

PSICOPATOLOGÍA Y PSICODINAMIA DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

J. L. González de Rivera y Revuelta

Clasificación y epidemiología de los fenómenos obsesivo-compulsivos

Es frecuente entre los clínicos hacer uso, con cierta ligereza, del término "enfermo obsesivo" para referirse a entidades distintas, que, como veremos más adelante, no están tan relacionadas entre sí como inicialmente pudo pretenderse. Es por eso importante establecer, de entrada, la diferencia entre síntomas obsesivos, neurosis obsesiva, rasgos obsesivos de personalidad y trastorno obsesivo de la personalidad.

1. Síntomas obsesivo-compulsivos

Las obsesiones y compulsiones son los síntomas obsesivos por antonomasia, a los que pueden añadirse los síntomas indicadores de rasgos obsesivos de personalidad, que, en su grado extremo, configuran la esencia del trastorno anancástico de la personalidad.

Los síntomas o fenómenos obsesivos son sumamente frecuentes entre la población general, como hemos podido constatar en nuestro estudio de morbilidad psiquiátrica menor en Tenerife (G. de Rivera y Revuelta, 1990, 1993). Utilizando el Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90R), hemos podido detectar pensamientos obsesivos en el 30% de la población general, y fenómenos compulsivos en el 20%. Claramente, no todos estos sujetos presentan patología obsesiva, pudiendo atribuirse los síntomas detectados a un transitorio desajuste de la normalidad, o a una expresión peculiar de la reactividad ante una posible situación de estrés, o formar parte de otro trastorno psiquiátrico. Si atendemos a la intensidad y a la persistencia de los síntomas y al sufrimiento originado por ellos, nuestro estudio

muestra que la mitad de los sujetos afectados por pensamientos obsesivos, o sea el 15% de la población general, lo consideran como "leve", el 6.2% "moderado", el 8.5% "intenso" y el 1.3% "extremo". Otro tanto puede decirse con respecto a las compulsiones, que son consideradas como "leves" por la mitad de los sujetos afectos, o sea el 15% de la población general, lo consideran como "leve", el 6.2% "moderado", el 8.5% "intenso" y el 1.3% "extremo". Otro tanto puede decirse con respecto a las compulsiones, que son consideradas como "leves" por la mitad de los sujetos afectos, o sea el 10% de la población general, como "moderado" por el 4.3%, como "intenso" por el 5.4% y como "extremo" solamente por el 0.3%. El trastorno obsesivo-compulsivo es altamente probable sólo en los casos de intensidad y sufrimiento "intenso" y "extremo".

Preguntas del Cuestionario de 90 síntomas (SCL90R) relacionadas con trastorno obsesivo-compulsivo

- 3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.
- 65. Tener que repetir las mismas acciones, como tocar, lavar, contar, etc.
- 45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que se hace.

Preguntas del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90R) relacionada con rasgos obsesivos o Trastorno obsesivo de la personalidad

- 10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.
- 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.
- 46. Encontrar difícil el tomar decisiones.

2. Trastorno obsesivo-compulsivo o neurosis obsesiva

Siguiendo los criterios de la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), el diagnóstico de neurosis o trastorno obsesivo-compulsivo se establece en base a la presencia de ideas obsesivas y actos compulsivos, independientes o combinados, siempre y cuando: a) estos síntomas generen intensa angustia o limitación importante del funcionamiento habitual, y b) estén activos casi diariamente durante por lo menos dos semanas seguidas. Se calcula que en el 69% de los enfermos coexisten obsesivos y compulsiones, mientras que el 25% presentan obsesiones nada más y sólo el 6% compulsiones sin obsesiones (Sharma, 1988). La CIE-10 establece también los siguientes criterios para que ideas intrusas o actos compulsivos sean definidos como obsesiones o compulsiones:

1. Ser reconocido como pensamientos o actos personales propios.
2. Ser objeto de resistencia por parte del sujeto, por lo menos parcialmente.
3. No ser placenteros en sí mismos, aparte del alivio de la tensión o de la ansiedad.
4. Ser reiterados, repetitivos y molestos.

Recientes investigaciones estadounidenses parecen indicar que el trastorno obsesivo-compulsivo es más frecuente de lo que se pensaba. Karno (1988), tras entrevistar casi veinte mil adultos en cinco sectores del programa Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, estimó la prevalencia entre 1.2 y 2.5%, cifra muy superior a las habitualmente aceptadas. Como quiera que estos síndromes tienen un importante factor de ocultación y permiten una adaptación social bastante buena, por lo menos cuando los síntomas son de intensidad baja o moderada, es a primera vista creíble que la prevalencia real sea superior a las estimaciones basadas en la experiencia clínica y que una gran parte de los sujetos afectados permanezcan sin diagnosticar y sin tratar. Por otra parte, la escasa precisión psicopatológica de los americanos les lleva a incluir entre las obsesiones tanto ideas sobrea-

