

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



ESTE LIBRO FUE DONADO A LA
BIBLIOTECA POR:

Dr. Julian Mac Gregor

FECHA: mayo del 2001

NEUROSIS OBSESIVA; REVISION
BIBLIOGRAFICA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

JACOBO MORALES CASTILLO

1979



EXAMENES
PROFESIONALES

1979/034



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



1979/034

DESEO EXPRESAR MI RECONOCIMIENTO AL:

DR. ROBERTO PEIMBERT, POR SU ASESORIA,
AYUDA Y ENORME ESTIMULO.

AL DR. ROBERTO FLORES VILLASANA.
MI GRATITUD A SUS ACERTADAS DI-
RECTRICES.

A

EL DR. JULIAN MACGREGOR
EL DR. JESUS MORALES TAPIA
AL LIC. OCTAVIO DE LA FUENTE

LES AGRADEZCO SUS APRECIABLES SUGERENCIAS
Y LES PIDO JUZGUEN ESTE TRABAJO CON BENE-
VOLENCIA, PUES A PESAR DE MIS MULTIPLES -
ESFUERZOS POR CONTROLAR IMPERFECCIONES, -
NO ESTA EXENTO DE ELLAS.

A MIS PADRES CON PROFUNDO RESPETO.

A MIS JEFES:

ING. PABLO VARGAS PRUDENTE
ING. MARIO OCHOA PELÁEZ
ING. FELIPE MARTINEZ GARCIA
LIC. SANSON PEREZ MENDEZ

A LA PRESENCIA RELEVANTE DE CRISTI.

C O N T E N I D O

I

DEFINICION Y BREVES CONCEPTOS HISTORICOS

	PAGINA
I- 1.- INTRODUCCION	(1)
I- 2.- DEFINICION	(4)
I- 3.- BREVES CONCEPTOS HISTORICOS	(4)

II

ASPECTOS CLINICOS DE LA NEUROSIS OBSESIVA S I N T O M A T O L O G I A

II- 1.- ESCRUPULOS	(10)
II- 2.- IDEAS DE CONTRASTE	(11)
II- 3.- DUDAS OBSESIVAS	(12)
II- 4.- HABITOS FORZADOS	(14)
II- 5.- LA TRICOTILOMANIA COMO HABITO FORZADO	(19)
II- 6.- DESCRIPCION BREVE DEL INFANTE TRICOTILOMANO	(19)

III

ASPECTOS PSICODINAMICOS

III- 1.- NATURALEZA PSICODINAMICA	(24)
III- 2.- MANIFESTACION DEFENSIVA Y PULSIONAL	(28)
III- 3.- FACTOR MNEMICO PSICODINAMICO	(34)
III- 4.- CREENCIAS CONTRARIAS A LA RAZON	(36)
III- 5.- EVOLUCION PSICODINAMICA	(37)

IV

PONDERACION DE HALLAZGOS CIENTIFICOS

IV- 1.- CURSO DE LA ENFERMEDAD	(49)
IV- 2.- INTELIGENCIA	(54)
IV- 3.- SEXO	(55)
IV- 4.- INCIDENCIA	(56)
IV- 5.- ORDEN DE NACIMIENTO	(57)
IV- 6.- HERENCIA	(59)
IV- 7.- PRONOSTICO	(62)
IV- 8.- ORGANICIDAD	(65)

V
RECOMENDACIONES PROFILACTICAS
Y TERAPEUTICAS

- V- 1.- TECNICAS Y FACTORES SOBRESALIENTES (68)
V- 2.- USO DE L-TRIFTOFAN EN CASO DE EVIDENCIA
ORGANICA (75)

VI

- VI- 1.- CONCLUSIONES (79)
VI- 2.- BIBLIOGRAFIA (82)

I-1.- I N T R O D U C C I O N .

El estudio de las neurosis constituye uno de los elementos de primordial importancia dentro de la psicología clínica y la psiquiatría, puesto que invalidan el funcionamiento del ser humano para continuar su trayectoria armoniosa en la sociedad en que habita. Respecto a la neurosis obsesiva; hasta donde exhaustivamente traté de indagar, no existía un compendio que contuviera la conceptualización aquí vertida abarcando los distintos estadios; de haberlo logrado me será eminentemente satisfactorio.

Para realizar la mayor parte de este trabajo, solicité los servicios del C N I D S (Centro Nacional de Información y Documentación en Salud), Institución dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, quien a su vez se intercomunicó con el banco de datos de la Universidad de Nueva York. Sitio donde se concentra la información internacional tanto desde un punto de vista retrospectivo como actual.

Los objetivos que pretendo son: Dar a conocer algunos de los más recientes hallazgos científicos que se han realizado en torno al estudio de la neurosis obsesiva. Poner en relieve los aspectos psicodinámicos útiles al terapeuta, especialmente al psicólogo pues considero que debe ampliarse el rango de su inmersión en tal ámbito, y de una forma más profun

da poder ejecutar su cometido como copartícipe decisivo de la salud mental, factor éste que me motivó a realizar la presente revisión. Puede dársele también un uso didáctico y considerarse una referencia en la enseñanza de la materia: Teoría General y Especial de las Neurosis.

I

DEFINICION Y BREVE CONCEPTOS
HISTORICOS

1-2.- DEFINICION: La neurosis obsesiva es un padecimiento caracterizado fundamentalmente; por imágenes, impulsos o acciones recurrentes o persistentes, acompañados por un sentido de compulsividad y deseos de resistir tales acciones. (Metzner y Pollit 1963).

Posteriormente de haber enunciado esta definición me parece pertinente aclarar el nombre de la enfermedad: Han caído generalmente en desuso las denominaciones; psicastenia, - neurosis imperativa, parapatía anancástica, locura lúcida, de lirio emotivo, locura de la duda y neurosis disfóriconsensitiva.

Es concebida por algunos autores como: Neurosis obsesiva compulsiva, según diversas revisiones literarias, y en base a su definición, el uso de los términos; neurosis obsesiva compulsiva, carece de sentido práctico, por lo que es recomendable emplear solo dos términos genéricos:
Neurosis obsesiva.

1-3.- BREVES CONCEPTOS HISTORICOS.

