



# TRASTORNOS NEURÓTICOS: ¿VIGENCIA U OCASO DE LAS NEUROSIS?

Joaquín F. Márquez Pérez \*

## RESUMEN

Este trabajo aborda la vigencia del estudio de los trastornos neuróticos a pesar de la derogación del tradicional concepto de “neurosis” con la aparición de los manuales de clasificación posteriores al DSM III. Se precisa la necesidad de establecer pautas diagnósticas que, desde la dimensión psicológica, orienten la intervención psicoterapéutica. Se presenta una propuesta que descansa en un núcleo de tres pautas esenciales: la paradoja central de estos trastornos, el malestar emocional y las dificultades para el ajuste de la conducta. Otras pautas consideradas se asocian a las dificultades para las relaciones interpersonales, la disfunción de la actividad cognitiva, la merma de los intereses y el deterioro de la autoestima. (Duazary 2009 I; 62-70)

**Palabras Clave:** Neurosis, Trastornos neuróticos, Pautas diagnósticas en la dimensión psicológica, Núcleo primario

## ABSTRACT

This work deals with the update of neurotics disorders studies, even with its official derogation like diagnostic issue in classification manuals. It points out the necessity of sharing diagnostic keys on a psychological approach. They most drive the psychotherapy. The author's point of view is focused on three principal indicators: the main paradox, the emotional discomfort and the problems with behavioural adjustment. The rest of the keys are related to interpersonal relationship difficulties, the cognitive dysfunction, the interest involution and the poor selfsteam.

**Key Words:** Neurosis, Neurotic disorders, On psychological dimension diagnostical items, Primary nucleus.

## INTRODUCCIÓN

Los primeros trabajos de la Psicología moderna se remontan a los albores del siglo XX con la labor en la clínica asistencial de quien luego devendría uno de los autores paradigmáticos de la ciencia: Freud.<sup>1</sup>

Con una labor propia de lo que hoy se identifica con los procedimientos, técnicas y estrategias del diseño cualitativo en la investigación científica, y desde los hallazgos que iba teniendo en su práctica asistencial,

Freud desarrolla un método de diagnóstico y tratamiento a partir del cual formuló sus elaboraciones teóricas sobre la naturaleza y función del “aparato psíquico”.

Sus trabajos desde un inicio se centraron en el tipo de desorden con el que más reiteradamente lidió, de donde por demás provinieron la mayoría de sus criterios y constructos teóricos: las neurosis.

Estos trastornos, de naturaleza esencialmente funcional y causas presumiblemente psicógenas, encerraban,

\* Correo electrónico: joaquin@suss.co.cu



de acuerdo con la experiencia del ilustre austriaco, las complejidades y modificaciones de las relaciones entre las dimensiones conscientes e inconscientes de la personalidad a partir de las cuales podría entenderse el quehacer humano.<sup>2</sup>

Mucho camino ha recorrido la Psicología de entonces a la actualidad, tanto que no sería responsable evaluarla aún como una ciencia joven. No lo son aquellas que, entre muchas otras consideraciones, pasan de la etapa de acumulación y clasificación de información y datos, a la formulación y explicación de fenómenos: un proceso no exento de altibajos, retrocesos y avances donde se retoman criterios, posturas y posiciones que pudieron abandonarse o desecharse en ese curso de desarrollo.

Una auténtica negación de la negación dialéctica.<sup>3</sup> Hecho que ha tenido sus manifestaciones específicas en la comprensión de los trastornos neuróticos, objeto de análisis en esta reflexión.

La derogación del término neurosis y la redistribución de los trastornos que antes se agrupaban bajo esa “etiqueta diagnóstica” en diferentes grupos y/o ejes diagnósticos<sup>4,5</sup> supuso un cambio cuyas consecuencias pueden tener diversas interpretaciones: las interrogantes sobre la pertinencia de la investigación, divulgación de resultados y derrotero futuro del quehacer de los profesionales de la salud mental en esta área son objeto de análisis en esta reflexión.

## DESARROLLO

Con el inicio de los años 80 del pasado siglo la APA proponía en su DSM III el reordenamiento de los criterios diagnósticos hasta entonces vigentes.<sup>6</sup>

Para muchos, luego del lógico proceso de adaptación inicial, comenzó a crecer una incertidumbre que gradualmente se extendía:<sup>2</sup> ¿dónde se ubicarían entonces los estudios que tenían a las neurosis como objetivo central?, ¿resultarían aún pertinentes cuando el término diagnóstico quedaba derogado? ¿resultarían de interés para la comunidad científica y sus líneas editoriales?.

