

ESTRUCTURA COGNITIVA DE LA IDEA OBSESIVA

Guillermo VALDIVIA RIVERA

INTRODUCCIÓN

Hemos seleccionado el estudio de la idea obsesiva, en el deseo de recuperar experiencias en la actividad clínica y de revisarlas bajo nuevos contextos y nuevas o actualizadas propuestas teóricas.

Nuestro propósito es analizar el concepto de idea, su generación y su función, y bajo esta comprensión seguir sus cursos desadaptativos, analizando los mecanismos que los determinan, integrando información procedente de la psicología y psicopatología del pensamiento, así como de la lógica y de la semiótica.

Podemos especificar nuestros objetivos de trabajo en los siguientes términos:

- Describir el proceso de formación y desarrollo de una cognición.
- Delimitar la gradación de una lógica que se transforma de normal en patológica, analizando los procesos que determinan este cambio.
- Interpretar la idea obsesiva desde diferentes enfoques teóricos, poniendo en relieve el proceso cognitivo que le corresponde.
- Analizar la estructura cognitiva de la idea obsesiva y las condiciones que mantienen su desadaptación.

CASUÍSTICA:

- ☉ Caso 1: George Borrow captó la esencia de la personalidad obsesivo-compulsiva en la siguiente descripción de la novela biográfica *Lavengro*:

"Había algo a lo que yo amaba por encima de los dones más preciados que pudiera recibir, más que a mi vida misma: mi madre (...) ella cayó enferma y el pensamiento de que sería posible perderla irrumpió en mi mente por primera vez (...) empeoró y no se me permitió entrar a su recámara por temor a que mis frenéticas exclamaciones de pesar pudieran agravarla. Yo no descansaba de noche ni de día sino que vagaba por toda la casa (...) Repentinamente me encontré a mí mismo tocando objetos en particular que estaban cercanos a mí, y hacia los que mis dedos parecían atraídos por una fuerza irresistible. De momento era la mesa o la silla lo que yo me sentía compelido a tocar; ahora la manija de la puerta; luego la pared, y después me agachaba para tocar el piso con el dedo; y así continué día tras día; a veces hacía todo lo posible por resistirme al impulso, pero, invariablemente todo era en vano (...) A lo que me impulsaba a estas acciones era el deseo de impedir la muerte de mi madre; siempre que tocaba cualquier objeto en particular, era con el deseo de inclinar la balanza a favor de su curación.

"...ella se recuperó...aproximadamente a las seis de la mañana (...) Me encontraba en casa dormitando inquietamente (...) cuando súbitamente salté como si hubiera sentido un choque eléctrico, el misterioso impulso se había apoderado de mí y me urgía a ir sin demora a trepar a un olmo majestuoso que estaba plantado atrás de la casa y tocar su rama más alta, de otra manera la desgracia prevalecería. (...) El

influjo demoníaco, para llamarlo de alguna manera prevaleció finalmente; me impulsó a levantarme, a vestirme, a bajar las escaleras, a correr el pasador de la puerta y a seguir de frente... hasta la base del árbol y me obligó a trepar por el tronco; fue esto una tarea tremenda, que solamente logré realizar después de repetidos intentos y caídas. (...) Salté, toqué la punta del árbol y caí (...) caí hasta la mitad del árbol y de momento me encontré a horcajadas sobre una de las ramas; arañado y magullado llegué al suelo y logré regresar a mi habitación sin ser observado; me dejé caer en la cama completamente exhausto. En este momento vinieron a avisarme que mi madre estaba mejor (...) fue una curiosa coincidencia (...) había anulado la oportunidad fatal con mi atrevida hazaña... En realidad, todo el tiempo que estuve realizando estas extrañas acciones sabía que era muy absurdo; sin embargo, el impulso para realizarlas era irresistible (Sarason, 1977: 223).

- Caso 2: De 52 años, empleado de banco, casado y con hijos. Pedante, meticuloso, escrupuloso y moralista, tras un breve período de depresión presenta síntomas que define como fijaciones: impulso incoercible a contar determinadas categorías de objetos en el desarrollo de su vida cotidiana: inicia con la necesidad de contar los árboles que encuentra en el trayecto entre su casa y la oficina, después el impulso a contar los títulos de los diarios que lee, más tarde la necesidad de contar las palabras de cada página de los libros que lee, y así sucesivamente en un incremento progresivo hasta alcanzar un nivel completamente paralizante para toda actividad mental o práctica. Percibe lo absurdo de su comportamiento y trata de defenderse probando alejarse y huir; elabora determinadas estrategias mentales para poner un límite a estos impulsos; establece el proceder sólo a tres cuentas durante el día, pero cuando ha efectuado los tres conteos que se había puesto como límite máximo le salta la duda angustiante de haberse equivocado en una de las cuentas hechas, y, por tanto, decide repetirías, pero repitiendo tres veces cada una y así sucesivamente. Se da cuenta de

lo absurdo de la idea que lo asedia y de la imposibilidad de liberarse de ella por la voluntad.