Los primeros hombres aparecieron en la tierra hace - aproximadamente un millón de años, la evidencia de vestigios-históricos corporales tales como cráneos horadados por medio de sílex o metal, eran perforados generalmente con el propósi

to de expiar los espíritus nocivos, pruebas elocuentes de que, desde el período paleolítico ya existían los fenómenos psicopatológicos, y aunado a ellos asiduos intentos por combatirlos, en los primeros siglos de la era cristiana, se consideraba a los psicóticos ser presas de satán, recurriendo terapéuticamente los sacerdotes al exorcismo. En 1793, Philippe Pinel liberó de las cadenas a que eran expuestos los enfermos mentales, luchando así por sus cuidados y emancipación. La primera publicación realizada en torno a la neurosis obsesiva, fue hecha por el psiquiatra francés; Juan Esteban Domingo Esquirol en el año de 1838. Magnan relacionó las obsesiones con las impulsiones y con las fobias, agrupando los tres tipos de síntomas bajo la denominación común de: Síndrome de Degeneración Mental. Krafft Ebing (1867), utilizó por primera vez el término; representación obsesiva. Hasta Morel (1861), se consideraba las obsesiones como debidas a alteraciones de carácter intelectual, y a partir de él se comenzaron a manejar factores emotivos para explicar su génesis. Janet por su parte y en unión de Raymond, estudió el padecimiento y creó el término psicastenia, en el que también incorporó cuadros clínicos no tan solo pertenecientes a la neurosis obsesiva, sino también a la neurosis de angustia e inclusive manifestaciones depresivas esquizofrénicas-larvadas. Sus magistrales estudios propiciaron avanzar considerablemente en el conocimiento del tema.

Algunos autores; por ejemplo Jastrowitz (1878), mantenía que las compulsiones dependían de la ansiedad. Freud, (1895 - 1924), fue el primer autor quien formuló una teoría integrada para informar de los fenómenos compulsivos. (Sus conceptos son vertidos en el capítulo correspondiente a factores psicodinámicos).

Adler (1936), en su discusión de la psicopatología de las compulsiones, describió al individuo compulsivo como aquel que exhibe un esfuerzo excesivo para la superioridad, resultante de un sentimiento biológicamente determinado de inadecuación e inferioridad. De Boor (1949), revisó diversos estudios psicopatológicos a partir de 1947, encontrando que autores franceses, investigaron los factores genéticos, pero sus resultados son de índole obscura.

Dollar y Miller (1950), consideran la conducta compulsiva como aquella que está reforzada por la reducción de la ansiedad, postularon que el lavado de manos en la niñez, estaba asociado con el escape de las críticas paternas, siendo ésta la razón por la cual se desarrolla la compulsión de lavado de manos en el adulto. Dollar y Miller no explicaron la forma en que la ansiedad es reducida por algunas conductas en la niñez, y como éstas mismas se extienden para algunos adultos pero no para otros, es por ello que aún existen fugas en datos que contundentemente apoyen su interpretación.

Para Walton y Mather (1964), las compulsiones constituyen instrumentos de reducción de un impulso autónomo condicionado. Según sus conceptualizaciones, las reacciones motoras de un desorden compulsivo, son mediatizadas por este impulso y su mantenimiento depende de su continua existencia, - por lo menos en los estadios agudos del desorden. Hodgson, - Rachman y Marks (1972), han puesto en práctica técnicas terapéuticas diferentes a la lobotomía, a la terapia electroconvulsiva y a las aproximaciones analíticas, dando causa al procedimiento llamado: Prevención de respuestas; en el cual al paciente se le permite sólo cierta cantidad de lavado normal y chequeo, con la intención de demostrar que el estado de displacer puede ir desapareciendo.

II

ASPECTOS CLINICOS DE LA NEUROSIS
OBSESIVA

S I N T O M A T O L O G I A

S I N T O M A T O L O G I A .

En la neurosis obsesiva, el síntoma principal; como - su nombre lo indica es la obsesión. Considerada ésta como aquella idea o ideas que se imponen en el campo de la conciencia, - incluso en contra de la voluntad y de la razón del paciente, - provocando una sensación desagradable, angustiosa. La idea obsesiva propicia la realización de actos (compulsión) que el enfermo ejecuta para liberarse, por lo menos momentáneamente de la angustia. Es importante aclarar que el binomio obsesión-compulsión, se diferencia de las ideas sobrevaloradas porque éstas predominan en el campo de la conciencia por razones com---prensibles, de tal manera que tan luego se logra convencer al sujeto de lo erróneo que está con respecto a sus ideas sobrevaloradas, éstas pierden su efecto.

Es muy común escuchar con frecuencia al paciente obsesivo alusiones como: Percibo que esta idea es absurda y no - - quisiera pensar en ella, pero no puedo alejarla de mi pensa---miento. El contexto patológico es variado y conflictivo. Son - frecuentes las llamadas obsesiones filosóficas, que se caracterelizan por su contenido especulativo, o manía interrogante. El enfermo se autocastiga planteándose y queriendo resolver los - más diversos y absurdos problemas. Tales como: ¿Para qué naci---mos?, ¿cuál es la diferencia entre seres y objetos?, etc. Es--

tos pacientes se formulan constantemente diversos problemas, fundamentalmente de tipo religioso y moral, esto les hace bastante complicada su supervivencia normal. Las aludidas preocupaciones obsesivas, suelen trascender del contexto intelectual; originándoles alteraciones en el comportamiento ejecutado actos ceremoniales, como también conductas sui géneris. Por ejemplo la obsesión de las enfermedades que el sujeto teme contraer, haciendo incapie en las más perniciosas como: Sífilis, tuberculosis, cáncer, esquizofrenia, etc. llevando a cabo medidas profilácticas que le propician: Lavarse las manos repetidas ocasiones, someterse a exámenes físicos y medicamentarse constantemente, no desear relacionarse ya sea cercana o lejanamente con enfermos o personas que los traten, etc. El paciente no tan solo se somete a las actividades que sus ideas obsesivas le motivan, sino que generalmente coaccionan a las personas que le rodean, a ejecutar medidas complementarias a sus fines.