loradas como preocupaciones hipocondríacas e ideas indeseadas en general, lo cual permite sospechar que sus cifras sean algo exageradas, a pesar de haber sido confirmadas recientemente por Rasmussen (1990). En España, Vázquez-Barquero (1993) establece la prevalencia ponderada de neurosis obsesiva en un 0.09% en su estudio de salud mental comunitaria en Cantabria, mientras que Villaverde (1993) encuentra un 0.15% de trastornos obsesivos en la población general de Tenerife, en Canarias. Ambos autores describen una prevalencia ligeramente superior entre las mujeres que entre los hombres, datos que concuerdan con los índices de sintomatología obsesiva hallados por González de Rivera y cols. (1990) en la población general. Estos tres últimos autores coinciden también en una mayor prevalencia de trastornos obsesivos entre separados y solteros, así como en la ausencia de relación entre la edad y la frecuencia e intensidad de síntomas obsesivos. El ya citado estudio de Karno (1988) encuentra también una mayor prevalencia entre separados y divorciados, así como una definitiva de la situación laboral, siendo mayor la patología obsesiva entre los trabajadores en paro, dato que no parece tan claro en los estudios españoles. La prevalencia en Estados Unidos es mayor en sujetos anglosajones que en la población negra y en la hispana, lo cual puede indicar una fuerte relación de la enfermedad con aspectos educacionales y/o culturales, sobre todo teniendo en cuenta que los otros factores de riesgo (separación-divorcio y paro) son mucho más frecuentes entre la población negra e hispana que entre la anglosajona. En cuanto a la historia natural del trastorno obsesivo, también existen ciertas diferencias entre los diversos autores americanos y europeos, puesto que, mientras que para Rasmussen (1986), 84% siguen un curso crónico, Baer (1986) estima que en el 40% de los enfermos los síntomas remiten sin tratamiento, o por lo menos, alcanzan una notable mejoría. Siempre según los estudios norteamericanos, la edad media de comienzo se establece en 22.7 años, y la duración media de la enfermedad de 11.8 años (Karno, 1988).

La inclusión del trastorno obsesivo compulsivo entre los síndromes de ansiedad ha sido un tema debatido desde hace tiempo. Austin (1990), aplicando una entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de trastornos DSM-III a pacientes con trastorno obsesivo franco, encontró que el 39% tenían historia de ataques de pánico, aunque solamente el 14% cumplían los criterios suficientes para el diagnóstico de trastorno de pánico. Adicionalmente, 14% de los obsesivos podían ser diagnosticados de fobia social y 19% de fobia simple, lo cual parece indicar un grado importante de comorbilidad dentro del espectro ansioso. Por otra parte, Enright (1990) ha puesto en evidencia diferencias importante entre los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y el resto de los pacientes ansiosos. Aplicando cuestionarios para la determinación de rasgos de esquizotipia e investigando los mecanismos de atención selectiva mediante una tarea de procesamiento de información, este autor demostró que los obsesivos se parecen más a los esquizotípicos que a los ansiosos, lo que hace pensar que están más próximos al espectro esquizofrénico que al neurótico.

3. Personalidad obsesiva o anancástica

Dentro de las pautas normales de interpretación de la realidad, conducta y estilo de vida, la personalidad obsesiva se caracteriza por tendencia a la meticulosidad, al orden y a la limpieza, valoración de la actividad intelectual sobre la física y la emocional, preferencia por la laboriosidad sobre el ocio, y limitación de la expresividad emocional. En otro lugar (González de Rivera, 1991), hemos definido la conducta humana normal como "la expresión observable de procesos mentales, dotada de significado y propósito, accesible a la conciencia y al control voluntario, y al servicio de la óptima adaptación y desarrollo del individuo". El estilo obsesivo, mantenido dentro de ciertos límites y ejercido con flexibilidad, es compatible con una buena salud mental. De hecho, algunas culturas valoran altamente este tipo de personalidad, llegando a instituir reglamentos y pautas educativas favorecedoras de su desarrollo. Sin embargo, en ocasiones la conducta obsesiva em-

pieza a manifestar carencias de significado y de propósito, o bien deja de ser flexible, controlable y sometida a los mejores intereses del individuo, por lo que pierde buena parte de su eficacia adaptativa.

En su grado más leve, este fenómeno se denomina acentuación de rasgos de la personalidad, e implica una ligera disfunción social, que generalmente el sujeto logra paliar concentrando sus actividades en aquellas áreas más afines a su personalidad. En consecuencia, un paciente así afecto elegirá trabajar como contable en vez de como relaciones públicas, tenderá a limitar su vida social a los encuentros profesionales, y probablemente preferirá vivir en un moderno edificio urbano antes que en una casa antigua necesitada de reformas. Como excepción importante de estas argucias adaptativas, es interesante mencionar que los obsesivos tienden a establecer (o intentar establecer) relaciones de pareja con el extremo opuesto del eje caracteriológico, es decir, con las personalidades histéricas. Generalmente, cuando el clínico considera pertinente establecer el diagnóstico de personalidad obsesiva se refiere a este grado de acentuación de rasgos, más que al empleo flexible, adaptativo y beneficioso de pautas anancásticas apropiadas.

4. Trastorno obsesivo de la personalidad

También conocido por trastorno compulsivo de la personalidad y trastorno anancástico de la personalidad. La intensidad, rigidez y maladaptación de las pautas obsesivas es ya extrema, difiriendo claramente de los valores aceptados por la cultura. Los rasgos obsesivos más negativos destacan sobre los aspectos positivos, y el paciente muestra dificultades en su vida cotidiana, su actividad laboral y sus relaciones interpersonales, generalmente acompañadas de grados variables de tensión emocional. Desde el punto de vista diagnóstico, la CIE-10 establece como necesaria la presencia pervasiva, persistente y duradera de al menos tres de las siguientes manifestaciones: indecisión, dudas y precauciones excesivas; preocupación excesiva por los reglamentos, el orden, la organización y los horarios; perfeccionismo y cuidado del detalle

que interfiere con la realización de las tareas; escrupulosidad y preocupación excesiva con la rectitud y el cumplimiento de las obligaciones, que interfiere con actividades placenteras y relaciones interpersonales; rigidez, obstinación, pedantería y convencionalismo; limitada capacidad de expresión emocional; intolerancia, exigencia y necesidad de controlar las actividades de los demás; irrupción no deseada e insistente de pensamientos e impulsos, que no lleguen a justificar el diagnóstico de neurosis obsesiva.

