollo hasta los 18 ó 36 meses, en que pueden aparecer problemas dérmicos (eczemas, atopias) o alérgicos, asociados a un negativismo desafiante fuera de lo corriente, con unas rabietas de campeonato y una tozudez extrema.

Estos problemas se agudizan en el ambiente familiar aunque las quejas también pueden proceder del jardín de infancia o del parvulario. De los dos a los cinco años, la conducta puede llegar a ser insupportable. Uno espera que el pequeño haga el cambio. Y el cambio no llega. ¿Qué creemos que está pasando?

Si la adaptación de los niños al mundo se aprende con el paso del tiempo y la educación recibida, ¿por qué los neuróticos fracasan en el intento?

Influencia del ambiente

Aunque ambiente es todo lo que nos rodea, centrémonos en la familia y la educación recibida. En este terreno, valoramos como fundamental la seguridad que proporcionan las figuras paternas: estamos hablando del afecto gratificante, la tolerancia tranquilizante, la coherencia que proporciona un ambiente estable y el

toque firme e imprescindible de la autoridad parental.

Con estos ingredientes, que funcionan como cuatro pilares en los que se sostiene la llamada, por nosotros, "mesa de la seguridad" (más otros estímulos educativos), el niño avanza, progresa en su autoestima, se desprende, se tranquiliza, aprende, se responsabiliza, etc. En resumen, se adapta.

La seguridad, básicamente a través del afecto recibido (aunque insistimos, no únicamente), es como un nutriente que llena nuestro recipiente afectivo.

Nuestra teoría etiopatogénica: el depósito afectivo

Permítannos una metáfora: Todos, al nacer, tenemos un depósito al que va a parar el afecto recibido del ambiente. El afecto de mayor calidad es, sin lugar a dudas, el de los padres. Imaginemos que el afecto es un fluido líquido y denso.

El recipiente en cuestión tiene, de nacimiento, una base inmadura, mal acabada (como tantos aspectos del bebé que están por desarrollar), como si fuera un filtro; es decir, un auténtico colador. El afecto entra, pero sale por la base perforada.

El niño, sediento de afecto, no acaba de tener lleno el envase y pide más. Desea saciarse de afecto, se muestra egocéntrico, intolerante a las frustraciones, celoso, etc. Es la imagen del pequeño, que muestra su normal inmadurez en todos los aspectos, incluido el conductual y emocional.

¿Qué pasa con el tiempo si las cosas van bien? Que la entrada del denso fluido afectivo con continuidad, va dejando unos residuos sólidos que van obstruyendo la base de nuestro depósito afectivo, de tal suerte que se llega a una edad, sobre los cinco años, en que el fondo está suficientemente solidificado y el depósito se puede llenar hasta rebosar.

En estas circunstancias, el pequeño, educado en un ambiente sano en el que se ha sentido querido a tope, rebosa afecto y está en condiciones de querer a los demás. Podríamos decir que le sobra afecto por lo que está en condiciones de darlo a los demás. Dar afecto es darse uno mismo, es

ser capaz de superar el egocentrismo infantil para querer al otro y sin nada a cambio. Es decir, se siente amado y es capaz de amar a los demás.

Psicología y psicopatología evolutiva

En este momento, el niño sano, no neurótico, superada la primera infancia (los dos primeros años), en la que ha vivido un crecimiento vertiginoso en todos los órdenes y la segunda infancia (de los tres hasta los cinco) en los que habrá liquidado la etapa egocéntrica de oposición, resistencia y negativismo (propia de la afirmación del yo personal), entrará en la tercera infancia (de los seis a los doce años) en la que el niño se abre a la comunidad y alejado de la etapa egocéntrica, será capaz de conseguir una adaptación socio-familiar propia de su edad: tendrá autonomía en los hábitos cotidianos, ayudará en las tareas domésticas, será capaz de abrirse a los demás, de comunicarse en grupo, de relacionarse en diversos ambientes, de esforzarse y trabajar en la escuela, de aceptar las reglas del juego establecidas, etc., entrando así en la definitiva etapa de la adolescencia que le catapultará a la vida adulta.