II-1.- ESCRUPULOS.- Constituye otro síntoma que tortura al paciente de diversas maneras: Por ejemplo; siente estar en constante pecado mortal, al finalizar una sesión confesatoria, nunca está satisfecho y desea repetirla por temor de haber olvidado pecados. Se impone penitencias, que cumple para castigarse por culpabilidad imaginaria o posible. En ocasiones per

manece arrodillado repitiendo sus oraciones por creer que las rezó sin prestar atención; o por haber inmiscuído pensamientos malsanos.

IDEAS DE CULPABILIDAD.- Este síntoma, consiste en que el sujeto se adjudica responsabilidad por vía mágica de males o perjuicios ajenos. Por ejemplo, se juzga culpable de la enfermedad de un familiar, que atribuye por no haber reprimido la masturbación como se había impuesto así mismo. Como podrá observarse la relación entre la causa y el efecto de estos fenómenos, es desproporcionada y absurda. Puede darse el caso de que un paciente se considere en cierta forma responsable del fallecimiento de un amigo por no haberle demostrado estimación a él, o por la inundación de la cosecha de un enemigo a causa de haberle envidiado sus propiedades.

El pensamiento mágico y sus consecuencias, las supersticiones, pueden intervenir inclusive en la actividad más elemental y cotidiana del paciente: Por ejemplo; si al caminar le rebasa otra persona antes de llegar al punto X, le ocurrirá determinado percance, si le dan en el autobús un boleto terminado en Y número, le ocurrirá tal situación, etc.

II-2.- IDEAS DE CONTRASTE.- Son muy frecuentes y variadas, ocasionadas por la ambivalencia afectiva. Cuando las sufre el paciente, piensa en lo opuesto a lo que desea. (En la parte correspondiente a psicodinámica se analiza el mecanismo de

defensa empleado). De esta forma el paciente pensando en su esposa se le ocurre involuntariamente: Ojalá se muriera. En otras ocasiones los temores son con respecto al impulso de ejecutar actos adversos a los establecidos: El paciente ostenta temor de, ser prosaico en actos piadosos, de lanzar un grito donde se estila el silencio, etc. Existe una probabilidad casi nula de que el enfermo de actividad a sus ideas, pero de todas formas, aunque contengan relativamente poca importancia, el paciente sufre bastante debido a que imagina que no podrá soportar su deseo enfermizo.

II-3.- DUDAS OBSESIVAS.- Son percibidas como absurdas por el paciente, pero no por ello dejan de ser agobiantes. En ocasiones son tan persistentes, que hacen suyo el cuadro clínico. Por ello se le ha denominado a este padecimiento locura dubitativa. En estos casos el enfermo llega a dudar de todo.

Con frecuencia en las personas normales, pueden ser sorpresa de dudas obsesivas rudimentarias, que les sobrevienen en momentos desagradables, o bien en circunstancias de fatiga. Esto sucede por ejemplo cuando temen, no haber apagado la luz, haber depositado una carta sin portes, etc., aunque la duda sea justificada, desaparecen en la persona normal, en el momento que comprueba la realidad.

En el caso del neurótico obsesivo, a pesar de sus comprobaciones sigue dudando. Se levanta de la cama por temor

de haber dejado la ventana abierta, en lugar de haberla cerrado, lo cual comprueba tirando de ella; la toca cerciorándose de que está corrido el pasador, una vez en la cama, le asalta de nuevo la idea de no haber comprobado perfectamente bien el cierre, de esta manera surge el desasociado que tal duda le produce.

Pregunta con perseverancia a quienes frecuenta, situaciones que ya conoce, sin que llegue a percatarse de esto.

Las dudas del enfermo pueden ser variadas e ilógicas; por ejemplo: Duda de si su casa es realmente de ellos a pesar de recordar detalles de edificación y venta, de si un término representa el objeto que designa; si en verdad rompieron un papel que hicieron fragmentos; si habrá error en una operación matemática que han comprobado por muchas ocasiones, etc. La duda no continúa en derredor de una sola temática, sino varía en su forma y cantidad de ocurrencia. Lo primero es el sentimiento dubitativo, y lo segundo, el objeto que elige ésta para desarrollarse.

CEREMONIALES.- En la neurosis obsesiva son muy frecuentes los hábitos forzados y las impulsiones. Los primeros ostentan como base fundamental el pensamiento mágico y las creencias supersticiosas, siempre implícitas en el paciente. Los ceremoniales son conductas que el enfermo ejecuta de manera "intencionada" primero, y posteriormente estereotipada, con el objeto-

de verse exento momentáneamente de las torturas obsesivas, ya sea con el fin de prevenir males imaginarios o de desalojar culpas para sentirse con mayor seguridad.

Los ceremoniales son emitidos precedentemente a actos de carácter cotidiano o bien de naturaleza fisiológica. - Tales como: Dormir, comer, vestirse, etc.

En los infantes, aún en aquellos que a través del tiempo no padecerán esta enfermedad, se encuentran frecuentemente ceremoniales y pedantería en actos, que aluden al neurótico obsesivo. Normalmente los ejecuta el niño para encontrar seguridad, sin que ésto signifique que pueda hacerse una comparación rígida con la patología obsesiva.

II-4.- HABITOS FORZADOS.- Se consideran automatismos; como variedad de las impulsiones, y se diferencian de éstas, por una nula o mayor participación motriz. Los más comunes de ellos son: La aritmomanía u obsesión de contar, el paciente cuenta lo que ve, automóviles, postes, etc. corrobora si las cifras son divisibles entre determinados números. La poriomanía o impulso de viajar, la clastomanía u obsesión de romper, la cleptomanía y la piromanía. (Ponds 1952).

Una manera extrema de impulsión son los tics obsesivos, caracterizados por movimientos involuntarios y que cuando son reprimidos, el paciente ostenta un sentimiento penoso, generalmente son variables y poco consecutivos. Los más

frecuentes son los braquiales y los faciales.

Una consecuencia de la compulsión es la inactividad y retraso de las decisiones en el paciente; pasando posteriormente a una actitud acelerada, como exteriorizando potencialidad frenada. La actividad de estos pacientes es percibida tal como si no importase el tiempo para ellos, en función de la lentitud de su comportamiento causada, por las repeticiones ceremoniales y compulsiones. En diversas ocasiones el neurótico obsesivo puede dar la impresión de ser muy diligente, pero a través del rendimiento, podemos ver que en realidad emplea el tiempo en actividades inaprovechables.