No se trataba del cuestionamiento general de la adecuación o eficacia del nuevo manual para clasificar. Otra cuestión mucho más puntual precisaba ser resuelta: ¿suponía la aparición del DSM III el ocaso de los estudios sobre las neurosis y, lo que generaba más aprehensión en los profesionales implicados en la labor asistencial, del desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento en este campo?<sup>7</sup>

Las respuestas a estas interrogantes se han ido elaborando con el paso del tiempo y la aplicación de los investigadores y clínicos en servicio asistencial, como suele ser frecuente en el desarrollo de las ciencias.<sup>8</sup>

Casi treinta años han transcurridos desde la aparición del DSM III (la primera versión poliaxial para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento) y múltiples han sido, desde entonces los estudios dedicados a los trastornos identificados con el nivel de funcionamiento neurótico, tanto en el apartado dedicado a los “Trastornos afectivos”, como en el que “unifica” a los “Trastornos neuróticos, reactivos de estrés y somatomorfos”.

Esa es una primera consideración, cuya presencia no deja espacios para exclusiones. Con independencia de la “derogación oficial” del término “neurosis”, el nivel de funcionamiento neurótico, su presencia diagnóstica y las demandas asociadas de intervención han impuesto su continuada actualidad en las publicaciones científicas implicadas con la salud mental.<sup>9,10,11,12,13</sup>

La reagrupación de las nuevas categorías diagnósticas ha obedecido, según declaran sus artífices a, por un lado la falta de evidencia que justificase las agrupaciones anteriores y, por el otro a la insuficiente investigación etiológica que permitiese claridad en los diagnósticos con independencia de las filiaciones conceptuales de los profesionales de asistencia.<sup>4,5</sup>

Este insuficiente “estado del arte” en relación con la etiopatogenia de esos trastornos, generó la operativa decisión de agruparlos por pautas diagnósticas en dependencia de los ejes valorados.

La necesidad de “operacionalizar” en la investigación científica, al menos en las ciencias que se dedican a desentrañar las “inexactas” complejidades de la conducta y el quehacer humanos, resulta felizmente comprendida.<sup>14</sup>

No debe perderse la perspectiva, aún en la diversidad que garantiza el desarrollo, un rasero de evaluación compartido que permita el entendimiento en virtud de la creación de un “lenguaje común”; resulta un empeño loable.

Casi tres décadas suponen mucho tiempo, especialmente en la actualidad cuando por razones asociadas a la ciberconexión, sucesos antaño más “pausados” como la acumulación de experiencias, conocimientos y habilidades profesionales específicas, muestran hoy un curso de crecimiento indetenible.

Consecuentemente, reevaluar los criterios con que fueron juzgados los trastornos de nivel neurótico podría no ser una necesidad apresurada.

Los resultados acumulados en las experiencias psicoterapéuticas de mayor divulgación y reconocimiento, muestran regularidades ciertamente interesantes: trastornos clasificados en grupos diferentes, incluso en ejes diferentes, responden adecuadamente y de manera muy similar ante los mismos modelos de afrontamiento terapéutico.<sup>1,15</sup>

Así se han descrito por ejemplo muy buenos resultados con la aplicación de la Terapia Racional Emotiva de Ellis, o la Terapia cognitiva de Beck para desórdenes depresivos, ansiosos, fóbicos, conflictos familiares y de pareja, por sólo citar algunos ejemplos.<sup>15</sup>

En Cuba el autor de esta reflexión y sus colaboradores, tuvieron similares resultados con la aplicación de un modelo integrativo de terapia individual diseñado por él a partir de su experiencia profesional, para lidiar con trastornos neuróticos en adultos. Reportaron buenos resultados con el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno Distímico y el Trastorno Obsesivo Compulsivo.<sup>1,16,17,18</sup>

Cabe entonces preguntarse ¿qué está sucediendo en estos casos? ¿qué explica una mejoría en trastornos clasificados en ejes y grupos diferentes con un tratamiento psicoterapéutico similar?

Una respuesta para esta interrogante gravita en la comprensión de la “estructura psicológica” de estos trastornos.

Las quejas y limitaciones de los portadores de trastornos tipificados en los dos principales grupos en que aparecen los desórdenes que una vez fueron considerados bajo el rubro de “neurosis”: los Trastornos afectivos (evidentemente los de nivel neurótico) y los Trastornos neuróticos, reactivos de estrés y somatomorfos, tienen mucho en común. Estudios a lo largo de casi todo el mundo confirman la presencia de características psicológicas similares en estos trastornos.<sup>19,20,21,22, 23,24</sup>

Con esa perspectiva y la experiencia de veinte años de servicio asistencial con estos trastornos el autor, identificado con las posiciones de la Psicoterapia Integrativa, propone un grupo de pautas diagnósticas (o indicadores) que, en su opinión “unifican” a los trastornos neuróticos, al menos en la dimensión psicológica. Ellas son:

1. Paradoja esencial de los trastornos neuróticos.
2. Trastornos en la respuesta emocional.
3. Trastornos del ajuste de la conducta.
4. Trastornos en las relaciones interpersonales.
5. Deterioro de los intereses.
6. Disminución del rendimiento intelectual.
7. Deterioro de la autoestima.