¿Qué le pasa al niño neurótico?

Pues que, por la razón que sea (creemos que los factores genéticos y ambientales se suman, en una proporción variable) no ha cerrado bien la base del depósito afectivo, y vive con un nivel de satisfacción emocional a todas luces insuficiente. Queda anclado en una permanente solicitud afectiva, egocéntrica, impropia de su edad, y su sufrimiento se traduce en una conducta inadaptada inequívocamente neurótica.

El persistente conflicto con su entorno, si no recibe la ayuda necesaria (diagnóstico y tratamiento adecuado) provocará la cristalización de su funcionamiento neurótico (yo soy así y no puedo remediarlo), con el que llegará a la adolescencia.

Consideramos raro, aunque puede darse, que un perfil neurótico se inicie en la etapa adolescente.

La desorientación de los padres

Los padres no entienden la demanda afectiva del niño, la búsqueda de protagonismo, los celos, la dificultad de tolerar la frustración, las rabietas, el malhumor, etc., cuando el niño es el primero de la familia en todo, el que tiene más, el más atendido, ayudado, besado y cuidado. ¿Qué está pasando?

Si consultan, es fácil que se les diga que su hijo está haciendo una demanda afectiva, o que está necesitado de cariño. El diagnóstico descriptivo es certero, pero se omite o ignora la causa.

El bajo nivel afectivo que trasluce su conducta no se debe a que reciba poco afecto, sino a que no lo aprovecha, no lo digiere bien, o no lo metaboliza. Siguiendo con el símil del depósito, lo que ocurre es que lo pierde porque el neurótico tiene agujereada, aún, su base. Este sería, metafóricamente hablando, el problema causal del inexplicable trastorno neurótico.

Personalmente, creemos que en algunos casos el condicionante genético es muy importante; en otros, menos, pero siempre lo hay. También creemos que hay una parte conductual que es aprendida, y sobre ella se debe plantear el tratamiento familiar, individual o grupal.

El perfil de la personalidad neurótica sería el de un niño que cumplidos los cinco años vive una sensación de carencia afectiva (con lo que hace demandas en este sentido) y se muestra insatisfecho, egocéntricamente protagonista e intolerante a las frustraciones. Además, según el caso, puede acompañarse de ansiedad, inquietud, malhumor, indisciplina, agresividad o pereza, con la idea más o menos consciente de que uno es así y que no puede cambiar.

La personalidad neurótica se estructura a partir del "no puedo" repetido una y mil veces:

- No puedo, no tengo fuerza, pobre de mí...
- La baja autoestima le paraliza.
- Tiene miedo a avanzar, a comprometerse, a esforzarse...

- Repetidamente fracasa y vive en una frustración continuada. Almacena auto-odio y agresividad hacia sí y hacia los demás.
- Está malhumorado, triste e incluso puede deprimirse.
- Está necesitado de una sobreestimación que no le satisface. Vive insatisfecho y envidia al vecino.
- Está superceloso de cualquier persona que se acerque a su madre, etc.

Antes de los cinco años, se puede sospechar este funcionamiento neurótico. Tratando la dinámica familiar es posible mejorar algunos aspectos, evitar que empeore el cuadro y en algunos casos, si el paciente ayuda, incluso puede resolverse el problema.

Si ello no se consigue en la tercera infancia (6-12) hay que apostar, sin miedo, por una decidida intervención terapéutica. Si por falta de disciplina, falta de motivación o desvalorización del cuadro, miedo, abandono o dejadez parental para afrontar el problema, o pánico a consultar a un psiquiatra o un psicólogo no se lleva a cabo, tendremos a la vista el desarrollo de un adolescente de riesgo.

SÍNTOMAS Y CUESTIONARIO DE NEUROTICISMO (Q-2-O)

Con el cuestionario Q-2-O (diseñado en nuestro CSMIJ "Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil" de la Comarca de Osona, en Vic, Cataluña), se puede obtener un perfil del neuroticismo del paciente (Anexo 1).

Hay que solicitar que los padres (juntos o por separado), familiares cercanos que convivan con el paciente, maestros, etc., lo rellenen según el siguiente baremo:

N (no); A (Algunas veces); B (Bastantes veces); M (Muchas veces).