El neurótico obsesivo; es sin proponerselo, calculador, distraído, minucioso, pasivo, martirizador, egocéntrico, hipocondriaco, susceptible, temeroso, y variable, como producto del sentimiento de duda que le atormenta. Su rendimiento es lento y escaso. Afectivamente padecen una carencia de tensión psíquica, percibida por el paciente como un sentimiento de irrealidad del que surgen las dudas.

Con sus síntomas se atormenta masoquísticamente y se aísla de factores que pueden propiciarle comodidad y sencillez. En sociedad el obsesivo es una persona de buenos sentimientos, devota y legal.

Obsérvese la sintomatología del siguiente caso:

La señora C. una mujer de 48 años de edad, había sido educada en un ambiente familiar estricto, siendo su madre una persona rígida y obsesiva. Cuando niña la paciente, no tuvo - síntomas psicopatológicos prominentes, pero se mostraba extremadamente ambivalente y le era difícil la escuela; más tarde, - a la edad de 14 años, vivió algún tiempo en casa dedicándose a las labores domésticas, posteriormente fue trabajadora domiciliaria de confianza, casandose a los 24 años con un plomero. - Su relación social y sexual fueron aparentemente buenas, procreando 4 hijos. Después del segundo parto, a la edad de 28 - años, comenzó con los rituales de lavarse las manos, presentando insomnio. Al transcurrir dos años, nuevamente dió a luz y - su estado empeoró con síntomas adicionales tales como. Nauseas, vómito, fatiga y depresión. Tenía miedo hacia los cuchillos, - y temor de convertirse en psicótica. A los 36 años, sus síntomas obsesivos avanzaron con respecto a los nacimientos de sus hijos, presentándose en este transcurso de tiempo, un aborto - terapéutico y esterilización. La paciente dudaba en todas ocasiones y no podía recordar si se había bañado, o bañado a los niños, o si había limpiado la casa perfectamente. No deseaba - salir, era irritable y aislada, ésto y en general su conducta le producía conflictos maritales. A sus hijos los educó estrictamente

tamente inculcándoles el orden y la limpieza.

Posterior a la intervención terapéutica (terapia psicoanalítica y electroconvulsiva) sus síntomas disminuyeron, aunque aún medianamente presentes los aceptaba con apatía, no estando tan molesta como antes y mejorando sus relaciones interpersonales en general.

Ahora ilustraré con un caso, como son la gran mayoría, en que el paciente involucra y domina a la familia por medio de su sintomatología.

El señor A, tenía 44 años de edad y era de ocupación almacénista. Desde hacia 20 años fue tratado terapéuticamente durante una corta temporada sin éxito rotundo. Tenía grandes dificultades para vivir con sus síntomas obsesivos. En años recientes su estado empeoró mostrándose su esposa cada vez más desesperada; pues observaba que su cónyuge consecutivamente le era más complicado desempeñar sus labores. Cierta tarde cuando llegaba a casa de trabajar, primero se dió un baño prolongado y al salir continuó lavándose las manos por espacio de horas. A partir de entonces, todos los días continuó irritado, injuriando a su esposa y a los niños quienes no mantenían las cosas en orden. Si llegaba un visitante; con frecuencia no permitía a la familia abrir la puerta, si el visitante entraba, inmediatamente que se iba, mantenía el piso limpio, la silla y la perrilla.

Por algunos intervalos de tiempo el paciente mostró indiferencia en torno a la vida marital; pero recientemente - su interés sexual había aumentado hasta el punto de demandar coitos dos o tres ocasiones durante cuatro veces al día; antes de estos actos con su esposa, se daba un baño y se aseguraba de que ella estuviese perfectamente limpia.

II-5.- LA TRICOTILOMANIA COMO HABITO FORZADO.

Tricotilomanía; es el acto compulsivo de arrancarse el pelo. Según los más recientes estudios empírico teóricamente significativos, realizados en México, es la causa del 17% de todas las alopecias incidentes en niños (Bol. Med. Hosp. - Inf. Vol. XXXV, 3, Mayo - Jun. 1978), entre cuatro y siete años de edad. Sin embargo puede presentarse también en otra etapa de la vida. En infantes generalmente representa una manera de descarga emocional generada por agresividad reprimida en contra de personas idealizadas, en un medio ambiente donde no es permisible ser agresivo.

Algunos estudiosos de la conducta, le dan relevancia fundamental a la deprivación emocional en la relación madre - hijo. En el escolar, con frecuencia es resultado de la presión que ejecutan los progenitores por un mayor aprovechamiento. En adolescentes o en adultos es más común que esté asociada a trastornos agudos de la personalidad.

II-6.- DESCRIPCION BREVE DEL INFANTE TRICOTILOMANO.

El niño con tricotilomanía; generalmente enreda el pelo en sus dedos y tira de él. Comúnmente lo hace cuando escribe, lee, ve la televisión o bien por la noche, en la cama. Los progenitores; en ocasiones no se dan cuenta del hábito en

firmizo del vástago, hasta posteriormente cuando la falta de cabello va siendo abundante.

El niño no dice con espontaneidad que se arranca el pelo. Se deberá establecer un buen rapport, y hacer preguntas que permitan extraer información. Como por ejemplo: ¿Te arrancas el pelo, poco o mucho?. A partir de esta interrogante o interrogantes similares; se seguirá explorando más amplia y detalladamente el caso.

Este tipo de pacientes; en ocasiones, además de arrancarse el pelo a sí mismos, también se lo arrancan a otros niños. De igual manera se dan casos, en que posteriormente de depilarse, el cabello es llevado por vía oral, desplazándolo de un lugar a otro en la boca, y finalmente deglutiéndolo. A través del tiempo esta tricofagia suele dar origen a la formación de madejas de cabello en el estómago denominadas tricobezoares.

En alianza con la tricotilomanía, con frecuencia se detectan otras formas que pueden considerarse como autoagresión, siendo la más común la onicofagia, acompañada normalmente de escoriaciones epiteliales.

Con respecto al lugar en que el paciente se arranca el cabello, el sitio más común son las áreas: Frontoparietal o frontotemporal del cuero cabelludo.

Además de autoproducirse una alopecia en la cabeza,-

la tricotilomanía puede hacerse extensiva a: Axilas, pestañas, cejas, etc. Cuando el paciente se arranca el pelo en el pubis, esta actitud es considerada por algunos autores, como un sustituto de masturbación.