- Caso 3: Mujer de 24 años, con una personalidad ansiosa y aprensiva, advierte un día el imperioso deseo de matar a su propio hijo, de pocos meses, lanzándolo por la ventana. La completa extrañeza y el absurdo de tales impulsos la aterrorizan, pero persisten a pesar del esfuerzo; el temor a obedecerlos la lleva a cerrar con candados las ventanas de la casa, pero luego reaparece bajo la forma del deseo de matarlo con un cuchillo. Angustiada y trastornada piensa en alejarse del niño por temor a ceder a sus ideas, monstruosas y extrañas a sí misma (Pancheri, 1979: 45).
- Caso 4: Ruth, 30 años, sometida, varias veces, a tratamiento con diversos métodos sin curación duradera. Muestra conductas rituales desde muy pequeña; a los 4 ó 5 años, ya había inventado un intrincado patrón de juego consistente en poner sus muñecas en sitios previamente asignados, con una cierta postura; al terminar de colocarlas en el orden fijo, las llevaba a otra parte del cuarto y repetía todo el procedimiento con un patrón distinto de colocación. Mientras, decía *muñeca buena, muñeca mala*. Con los años fue ideando otros varios rituales. Antes de acostarse, tenía que poner la almohada, cobijas y varios objetos en un sitio determinado. La limpieza era muy importante, especialmente después de las necesidades de excreción. Limpiaba los dedos cuidadosamente; lavaba ambos lados de las manos y las palmas y dorso con una esponja; luego de usar el jabón, repetía todo el procedimiento con un desinfectante; después de secarse las manos y brazos con varias toallas desechables, fregaba el lavabo y la taza de baño; y luego volvía a lavarse las manos. Si a pesar de todo se sentía contaminada, tomaba una ducha. También se lavaba en esa forma después de cocinar y limpiar la casa. A la consulta, se lavaba las manos 3 ó 4 veces cada hora, tomando 6 ó 7 duchas diarias. Sus manos aparecen desolladas, con sensación de mucho dolor. Desde niña Ruth acostumbraba masturbarse y no podía

dejar ese hábito aunque le parecía repugnante y nocivo. Sentía la compulsión de observar varios rituales de limpieza tras cada masturbación. Su madre era una mujer fría y distante que asumía una actitud muy crítica para su hija. La dejaban al cuidado de otras personas que no le permitían jugar espontáneamente por mantenerla inmaculadamente limpia. La madre la reprendía si no estaba muy aliñada. No había otros niños con quien jugar y ella empezó a pasar el tiempo con el juego ritualista de sus muñecas, conducta que reforzaban porque la tenía ocupada y era una actividad que la conservaba muy aseada (Martin, 1985: 149-154).

- Caso N° 4. J. L. R. 29 años / soltero / estudiante universitario. Escrupulos excesivos, tendencia a la pulcritud al extremo de evitar hacer contacto con personas y cosas. Ser rozado, ser tocado lo lleva a creer que le transmite lo negativo de los demás. Por lo que, mientras realiza sus tareas cotidianas, lleva una estricta cuenta de los lugares del cuerpo y ropas que considera han sido contaminadas y por las noches lava y limpia, cuidadosamente, en un ritual que se prolonga hasta el amanecer. Pero en este trance además duda de haber aseado con suficiente esmero, volviendo a empezar muchas veces. Debe entrar perfectamente limpio a su cama, pues de lo contrario ensuciaría las sábanas y las frazadas y la suciedad se extendería por todo su cuerpo. (...) Prácticamente toda su habitación está revestida de papel higiénico. Conforme el mal avanza, se generalizan, cada vez más, sus temores. La duda intensa lo lleva a desandar el camino recorrido con interminables comprobaciones.

Este síntoma de suciedad abarcante empezó con un acto de infidelidad a N., una enamorada: Después de despedirme de ella abrazándola y estando en el bus sentí que todas las partes que había rozado con E. estaban manchadas, sucias; yo había pecado (...) Regresé del camino y en la noche me despojé de todas las ropas, me bañé y me cambié totalmente, (...) fatídico, había pecado (...) Mi arrepentimiento creció al día siguiente. Luego vino la angustia,

mucha angustia (...) Pensó que ya no podría exigir lealtad a una mujer (...) A su vez, esto le hacía recordar la infidelidad de su madre.

Setiembre: Lleva las manos en alto; evita dar la mano y hacer contacto con las cosas...

Noviembre: Ha empezado a acostarse con la casaca puesta (...) Duerme bien, despierta temprano (...) Ha sido suprimido el ritual de la limpieza y, al parecer, se ha ausentado la preocupación por las moscas y los papeles.

Evita tocar su propia ropa, pues se ensuciaría con sus manos impregnadas de los saludos, el lápiz, el papel, los muebles, etc., sería un laberinto, tendría que limpiarme entero.

Diciembre (...) Se limpia, cuidadosamente, antes de acostarse, pues ensuciaría la cama, y entonces, a su vez, todo su cuerpo quedaría manchado. Prefiere dormir en la cama de su hermano.

Enero: La madre refiere que sigue acostándose vestido, zapatos y todo (Archivo GVR).

- Caso No. 5: F. L. B./ 28 años/ casada/ secundaria. Ideas fijas unidas a calor y secreciones en la vagina, que la lleva a pensar que lo que toque, especialmente a sus hijos, se va a manchar para evitar lo cual, angustiada, se lava las manos una y otra vez. Aparecieron hace tres años y tienen que ver con las relaciones sexuales con su enamorado E. Refiere que la idea despierta apetencia sexual con la cual lucha desesperadamente. La asaltan cuando ve ciertos objetos, por ejemplo plásticos y cosas de color blanco que relaciona con preservativos y semen; ante la forma de una imagen de la virgen surge la analogía de un genital masculino. Pronto se generan otras asociaciones, cada vez, más triviales y abundantes: el nombre del sujeto se convierte en una palabra prohibida, incluso una letra del mismo, pues levantan asociaciones inmorales.

Por simples casualidades algunos hechos se adhieren a sus pensamientos

ramificándose y obligándola a conjurarlos con otros que funcionan como opuestos: esta oposición se basa en representaciones de su esposo, R. por un lado y de E. por otro. Procura combatir la intrusión de las ideas sobre éste, con las de aquél: así, si en la cocina ha cogido una zanahoria y la asocia a E., para combatirlo coge otra que representa a R. Si se ha sentado hacia el lado derecho, gira hacia el lado izquierdo, con lo cual queda tranquila unos momentos. Le atribuye un número determinado al primero (6) que es combatido por el número de su esposo (8). Cuando está lavando los platos tiene la manía de contar: cuando llega a 6, se preocupa y tiene que volver a refregarlos ocho veces; si 6 veces por E., 8 por R. Cada vez que aparece en su mente algo relacionado con ese enamorado, le sobrevienen sentimientos de culpa, que sosiega pensando enseguida en su marido. Las ideas dan lugar a una culpa por infidelidad con mucha angustia, que la lleva a pesar y hacer cosas de enfrentamiento y alivio. El combate con la angustia producida por sus accesos obsesivos, que se le imponen como si su voluntad y su razón no pudieran contra ellas, lo realiza lavándose las manos y sobrecruzando los dedos medio e índice....