Los síntomas que agrupamos bajo estos diez conceptos (decálogo que no es definitivo y que lo estamos revisando día a día) los hemos extraído de nuestras historias clínicas después de diez años de experiencia en el tratamiento de niños y jóvenes neuróticos en el CSMIJ d'Osona.

Llevamos dos años validando su eficacia, y aunque una escala nunca es diagnós-

tica, constituye un buen apoyo para elaborar dicho perfil y determinar el subgrupo al que pertenece. Además, nos orienta sobre la estrategia terapéutica adecuada.

Egocentrismo

Evalúamos, en primer lugar, aspectos del egocentrismo cada vez más egoísta del paciente neurótico. A veces, se manifiesta a través de un protagonismo excesivo y dan la sensación -dicen los padres- de que ellos son "lo único importante". Otros, hacen llamadas de atención de lo más histriónicas. Las madres refieren que el niño "quiere que estés por él". A ello se añade un afán posesivo y a menudo "acaparador" y una tremenda dificultad para pensar en los demás. No acostumbran a ser serviciales. Con esta permanente pequeñez psicológica, los padres refieren a menudo que el niño o el adolescente no quiere crecer.

Insatisfacción

El malestar que produce el vivir insatisfecho es corroborado por los padres: el paciente no valora las cosas que tiene. Por más que tenga, no acaba de estar contento. Éste es un síntoma fundamental, muy a tener en cuenta a la hora del tratamiento: es una baja autoestima que muchos intentan disimular. Los padres afirman que "parece que no se gusta".

El problema es que la autoestima no podrá afianzarse si la felicidad que se espera alcanzar se basa sólo en el tener, olvidando que lo importante es, ser.

Por la misma causa, se muestra envidioso de lo que tienen los demás y muy celoso, ya que necesitado del afecto materno (en exclusiva), no puede compartirlo con nadie de la familia. Es una muestra clara de que los celos son siempre secundarios a una inmadurez afectiva.

Intolerancia a las frustraciones

Otro síntoma capital es la negación de culpa, que generalmente proyecta: la culpa siempre es de los demás. La fragilidad personal le hace caprichoso e intolerante a las frustraciones. Fácilmente se revela o llora si se le lleva la contraria. Es muy sensible a

las bromas y al ridículo, aunque es capaz de reírse de todos y de todo.

Ansiedad. Angustia

El síntoma que define la neurosis, la ansiedad inmotivada, puede estar muy presente o no. Insistimos en este punto porque a veces, el sufrimiento y el malestar del neurótico, siempre de base ansiosa, queda opaco y sólo se manifiestan a través de otros síntomas como los que estamos describiendo.

Se evaluarán los miedos, diversos en intensidad y presentación. La inseguridad, las dudas, el lloriquear con facilidad o la presencia de quejas somáticas (que a menudo exagera) son otros síntomas de esta personalidad atormentada por el hecho de vivir y muy preocupada por su seguridad personal.

Inquietud psicomotriz

El síntoma más expuesto en una consulta de psicología y psiquiatría infantil, el “niño nervioso” acostumbra a estar presente en la exposición del problema.

Hay que valorar qué quiere decir el familiar con la palabra “nervioso”. Le invitaremos a que precise si se trata de una inquietud psicomotora (el niño tiene necesidad de moverse, no puede estar quieto) o si se trata de que es muy distraído o inatento, o incluso que pasa rápidamente a la acción por ser en extremo impulsivo.

Con esta triada sintomática habrá que plantearse el diagnóstico diferencial entre una personalidad neurótica o un trastorno por déficit de atención.

Distimia

Agrupamos aquí las diversas manifestaciones de uno de los síntomas más molestos para la convivencia diaria. Nos referimos a los frecuentes cambios de humor con tendencia al malhumor; se trata de un paciente quejoso y gruñón o de los que sólo se lamentan de lo que les pasa. Protesta por sistema o realiza una constante crítica de lo que acontece a su alrededor.

Otros pacientes son descritos como muy negativos o que actúan con una actitud de oposición, que los padres describen como “Parece que disfrute llevando la contraria”.