Es pertinente realizar un diagnóstico diferencial, -- con el objeto de delimitar la respectiva causística. Ya que se deben tomar en consideración otros factores etiológicos; como la tiña, las alopecias postinflamatorias, de igual forma el pa decimiento denominado lupus eritomatoso discorde que origina alopecia, etc. Hay que considerar la alopecia causada por tracción, que propician determinados peinados en los cuales el cabello queda bastante tenso, por medio de ligas, pasadores y broches. Las alteraciones del cabello por las enunciadas entidades; son diferentes a las descritas por tricotilomanía, permitiendo discriminar los orígenes con cierta facilidad.

En lo que se refiere al tratamiento de la tricotilomanía en infantes, la mayor frecuencia de casos; consistirá en instruir a los padres de familia con el propósito de modificar las causas que proporcionan angustia en el paciente. Normalmente cuando los progenitores detectan de lo que se trata, el infante va aislando su inclinación a esta conducta enfermiza. No es recomendable rapar al niño pues es considerada como una actitud agresiva.

En el caso de adultos es necesario un amplio estudio de la personalidad implícitamente, y extrapolar las recomendaciones terapéuticas enunciadas en páginas posteriores.

III

ASPECTOS PSICODINAMICOS

III-1.- NATURALEZA PSICODINAMICA

El aspecto primordial de la neurosis obsesiva, puede ser circunscrito en el siguiente paradigma: "Las manifestaciones obsesivas son reproches transformados, retomados por parte de la represión y dirigidos siempre a un acto sexual infantil realizado con placer." (Obras Completas Freud, Tomo I, - - Pag. 289).

Esta neurosis según Freud, se gesta en una etapa denominada "Inmoralidad Infantil". En el primer estadio del desarrollo del infante, se vierten experiencias que permiten la represión, después ocurren actos de agresión sexual versus sexo opuesto, lo que causan a la postre los reproches. Al evocar actividades placenteras se unen a un reproche, y la concatenación en que se encuentran con las experiencias iniciales de quietud. Se llevan a cabo causando posteriormente la supresión y la sustitución, siendo una característica sintomática primaria defensiva. La meticulosidad, la carencia de confianza en la persona misma, la vergüenza. Ello indica que se acerca el período de la enfermedad, esta etapa se manifiesta, - por la incidencia del regreso de las evocaciones reprimidas, - es decir, que existe un fracaso de las defensas, habiendo indecisión con respecto a que si el surgimiento del recuerdo es causal o brotado espontáneamente o como consecución secunda--

ria de alteraciones sexuales del momento actual del paciente.

Según la coyuntura de los estudios de Freud, existían dos formas de neurosis obsesiva, la primera es la que se refiere al caso de imaginaciones clásicas, en las cuales su contenido impacta la atención del paciente, sintiendo incomodidad vaga en lugar de reproche. Adquirida esta forma de neurosis obsesiva, una segunda manifestación se da cuando una representación en la vida psíquica no contiene un evento mnémico que se encuentra reprimido, en lugar de él se encuentra un reproche de igual manera reprimido. Entonces la afectividad respectiva al reproche se puede convertir a través de un aumento psíquico en displacer.

Debemos tomar en consideración que existen síntomas transaccionales, es decir que un reproche puede transformarse en miedo hipocondriaco, por lo que se refiere a esta situación el contenido mnémico del acto que causa el reproche, puede de igual manera encontrarse representado en la conciencia o bien desaparecer, por ello en ocasiones se dificulta el diagnóstico. Los citados síntomas de transacción, simbolizan el regreso de lo reprimido, inherente a la falla de la defensa, tratando el yo de defenderse de las variantes del recuerdo, que primero había sido reprimido, realizándose antagonismos y creando síntomas denominados "defensas secundarias" mismos que tienen medidas profilácticas, pues ayudan a erradicar

representaciones y afectos obsesivos. Cuando estas maneras de ayuda logran reprimir nuevamente los síntomas del retorno, - que han sido adjudicados al yo, la obsesión sufre un cambio - de las intensiones profilácticas: Aquí en los actos conductuales del sujeto, ya no hay manifestación primaria, solo contienen defensa, pero no agresividad. Manifestaciones analíticas-comprueban, que hay una lucha en contra de un recuerdo obsesivo.

Continuando con el estudio de la evolución de este tipo de neurosis, podemos observar la existencia de defensas secundarias versus imaginaciones obsesivas, éstas pueden consistir en una rápida división del pensamiento a otras representaciones mentales, completamente opuestas. Es decir el pensamiento obsesivo del sujeto vaga en torno a tópicos abstractos, contradictorios a imágenes reprimidas. Ocasionalmente el paciente trata de someter aquellas representaciones obsesivas a través de un procedimiento mental de coherencia, aferrándose a sus evocaciones conscientes; este comportamiento lo induce a detallar y dudar obsesivamente. En contra de las inclinaciones obsesivas, surgen las defensas secundarias que propician gran cantidad de tomas de precaución las cuales se vuelven - conductas obsesivas. La taxonomía de estas tomas de precaución puede ser de la siguiente forma: Medidas de penitencia,-

entre las que se encuentran ceremoniales molestos y observaciones de números. De prevención; tales como superstición, minuciosidad, fobias, aumento del síntoma primario de escrúpulos. Medidas de temor a ser descubierto, como es la colección meticulosa de todo lo escrito, odio a la humanidad. Medidas de aturdimiento, en las que puede presentarse inclinación patológica a la bebida.

Existen casos en los cuales puede verse de que manera la obsesión se refleja desde la representación a la medida profiláctica, en otros casos varía entre síntoma y la defensa secundaria. Finalmente se dan ocasiones en las cuales no se desarrolla representación obsesiva alguna, porque queda representada la evocación reprimida por medios de defensa de simulación primaria. Cuando se presentan estos casos la neurosis obsesiva, se desarrolla en un avance en el que no aparecen antagonismos defensivos, sino finalizan con rituales condicionados por fobias.