Un análisis más detallado de cada una de estas pautas o indicadores diagnósticos se expone de inmediato.

### I. PARADOJA ESENCIAL DE LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS

Es considerada la manifestación sintomática esencial de los pacientes portadores de trastornos neuróticos.

Su expresión se concreta como sigue:

- El reconocimiento consciente (crítica) del malestar generado por los síntomas.
- La probabilidad de que el aquejado pueda llegar incluso a reconocer las situaciones, eventos o condiciones que “disparan” o acentúan sus dificultades, pero en cualquier caso, se evidencia una imposibilidad de cambiar esa situación.

Se trata de la clásica imposibilidad del paciente con trastornos neuróticos para hacer “algo” que cambie su malestar, de “poner de su parte” para dejar de sentirse mal.

Presentan conciencia (**crítica**) de la presencia y tiempo de evolución de los síntomas. Puede constatarse incluso un **reconocimiento consciente** de las situaciones que los inician, incrementan o refuerzan. Todo esto asociado a una **incapacidad de cambiar** su estado de ánimo y conductas (síntomas) relacionados a estas situaciones, a **pesar de sus esfuerzos** en esa dirección. El autor, como resultado de su experiencia profesional en la práctica de la psicoterapia con estos pacientes, considera que esta constituye una **paradoja esencial** de los pacientes aquejados por trastornos neuróticos.

Ahora resulta imprescindible hacer precisiones. El carácter esencialmente psicógeno de los trastornos neuróticos supone que en una buena medida sus fundamentos etiológicos y los mecanismos que explican su funcionamiento, **son de naturaleza psicológica**.

En la historia de la Psicología como ciencia, la aparición los diferentes modelos explicativos sobre la naturaleza humana, ha supuesto un proceso de aproximaciones



parciales a las aristas o mecanismos diversos que condicionan el comportamiento.

La Psicodinamia (gestada desde el Psicoanálisis Freudiano) mostró los complejos mecanismos internos y la correlación de procesos inconscientes, pre conscientes y conscientes en la regulación del comportamiento.<sup>25</sup>

La Psicología del Comportamiento identificó los mecanismos involucrados en la determinación del comportamiento desde la acción de los estímulos del medio externo (antecedentes, consecuentes o modelos) al individuo.<sup>2</sup>

La escuela Materialista Dialéctica propuso una manera de entender el proceso de formación de la personalidad donde el peso determinante de las condiciones sociales (históricamente condicionadas), interactuaban con la disposición constitucional, neurobiológica de la personalidad (la Actividad Nerviosa Superior), arrojando una formación psicológica cualitativamente diferente de los procesos o instancias involucradas en su formación, donde se daba un papel destacado a los mecanismos conscientes en la regulación del comportamiento.<sup>26, 27</sup>

Resultan propuestas que parecen apostar por epistemologías diferentes, pero que, esencialmente, muestran diferentes procesos y mecanismos implicados en la formación de un “constructo” psicológico único: la personalidad y su funcionamiento para la regulación de la conducta. No es objetivo de esta reflexión presentar una definición conceptual (empeño por demás altamente complejo) de personalidad. No obstante, como ya se expuso, este intento de caracterizar desde la dimensión psicológica a los trastornos neuróticos descansa en los postulados de la orientación integracionista en Psicoterapia.

Los trastornos neuróticos deben ser evaluados desde la perspectiva de esa diversidad de procesos y mecanismos (reconocidos unos e ignorados otros por cada una de las escuelas o modelos psicológicos).

Es frecuente que en los diferentes pacientes aquejados se muestre todo un espectro de apreciaciones diferentes del trastorno: de sus causas aparentes, de la intensidad de las quejas, de la incomodidad con el nivel de invalidez generada, de la conciencia de las causales histórico-personales asociadas a su aparición, e incluso de la crítica de los mecanismos psicológicos que explican sus limitaciones –situación esta extraordinariamente importante e ilustrativa.

Las personas aquejadas, según evidencia la práctica profesional del autor, pueden tener una clara conciencia

de los factores que influyeron en sus dificultades actuales y de las consecuencias psicológicas que para sus personalidades tuvieron esos factores, más que eso, logran en ocasiones reconocer que sus esfuerzos voluntarios por superar esas dificultades han resultado estériles. *Es posible, a manera de ejemplo, que un paciente se sepa portador de una inaplazable necesidad (neurótica) de compañía, proveniente de una madre sobre protectora y limitante y un padre ausente y austero en afectos. Concluye que sus dificultades para encarar una nueva oportunidad muy tentativa en su vida, dimanen de esa dependencia de compañía.*

Otros presentan una certeza no tan clara de cuáles son y de dónde provienen esas dificultades o limitaciones psicológicas, a pesar de tener crítica de sus síntomas y displacer. Lograr que identifiquen esas limitaciones propiamente psicológicas, es en estos casos una necesidad terapéutica.