Indisciplina

Los problemas de conducta son en algunos casos determinantes y son el motivo principal de la consulta: indisciplinado, desobediente, intransigente, tozudo, inflexible, exigente, mentiroso e incluso tramposo. Dicha sintomatología nos obligará a realizar el diagnóstico diferencial con los trastornos de conducta o disociales.

También su actitud impertinente les puede llevar a querer tener siempre la última palabra con lo que viven una situación de enfrentamiento con sus padres.

A menudo las dificultades adaptativas se ponen de manifiesto a través de una resistente selectividad en la comida, lo que contribuye a mantener la situación de conflicto permanente.

Agresividad

Además de la indisciplina, puede agravarse más la relación si se presentan conductas en las que el paciente se muestra desafiador, irrespetuoso o tiranizador de la madre o de otras personas.

Complican el cuadro, la presencia de la agresividad verbal (o no verbal) e incluso la agresividad en el juego.

Pereza

La personalidad del neurótico, en algunos subgrupos, se presenta con la queja familiar de que su hijo es un perfecto gandul.

La pereza acompaña casi siempre a este perfil y en el fondo es el síntoma responsable de su persistencia. Sin esfuerzo no hay realización personal. Nuestro paciente, para salir de esta situación de estancamiento psicológico necesitará, en última instancia, esforzarse. Y deberá decirlo él.

Este síntoma es fundamental para realizar el diagnóstico diferencial en aquellos

casos en los que se plantea si el paciente apático no puede o no quiere.

El paciente se siente incapaz de hacer un esfuerzo para cambiar nada, no tiene actitud de trabajo (cumplir su deber u obligación), es un gran irresponsable, no asume las tareas que le corresponden, puede mostrarse pasivo o lento.

Como contraste, es capaz de esforzarse si una cosa le gusta.

Yo soy así

Se trata del síntoma definitivo, que sirve de justificación a su conducta, con lo cual, el paciente no mueve ni un dedo para modificar nada. Su justificación es diáfana: "Si yo soy así, que se le va a hacer". Son los demás los que tendrán que aguantarle.

Valoración

Aún no nos atrevemos a cuantificar si de este decálogo de síntomas han de ser

positivos cuatro, seis o siete de ellos para hablar de trastorno de personalidad neurótica (TPN), porque es una apreciación más cualitativa que cuantitativa, y orientadora del tratamiento.

Las respuestas B y M tienen valor. Aquellos conceptos en los que las respuestas B y M sumen mayoría priorizan la problemática a tratar, aunque también un solo síntoma puede ser importante (p. ej. celos o agresividad) y precisará nuestra atención terapéutica.

Si es muy positivo el cuestionario Q-2-0 en dos ámbitos distintos (p. ej. el escolar y el familiar), habrá que valorar si no hay un problema mayor que el del neuroticismo.

Si el cuestionario que ha llenado la familia es muy positivo y el escolar es negativo, determina que el paciente tiene capacidad de control, pero nos indica que el problema neurótico está ahí.

SUBGRUPOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (DD)

| Síntomas | Diagnóstico diferencial |
|--|--|
| Los ansiosos, | → Trastornos de ansiedad. |
| Los inquietos, | → Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. |
| Los distímicos, | → Trastornos depresivos. |
| Los más intolerantes y proyectadores de culpa, | → Trastornos paranoides. |
| Los más indisciplinados y agresivos, | → Trastornos paranoides y disociales. |
| Los más perezosos, con pacientes | <ul style="list-style-type: none"> - Temperamento apático-amorfo, - Trastornos por déficit de atención sin hiperactividad, - Trastornos de personalidad inmadura, dependiente o bohemía, - Trastornos depresivos, - Errores educativos (niños sobreprotegidos y sobresatisfechos), - Trastornos carenciales, - Trastornos mentales graves (psicosis). |

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL TPN EN EL ADOLESCENTE

No se encuentra en el exterior, sino dentro de nosotros mismos el origen más frecuente y constante de nuestro malestar. No son los demás los culpables de la agresivi-

dad que me domina (activa o reprimida) sino que ésta nace de mi propia impotencia.