El hecho de que algunos pacientes con trastorno obsesivo de la personalidad presenten obsesiones y compulsiones ocasionales, junto con la influencia del psicoanálisis clásico, que considera que ambos trastornos tienen una psicodinámica común, han llevado a muchos clínicos a asumir la existencia de un espectro obsesivo, en el que la neurosis obsesiva es simplemente una forma más grave del trastorno anancástico de la personalidad, o, por lo menos, de presentación preponderante en sujetos con personalidad premórbid obsesiva. Sin embargo, los estudios actuales de comorbilidad parecen indicar que se trata de una asunción errónea. Mavissakalina (1990), que encuentra en el 53% de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo un trastorno de personalidad, no pudo demostrar correlación entre la neurosis obsesiva y el trastorno anancástico de la personalidad y ni siquiera la frecuencia de rasgos obsesivos es mucho más importante que la de los rasgos histriónicos, paranoides o esquizotípicos. Los trastornos de personalidad más frecuentes entre los enfermos de este estudio fueron: personalidad evitadora, en el 15%, histriónica 13%, dependiente 10% y esquizotípico 8%. Por otra parte, entre los enfermos que no pudieron ser diagnosticados de trastorno de la personalidad se encontró, sin embargo, una elevada proporción de rasgos pasivo-agresivos, compulsivos, histriónicos, paranoides y esquizotípicos, así como una importante presencia de afecto disfórico en toda la muestra. En una vena similar, Stanley (1990) encuentra rasgos esquizotípicos en 28% de los enfermos con trastorno obsesivo-compulsivo, aunque sólo el 8% reúnen todos los cri-

terios necesarios para el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad. Como dato interesante, estos pacientes son precisamente los que muestran una peor respuesta al tratamiento. Baer (1990) presenta resultados similares en 96 pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, 52% de los cuales presentaron un trastorno de personalidad, pero sólo en 6% este trastorno fue de tipo obsesivo. La personalidad dependiente y la personalidad histriónica fueron los diagnósticos más frecuentes. De los pocos pacientes con trastorno obsesivo de personalidad, casi todos habían iniciado el trastorno obsesivo compulsivo antes de los diez años, lo cual puede indicar que esta asociación se da en un subtipo de neurosis obsesiva diferente a la de inicio más tardío. La frecuencia del trastorno esquizotípico, 5%, se aproxima a los resultados de los otros estudios.

Psicopatología de los fenómenos obsesivos

Una obsesión es una idea, pensamiento, impulso o imagen, que, con poco o ninguna conexión con el resto del contenido mental, se impone insistentemente y en contra de la voluntad del sujeto. Característicamente, las obsesiones están en contradicción con el conjunto general de opiniones, valores y actitudes del individuo que las padece, causando por lo tanto intensa angustia. En su aspecto formal, las obsesiones pueden presentarse como formulaciones verbales de una idea, o como emociones e impulsos sin contenido cognitivo propiamente dicho. Las obsesiones observadas con mayor frecuencia en la actualidad son las relativas a violencia, contaminación o duda, con un descenso notable en los últimos años de obsesiones de contenido sexual y religioso. A causa de la angustia que producen, las obsesiones generan con frecuencia conductas de evitación, pudiendo hablarse en estos casos de fobias obsesivas. De hecho, cuando en una fobia progresa el grado de inmaterialidad del estímulo, puede llegarse a las fobias obsesivas (u obsesiones fóbicas) en las que el temor es engendrado por un pensamiento o imagen que se presenta de manera repetitiva e involuntaria. Existe considerable discusión sobre la relación

entre fobias y obsesiones, y, aunque la mayoría de las autoridades consideran hoy día que se trata de entidades diferentes, no cabe duda de que existen puntos importantes de conexión. Desde el punto de vista que ahora nos ocupa, la ansiedad ocasionada por el pensamiento involuntario es frecuentemente comprensible por la naturaleza de dicho pensamiento. Tirarse por un precipicio, acuchillar a alguien, proferir blasfemias en medio de una iglesia... son algunas de las fobias obsesivas más frecuentes, y parece justificado que el infortunado que las padece tema el peligroso potencial de sus ideas. Según la mayoría de los pacientes que presentan este fenómeno, la angustia viene dada por el temor a perder el control y realizar los terribles actos que su pensamiento obsesivo plantea. En cuanto a la evitación, el segundo componente de la fobia, dos pautas generales son posibles:

1) La evitación física, huyendo de los lugares en que la obsesión puede presentarse o en los que la acción que suscita puede ser nefasta, como, por ejemplo, lugares elevados, asistir a servicios religiosos, etc., o su análogo, la eliminación, de todos los objetos relacionados con los actos planteados por la obsesión, como uno de nuestros pacientes que impuso la utilización exclusiva de cuchillos de plástico en su casa. La proximidad de estas manifestaciones con la fobia típica parece bastante clara, llegando a ser indiferenciables de ella si la raíz obsesiva perdiera su prominencia en la consciencia. De hecho, una de las posibilidades patogenéticas en la formación de fobias tiene su origen precisamente en este concepto.

2) La evitación mental, mediante estrategias de tipo cognitivo o conductual, que las más de las veces acaban desembocando en rituales obsesivos.

Una breve viñeta clínica nos ayudará a comprender este mecanismo: Clara E., ama de casa de 32 años, experimenta desde hace tres años recurrentes ideas obsesivas de apuñalar a sus hijos mientras duermen. Al principio, sufría intensa angustia, pero pronto descubrió un ritual que, al decir de la paciente, no sólo alivia la ansiedad, sino que parece incluso prevenir la presentación

de la idea obsesiva. Todas las noches, después de cenar, cuando está sola en la cocina, clava cada uno de los cuchillos puntiagudos a lo largo de una barra de pan, mete los panes con sus cuchillos en una bolsa y guarda todo en un armario con llave. Como vemos, la patogénesis en este caso es en el sentido de la neurosis obsesiva, al contrario que la del caso de Robert F., que veremos enseguida, en quien la evolución de una idea obsesiva lleva a una neurosis fóbica incapacitante.