Otros aquejados, incluso con crítica de sus síntomas, no tienen ningún nivel de conciencia de la existencia de los mecanismos psicológicos anómalos de la personalidad que explican dichos síntomas. Su recuento de experiencias personales conflictivas puede ser evocado en la entrevista profesional, pero ellos no las asocian a sus dificultades presentes, ni tienen crítica de que pueden estar etiológicamente asociados a la aparición de esos mecanismos psicológicos que explican los síntomas.

El segundo indicador resulta:

## **II. UNA INCAPACIDAD PARA DOMINAR LAS EMOCIONES DENTRO DE LAS CUALES LA ANSIEDAD FLOTANTE Y UNA ANGUSTIA INCONTROLABLE, PARECEN IDENTIFICAR PATOGNOMÓNICAMENTE EL CUADRO CLÍNICO.**

La ansiedad y/o angustia que evidencian los adultos aquejados por estos trastornos, fue señalada desde los trabajos clásicos de Freud. Para éste, eran síntomas que se originaban ante las fallas del “yo” para lidiar exitosamente con las pulsiones del “ello” y las exigencias “super yoicas”.

La ansiedad es pues una causa psicológica (“interna”) que dificulta el comportamiento.<sup>25</sup>

Para los terapeutas conductuales,<sup>15</sup> la ansiedad es una conducta aprendida como consecuencia de exposiciones anteriores con resultados desfavorables por la acción directa de estímulos aversivos. También puede condicionarse como consecuencia de observar esa

correlación negativa de estímulos aversivos-conducta, o conducta- consecuencias desfavorables en otros (a los que denominan “modelos”).

La ansiedad es vista como una consecuencia de sucesos “externos”, conductuales.

Las consideraciones del autor, coincidiendo con la teoría de los dos factores de Mowrer que precisa la imbricación que en la práctica tienen los condicionamientos “clásico” y “operante”,<sup>15</sup> apuntan hacia una comprensión ontogenética de la ansiedad. Esta es un resultado de experiencias displacenteras que, una vez acontecidas pueden “interiorizarse” y predisponer a la evitación de situaciones similares o percibidas como similares en lo adelante.

Por otra parte, determinada configuración interna de los rasgos de la personalidad, pueden provocar el afrontamiento disfuncional temprano de algunas situaciones que, por su naturaleza, exceden las posibilidades reales de esa personalidad para lidiar con ellas.

Esa “configuración predisponente” de la personalidad ha sido reiteradamente considerada en la explicación de los trastornos neuróticos tanto por autores foráneos,<sup>28</sup> como por locales.<sup>9,29</sup>

Entiéndase pues que la ansiedad sindrómica o patológica puede gestarse desde estados de ansiedad reactiva<sup>30</sup> que se combinan con cierta predisposición de la personalidad. Así visto, la ansiedad como rasgo de la personalidad, puede evidentemente ser predisponente para la implantación ulterior de ansiedad sindrómica o patológica.

Consecuentemente, la ansiedad es tanto “un resultado” de acontecimientos de la historia personal, como una “causa” que desorganiza la conducta observable externa.

Es importante agregar que la presencia de este indicador no se asocia únicamente a la ansiedad. El autor prefiere usar el término “malestar emocional” en virtud de su significación más genérica.

La percepción de este malestar emocional “flotante” puede asumir disímiles “formas clínicas”, aparentemente más asociadas a las diferencias idiosincrásicas, de estructuras nerviosas y bioquímicas (neurotrasmisores) en cada individuo aquejado.<sup>31</sup>

Así aunque primen las manifestaciones afectivas del tipo de la ansiedad (reactiva, fóbica, con manifestaciones psicasténicas, disociativas, conversivas), también es posible la presencia del humor depresivo.

Consecuentemente, una vez más desde el rasero de su experiencia clínica, el autor y colaboradores consideran necesario identificar la presencia de este indicador a través de las siguientes dificultades observables en la conducta del aquejado.

- Malestar emocional “flotante” generalmente activado sin una causa directa identificable.
- Puede presentarse por largos períodos con una intensidad de grado diferente a lo largo del día, de la semana o del mes.
- Con una evolución de curso tórpido y crónico, sin tratamiento.

El autor considera que entre esta dificultad y la que se tratará a continuación, existe un vínculo interno de reforzamientos mutuos.