Reconocer y aceptar las propias debilidades permitirá romper el antiguo y fatal aprendizaje y emprender nuevos caminos.

Las ventajas de ser neurótico que nos permiten instalarnos en la neurosis, son:

ayuda, compasión, sumisión a los demás, llamadas de atención, huida de las responsabilidades, fuente de excusas para justificar el comportamiento y otros mecanismos del temor y ansiedad (miedos, fobias, ansiedad de separación, rituales...) para evitar enfrentarnos a la realidad.

Es preciso conseguir que el sufrimiento como neurótico, sea superior a las ventajas que la neurosis proporciona, porque entonces desearíamos ponerle remedio y será el primer paso hacia la curación.

Los temores, la pereza, los miedos y la ansiedad evitan enfrentarnos con la realidad.

No hay otra forma de realizarnos que amando. Hemos de aprender a querer, a estar de buen humor, a ser pacientes, tolerantes y agradables a los demás, por cercanos o lejanos que estén.

Estrategias terapéuticas psicológicas individuales

Son válidas a partir de los 5-7 años, cuando los niños ya tienen una capacidad de razonamiento lógico por lo que están indicadas, tanto para la tercera infancia (6-12 años) como para la adolescencia.

Hay que tener en cuenta que los trastornos neuróticos de la personalidad, según se deduce de nuestro enfoque, se podrían incluir en los trastornos del desarrollo. Y si hablamos en plural de trastornos neuróticos, es precisamente para destacar la diversidad de formas que nos vamos a encontrar, ya que se trata un cuadro sindrómico y no de una enfermedad en el sentido estricto del término.

Reconocimiento de síntomas

Escribirlos

Nivel de preocupación o malestar que me suponen (0-100).

¿Qué hago ante esta preocupación, molestia o problema?

¿Tengo capacidad para resolver lo que me preocupa?

¿Depende de mí? Sí/No.

¿Qué otras cosas podría hacer? Alternativas.

Mío es el problema. Mía es la solución

Soy yo quien pierdo el control.

Soy yo quien tengo que recuperarlo.

La solución de mi problema la tengo dentro de mí.

Yo no soy así

No puedo aceptar la creencia de que yo soy así.

No puedo aceptar la creencia de que puedo cambiar.

He de sublevarme contra esta falsa y cómoda creencia.

¿Dónde encontraré más ayuda?

Piensa y descubre que quien más te puede ayudar eres tú.

Sólo debes quererlo, confiar en ti y esforzarte. ¡Sólo!

Examina tus posibilidades. Nivel de autoestima

El Yo físico: el cuerpo, aspecto, salud corporal...

El Yo profesional:

mi inteligencia,

mi razonamiento lógico,

mis rendimientos escolares,

mis actividades cotidianas,

mis aprendizajes,

El Yo social y afectivo:

Mi afectividad, mis emociones y sentimientos.

Mi relación afectiva con los demás:

¿quién me quiere? familiares, amigos, novia...

¿a quién quiero? id.

Mi sexualidad: intereses, deseos, realidades.

Rasgos de mi personalidad: los positivos, los negativos.

Aspirar a lo posible

He de darme cuenta y aceptar mi realidad, por lo que:

- He de asumir el grado justo de responsabilidad.

- Debo proponerme objetivos adecuados a mis posibilidades.

Debo ver las cosas diferentes

A mí mismo (valorarme de forma adecuada -Punto E-).

Debo cambiar mi humor.
 Debo dejar de engañarme.
 Debo ser más indulgente conmigo y aprender a perdonarme.
 Debo aprender a usar la libertad: escoger, siempre es renunciar. Hacerlo sin miedo.
 Debo definirme sobre qué escala de valores quiero vivir.

Autoestima positiva

Finalmente debo descubrir mis propios valores.
 ¿Mi autoestima? Debo estar contento con mi realidad.
 Debo querer a los demás.
 Yo no soy el mejor.
 Yo no soy el peor.
 Con humildad seré más feliz.
 Aceptaré como soy, pero con objetivos para progresar.

La formación de la conciencia. El super yo

¿Qué creo que está bien o mal? Decidirme.
 Tomar partido y actuar en consecuencia.