III-2.- MANIFESTACION DEFENSIVA Y PULSIONAL

La compulsión debe considerarse desde un punto de vista psicodinámico como una abstracción de las potencialidades instintivas y las antiinstintivas. El síndrome manifiesta en algunas ocasiones el primer aspecto, y en otras el segundo. Las fuerzas instintivas expresan ideas de incesto y homicidio. Con frecuencia los síntomas connotan órdenes distorsionadas del superyó. Existe un peligro del que el paciente trata de protegerse.

En diversas ocasiones las compulsiones se sitúan en el lugar jerárquico del superyó. Por ejemplo un paciente con la compulsión de lavarse el rostro, cuando percibe el impulso de lavarse, hace alusión a aquella orden que le deban de pequeño; no interesa que la orden dada por los padres halla ostentado un objetivo higiénico, el paciente la utiliza como de fensa contra pensamientos sucios, dado que siendo pequeño sen tía que si sus padres detectaban sus pensamientos sucios, le obligarían a lavarse. Con frecuencia también las compulsiones no son percibidas como órdenes, sino como amenazas. (Si no re gresa a casa y compruebas cinco veces la cerradura de la puer ta saldrá tu hijo y morirá). Analíticamente se ha demostrado que los actos, que deben ser contrarrestados poseen una signi ficación instintiva reprobatoria. Generalmente representan -

tendencias del complejo de edipo, deformado de una manera muy peculiar.

Los castigos referentes a la amenaza están representados por el peligro que alguna ocasión se creyó inherente al instinto prohibido en referencia, (pérdida de amor o peligro de castración) o también en una forma activa de autocastigo - que podría utilizarse con el objeto de esquivar la castración o bien la privación de amor. Como podrá observarse, diversos síntomas compulsivos son maneras alteradas de captar exigencias antiinstintivas del superego.

Es frecuente que un síntoma obsesivo sea ambivalente, puede representar un impulso reprobable y una defensa contra el mismo (anulación). En ocasiones un síntoma puede permutar de connotación. Es decir; que primero, podría expresar el mecanismo de defensa, y sucesivamente irse convirtiendo en un impulso primitivo con posibilidades de volver.

MASTURBACION

Cuando se trata de este fenómeno, existe un contenido instintivo el cual puede ser percibido como una orden del superyó; los síntomas de esta naturaleza forman un modelo entre la pulsión evadida y las amenazas del superyó. La pulsión se manifiesta en las ideas, y el superyó en la orden de la distorsión que impone el impulso primitivo. Es este el caso -

de la masturbación compulsiva carente de gozo, que al no ostentar placer es punitiva, y a la vez es objeto de censura de la sexualidad.

MECANISMOS DE DEFENSA

Implícito en el síndrome de este tipo de neurosis se hallan tendencias a la crueldad manifiestas de una forma --- abierta o disfrazada, y formaciones reactivas contra ellas. - Hallándose también tendencias eróticoanales como defensas en--- contra de las mismas. Constituye una asociación entre cruel-- dad y erotismo anal; es por ello que se ha llegado a la con-- clusión de que existe un estadio sádicoanal de planeación de-- la energía sexual. El complejo de Edipo, infraestructura de - la sintomatología obsesiva, actúa y es avasallado por impul-- sos sádicoanales preponderantes. La tendencia del carácter - instintivo sádicoanal del paciente, se identifica en el sín-- drome, tan luego se investiga este tópico. El paciente se en-- cuentra preocupado por conflictos que fluctúan entre la agre-- sividad y la sumisión, la crueldad y la benevolencia, el or-- den y el desorden, la inmundicia y la pulcritud. Estos comba-- tes son expresados en el comportamiento manifiesto del sujeto. Es común que cuando se explore la vida sexual del neurótico - obsesivo éste diga que es muy normal, el funcionamiento orgá-- nico parece actuar en orden debido a que se encuentra "separa

do" del contexto psicológico. "La descarga fisiológica en la actividad sexual de los pacientes no es una descarga adecuada para la tensión sexual, la que hallamos realmente expresada - en sus ideas sobre la crueldad o la sinceridad". (Otto Fenichel), Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Pag. 352). En ocasiones la trayectoria sádicoanal se observa bajo manera de formaciones reactivas, como por ejemplo, generosidad excesiva, prominente aseo o, exagerada justicia, de igual forma puede - haber incapacidad para vertir agresividad. El enlace de formaciones reactivas y tendencias anales o sádicas propician en el paciente una caracterología contradictoria. Es decir el neurótico obsesivo es generoso y cruel, se mezcla en la inmundicia y en la pulcritud.

Como se ha enfatizado; para Freud la etiología de la neurosis obsesiva, está constituida por la regresión del paciente a la etapa sádicoanal en la que se involucran conflictos edípicos. Quien padece neurosis obsesiva; se manifiesta ambivalmente, siendo así inclusive con respecto a sus normas y sistemas. Cuando discrepa contra su vida instintiva, necesita protegerse con sus sistemas y normas. Cuando se vuelca en contra de su superego, se vuelca también en contra de sus sistemas y normas impuestos. Puede hacerlo abierta o encubiertamente ridiculizándolos y arguyendo ser absurdos.

La perturbación conductual debido a este padecimien-

to no solo se debe a la regresión implícita. Es efectuada también por la intervención de otros mecanismos de defensa como la formación reactiva ya citada, el aislamiento, la anulación, la represión y el desplazamiento. El desarrollo de estos mecanismos, está en función de la forma en que se despliegue la neurosis, dado que la formación reactiva, el aislamiento y la anulación son aplicadas a las pulsiones pregenitales, y la represión se dirige más a la genitalidad.

La personalidad del neurótico obsesivo queda inmersa completamente por sus formaciones reactivas, estableciendo una contienda contra sus hostilidades inconscientes, ofrece la tendencia como señalé en páginas anteriores, a ser una persona bondadosa. Esta conducta le trae consigo una gratificación narcisista. Por lo cual el curso analítico se ve frenado. En lo que se refiere al aislamiento éste consiste en separar de sus ideas su respectiva catexia emocional. Cuando se maneja este mecanismo el paciente tiene la apariencia de ser una persona fría, incongruente, carente de emotividad pero ocurre que sus emociones están siendo expresadas de una manera incompatible. El neurótico obsesivo ofrece dificultades para el ejercicio de la asociación libre en el análisis, y esto es debido a su predisposición al aislamiento, porque se encuentra alerta para no mantener relación con tópicos que estuvieron concatenados. En cuanto a la anulación, se puede captar mani---

fiestamente en el lavado compulsivo. El limpiarse es una necesidad como una manera de eliminar, de anular una acción previa (verdadera o supuesta) de "enunciar". Es común encontrar represión pues en ocasiones los pacientes encubren en que consisten sus compulsiones presentándolas de manera imprecisa, requiriendo amplia labor analítica para ir descartando el mencionado mecanismo.