Otros ejemplos clínicos típicos de obsesiones son los siguientes:

- **Violencia:** el ama de casa que sufre ideas de acuchillar a sus hijos mientras duermen; el viajante de comercio que siente el impulso de empujar a la vía al pasajero que tienen delante cuando está llegando el metro; el conductor que experimenta una imagen vivísima de sí mismo saltando desde lo alto de un paso elevado, etc.

- **Contaminación:** P. H. sufrió durante años la idea de que los objetos más inconspicuos estaban infectados de gérmenes letales que pasaban a su piel sólo con tocarlos. Curiosamente, la obsesión ha cambiado de forma al crecer sus hijos, convirtiéndose en la idea de que está contaminado con una horrible enfermedad y que la transmite a su familia a través de cualquier tipo de contacto. Característicamente, P. H. es perfectamente consciente de la absurda imposibilidad de su obsesión, lo cual le diferencia psicopatológicamente de delirios psicóticos de contenido similar, pero en los que el paciente está convencido de la realidad de sus ocurrencias.

- **Duda:** C. F. sufre repentinamente la duda de haber dejado abierta la espita del gas de la cocina; J. R., industrial, experimenta todos los años durante más de un mes la duda continua de haberse equivocado en la declaración de impuestos; J. M. F. está obsesionado con la idea de que probablemente alguien ha muerto en un accidente de tráfico por que él no paró a ayudar, -aunque no sabe dónde ni cuándo pudo esto haber ocurrido...

Aunque la obsesión se puede presentar sin causa aparente, no es infrecuente que determinadas circunstancias actúen como precipitante. Así, las obsesiones de conte-

nido religioso son mas frecuentes en la iglesia, las de contenido violento cuando el paciente está desarrollando una actividad potencialmente dañina o cuando la presunta víctima se halla presente, etc. La evitación de las circunstancias desencadenantes de una obsesión, o por lo menos de aquellas en que su actuación es posible, junto con la intensa angustia que provocan, es lo que ha llevado a tantos autores a establecer una relación entre obsesiones y fobias. No es sin embargo este el único, ni quizá el más importante, mecanismo defensivo ante la obsesión. El comportamiento ritualista, o comisión de actos estereotipados, más o menos carentes de sentido, es con mucho el fenómeno más frecuentemente asociado con las obsesiones.

La compulsión es el término técnico con el que se denotan estos actos estereotipados, aparentemente sin propósito, y cuya finalidad es prevenir o evitar alguna situación o tragedia que el paciente teme. Aunque existen compulsiones primarias, con frecuencia son acompañantes de las obsesiones, y pretenden, de manera mágica, negar o contrarrestar la influencia de la idea obsesiva.

Así, un joven estudiante, con ideas obsesivas de gritar durante las clases, desarrolló un movimiento negativo de la cabeza, seguido de pellizcamiento de labios, como clara expresión de su resistencia a actuar la obsesión. Quizá por representar un acto sustitutivo del temido, al mismo tiempo que lo niega, mover la cabeza y pellizcarse los labios aliviaba la angustia inducida por la obsesión. Como es con frecuencia caracte-

rístico en estos pacientes, pronto el gesto empezó a desempeñar además una función preventiva de la idea obsesiva, acabando por establecerse un síntoma compulsivo, quizás más aparatoso y llamativo que la acción pedida por la idea obsesiva.

No siempre está tan clara la relación entre obsesión y compulsión, y son frecuentes los casos en que este nexo se ha perdido, o por lo menos no es fácilmente accesible a la conciencia del paciente. La mayoría de los actos compulsivos parecen la reacción protectora lógica contra las ideas obsesivas más prevalente: el lavado repetido es una respuesta "razonable" ante obsesiones de contaminación; los rituales de comprobación (por ejemplo mirar debajo de la silla al levantarse), ante las de duda; rituales protectivos (clavar los cuchillos en el pan y guardarlos bajo (lave) ante las agresivas, etc.

En lo que se refiere a su *relación con la ansiedad*, la compulsión, a diferencia de la obsesión, no se acompaña de angustia, siempre que se realicen minuciosamente los rituales exigidos. Es la resistencia a efectuar el acto compulsivo lo que produce angustia, hasta el punto que el enfermo acaba por ceder y realizar el acto, por muy inapropiada o ridícula que resulte la situación. De hecho, la mayoría de los enfermos crónicos acaban de ceder notablemente, organizando su vida en torno a sus rituales y renunciando a todo esfuerzo por oponerse a ellos.

Es importante no confundir las ideas sobrevaloradas, vulgarmente conocida como ideas fijas, ni las preocupaciones especia-

Criterios diferenciales de las alteraciones del contenido del pensamiento

Obsesión	Involuntaria	Interrumpe flujo del pensamiento	Absurda para el paciente	Rechazada
Idea sobrevalorada	Voluntaria	Integrada en el pensamiento	Razonable para el paciente	Aceptada
Delirio	Voluntario	Variable, generalmente integrado	Razonable para el paciente	Aceptado
Pensamiento impuesto	Involuntario	Interrumpe flujo del pensamiento	Variable	Rechazado

les, con las obsesiones. El individuo que está continuamente pensando en la mujer que ama, en su trabajo, o en las vicisitudes de su equipo de fútbol, no padece una obsesión, aunque así se diga frecuentemente en el lenguaje corriente. La idea obsesiva es involuntaria y está en desacuerdo con los valores y contenidos mentales aceptables para el paciente, mientras que la idea fija o preocupación especial carece de estas dos características. Otro caso especial es el de la idea delirante, en que el paciente cree firmemente en la veracidad y oportunidad de su contenido mental, lo cual no ocurre en la idea obsesiva. Estas diferencias son importantes, porque mientras que las preocupaciones especiales no indican otra patología que una cierta rigidez de carácter, las ideas delirantes son patognomónicas de estados psicóticos. Otra experiencia psicótica, la imposición del pensamiento, recuerda a la idea obsesiva, excepto en que el paciente no considera el pensamiento intrusivo como propio, sino como introducido en la mente por una agencia extraña. En la obsesión el paciente mantiene conciencia de que sus pensamientos, aunque incontrolables, le son propios. En el pensamiento impuesto, al contrario, se pierde el sentido de propiedad de los pensamientos, que se atribuyen a un agente externo.