Otras estrategias terapéuticas individuales

Registros de conductas a extinguir.
 Registros de acciones positivas a desarrollar, que exigen: priorizar las acciones, un hábito, una práctica, una repetición, etc.
 Relajación de Schultz
 Actividad física:
 Muy interesante para potenciar el Yo físico, de pacientes asténicos, con problemas de coordinación, bronquíticos asmáticos, etc. Se potencia el conocimiento y el dominio del esquema corporal.
 Cualquier actividad física es una buena ayuda terapéutica porque mejora el tono físico, vital para mejorar el tono psíquico. El alma necesita un cuerpo estable sobre el que apoyarse.
 Psicomotricidad. Hay centros muy preparados para ello.

Deporte individual: gimnasia, natación, atletismo, tenis, judo.

Deporte colectivo, competitivo o no.

Actividad psicopedagógica: técnicas de estudio, apoyo escolar.

Farmacología: psicotónicos, ansiolíticos, antidepresivos.

En resumen, es preciso concretar y evaluar de una forma periódica las acciones que el paciente se comprometa a llevar a cabo para seguir estimulando la voluntad de cambio.

Es muy importante que sea el propio paciente quien se dé cuenta de qué le pasa y de lo que está modificando con su nueva actitud.

En definitiva habrá pasado del no puedo cambiar nada (soy así) al yo puedo.

Estrategias psicológicas grupales

En la adolescencia son muy aconsejables. Existen diversas modalidades según la tipología de los pacientes, las edades, la finalidad terapéutica o la experiencia personal. Así pues, se pueden organizar grupos de información y discusión abiertos y otros cerrados como los de escenoterapia, etc.

Estrategias familiares

Una vez hemos explicado a los familiares la problemática de la personalidad neurótica debemos asesorarles sobre qué actitudes deben evitarse y cuales pueden favorecer la mejoría de su hijo y por ende de la relación familiar.

Molesta que a menudo, sea en el ámbito familiar donde haya más disputas, riñas o discusiones. Se acusa al paciente de poseer una doble personalidad, en casa es uno y fuera de ella, otro. Algunos tienen una conducta ejemplar en la escuela y en cambio en casa son unos tiranos impertinentes, sobre todo con las madres.

Les decimos a los padres que “las personas somos auténticas cuando estamos en casa, en bata y zapatillas” por lo que no es de extrañar que fuera de casa el paciente tenga suficiente control (la conciencia o el super yo funcionan correctamente) para tener una conducta adecuada a sus intere-

ses. Pero ello a costa de una tensión excesiva que libera cuando está en su hogar.

Hemos resumido en el anexo 2, las acciones que deberían omitirse y las que deberían llevarse a cabo, con continuidad y el máximo de unidad educativa.

En las visitas de seguimiento con el psiquiatra o el psicólogo se comentará la evolución y se tomarán las directrices precisas en cada caso. En el fondo ayudar a superar los problemas de una personalidad neurótica es conseguir iniciar una nueva forma de vida, para que paulatinamente los padres y el propio paciente vayan encontrando la seguridad, y que cada uno en su rol, desarrolle el papel que le corresponda.

La evolución en los pacientes bien atendidos es buena en un 80% de los casos. El 20% restante serían los perfiles más difíciles (por lo tanto menos modifica-

bles con las estrategias terapéuticas descritas), bien porque evolucionan hacia formas más graves de neurosis, se complican con patologías duales o derivan hacia patologías más graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. DE MORAGAS J. Los inadaptados. Ed. Nova Terra. Barcelona, 1970.
2. JORDÀ L. Manual del buen neurótico. Ed. Thassàlia. Barcelona, 1995.
3. FOLCH I CAMARASA L. Educar a los hijos cada día es más difícil. Eumo-Octaedro. Barcelona, 1999.
4. KANNER L. Psiquiatría infantil. Paidós-Psique. Buenos Aires, 1966.
5. MENDIGUCHIA FJ. Psiquiatría infanto-juvenil. Ediciones del Castillo, S.A. Madrid, 1980.
6. VALLEJO JA. Introducción a la Psiquiatría. Ed. Científico-Médica. Madrid, 1977.
7. TOMAS, J. Trastornos por abuso sexual. Ed. Laertes, 1999.