El tercer indicador supone:

### III. UNA HABITUALMENTE CRECIENTE DIFICULTAD PARA EL AUTOCONTROL CONDUCTUAL, PARA EL “AJUSTE” DE LA CONDUCTA

Esta parece ser una pauta muy significativa. Unido a las vivencias de displacer emocional, la queja más reiterada de los adultos portadores de trastornos neuróticos es la ejecución dispar. Las dificultades para “dominarse”, para ejecutar calmada, “limpiamente” sus acciones resultan infelizmente recurrentes.

Su comprensión supone al menos la consideración de cuatro dificultades que emergen, evidentes, en el ejercicio de la asistencia clínico-psicológica:

- Dificultad para controlar los impulsos.
- Falta de madurez del YO y consecuentemente disminución en la capacidad de tomar decisiones y/o desarrollo de conductas adecuadas al reto que suponen las situaciones demandantes.
- Dificultades para lograr un desempeño conductual fluido y sin errores reiterados.
- Pérdida del sentido de orientación ante lo cotidiano.

Una consideración importante para entender la manera en que proceden psicoterapéuticamente el autor y colaboradores, radica en el peso que ponen en las técnicas para mejorar el autocontrol.

Según su experiencia psicoterapéutica con portadores de este tipo de trastorno, en la medida en que los aquejados

recuperan o desarrollan habilidades para el autocontrol de la conducta, disminuyen proporcionalmente sus vivencias de malestar emocional.

Esta es una postura que difiere de la lógica de las terapias cognitivas. En aquellas se pretende modificar las instancias cognitivas “desajustadas” (pensamientos irracionales, ideas “catastrofizadas”, diálogos internos distorsionados entre otras denominaciones); aquí se pretende “ajustar la conducta” para modificar la respuesta emocional perturbada.

La propuesta del autor tiene referentes en la práctica psicoterapéutica, incluso dentro de las corrientes conductuales<sup>15</sup> y atempera con una visión que, desde los postulados clásicos de Vigotski,<sup>32</sup> resultó una práctica de principios para la Psicología materialista dialéctica de la que muchos psicólogos cubanos se sienten en buena medida herederos.<sup>33</sup> Se trata de la aceptación de la actividad externa (objetal o interpersonal) como principio y vehículo a través del cual se “interioriza” todo acto, estado o proceso psíquico.<sup>26</sup>

Estos primeros **tres indicadores** resultan, en opinión del autor, **esenciales** en el **diagnóstico psicológico** de los trastornos neuróticos. Son indicadores sobre las cuales puede ejercerse directamente la labor psicoterapéutica y que, según su experiencia, permiten la reducción del trastorno, aún cuando no se trabaje con el resto de los indicadores que se proponen a continuación.

El cuarto indicador precisa:

#### **IV. UNA NOTORIA DISMINUCIÓN DE LAS HABILIDADES Y EL DESEO PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES QUE HACE AL PACIENTE SENTIRSE CADA VEZ MÁS AJENO AL MUNDO**

Este indicador (cuya presencia e intensidad difiere de un caso a otro) se registra como consecuencia de las dificultades que en el paciente generan los tres primeros.

Las dificultades emocionales y su implicación con los trastornos del autocontrol, parecen limitar la disposición de los aquejados para lidiar con las exigencias intrínsecas de las relaciones interpersonales, especialmente cuando se trata de personas que no les resultan íntimas o emocionalmente cercanas.

La vulnerabilidad afectiva y frecuente dependencia por un lado y la incapacidad o insuficiencias para el autocontrol por el otro, propician en el paciente una

conducta de evitación de las relaciones interpersonales y tendencia al aislamiento del mundo (que no excluye la dependencia de una o varias figuras cercanas que satisfacen sus necesidades “neuróticas” de afecto, apoyo o compañía).<sup>34</sup>

Ellos suelen evitar el mundo, rumiando sus angustias.

Una manera de identificar en la práctica clínica este indicador, supone, según los criterios del autor y colaboradores, valorar en el aquejado los siguientes síntomas:

- Apatía, desgano o incapacidad para hacer vida pública.
- Incomodidad ante la presencia de personas que no les resulten íntimas o cercanas.
- Deseo de aislarse y evitar la asiduidad de relaciones interpersonales, pudiendo producirse agresividad defensiva.

Un quinto indicador supone:

#### **V. UNA DISMINUCIÓN O DISFUNCIÓN EVIDENTE DE LA ACTIVIDAD COGNITIVA QUE GENERALMENTE ES LA CONSECUENCIA DE LA DIGRESIÓN ANSIOSA DE LA ATENCIÓN (EL “BLOQUEO NEURÓTICO DEL PENSAMIENTO” Y LA TENDENCIA A LA “RUMIACIÓN” DE SUS PREOCUPACIONES SON MUY TÍPICAS)**

Manifestaciones de este tipo han sido frecuentemente descritas bajo rubros diferentes: Bloqueo intelectual, bloqueo neurótico del pensamiento, alteración dinámica de la capacidad de trabajo intelectual<sup>35,36</sup> entre otras.