En cuanto a las compulsiones, es importante diferenciarlas de los actos impulsivos, en los que la acción está de acuerdo con los deseos del sujeto, que la realiza con un fin determinado y con el objeto de lograr satisfacción de un estado de tensión emocional. Si entre el impulso y su actuación se interpone un proceso de razonamiento que convence al sujeto de su inoportunidad, riesgo o inmoralidad, éste puede evitar la acción o postponerla para mejor ocasión, sin importante angustia. Todo lo contrario es cierto para la compulsión, que no tiene finalidad aparente, no proporciona ningún placer, no desaparece con el razonamiento, resulta absurda para el paciente, y no puede evitarse o posponerse sin experimentar intensa angustia.

Psicopatogenia de las obsesiones

La comparación de las respuestas de

gemelos univitelinos al cuestionario de obsesividad de Leyon revela una concordancia del 44% para rasgos obsesivos y del 47% para síntomas (Clifford, 1984). Estos datos, indicativos de que algo más de la mitad de la constelación etiopatogénica depende de factores extragenéticos, refuerzan el consenso de que el trastorno obsesivo-compulsivo se desarrolla sobre una base de predisposición biológica, en la que interactúan los factores ambientales y psicodinámicos (Rachman, 1980). Aun admitiendo que la importancia de las alteraciones biológicas en la génesis de los síndromes anancásticos está bien establecida, los factores ambientales y psicodinámicos deben seguir siendo considerados, por cuanto que desempeñan un papel determinante en al menos tres aspectos: 1) en la patoplastia o forma de expresión del cuadro, 2) en sus vicisitudes evolutivas y, sobre todo, 3) en las dificultades interpersonales y severidad de las interferencias que los síntomas generan con los procesos generales de adaptación.

Psicodinámicamente, la defensa básica es el aislamiento, consistente en la disociación inconsciente de impulsos e ideas. Los pensamientos obsesivos se viven como involuntarios y extraños porque su acompañamiento afectivo coherente queda disociado y oculto en el inconsciente. En realidad, la idea obsesiva expresa un deseo del paciente, agresivo, sexual, de ensuciarse, etc., pero sólo el contenido cognitivo es percibido, quedando la motivación afectiva oculta. Otros mecanismos, como la anulación y la formación reactiva, subyacen secundariamente en la génesis de los rituales compulsivos. La anulación ("undoing") pretende "borrar" el deseo prohibido contrarrestándolo con un acto mágico, y la formación reactiva niega la existencia del impulso reprimido, presentando, a modo de coartada, manifestaciones antagónicas. La ambivalencia, o experiencia simultánea de dos afectos contrarios, se considera como un defecto básico tanto de la personalidad como de la neurosis obsesiva, y constituye posiblemente la base de la conocida indecisión y duda patológica que ataca a tantos obsesivos.

La teoría del aprendizaje explica la obse-

sión, como la fobia, en virtud de una combinación de reflejos condicionados y condicionamiento operante. En un primer paso, igual que ocurre en la patogénesis de las fobias, la angustia se asocia con un estímulo inespecífico, que puede convertirse tanto en objeto fóbico como en fenómeno obsesivo. En un segundo paso, por un mecanismo de condicionamiento operante, el fóbico adopta una conducta de evitación pasiva, que reduce la angustia evitando el objeto. En el obsesivo, en cambio, la evitación es activa, desarrollando rituales que no son sino una exageración de conductas previamente asociadas con disminución de la angustia. Esta relación está clara en el caso del estudiante con movimientos compulsivos de cabeza y pellizcamiento de labios, y lo mismo puede decirse de otros rituales típicos (comprobar los grifos, vestirse de cierta forma, lavarse, etc.). De hecho, la mera realización de una pauta estereotipada y predecible reduce inespecíficamente la angustia, ya que elimina la sensación de incertidumbre, al menos mientras dura.

Desde el punto de vista de estados de conciencia, la obsesión implica la desconexión entre los componentes cognitivos y afectivos de una experiencia, que no puede por tanto ser integrada en el conjunto de representaciones mentales. Lo anormal no es la angustia que la obsesión provoca, sino su mantenimiento. Separada del resto de las estructuras mentales, la experiencia ansiógena no puede ser elaborada y neutralizada, lo cual explica que permanezca activa y se presente repetitivamente a la conciencia. Métodos terapéuticos como la psicoterapia autógena permiten una progresiva integración de las representaciones traumáticas, con la correspondiente neutralización de los efectos ansiosos y disfóricos.