La idea de esa persona se impone, interfiriendo con el normal desarrollo de sus actividades. Su esposo viéndola ociosa, la riñe y golpea, y cuando sus lágrimas caen sobre sus manos las lava prolijamente, pues la invade el pensamiento de haber llorado por E; lavarse la tranquiliza. Lava horas la ropa y tarda mucho haciendo la higiene a sus hijos, quienes a menudo llegan tarde a la escuela por ese motivo (Archivo GVR).

¿Qué hace que la idea retorne a pesar de que el sujeto sea consciente de su disfuncionalidad? ¿Por qué razón la experiencia en contra, no la elimina?

1. La Función de las Ideas

Una idea es un elemento básico de cognición que da significado a un hecho percibido, susceptible de ser combinado y transformado a través del procesador psíquico. Implica transformaciones de la información en significados, para superar la incertidumbre y tomar decisiones, entre otras posibles funciones.

El pensamiento es la capacidad para establecer relaciones entre ideas. Los procesos del pensamiento permiten el análisis y sistematización de los objetos y fenómenos para categorizarlos y hacerlos manejables psíquicamente, de modo que podamos operar con ellos en el enfrentamiento y resolución de problemas y situaciones.

El punto de partida de las ideas son las imágenes que a la vez son recuerdos de objetos, que se transforman en nociones cuando la imagen contiene generalizaciones que se van apoyando cada vez más en palabras, hasta constituirse en prototipos y esquemas, pautas de comparación y reconocimiento; y hasta cristalizarse en conceptos. "...categorías mentales para clasificar personas, cosas o eventos específicos con características comunes (...) Sin la capacidad para formar conceptos, necesitaríamos un nombre diferente para cada objeto en particular" (Morris, 1992: 274).

Los conceptos y las ideas se entrelazan y organizan, por ejemplo, a través de *representaciones proposicionales* (red de datos, de interconexiones sobre las características de la estimulación), *representaciones esquemáticas* (la información extensa y compleja, es sintetizada, perfilada, subrayada en unos elementos y dejando de lado otros, facilitando las inferencias más allá de lo literal y lo concreto y permitiendo la elaboración de síntesis conceptuales) y *representaciones imaginales* (mediante imágenes especialmente visuales que analogan las propiedades espaciales y métricas del estímulo: tamaño, forma, localización, orientación, movimiento, etc).

Las operaciones cognitivas incluyen *Procesos Analítico-Sintéticos*, *Procesos Comparativo-Clasificatorios*, *Abstractivo-Generalizadores*, *Procesos Inductivo-Deductivos* y *Procesos Teórico-Prácticos*. Finalmente estas operaciones dan lugar a las formas de pensamiento que son los conceptos, los juicios y los raciocinios. En estos es que se producen las falacias inductivo-deductivas.

Pero lo fundamental en la idea obsesiva es la interpretación de las formas de causalidad. Vamos a establecer vínculos y explicaciones entre imágenes, ideas y conceptos y las operaciones cognitivas respecto de la idea obsesiva.

2. Falacia e Incertidumbre

El error puede considerarse como una falta de coincidencia entre el conocimiento y la realidad, entendida ésta como una construcción según el nivel de comprensión generalizada en una sociedad. El error es un disloque entre estos elementos: el conocimiento, la realidad y las pautas de referencia socioculturales. Hay conexiones o sucesiones de razonamientos equivocados o falseados, hasta formar argumentos completos.

Un trastorno del pensamiento puede empezar siendo una simple falacia; se hace un trastorno cuando la cognición pierde su capacidad correctiva o rectificativa. ¿Cuándo el error pierde su función como propiciador del aprendizaje y el dominio de datos y actos?

La duda surge de la posibilidad de error; es un evento cognitivo que pone en suspenso que algo sea o no verdadero quedando entonces en las inmediaciones de la incertidumbre. ¿Cómo se supera la incertidumbre? Buscando más información o enfrentándose con los hechos. Tanto el error como la duda, son situaciones psicológicas que generan incomodidad, razón por la cual se las evita. Entre las Falacias de Inducción, se encuentra la de generalización o composición por la que se atribuye al todo lo que sólo corresponde a las partes; y su opuesta la falacia de división, cuando se dice de cada parte lo que pertenece al conjunto. De especial interés es la falacia de *non causa pro causa*, que toma por causa la simple coincidencia. Esta es una falacia vinculada con muchas supersticiones y creencias. El sistema ideativo va creciendo en función de lo casual sea por contigüidad o por semejanza (García, 2005).

El obsesivo enfatiza algunos rasgos de su percepción y de sus ideas... extrae algo del contexto y lo ubica en su complejo ideativo.

3. Desarrollo Cognitivo

Las estructuras cognitivas son reajustables a las nuevas exigencias de cada etapa de la vida como un proceso de cambio psicobiológico y psicosocial. Estas estructuras no son definitivamente reemplazadas una por otra en el proceso del desarrollo; se mantienen y activan según la circunstancia, subordinándose unas respecto de otras. De esta manera se pasa de la percepción a la representación, de ésta a la noción y los prototipos y de estos a los

conceptos y sus diversas combinaciones. El raciocinio a su vez evoluciona desde las analogías, a las inducciones y a las deducciones y luego todos los procesos se mezclan aunque subordinándose y jerarquizándose, según las características situacionales.