En todos los casos se hace referencia a dificultades para mantener los procesos básicos del pensamiento a un nivel, al menos similar al habitual para el individuo antes de comenzar a sufrir las manifestaciones del trastorno neurótico. Resultan pues, dificultades reactivas de la actividad intelectual como consecuencia de la presencia de los indicadores previamente expuestos del trastorno neurótico.

En el quehacer clínico asistencial, la presencia del indicador supone, según la experiencia del autor y colaboradores:

- Una incapacidad para resolver tareas intelectuales con niveles de rendimientos similares a los habituales antes de aparición del trastorno
- Dificultades para concentrarse
- Merma de la productividad intelectual.

El sexto indicador precisa:

**VI. UNA MUY EXTENDIDA Y PROGRESIVA DISMINUCIÓN DE LOS INTERESES, PROYECTOS VITALES Y ORIENTACIÓN EN LA VIDA. UN DESGANO QUE PUEDE DESPLAZARSE DESDE NIVELES ELEMENTALES DE ANGUSTIA HASTA UN MUY SEVERO APLANAMIENTO AFECTIVO (QUE PUEDE LLEGAR DESDE LA IDEA, PASANDO POR EL PLAN E INCLUSO CONSUMAR LA CONDUCTA SUICIDA)**

Este indicador resulta particularmente ilustrativo de los trastornos neuróticos en adultos. Se reconoce incluso como pauta diagnóstica en los manuales vigentes sobre trastornos mentales y del comportamiento para desórdenes depresivos.<sup>4,5</sup>

En opinión del autor y colaboradores, al menos desde la perspectiva del funcionamiento psicológico, la disminución de intereses y/o su concreción, esa suerte de “volverse hacia si mismo”, preocupado única o principalmente por las dificultades personales es la consecuencia, una vez más, de las dificultades con el autocontrol y la incapacidad para dominar sus emociones.

La reiterada y pertinaz presencia de este indicador ha avalado incluso su hiperbolización y elevación a la categoría de trastorno independiente: La consideración de las llamadas “Neurosis noógenas”<sup>37</sup> suscitó no poco reconocimiento.

Su presencia en el ejercicio clínico se resume en:

- Una concreción de los intereses, gustos, preferencias, inclinaciones habituales del individuo, dejando de movilizar su comportamiento y desarrollando una apatía ante eventos, situaciones, actividades, locaciones y personas que antes lo motivaban.
- Presencia de períodos en que solo hablan, piensan y se concentran en sus dolencias psicológicas
- Presencia en los casos más severos de una involución de intereses tan severa que lleva a la idea suicida.

El séptimo y último de los indicadores supone:

**VII. UN CRECIENTE DETERIORO DE LA AUTOESTIMA QUE HACE AL PACIENTE SENTIRSE INSEGURO, DEPENDIENTE DE LA PROTECCIÓN Y COMPAÑÍA DE OTROS**

No considerar esta manifestación como uno de los indicadores esenciales que identifican a los trastornos neuróticos en adultos, puede generar desacuerdos lógicos, sin embargo, esta apreciación del autor responde, como todos los argumentos que aquí se esgrimen, a su

experiencia profesional en la práctica de la psicoterapia con pacientes aquejados de trastornos neuróticos.<sup>1</sup>

En principio, las pautas o indicadores que se consideran esenciales, lo son por la factibilidad de su afrontamiento psicoterapéutico para modificar el comportamiento neurótico.

El manejo terapéutico de la autoestima es más “indirecto”. Es más probable su gradual adecuación en la medida que se recupera el autocontrol o se estabiliza la respuesta emocional que a la inversa.

No parece muy difícil sustentar que son las dificultades en el autocontrol, en el “ajuste” de la conducta a las condiciones en que se desempeña el individuo, las anomalías emocionales de los aquejados y sus dificultades para, aún con conciencia crítica de estas dificultades no poder cambiarlas o dominarlas, las que, en principio, laceran su autoestima y no al revés.

Son estas valoraciones las que justifican que el indicador no esté concebido como uno de los que conforman el grupo al que el autor y colaboradores llaman “esenciales para el diagnóstico e intervención psicoterapéutica de los trastornos neuróticos”.

Su identificación clínica se concreta en:

- Sensación de incapacidad y falta de confianza en si mismo.
- Sentimientos de dependencia.
- Minusvalías múltiples (imagen corporal, desempeño profesional, adecuación a sus roles familiares).

Estas características, en opinión del autor, identifican a los trastornos neuróticos desde la dimensión psicológica. Ellas son consideradas las pautas diagnósticas de estos desórdenes en la dimensión psicológica.