ANEXO 1. Cuestionario Q-2-0

| |
|--|
| NOMBRE EDAD SEXO ESCUELA/POBLACIÓN CURSO..... MAESTRO/A FECHA Evaluen a su hijo/a, alumno/a respecto a estas conductas con una X según el baremo siguiente: (N) no (A) algunas veces (B) bastantes veces (M) muchas veces No dejen ninguna pregunta sin respuesta. Detrás de esta página pueden escribir los comentarios o las observaciones que crean oportunoas. Gracias. |
|--|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Le gusta ser el protagonista | N | A | B | M |
| Es posesivo y acaparador | N | A | B | M |
| Le gusta llamar la atención | N | A | B | M |
| Quiere que se le dedique toda la atención | N | A | B | M |
| No es servicial | N | A | B | M |
| Da la impresión que solo es importante | N | A | B | M |
| Da la impresión que no quiere crecer | N | A | B | M |
| 2. No valora lo que tiene | N | A | B | M |
| Por más cosas que tenga no acaba de estar contento | N | A | B | M |
| Envidioso | N | A | B | M |
| Celoso | N | A | B | M |
| Parece como si no se gustara | N | A | B | M |
| 3. La culpa es siempre de los demás | N | A | B | M |
| No tolera las contrariedades | N | A | B | M |
| Si se le contradice, se revela o llora | N | A | B | M |
| Bromista con los demas pero no acepta ninguna broma | N | A | B | M |
| 4. Ansioso, tiende a angustiarse | N | A | B | M |
| Miedoso | N | A | B | M |
| Inseguro y dubitativo | N | A | B | M |
| Si tiene alguna molestia fisica, la exagera | N | A | B | M |
| Lloriquea con facilidad | N | A | B | M |
| 5. Inquieto, movido | N | A | B | M |
| Poco atento distraido | N | A | B | M |
| impulsivo, poco reflexivo | N | A | B | M |
| 6. Frecuentes cambios de humor, tienden al malhumor | N | A | B | M |
| Quejoso y gruñon | N | A | B | M |
| Siempre se lamenta | N | A | B | M |
| Protesta sistematicamente | N | A | B | M |
| Criticón | N | A | B | M |
| Negativo | N | A | B | M |
| Disfruta llevando la contraria | N | A | B | M |

Anexo 2. Actitudes de la familia ante una personalidad neurótica.

Lo que no haremos

- * Justificarle y compadecerle.
- * Dar la culpa de sus problemas a los demás.
- * Aceptar que él es así y no puede cambiar.
- * Regañarle y compararlo a todas horas con el “tío Camilo”.
- * Sobreprotegerlo o mimarlo para evitar que sufra.
- * Buscar un castigo ejemplar, a ver si rectifica.
- * Actuar de encubridores de sus problemas, por el padre o la madre.
- * Desesperados, amenazarle con internarle en un colegio.
- * Mas desesperados aún, amenazarle con llevarle al psicólogo.
- * Desesperadísimos, amenazarle con llevarle al psiquiatra.

Lo que haremos

- * Potenciaremos su autoestima:
 - debe confiar que superará la situación,
 - si quiere superarla,
 - si se aprecia más,
 - y aprende a apreciar (querer) a los demás.
- * Con ejemplos concretos,
 - estimular la voluntad de cambio,
 - ayudarle a modificar pequeñas cosas y evaluarlo.
- * Tolerar muchos de sus síntomas “menores”.
- * Administrar con firmeza la autoridad: aguantar el tipo.
- * Que reconozca sus síntomas, y los escriba.
- * Que reconozca sus virtudes, y las escriba.
- * Que se dé cuenta de que pierde el control,
 - que se pregunte qué puede hacer,
 - que decida qué es capaz de hacer, y que actúe.
- * Que descubra que la persona que más le puede ayudar es él.
- * Que participe en actividades de grupo.
- * Informarle que el psicólogo o el psiquiatra le pueden ayudar.