El sujeto aprende en su interacción con el mundo y lo resignifica desde su nivel de desarrollo, en base a las experiencias que vive y a la información que recibe; este proceso subjetivo de resignificación de adaptaciones sucesivas, que se equilibran y se desequilibran, explica la construcción cognitiva.

4. Anancastismo: El Espectro de la Conducta Obsesiva

Las obsesiones son representaciones forzadas que el sujeto no es capaz de controlar. Ideas parásitas "...surgen ante la conciencia, se imponen a ella contra su voluntad..." (Vallejo, 1994: 387) Obsesión es la "Idea recurrente, persistente o absurda, de naturaleza egodistónica; es decir, no vivida como voluntaria, sino como idea que invade la conciencia" (Belloch, et. al. 1995: 331). "Las obsesiones son pensamientos e imágenes intrusos y recurrentes, que acuden de manera repentina a la mente, y dan la impresión de ser irracionales e incontrolables al individuo que los experimenta" (...) "también pueden presentarse en forma de dudas, dilaciones e indecisión extremas, que impiden dejar de darle vueltas a un asunto para llegar a una conclusión y tomar una decisión" (Davison: 188). El término obsesión se usa para referirse a "...cadenas de pensamientos persistentes, repetitivos e inoportunos, y el término compulsión para referirse a impulsos que llevan a ejecutar actos repetitivos o rituales que pueden incluir secuencias complejas de actos" (Yates, 1976: 187).

"El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno por ansiedad, donde la mente es acosada por ideas persistentes e incontrolables o la persona siente el impulso irrefrenable de repetir determinados actos, una y otra vez, lo que le ocasiona gran malestar e interfiere considerablemente con su vida cotidiana (...) a menudo después de algún suceso estresante..." (Davison, 2000: 188). Una compulsión es un impulso irresistible de repetir algún acto ritualista, una y otra vez, sin propósito aparente, o de modo excesivo; a menudo, porque teme consecuencias nefastas si no se lo ejecuta.

Lachar (1974) elabora la siguiente escala de la conducta obsesiva, en base a la prueba de personalidad MMPI, partiendo de reacciones normales hasta llegar a patología grave:

- a. Puntuación T 45-49. A este nivel se encuentran personas con capacidad adecuada para organizar trabajo, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas.
- b. Puntuación T 60-74. El perfeccionismo, el orden, la responsabilidad, autocrítica, preocupación por los problemas más insignificantes es lo que esencialmente caracteriza a las personas dentro de este nivel. Personas ansiosas, indecisas y tensas. Si la puntuación pasa de 70T, personas con racionalización ineficiente e intelectualización sin propósito aparente.
- c. Puntuación T 75-84. Además de lo señalado en el nivel anterior, estos pacientes son religiosos en extremo, preocupados, moralistas, aprensivos, rígidos, meticulosos, insatisfechos con sus vidas y especialmente con sus relaciones sociales. Existe ansiedad severa o moderada, tensión generalizada. No se presentan obsesiones, compulsiones o fobias.
- d. Puntuación T 85: A este nivel se presenta un cuadro caracterizado por meditación, temores, posibilidad de obsesiones, compulsiones o fobias, sentimientos de culpa, ansiedad y tensión que dificultan notoriamente la vida rutinaria. Constante repetición de problemas y de soluciones posibles, exagerado uso de intelectualización, aislamiento y racionalización (Núñez, 1979: 72)

Esta misma escala nos lleva a considerar la existencia de diferentes manifestaciones anancásticas: *Fenómenos Obsesivoides en la Normalidad* (situaciones de agotamiento y estrés que llevan a releer un texto, repetir frases o movimientos, contar objetos, etc. desaparece una vez que cede el agotamiento, el conflicto o la situación de tensión que los origina), cuando estos fenómenos enraizan y se hacen rasgos conductuales aparece la *Personalidad Obsesiva o Psicasténica o Anancástica*, la que a su vez puede servir de terreno a la configuración de una *Neurosis Obsesivo-Compulsiva*, si el componente dominante es fundamentalmente psicogenético ambiental, o a una *Enfermedad*

Obsesiva de mayor gravedad con alto componente genético-constitucional; por eso se la ha llamado también psicosis obsesiva o neurosis obsesiva maligna. Y se denominan *Sintomas Obsesivoides* a los que acompañan a otra enfermedad psiquiátrica.

La neurosis obsesivo-compulsiva se produce por la acción de la ansiedad en la personalidad pre-mórbida psicasténica con características tales como: pobreza de humor, inhibición emocional; timidez, sentimientos de inferioridad, duda, inseguridad, escrupulosidad; extrema sensibilidad, preocupación por seguir normas y principios, vergüenza y reproches de conciencia; dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, falta de iniciativa; tenacidad, habilidad para el análisis, la síntesis y generalización, actividad razonadora, pensamiento abstracto.

La sintomatología de esta neurosis, incluye: síntomas obsesivo-compulsivos cuyas características son la extrañeza (*intrusión* de pensamientos indeseables y perturbadores), la iteratividad (repetición constante a pesar de los esfuerzos de control), la incoercibilidad (incapacidad de controlar, reprimir o suprimir las ideas intrusas o extrañas), psiquismo de defensa (lucha continua para reducir las obsesiones utilizando diversidad de inútiles estrategias incluso de carácter mágico como ideas, rituales o ceremoniales destinados a conjurar y disolver las obsesiones), multiformidad (reaparición con otros contenidos). Tendencia al orden, limpieza y escrupulosidad excesivas. Depresión reactiva por el fracaso para establecer el control de las ideas y actos obsesivo-compulsivos. Ansiedad (preocupación y sensación de amenaza o peligro).