La ocurrencia de estados espontáneos de alteración de la conciencia bajo una diversidad de circunstancias y estímulos es relativamente frecuente y supone una modificación de las funciones propias del estado vigil normal, en el que todas las relaciones de causa a efecto se establecen en virtud de los procesos conceptuales lógicos propios del adulto. En ciertos estados alterados de conciencia, individuos normales

desarrollan procesos conceptuales irracionales, en los que las relaciones se establecen más en virtud de continuidad y contigüidad que de causalidad lógica. Las relaciones por simbolismo y semejanza también son más fácilmente establecidas y aceptadas en estos estados, lo mismo que sucede en la infancia y en los adultos con trastornos de tipo psicótico. Estados de cansancio físico, tensión emocional, estrés y ansiedad intensos, pueden desembocar en alteraciones transitorias de la conciencia, con estados de trances espontáneo, como vemos en el siguiente caso:

Roberto F. tiene 22 años, y trabaja como delineante en una pequeña empresa. Desde hace varias semanas, su novia insiste en acelerar los planes para su próxima boda, y Roberto decide utilizar el tiempo libre del almuerzo para visitar un piso piloto. Es un lluvioso lunes, Roberto está cansado y el tráfico es lento y pesado. Al regresar, Roberto pisa el acelerador más de la cuenta, y después de un adelantamiento peligroso experimenta una extraña sensación en el pecho y una especie de zumbido en los oídos.

De repente, al remontar un alto puente al final de la autopista, una imagen clarísima destaca entre todos sus pensamientos difusos e inconexos: Roberto se ve a sí mismo saliendo del coche y saltando sobre el pretil del puente al vacío. Sorprendido y algo inquieto, rechaza la idea por absurda, y cuando llega al trabajo ha olvidado completamente el incidente. El resto de la semana se siente nervioso y distraído, y se vuelve irritable con sus padres y con su novia. Al llegar el domingo, sin muchas ganas, cede a la insistencia de su novia, y conduce con ella a la misma urbanización. Está lejos, y aunque el piso les gusta, lo masivo del edificio le desagradó a Roberto.

La discusión que empieza al salir del piso continúa amargamente durante el camino de vuelta, hasta que la novia se encierra en un silencio ofendido. Están llegando al final de la autopista, y, justamente en lo alto del paso elevado, Roberto mira por la ventanilla y sufre el mismo fenómeno del día anterior. Claramente, se ve a sí mismo saltando sobre el pretil, y siente todos los músculos de su cuerpo en tensión, como si

realmente fuera a hacerlo. Al intentar rechazar la idea, se da cuenta de que no puede evitar que persista en contra de toda su voluntad. Sabe que no quiere hacerlo, y al mismo tiempo tiene la impresión de que podría pasar. La vaga inquietud del otro día es ahora un terror muy definido. Roberto teme que se está volviendo loco, que en cualquier momento puede perder el control de sus actos, y tirarse desde una altura. Desde ese día, la vida de Roberto experimenta un cambio notable, se vuelve inseguro, pospone su boda, le resulta difícil concentrarse en su trabajo, y, por encima de todo, sufre un miedo indescriptible ante la sola idea de permanecer en un lugar elevado.

La formación de constructos mentales, o representaciones de la relación individual con el entorno, con todas sus pautas características de emoción, sentimiento y conducta, tiene lugar en todos los estados de conciencia, pero su modificación mediante razonamiento sólo parece ser posible (¡y con dificultad!) para los formados en el estado vigil normal. El ligero trance espontáneo al que Roberto parece predispuesto cuando conduce, junto con estrés de su inminente boda, la angustia generada por emociones contradictorias, etc., permite la aparición espontánea de imágenes que son una condensación, al mismo tiempo, de sus deseos de huida y de sus sentimientos de culpa. El nuevo constructo que se crea en ese momento es que, en realidad, puede tirarse de lo alto de un precipicio. Ninguna discusión o argumentación lógica podrá convencer a Roberto de que esto no es así. Como todos los acrofóbicos (acrofobia = miedo a las alturas) no es la altura en sí mismo a lo que teme, sino al propio impulso a arrojarlo desde lo alto.

Otro punto de vista interesante es el de Farber (1966) que considera la neurosis obsesiva como una enfermedad de la voluntad, basándose en su teoría sobre dos tipos o manifestaciones de la voluntad operativos en la experiencia humana. Por ser poco conocida, y revestir un notable interés, expondré brevemente esta teoría:

El primer estado de la voluntad es inconsciente y su meta final no es clara para el sujeto, aunque se mueve en una

dirección definida, que incluye la posibilidad de tanteos y de cambios, sin que su fin pueda ser conocido. A pesar de que es imposible predeterminar sus efectos, el trabajo de este tipo de voluntad se infiere a posteriori, generalmente referida a situaciones cuya enorme importancia pasa desapercibida en su momento. Las decisiones más relevantes de la vida no parecen ser tales en su momento, o, como dice Farber, lo que parecía un riachuelo sin importancia resulta al final ser el Rubicón que marcó el destino del César.

La voluntad de la segunda especie es consciente, se experimenta mientras se ejerce, se dirige hacia un objetivo concreto, sus fines son utilitarios, y las consecuencias de su ejercicio pueden ser anticipadas antes de comenzar su acción. Hay ciertos aspectos de la vida que no solamente no responden a la segunda voluntad, sino que son alterados o imposibilitados por su mero ejercicio. Con la segunda voluntad nos podemos forzar a acostarnos, pero no a dormir; a comer, pero no a tener apetito; a practicar la religiosidad, pero no la virtud; a lograr la erudición, pero no la sabiduría. La segunda voluntad se aplica a aquellas cualidades que se intenta capturar de manera utilitaria, adoptando su aspecto externo, manipulando y disponiendo de sus formas visibles y objetivas.