Con frecuencia el desplazamiento es realizado hacia mínimos detalles, es por ello que hay muchos pacientes que se perciben bastante afligidos en virtud de fenómenos en apariencia sin valor, pero en el transcurso del análisis estos fenómenos poco valorados sustituyen a otros que son sobresalientes.

AMBIVALENCIA DEL YO

La regresión al sadismo anal no solo altera al yo, cuyo estilo sádico y ambivalente se lanza al superyó como a las cosas exteriores. Hay un cambio del superyó hacia un sadismo compartido, y de ahí surge una igualdad entre las dos instancias, que se manifiesta en compulsiones de simetría. Para comprender esta fenomenología debemos decir, que al ampliar las peticiones del superyó, busca al yo, una gratificación narcisística que probablemente implique la suspensión temporal de su función de enjuiciar la verdad y los impulsos.

La subordinación ambivalente de un superyó sádico, y el impulso irresistible de una tensión de culpa, son los eventos predominantes que motivan al suicidio. ¿Entonces porqué no es común el suicidio en el neurótico obsesivo?. Según Freud, se debe a que en esta neurosis, al contrario de lo que ocurre en la depresión, la libido del paciente no se encuentra completamente involucrada en la conflictiva del yo y el superyó. Tanto las relaciones objetales del neurótico obsesivo, como su carácter sádico, permiten manifestar agresividad contra las cosas, por eso no es necesario proyectar agresividad contra su persona. Sin embargo los sentimientos de culpa propician tórridos sufrimientos al paciente que se encuentra inmerso en un círculo vicioso que se agiganta: Culpabilidad-- sacrificio, nueva violación de preceptos, nueva culpabilidad. La persona presa de esta neurosis, ofrece la tendencia a realizar consecutivos ensanchamientos del rango sintomático, extendiendo la connotación sintomatológica a costa de su representación castigante.

III-3.- FACTOR MNEMICO PSICODINAMICO

El fenómeno existente del sadismo anal y la persistente conflictiva con el superyó, determina una actitud típica del paciente. Sus fantasías son verbalizadas y despiertan antiguos comportamientos que aparearon la primera utilización-

de la palabra. Los conceptos y palabras externados, son también remedos de cosas elaboradas con el objeto de realizar un orden, a través de un comportamiento de ensayo en el caos de las cosas reales. La imagen de las cosas percibidas posee sus respectivas cualidades captadas, pero no presentan un carácter formal, el que en verdad tienen. Hay un esfuerzo por dominarlas y establecer un conocimiento profundo en ellas como en su significado.

El neurótico obsesivo, teme a su emotividad y a las cosas que la propician. Trata de volver a hacer el procedimiento aquel, que siendo lactante dominó aquellos eventos atemorizantes del universo. Este intento no es logrado cuando desea escapar de aquellos tópicos que le causan emoción, aquello que repulsa vuelve. Esos hechos o palabras están inmersos de una sobrecatésis emocional, y toman la validez emotiva que para sus semejantes tienen las cosas.

El pensamiento y las manifestaciones del habla se hacen sustitutos de las emociones inherentes a la realidad, ostentan adjetivos originales, es decir se "sexualizan" y dejan de poseer valor para el uso práctico. Para el paciente las palabras ostentan poderío, trocándose en bendiciones y maldiciones. El mal uso de ellas sentencia el mismo castigo que un infringimiento a la ley, la timidez del poderío de sus pensamientos, hace al paciente dependiente de los mismos. En lugar

de dominar el universo a través del pensamiento, sustituyendo a la sexualidad sin control éste mismo lo domina a él, de esta forma el pensamiento resulta heterogéneo, dividido en estadios siendo de naturaleza teorista en lugar de realista. El pensamiento es una preparación para la acción; los sujetos - que temen a la acción aumentan en preparativos, el neurótico-obsesivo en vez de actuar piensa, elabora preparativos para su vida futura sin tomar en consideración el presente.

III-4.- CREENCIAS CONTRARIAS A LA RAZON.

Este tipo de pacientes normalmente presentan una alta inteligencia, teniendo secuelas arcaicas pletóricas de magia y superstición. Dado que el yo experimenta un desdoblamiento causado por el mecanismo de defensa del aislamiento, una parte del mismo yo es lógica y la otra ilógica. La superstición está fundamentada en un narcisismo incrementado, unido al restablecimiento regresivo de la omnipotencia infantil.

En las religiones patriarcales, los Dioses en forma de un superyó obsesivo aseguran proteger a cambio de sumisión, debido a esta similitud del síndrome obsesivo y los ritos litúrgicos, fueron catalogados como rituales.

De igual manera la superstición puede ser utilizada en otras formas: En la batalla contra la conciencia, algunos pacientes combaten sus sentimientos de culpa por medio de ac-

titudes de encantamiento, con el objeto de despejar el motivo por el que se sienten culpables, en algunas ocasiones la fantasía no tan sólo es sustituida por una verdad desagradable, sino que inclusive niega la verdad totalmente.

III-5.- EVOLUCION PSICODINAMICA

Se han considerado en la actualidad dos grupos de -
neurosis obsesiva: Las formas agudas y las formas crónicas. -
Por lo que respecta a los casos agudos; los conflictos sexuales infantiles revividos por alteraciones de una estabilidad -
hasta ese instante sostenida con eficacia entre fuerzas repre
soras y reprimidas, incrementos perceptibles o imperceptibles
en la potencia instintiva rechazada, eventos propiciantes que
operan sobre un sujeto predispuesto desde la infancia, o sea -
una persona que efectúa una regresión sádicoanal en el período
infantil. Dicha regresión pudo haber abarcado únicamente -
una fracción de la libido, de tal manera que la genitalidad -
pueda permanecer ilesa para lograr que la pubertad se desarro
lle sin conflictos, pero la defensa infantil en un momento da
do se encausa a la regresión, reactivándose el complejo de -
Edipo y produciendo la regresión sádicoanal. La neurosis obse
siva crónica, se desarrolla y continúa sin interrupciones fre
cuentes desde la adolescencia. Persistiendo los síntomas del
período del complejo de Edipo, los rituales compulsivos apare

cen de manera definida en el período de latencia, etapa del desarrollo de las habilidades intelectuales. La sexualidad que surge en la pubertad adquiere una trayectoria similar a la que tuvo la sexualidad de la primera infancia, produciendo se entonces una regresión sádicoanal.