La DSM-IV (1994) en F42.8 establece que las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos e imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos por la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos (p.ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p.ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

La duda, la indecisión, las cavilaciones, constituyen el fenómeno ideativo más constante. Las ideas de contraste en las que una idea de un signo desencadena otra de matiz opuesto están también presentes en estos pacientes (p.ej. la persona religiosa a la que asaltan pensamientos sacrilegos o blasfemos al pasar o entrar en una iglesia).

La aritmomanía o tendencia a contar, recordar cifras o realizar operaciones aritméticas es otro de los fenómenos morbosos que pueden atormentar al obsesivo. En ocasiones, el hecho de contar se realiza como acto defensivo que evita supuestas desgracias. En otro orden de cosas, Reed (1968, 1969) ha demostrado la tendencia del obsesivo a hiperestructurar la información recibida con inclinación a una ineficaz sobreclasificación de los temas e incapacidades para estructurar el material verbal espontáneamente.

Concretamente, los temas obsesivos han sido clasificados (Pujol y Savy, 1982) en:

- a. religiosos, sagrados y metafísicos;
- b. pureza y protección corporal;
- c. morales; d) protección hacia los peligros exteriores;
- e. orden y simetría;

- f. precisión y completad, y
- g. referentes al paso del tiempo (Vallejo, 1994: 391).

Las compulsiones más comunes se relacionan con limpieza y orden, tras elaboradas y prolongadísimas ceremonias; pueden consistir en evitar determinados objetos, un olor, un color; prácticas protectoras repetitivas y *mágicas*, como contar, decir ciertos números, tocar un talismán o determinada parte del cuerpo, y verificación exagerada, como revisar de siete a ocho veces si en verdad se realizaron ciertos actos, como apagar luces, cerrar el gas, agua, ventanas, puertas; alistarse con extrema lentitud.

Akhter y colaboradores (1975), identificaron cinco formas obsesivas:

Las dudas obsesivas: cada vez que salía de su habitación, un estudiante de 28 años empezaba a preguntarse: ¿cerré la puerta?

El pensamiento obsesivo: cadena de interminables ideas a menudo caracterizadas por su futilidad o su enrevesamiento, sobre sucesos futuros, *si ocurriera esto qué haría yo y si lo otro qué haría, y si fuera esto pasaría qué entonces lo mejor sería que, etc., etc., etc.*

Los impulsos obsesivos: intensa necesidad de ejecutar ciertos actos. Un abogado estaba obsesionado por lo que él comprendía como la *noción insensata* de beber de su tintero, pero también por una gran necesidad de estrangular a su hijo único, al que aparentemente amaba.

Los miedos obsesivos: ansiedad ante la idea de perder el control y hacer algo vergonzoso ante los demás.

Las imágenes obsesivas: una paciente veía que su bebé se iba por el sanitario siempre que entraba al cuarto de baño. Además dos tipos de compulsión:

Actos irresistibles: un empleado pensaba que tenía un documento importante en un bolsillo. Sabía que no era verdad, pero no podía contenerse de revisarlos una y otra vez.; y

Compulsiones controladoras: Un chico de 16 años con impulsos incestuosos, controlaba la ansiedad que éstos le

provocaban con la acción de contar repetidamente y en voz alta hasta 10 (Davison, 2000: 344).

También se suele hablar de individuos apostadores, comedores y bebedores compulsivos. Pero clínicamente no lo son, porque muchas veces se realizan con placer y sin perder la noción de su identidad. Una verdadera compulsión se percibe con ansiedad y como algo ajeno a uno mismo.

5. Origen y Terapéutica

La teoría psicoanalítica sostiene que obsesiones y compulsiones provienen de fuerzas instintivas, sexuales o agresivas, derivadas de socialización muy severa para el control de esfínteres, determinando una fijación en la fase anal, dando lugar a un mecanismo de formación reactiva transformando lo sucio en pulcro, limpio y ordenado, tanto en el plano material como en el moral. Adler enfocaba los trastornos obsesivo-compulsivos como limitaciones en el desarrollo del sentido de competencia en los niños, a causa de padres excesivamente dominantes que los abruman por un complejo de inferioridad, adoptan rituales compulsivos para ejercer cierto control y sentirse de algún modo eficientes.

Desde el punto de vista etiológico las hipótesis conductistas más destacadas son:

1. La patología obsesiva, de forma similar a la fóbica, se aprende a partir de un proceso de condicionamiento clásico y el ritual se desarrolla como una respuesta de evitación (Rachman y Eysenck).
2. Una variante de la anterior propuesta es la teoría de la sensibilización de las fobias, defendida por Watts, según la cual un suceso traumático sensibiliza al sujeto hacia los estímulos que tienen una tendencia innata para causar respuestas de miedo.
3. El sujeto reproduce en la conducta obsesiva adulta módulos de comportamiento que en otra época de su vida fueron útiles para reducir la ansiedad (Wolpe).
4. La conducta obsesiva tiende a mantenerse por la crítica y la recriminación social. En la infancia, cuando tal crítica pudiera haber sido efectiva, no se produce, sino que, por el contrario, se alaban y refuerzan los comportamientos de la esfera obsesiva -

limpieza, escrupulosidad, etc.; mientras que sólo mucho más tarde, cuando estos ya están cristalizados, surge la crítica ambiental hacia ellos, entonces no sólo no tiene utilidad, sino que puede crear más ansiedad al sentirse el sujeto incapaz de modificar su conducta (Taylor).

5. Los efectos reductores de la ansiedad de un determinado acto se aprenden en la infancia a través de la educación social (Dollard y Miller) y (Vallejo:395).