Según los conceptos de Farber, los trastornos obsesivos se producen por un excesivo uso de la voluntad del segundo orden, como por ejemplo ocurre cuando el sujeto quiere ser consciente de toda clase de detalles físicos y mentales de su conducta, lo cual es imposible. La voluntad de ser consciente incluye la voluntad de ser moralmente consciente, que se acompaña por la sospecha de que todo lo inconsciente es inmoral, o por lo menos, equivocado. Al ser incapaz de recordar todos los movimientos exactos realizados al cerrar la llave del gas, el enfermo teme haberla dejado abierta. De hecho, la memoria, como todas las funciones naturales automáticas, se entorpece y se atasca al querer ser manipulada como un objeto de la segunda voluntad. La oposición entre la memoria y la voluntad se vuelve cada vez más obsesiva y circunscrita, hasta el punto de que no puede estar

seguro totalmente de que su consciencia dé toda acción no se haya disipado por un instante. Una de las tareas más agotadores del obsesivo es impedir que la consciencia se deslice en el primer territorio, en el que la voluntad es inconsciente. Otro problema es la voluntad de tener la certeza absoluta de que los mecanismos funcionen perfectamente. El fenómeno bien conocido de no poder recordar un nombre, que luego viene inopinadamente y sin esfuerzo a la mente, es inaceptable para el enfermo obsesivo, que se exige a sí mismo un ejercicio constante de la voluntad tipo dos. El mismo antagonismo que existe con la memoria lo tiene la voluntad con la imaginación, dando lugar a los problemas del obsesivo con la creatividad y las relaciones interpersonales. Escuchar no es simplemente permanecer callado, sino que requiere la habilidad de atender imaginativamente al lenguaje del otro, o sea, de recrear en la imaginación las palabras del otro. La memoria y la imaginación son constitutivas, en el sentido de que la memoria descubre el acontecimiento y la imaginación lo proyecta para que pueda ser perseguido en el futuro. Ni la una ni la otra tienen que ser literales, al contrario, querer precisarlas y manipular como un utensilio les hace perder su cualidad constitutiva. En cierto aspecto, la voluntad tipo uno tiene que ser pasiva, aceptar los acontecimientos más que dirigirlos. Forzar la voluntad sobre la imaginación conduce al obsesivo a los sentimientos de falsedad, copia, fraude. Querer lo que no puede ser objeto de la voluntad, hace que la voluntad suplante a la experiencia, y lo que debe ser ocupa el lugar de lo que es. Se pierde la capacidad de saber lo que uno hace o ha hecho, y en su lugar aparece la vivencia de lo que habría de ser o hacer. Las cualidades básicas que conforman la existencia no pueden ser objeto de la voluntad activa, sino que han de ser guiadas de manera inconsciente por el primer estado de la voluntad.

Salzman (1980, 1991) presenta otra versión interesante de la psicodinámica de la personalidad obsesiva, que, desde una perspectiva completamente diferente, concuerda en ciertos aspectos con la de Farber. Abrumado quizá por una aguda percepción en edad temprana de las inse-

guridades de la vida, o especialmente traumatizado por situaciones inconsistentes, malévolas o intensamente estresantes, el obsesivo intenta, tanto en la fantasía como mediante actuaciones reales, mantener la ilusión de que su control sobre sí mismo y sus circunstancias es mayor de lo que realmente es el caso. El control, o mejor, la ilusión de control, es el objetivo subyacente en todos los síntomas del obsesivo, que, por ejemplo, nunca toma decisiones ni se entrega o compromete con nada para así evitar todo riesgo de fallar. Cuando estas maniobras no dan resultado, el enfermo recurre a rituales mágicos y a la constricción emocional. Paradójicamente, la excesiva tensión consciente por el control activo acaba por destruir los auténticos sistemas de relación consigo mismo y con los demás, y el obsesivo se encuentra cada vez más aislado interpersonalmente y cada vez más enfrentado a unas funciones mentales rebeldes que parecen adquirir vida propia e independiente.

La aplicación de estos conceptos al tratamiento psicoterapéutico tienen una eficacia bastante mayor en el tratamiento de la personalidad obsesiva que en el de la neurosis obsesiva, que responde mucho mejor cuando la psicoterapia se asocia con tratamiento farmacológico. De la misma manera que hay varios modelos patogénéticos, existen diferentes modalidades terapéuticas, cada una de ellas con variada eficacia en distintos pacientes. El enfoque psicoanalítico utiliza principalmente la interpretación de las raíces simbólicas del síntoma, permitiendo eventualmente analizar el conflicto inconsciente originario de la angustia. El método conductista aplica diversas técnicas destinadas a corregir el aprendizaje erróneo que (leva al síntoma, algunas verdaderamente ingeniosas. La desensibilización sistemática, por ejemplo, utiliza el principio de que la relajación y la ansiedad son experiencias incompatibles, y presenta al sujeto con estímulos progresivamente más ansiógenos, mientras se encuentra en una situación de relajación. La terapia aversiva consiste en presentar al sujeto con un estímulo desagradable, como un choque eléctrico o un intenso zumbido, y presentarle el objeto fóbico justo en el momento en que

se termina. Así, se produce una nueva asociación con el alivio que experimenta al cesar el estímulo aversivo, que contrarresta en parte las originales asociaciones ansiógenas. Otras técnicas conductistas parecen mucho más simples y de sentido común, pero son sin embargo eficaces con algunos pacientes. Así la "parada del pensamiento" que consiste en repetir enérgicamente la palabra "no" o "Stop" cuando se presenta la obsesión, la prevención de la acción com-

pulsiva, mediante prohibición expresa, insistencia y hasta fuerza física, etc. La intención paradójica es la más adecuada para el tratamiento de obsesiones fóbicas, y consiste en convencer al paciente para que se deje llevar por los dictados de la obsesión, preferentemente en el ambiente protegido de la consulta. Este último método alcanza su máxima eficacia cuando se combina con los métodos de entrenamiento autógeno y abreacción autógena.

Preguntas "psicodinámica y psicoterapia de los TOC"

Si desea contestar a este cuestionario puede hacerlo, y enviar sus respuestas al autor, Dr. González de-Rivera, Avenida de Filipinas, 52 -28003 Madrid.