Las primeras tres pautas constituyen el “**núcleo primario**” que caracteriza el diagnóstico psicológico de estos desórdenes (o, al menos, suponen las que resulta imprescindible hacer ceder con el tratamiento.

Cuando se logra, el paciente puede reiniciar eficazmente su integración social y productiva, suceso que, según la experiencia del autor puede producirse incluso espontáneamente, luego de reducido terapéuticamente el “núcleo primario” de los síntomas).

El resto de las pautas son manifestaciones psicológicas presentes en el diagnóstico y dependen del tiempo de



evolución del desorden, las características de la personalidad de cada paciente, su “vulnerabilidad” particular, sus sistemas de “apoyo social”, entre otras consideraciones.

Sería ilusorio considerar que estas pautas diagnósticas, “unificadoras” de los trastornos de nivel neurótico con independencia del grupo en que están actualmente clasificados o del eje en que se tipifican en los manuales vigentes,<sup>4,5</sup> resulten argumentos suficientes para una nueva reagrupación.

En principio, se necesitarían mayor cantidad de argumentos que justificasen una interpretación conceptual más integradora y sólida de este variopinto grupo de trastornos (el autor trabaja en esta dirección en su investigación doctoral); pero por otro lado, no es en lo absoluto una intención directa, un objetivo central en esta reflexión.

Los esfuerzos se centran en lograr una comprensión más clara en la dimensión psicológica de estos trastornos que oriente a los terapeutas a la hora de estructurar la lógica de los procedimientos de intervención.

Como apuntaba Lazarus:<sup>15</sup> el dolor, el displacer emocional del paciente resultan el interés central e inaplazable del terapeuta, más allá de su fidelidad a una u otra posición teórica. Es una posición ética y de principios.

La elección caótica y ateórica de procedimientos terapéuticos puede, aún resolviendo determinados casos, agregar más indeterminación e incomprensión a la práctica asistencial.

La Integración en Psicoterapia precisa de identificar las regularidades constitutivas de cada grupo de trastornos.

Ellas pueden guiar las estrategias de intervención e incluso posibilitar el desarrollo de modelos genéricos para cada uno de esos grupos, siempre que no se pierda la perspectiva de su concepción con un margen que permita ajustarlos a las realidades y peculiaridades idiosincrásicas, personalísimas de cada caso (al llamado diagnóstico personalológico).

## CONCLUSIÓN

Resulta prudente resumir los criterios vertidos en estos apuntes.

En principio, la clasificación propuesta en los manuales vigentes para la identificación de los trastornos mentales

y de comportamiento, aún garantizando unificar los criterios diagnósticos (internacionalmente) en virtud de la operacionalización de las pautas diagnósticas, no terminó en lo absoluto con la vigencia del estudio y tratamiento de los trastornos neuróticos a pesar de derogar el empleo del término “Neurosis” como categoría diagnóstica.

Una segunda consideración recae en la viabilidad, al menos para la intervención psicoterapéutica, de identificar pautas diagnósticas comunes en la dimensión psicológica a todas las formas clínicas de trastornos neuróticos clasificadas en los manuales de marras.

En estas pautas se identifican tres centrales: la paradoja esencial de los trastornos neuróticos, el malestar emocional y las dificultades para el ajuste de la conducta.

El resto de las pautas se asocian a las dificultades para las relaciones interpersonales, la disfunción de la actividad cognitiva, la merma de los intereses y el deterioro de la autoestima.

Los trastornos neuróticos han ocupado los esfuerzos profesionales del autor y sus colaboradores por más de veinte años. Su aspiración sigue siendo lograr una asistencia eficiente, científicamente avalada y humanamente comprometida. Otras consecuencias o consideraciones son eventos que van más allá de su intención y decisión.

## REFERENCIAS

1. Márquez Pérez JF. Modelo de psicoterapia individual para el enfrentamiento de trastornos neuróticos en pacientes adultos (Tesis de maestría). Santa Clara: UCLV, 1998.
2. Weiten W, Lloyd MA, Lashley R. Psychology applied to modern life adjustment in the 90s. Third Edition. New York: Books Cole Publishing Company, 1991.
3. Roca Perara M.A. Introducción a la Psicología Clínica. C Habana: Edit. Félix Varela, 2002.
4. American Psychiatric Association. Diagnostical and statistical manual of mental disorders (IV). Washington, DC: Author, 1994.
5. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ma edición. Capítulo V. España: Meditor, 1991.
6. American Psychiatric Association. Diagnostical and Statistical manual of mental disorders (3rd ed). Washington, DC: Author, 1980.
7. Clavijo A. Reivindicación de las neurosis. III Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2002. Psiquiatría.com, 2002; Feb.
8. Nuñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Ciudad de La Habana: Editorial Felix Varela, 1990.
9. Clavijo Portieles A. El conflicto internalizado y el Trastorno por Estrés Posttraumático 2008. [www.psiquiatria.com/interpsiquis2008/10371](http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2008/10371).
10. Zayfert C, Becker CB, Unger DL, Shearer, DK. Trastornos de ansiedad comórbidos en la búsqueda de tratamiento para el TEPT. Journal of Traumatic Stress 2002; 15(1).
11. Sierra-Bidde D, Herrán A, Vázquez Barquero, JL. Epidemiología y factores de riesgo de los trastornos neuróticos. Psiquiatría.com. 2001; 5(4).
12. Concha I. Depresión enmascarada. Clínica Psiquiátrica. Universidad de Chile. 1997. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/>