Metzner intentó explicar la persistencia del síntoma fundamental de esta neurosis "...como un comportamiento obsesivo condicionado de evitación que se mantiene mediante el hecho de que previene la prueba de la realidad, reduciendo la ansiedad y por tanto, evitando la aparición del desastre amenazante" (Yates, 19976: 190); lavarse las manos compulsivamente funciona como respuesta de escape operante para disminuir una preocupación obsesiva por la contaminación con suciedad o gérmenes. De modo similar, la verificación compulsiva puede reducir la ansiedad en torno a cualquier desastre que se anticipe si no se realiza el debido ritual.

El método conductual más ampliamente empleado y aceptado para los rituales obsesivos, requiere exposición con prevención de respuestas: que la persona se exponga a situaciones que generan el acto compulsivo (como tocar un plato sucio), y después se abstenga de ejecutar el ritual acostumbrado (lavarse las manos).

Los enfoques cognitivos explican que hay personas que abrigan una creencia irracional de que jamás deben cometer un error, por ello temen los cambios y los controles y tienden a la postergación hasta hacerla un síntoma (*procrastinación*). Mientras las personas normales frente a las ideas indeseables o las toleran o hacen caso omiso, los obsesivos las acentúan y se preocupan. Al hallarse en una situación cuyo resultado es potencialmente indeseable o dañino, sobreestiman las probabilidades negativas; y afirman una estructura cognoscitiva que busca evitar fuentes de amenaza y riesgo (Davison, 2000: 191). Emmelkamp sostiene que los obsesivos evitan la ambigüedad y la incertidumbre; tienen necesidad de posponer las decisiones finales, para ganar información; muestran dificultades en la toma de decisiones, por anticipación de

consecuencias desfavorables y, generalmente, tienen un pensamiento catastrofista, vinculado a una exagerada sensibilidad hacia circunstancias aversivas, reales o imaginarias (Vallejo: 395). Las compulsiones son reductores de las amenazas que el paciente subjetivamente teme.

Otros autores han acentuado los factores neurofisiológicos, neuroquímicos y genéticos. Según la reflexología, la base fisiopatológica de la psicastenia "...es el desarrollo de un foco de inercia patológica del proceso de excitación que se manifiesta en forma de ideas fijas. El cumplimiento del ritual que libera durante algún tiempo al enfermo del peso de las ideas fijas, se explica como el traslado al analizador motor del estímulo..." (Sluchevski, 1960: 361). La clomipramina, un antidepresivo, al reducir los niveles de serotonina disminuye la obsesividad; fármacos que estimulan el receptor de serotonina exacerbaban los síntomas obsesivo-compulsivos por liberación de patrones de conducta primitivos almacenados en los ganglios basales y organizados por el aprendizaje, que se activan por disfunciones de las zonas inferiores del lóbulo frontal. Mezcla de fluoxetina (prozac) con prevención de respuestas, reduce la actividad metabólica del núcleo caudado, siendo que su actividad excesiva promueve obsesividad. Por psicocirugía (cingulectomía) la destrucción de 2 a 3 cm. de materia blanca en el cíngulo, cercano al cuerpo calloso reduce la sintomatología; la operación es irreversible y aun se desconoce a ciencia cierta cómo funciona (Davison, 2000: 191, 192).

6. Estructura y Dinámica de la Idea Obsesiva :

* Idea Obsesiva: Énfasis y Non Causa Pro Causa

No se ha considerado que la relación obsesivo-compulsiva, es a fin de cuentas una estrategia cognitiva que ha fracasado en su intento de reducir la incertidumbre. Y que corresponde a un tipo de raciocinio propio del período pre-operacional. La idea obsesiva es producto del énfasis de un aspecto, de una experiencia vivida, a partir del cual deriva en un razonamiento de tipo analógico o transductivo, para después sistematizarse por inclusiones.

Las capacidades inductivo-deductivas se han paralizado respecto de un determinado tema, el sujeto está limitado en su posibilidad de comprobación para modificar sus inferencias, convirtiéndose el movimiento de su pensamiento esencialmente en relaciones de semejanza y contigüidad.

Lo casual empieza a adquirir poder causal. La coincidencia se convierte en fuente de validación a partir del énfasis de significado de una experiencia.

* Período Pre-Operatorio y Raciocinio Transductivo

Una determinada edad puede funcionar como especialmente sensible para la fijación de ciertos modos de interpretar la causalidad y la experiencia en general. En este estado de sensibilidad cristalizaría una forma de reacción hasta formar un patrón conductual: la idea obsesiva representa un estancamiento o una regresión o una acentuación del raciocinio transductivo o analógico en un determinado tema con tendencia a la expansión o generalización. El estudio clínico revela que es en la niñez que aparecen las tendencias anancásticas del pensamiento y la acción.

Pasado el período pre-operacional seguimos usando el raciocinio analógico, pero es puesto en sus marcos por el raciocinio inductivo-deductivo en contrastaciones con la realidad mediante la experiencia. Sin dejar de lado el hecho real y concreto de su participación en toda actividad, alguna de las cuales lo demanda de modo protagónico, especialmente el arte y la religión: su "normalidad" dependerá de su funcionalidad, su productividad y su significatividad.

* La Situación Crítica

El énfasis o centración (exageración de la importancia de un elemento de la situación en desmedro de otros, desfigurando el sentido original de la *gestalt*) de la idea en un determinado tema viene de una experiencia en una situación crítica, vinculada a una necesidad que al buscar expresión

encuentra normas rigidamente impuestas, sin muchas opciones o con exigencias muy estrictas.

A partir de este énfasis especial es que se produce el fenómeno de generalización o expansión por yuxtaposiciones y sincretismos (sistemas de datos por coincidencia incrustados en estados emocionales y motivacionales de temor y de deseo). El punto de partida parece ser un suceso vivido como traumático (o conflictivo, o frustrante), sensibilizador de los umbrales de tolerancia a la ansiedad.

A mayor nivel de incertidumbre mayor espacio para la creencia y la superstición, y mayor espacio para crear cadenas asociativas basadas en la casualidad y la coincidencia.