En su experiencia, con respecto a los TOC, la personalidad obsesiva es:

- Una forma menor del trastorno
- Una precondition para su desarrollo
- Una asociación frecuente
- Completamente independiente

La razón inicial de consulta de la mayoría de sus pacientes con trastorno obsesivo de la personalidad es:

- Síntomas depresivos
- Dificultades con su trabajo
- Crisis con la pareja
- Estados de ansiedad

El mecanismo de defensa cuya manifestación clínica es más característica del TOC es:

- El aislamiento
- La formación reactiva
- La cancelación
- La intelectualización
- La negación

Lo más llamativo de sus pacientes con TOC es:

- Su rigidez y frialdad
- Su evidente ansiedad
- Su actitud controladora
- Su amabilidad estereotipada
- La irritación que producen en el terapeuta

El conflicto central de los TOC es:

- Obediencia o rebelión
 - Control o espontaneidad –
 - Sumisión o autoafirmación –
-

- Elección o indecisión

La técnica que más ha usado en el tratamiento de los TOC es:

- Thought stopping
- Intención paradójica
- Implosión, desensibilización y similares
- Relajación, hipnosis y similares
- Otros

Bibliografía

- AUTIN, L. S.; LYDIARD, R. B.; FOSSEY, M. D.; ZEALBERG, J. J.; LARAIA, M. T.; BALLENGER, J. C.: *Panic and phobic disorders in patients with obsessive compulsive disorders*. J Clin Psychiatry, 1990; 51:456-458.
- BAER, L.; JENIKE, M. A.: *Obsessive-compulsive disorders, Theory and management*. PSG Publishing Co, Littleton, 1986.
- BAER, L.; JENIKE, M. A.; RICCIARDI, J. N.; HOLLAND, A. D.; SEYMOUR, R. J.; MINICHELLO, W. E.; BUTTOLPH, M. L.: *Standardized assesment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatr., 1990; 47:826-830.
- CLIFFORD, C. A.; MURRAY, R. M.; FULKER, D. W.: *Genetic and environmental influences on obsessional traits and symptoms*. Psychol. Med., 1984; 14: 791-800.
- ENRIGHT, S. J.; BEECH, A. R.: *Obsessional states: anxiety disorders or schzotypes? An information processing and pesonality assesment*. Psychol. Med., 1990; 20:621-627.
- FARBER, L. H.: *The two realms of will*. En: *The ways of the will*. Basic Books, New York, 1966.
- FLAMENT, M. F.; WHITAKER, F.; RAPOPORT, J. L.; DAVIES, M.; BERG, C. Z; KALIKOW, K.; K SCEERY, W.; SHAFFER, D.: *Obsessive Compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study*. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry, 1988; 6:764-771.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; DE LAS CUEVAS, C.; GRACIA, R.; MONTE-RREY, A. L.; RODRIGUEZ-PULIDO, F.: *Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife*. Psiquis, 1990; 11:1-9.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; GARCIA-ESTRADA, A.: *Psychopathology of Behavior*. En: A. Seva (Ed.) *European Textbook of Psychiatry*, Anthropos, Barcelona, 1991.
- GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; RODRIGUEZ-PULIDO, F; SIERRA, A.: *El método epidemiológico en Salud Mental*. Masson-Salvat. Barcelona, 1993.
- KARNO, M.; GOLDING, J. M.; SORENSEN, S. B.; BURMAN, A.: *The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities*. Arch. Gen. Psychiatry, 1988; 45:1094-1099.
- MAVISSAKALIAN, M.; HAMANN, M. S.; JONES, B.: *Correlates of DSM-III personality disorder in obsessive-compulsive disorder*. Compr. Psychiatr, 1990; 31:481-489.
- RACHMAN, S.; HODGSON, R.: *Obsessions and Compulsions*. Englewood, Prentice-Hall, 1980.
- RASMUSSEN, S. A.; TSUANG, M. T : *The epidemiology of obsessive compulsive disorder*. J. Clin Psychiatr, 1984; 45: 450-457.
- RASMUSSEN, S. A.; TSUANG, M. T.: *Clinical characteristics and family history in DSM-III Obsessive- Compulsive Disorder*. Am J Psychiatr, 1986; 317-495.
- RASMUSSEN, S. A.; EISEN, J. L.: *Epidemiology for obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychiatr, 1990; 51:10-14.
- SALZMAN, L.; *Treatment of the Obsessive personality*. Jason Aronson, Northvale, New Jersey, 1991.
- SHARMA, R.; ANDRIUKAITIS, S.; DAVIS, J. M.: *Anxiety disorders*. En: Flaherty,

J. A., Channon, R. A. y Davis, J. M. (Eds.): *Psychiatry, Diagnosis & Therapy*. Appleton, New York, 1988.

STANLEY, M. A.; TURNER, S. M.; BORDEN, J. W : *Schizotypal features in obsessive compulsive disorder*. Compr. Psychiatr, 1990; 31:511-518.

VAZQUEZ-BARQUERO, J. L.; DIEZ, J. F.; PEÑA, C.; ARENAL, A.; ARIAS, M.: *Estudio comunitario de salud mental en Cantabria: una recopilación final de sus resultados*. En: *El método epidemio-*

lógico en Salud Mental. JLG de Rivera, FR Pulido y A Sierra (Eds.). Masson-Salvat, Barcelona, 1993; 165-186.

VILLAVERDE, M. L.; GRACIA, R.; DE LA FUENTE, J.; GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; RODRIGUEZ-PULIDO, F: *Estudio comunitario de salud mental en la población urbana de Tenerife*. En: *Método epidemiológico en Salud Mental*. JLG de Rivera, FR Pulido y A Sierra (Eds.). Masson-Salvat, Barcelona, 1993; 187-200.