- Neurología/cuadernos/1997/pub\_03\_97.html.
13. Furakawa TA, Watanabe N y Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188: 305 - 312.
  14. Hernández Sampieri R, Baptista Lucio P, Fernández Collado C. Metodología de la Investigación. Colombia: Panamericana Formas e impresos SA, 2005.
  15. Caballo Vicente E. Manual de técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Siglo Veintiuno de España. Editores SA, 1995.
  16. Hernández Martínez I. Modelo de Psicoterapia individual para el tratamiento del T.A.G. (Tesis de grado). Santa Clara: UCLV, 1998.
  17. Lima Rojas D. Modelo de Psicoterapia individual para el tratamiento del Trastorno Distímico. (Tesis de grado). Santa Clara: UCLV, 1998.
  18. González Cofiño N, Gómez Cabrera MR. Modelo de Psicoterapia individual para el tratamiento del T. O. C. (Tesis de grado). Santa Clara: UCLV, 1998.
  19. Ichida M, Kondoh M, Takigawa K. On trigger experience of a group of anxiety neurotics--its psychopathology and therapeutic utilization. *Seishin Shinkeigaku Zasshi = Psychiatria Et Neurologia Japonica [Seishin Shinkeigaku Zasshi]*. 1992; 94(3),225-37. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=1589554&lang=es&site=ehost-live>.
  20. Bouchal M, Skoda C. Catamnesis of neuroses after 11 years of treatment with 3 different therapeutic programs. *Ceskoslovenská Psychiatrie [Cesk Psychiatr]*. 1991; 87(5-6),230-41. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=1822427&lang=es&site=ehost-live>
  21. Petersen TJ. Enhancing the efficacy of antidepressants with psychotherapy. *Journal Psychopharmacology*. 2006; Mayo, 19-28.
  22. Luty, S.E, Carter, J. D, McKenzie, J. M, Rae, A.M, Christopher, Mulder, R.T y Joyce, P. R. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2007; Jun (190), 496 - 502.
  23. Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Sabine Kech K.L, Zobel I, Leonhart R y Mathias Berger M. An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatients: Acute and Long-Term Results. *American Journal of Psychiatry*. 2007; May (164), 768 - 777
  24. Milrod B, Leon A.C, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, Aronson A, et al. A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007; Feb (164), 265 - 272.
  25. Freud S. A general introduction to psicoanálisis. New York: Boni and Livernight, 1924. (original published 1920).
  26. Rubinstein SL. El desarrollo de la Psicología. Principios y métodos. C Habana: Editorial Pueblo y educación, 1978.
  27. Shuare M. La Psicología soviética tal como yo la veo. Moscú: Editorial Progreso, 1990.
  28. Eysenck HL. The biological basis of personality. Springfield IL: Charles C Thomas, 1967.
  29. Alonso A. Papel del desarrollo anómalo de la personalidad en el origen de las neurosis y sus diferentes formas clínicas. (Tesis doctoral). Ciudad Habana: UH, 1989.
  30. Lader M.H. Psychophysiological aspects of anxiety. *Medicine (2a serie)*. 1975; (10), 429-432.
  31. Remington J.P. Remington. Farmacia. C. Habana: Edit. Ciencias Médicas, 2006.
  32. Vigotsky L.S. Obras completas. Tomo V. Fundamentos de la defectología. C. Habana: Edit. Pueblo y Educación, 1989.
  33. Roca Perara MA. ¿Es legítima la integración en Psicoterapia?. Conferencia Celebración "Día de la Psicología". 2007.
  34. Horney K. El autoanálisis. Editotial Písiqe, 1967.
  35. Márquez Pérez JF. Estrés, capacidad de trabajo intelectual y autovaloración personal en pacientes tributarios de cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea. (Tesis de grado). Santa Clara: UCLV, 1987.
  36. Alonso A. Estudio de la capacidad intelectual en sujetos neuróticos. *Revista cubana de Psicología*. 2003; (20)2, 103-110.
  37. Frankl Viktor. El hombre doliente. Editorial Herder, 1997.