• **La Persistencia Insensata de la Idea**

Dado que el conflicto no puede ser resuelto a nivel operacional formal, se devalúan las propiedades cognitivas de este período; la búsqueda de soluciones revierte a etapas superadas (sea por regresión, sea por acentuación) debido a que ha habido una sensibilización en las mismas (fijación).

El paciente no enfrenta el dilema con una decisión; más bien elude, por temor, la posibilidad de esa confirmación. Y este mecanismo evasivo, con participación de usos obsesivo-compulsivos, al conjurar o aliviar el estado de ansiedad, le da persistencia. Por generalización, estímulos semejantes o contiguos empiezan a adquirir los mismos significados, de modo que una idea empieza a sistematizar la realidad abarcándola masivamente.

Si se evita la prueba de realidad es porque el temor está más allá del estímulo en sí ya que ha sido simbolizado; es propiamente más una amenaza semiótica de un desastre inminente, pues ha desbordado los contornos de la realidad del objeto o la situación. Los pensamientos obsesivos, son muestra de un temor para una decisión final, la que es reiterativamente pospuesta, para ganar indefinidamente más información, demorando las decisiones por anticipación de

consecuencias desfavorables y catastróficas (*procrastinación*). Al modo de una superstición adopta entonces conductas de propiciación y conjuración de valor mágico.

La duda más que al error en sí, se refiere a su impacto en la vergüenza y la ansiedad. El punto de partida es un condicionamiento respondiente: a una conducta fuertemente afirmada vinculada a la angustia, se le superponen estímulos neutros que se expanden o generalizan por semejanza y contigüidad. Un segundo momento correspondería a un condicionamiento operante, por el que las consecuencias de la conducta quedan sometidas a reforzamiento por alivio, pues los rituales o fórmulas mágicas reducen la ansiedad. Y a la fase o dimensión simbólica específicamente corresponden las hipótesis que no se confirman, de modo que la duda no es erradicada, antes bien resulta cada vez más consolidada. En todo caso, la conciencia de fracasos prevalece sobre la de los éxitos, puesto que su contenido interior y simbólico reduce la posibilidad de verificación.

• **Las Simbolizaciones: Expansión e Intensidad Obsesivas**

Repetir un acto o un dato es algo necesario para memorizarlo y dominarlo. Mejorar, perfeccionarse es cualidad deseable para el desarrollo de toda persona. En el individuo psicasténico se acentúan estos aspectos, convirtiéndose en un modo de ser; y en el neurótico se desnaturalizan haciéndolos estériles. La transformación hacia una patología se verifica en forma gradual, aunque a ritmos distintos; la variación de estos ritmos puede deberse a la base temperamental (como lo propusieron Pavlov y Eysenck), más las experiencias del individuo en el transcurso de su biografía y especialmente en su infancia, hasta constituirse en un esquema cognitivo habitual con un modo de percibir y asociar.

Como se dijo, hay una especie de contaminación por similaridad y

vecindad estimuladoras que se expande proliferativamente hasta establecer una cadena de obsesiones que tratan de ser combatidas por oposiciones -mecanismos de *formación reactiva*. Pero debajo de estos enlazamientos está la simbolización del estímulo; finalmente, el símbolo de algo puede posesionarse de múltiples objetos, un sólo significado puede acaparar más y más significantes, de modo que los últimos eslabones pueden ir perdiendo claridad y comprensión al distanciarse del original: sea porque las dichas semejanzas y vecindades -sobre todo éstas- se van incluyendo en nuevas *gestalts*, sea por una distancia en el tiempo de modo que la persona olvida su real origen extrañándose de su propio comportamiento, hasta ser percibido como absurdo. El estímulo es revestido por el símbolo a tal grado que el objeto en sí no puede autocontenerse y está rebasado por la proyección de la idea, extendiéndose más cada vez. Mientras más carece de sentido una obsesión, es porque más se ha alargado la cadena de asociaciones, de modo que la última se hace más extraña y absurda.

Sólo cuando establecemos una relación entre los síntomas neuróticos y los rasgos de personalidad que les sirven de base, nos explicamos el verdadero sentido de aquéllos. Entre estos rasgos están el perfeccionismo y el moralismo de donde podemos entender la gran importancia que el sujeto asigna al error y a la culpa, y sus recursos para eludirlos, por avivar fuertes niveles de vergüenza y angustia.

El error se mantiene o por una falta de prueba o porque la prueba no es suficiente. En el caso del obsesivo siempre hay una justificación que la impide o la invalida. Metáforas y metonimias derivadas de la experiencia *constituyendo constelaciones asociativas* personales, empiezan a ganar espacio con fuerza causal. Se restablece o acentúa la función de las ideas mágicas a las cuales ceden las formas inductivo-deductivas del pensamiento y acaparan su funcionamiento o

lo subordinan respecto de un determinado tema; entonces se pierden las adaptaciones cognitivas basadas en las relaciones de realidad -probabilidad, y su capacidad para elaborar y contrastar hipótesis.

• **Las Normas, las Necesidades y la Pérdida del Sentido**

Es de entender que el tipo o modo de satisfacción de la necesidad, ha entrado en intensa contradicción con la norma y que estas satisfacciones proscritas tendrían que ver con experiencias morales. La duda como paralización de la acción por suspensión del juicio, se manifiesta porque mentalmente el sujeto está situado entre el deseo de satisfacer su necesidad y la prohibición que recae sobre ella, o entre el deseo o la obligación de hacer algo y el miedo de no hacerlo correctamente. La duda subsiste en tanto que conduce a precaver la culpa y a precaver el error. La decisión queda estancada en estas precauciones patológicas.

Hay un interior ambivalente: dos líneas de intención antagónicas a la vez que coexistentes que *desean hacer el mal que le agrada* y a la vez *el mal que teme* o quiere evitar para satisfacer la moral social. La estrategia de la duda y de las compulsiones se encuentra entre lo prohibido deseado y lo permitido obligado, en dimensiones psicopatológicas.

Un encuentro tensional antagónico entre las exigencias de la libido o *id* y las exigencias de la moral o *superego*, diría un psicoanalista; entre un tipo de reflejo incondicionado y un tipo de reflejo condicionado, uno expuesto al proceso neurodinámico de excitación y el otro al de inhibición, diría un reflexólogo; entre comportamientos de sentido opuesto, expuestos a los gradientes de recompensa-castigo y de discriminación-generalización, diría un *neoconductista*.

Si nos esforzáramos por ir definiendo un enfoque *cognitivo-conductual-socio cultural*, diríamos que una situación dramática de "disonancia cognitiva" controla comportamientos con una significación moral personal, pero siempre referida al

medio social, internalizados a través de actos y símbolos en una forma de relación entre lo interpsíquico y lo intrapsíquico específica para la biografía del sujeto, construyendo una problemática entre la intención y la acción que provoca una perturbación en la capacidad para elaborar y contrastar hipótesis, para obtener conclusiones y para tomar decisiones en base a ellas, de un modo comprensible y productivo para su propio medio sociocultural.

Un estímulo ha sido investido de un significado, y éste puede rotar encontrando otros estímulos por vías analógicas, desprendiéndose del objeto que una vez lo contuvo e independizándose por vía semiótica. La pérdida del sentido, es decir, de lo que da significado aprehensible a la conducta según la situación, es una pérdida en diferentes intensidades de la posibilidad de satisfacer necesidades y de mantenerse o reajustar metas inteligibles para los demás. La diferencia entre una idea obsesiva y un delirio está en que en éste se ha perdido la conciencia de la sustracción del sentido, existiendo convicción de realidad por más incoherente y absurda que ésta se perciba o argumente; mientras que, en aquélla, se conserva la conciencia de su absurdidad y disfuncionalidad, a pesar de lo cual no puede ser rebatida.

- **La Restauración de la Función Adaptativa de la Idea**

Hay codificadores químico-inespecíficos, hormonales, neurovegetativos, neurosomáticos, y neurolingüísticos de la experiencia; estos planos tienen relaciones entre sí y parecen convertibles, sin que se conozca con claridad los procesos de transformación de un

código en otro. Por tanto, se impone una intervención conjunta y oportuna de acciones sobre esos planos de codificación que impliquen el complejo dinámico del acto, la emoción y la noción o concepto y los vínculos interpersonales asociados. En cualquier actividad hay algún elemento de todas las formas de aprendizaje o condicionamiento, y juntas hacen un mosaico biopsicosocial propio para cada patología; lo que implica considerarlos a todos como unidad y como partes que tienen un lugar en la *gestalt* psicopatológica a ser reestructurada, más que en base a un método, en base a una estrategia de intervención.

El error y la duda no se resolverán, si es que no se resuelven la culpa y la vergüenza. Mientras la experiencia primigenia, que es su fundamento, no sea removida el error se mantiene a pesar de la reflexión y la contrastación. Se trata de revertir la cadena en sus distintos eslabones episódicos, ese tejido de supersticiones agobiadoras enquistadas en la mente sobre su material emocional, hasta hacer contacto con el momento de sensibilidad patogénica para desactivar, limpiar o disolver la sintomatología por reexperimentación controlada y orientada que sirva de base para interpretar de un nuevo modo los estímulos que vengan.

Si la idea equivocada se mantiene es porque la culpa persiste. Y en este caso la idea, un hecho cognitivo, se ha acoplado a la culpa, un hecho afectivo. La idea obsesiva es la mejor ilustración de cómo el pensamiento se encuentra con la emoción y el sentimiento, entrelazando el temor y la culpa con el error y la duda.

BIBLIOGRAFÍA:

BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F.:

1995 "Manual de Psicopatología". Vol. 1. Ed. McGraw Hill, Madrid.

CIE 10

1994 "Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación". Ed. Rafael Salgado, Madrid.

COHEN, J.

1974 "Procesos del Pensamiento". Ed. Trillas, México.

GARCÍA, R.

2005 "Falacias". Madrid.

DAVISON G.C. y NEALE, J.M.:

2000 "Psicología de la Conducta Anormal". DSM-IV. Ed. Limusa Wiley, México.

DSM IV

1994 "Breviario. Criterios Diagnósticos". Ed. Masson, S.A., Barcelona.

MARTIN, B.

1985 "Psicología Anormal. Enfoques Científicos y Clínicos". Ed. Interamericana, México.

MONSTERRAT, S.

1985 "Psicología y Psicopatología Cibernéticas". Ed. Herder, Barcelona.

MORRIS, Ch.:

1992 "Psicología. Un Nuevo Enfoque". Ed. Prentice Hall, México.

NÚÑES, R.

s/f "Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología". Ed. Manual Moderno, México.

PANCHERI, P.

1979 "Manual de Psiquiatría Clínica". Ed. Trillas, México.

PETROVSKI, A.

1980 "Psicología General". Ed. Progreso, Moscú.

SARASON, I.

1977 "Psicología Anormal. Los Problemas de la Conducta Desadaptada". Ed. Trillas, México.

SLUCHEVSKI, I.F.

1966 "Psiquiatría". Ed. Grijalbo, México.

TISSOT, R.

1992 "Función Simbólica y Psicopatología". FCE. México.

VALLEJO RUILOBA, J.

1994 "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría". Ed. Salvat, México.

YATES, A.

1975 "Terapia del Comportamiento". Ed. Trillas, México.



Otoglossum weberbauerianum (Kraenzl.) Garay & Dunst. (Orchidaceae) -
Santuario Histórico de Machupicchu

Foto: W. Galiano Sánchez.