El superyó, entra en conflicto con los deseos sexuales sádicoanales, no logrando contrarrestar los efectos de la regresión. La conflictiva se hace más crítica por dos causas: Primero; las defensas se tornan intolerables, segundo, el deseo a defenderse se hace más insoportable. Los dos fenómenos son debidos a una sólo causa: La regresión de la libido.

COMPORTAMIENTO FISICO

Por lo que a ello se refiere; existe una tendencia de separar el pensamiento del cuerpo, la cual se traduce en una rigidez física global, debida a un espasmo muscular total o local, o bien ligera hipotomía general. Como podrá observar se generalmente; en todo el contexto físico del paciente hay rigidez por retención y carencia de disponibilidad para las reacciones flexibles.

Trataré de ejemplificar los factores psicodinámicos expuestos; con el caso de E. paciente atendida en el Gifford Mental - - - Health Clinic.

La señora E. es casada, su edad son 35 años, es de tez blanca, dedica a las labores domésticas. Pidió ser auxiliada por un terapeuta y su principal queja fue: El tener miedo de hacerles mal a sus hijos, siendo madre de 7 y viviendo con cinco de ellos en compañía de su esposo. Las edades de sus vástagos eran: 18, 17, 16, 14, 9, y gemelos de 12 años. La paciente había dejado de comer y de hacer sus labores cotidianas, comentó que bebía más de 12 cervezas diarias durante los últimos 2 años. Una semana antes de acudir a la citada clínica, estuvo internada en un hospital de ginecología, con el objeto de practicarle una histerectomía selectiva, pero a último momento se negó a firmar la conformidad de la intervención, explicando que deseaba seguir siendo prolífica. En relación con su historia familiar; fue la cuarta de 8 hijos. Proviene de la clase media y practica la religión católica. La paciente describió a su madre como saludable aunque parlanchina, era ama de llaves con síntomas compulsivos. E. fue alimentada de pecho, no tuvo enfermedades significativas durante la niñez, ni trauma perinatal ni separación de sus padres. Su padre fue muy estricto, careciendo de enfermedad mental o inclinación al alcohol.

Cuando se le preguntaron sus primeros recuerdos



có que hacia "cosas ruines". Por ejemplo; mordió a una niña, - quien la vió mal. (Ella también fue mordida por su madre como castigo) Cuando tenía cerca de 5 años, amarró un gato a un - poste, y lo golpeó con un palo hasta matarlo, en tanto que su hermano le arrojaba piedras grandes a otro gato.

E. fue inscrita en escuelas católicas, siendo una - alumna destacada hasta finalizar sus estudios de bachillerato, época en que casó con su primer novio, (actualmente su esposo). A principios de los 10 años tenía preocupaciones constantes, referentes a que los pensamientos de blasfemia pudié- sen deteriorar su relación con Dios; sus confesiones eran tan detalladas, que el sacerdote le pedía las redujera, entre - - otros rituales, subía y bajaba la escalera un número determi- nado de veces.

A excepción de sus miedos obsesivos persistentes, era capaz de funcionar medianamente bien como esposa y madre. Es- necesario agregar que en 1961, su esposo tuvo una crisis es- quizofrénica, recuperándose en breve tiempo. Por esta época - ella trabajó como estilista.

Cuando fue entrevistada E. por primera vez; vestía - en forma desaliñada, tenía aliento alcohólico, siendo insul- tante su forma de hablar. Caminaba lento, en ocasiones le era difícil concentrarse, dejando las ideas sin terminar, su afec- to era infantil y lábil, dijo no tener idea del temor de da--

fiar a sus hijos, afirmando enfáticamente que los amaba. Se encontraba orientada en persona, lugar y tiempo. De inmediato - se le recomendó someterse a un tratamiento de desintoxicación; siendo el diagnóstico el siguiente: Neurosis obsesiva, depresión unipolar primaria y hábito de beber.

Comentario:

Como podrá verse; el caso de E. es una neurosis obsesiva que data desde la niñez, sus síntomas desarrollados como esfuerzos para tratar con los conflictos entre impulsos sexuales y o agresivos, y un superego punitivo, aunque persistentes- no habían interferido sus roles. Cuando la conducta compulsi- va no funcionaba un método de control no "común", para ella, - era éste el uso del alcohol. Puede considerarse como un fac-- tor precipitante, su hospitalización para la histerectomía. - Deseaba seguir siendo prolífica, de otra manera podría estar- en libertad de tener relaciones sexuales de una forma incon-- trolada, y esto sería probablemente considerado por ella como amenazante, por otro aspecto, a través de la intervención quirúrgica, mataría a sus niños que aún no nacían; esto tiene - que ver con los deseos en torno a sus hijos vivientes, hacia- quiénes manejaba gran agresividad.

El hecho de que E. trabajase como estilista, es de - gran interés pues cortaba el pelo, pero obviamente después - crecía, y de esta forma no sentía culpabilidad por ésto; pues

así olvidaba sus deseos de castración, quedando inculpable. -
Dicho fenómeno enfatiza el concepto psicodinámico básico de -
que el neurótico obsesivo, trata con los conflictos edípicos-
regresando a las fijaciones de la etapa anal.

Véanse los eventos psicodinámicos del siguiente caso:

El Señor M, agente de ventas desempleado, solicitó ayuda terapéutica, en sus últimos veintes, por ese entonces sus compulsiones arraigadas le habían incapacitado para laborar. Ejecutaba repeticiones de palabras, debido a que no estaba seguro de si las había dicho adecuadamente o no, así también pasaba horas lavándose las manos, rasurándose y limpiando sus zapatos. Leía instrucciones y signos consecutivamente para finalizar con dudas si había entendido la información correctamente. A pesar de sus síntomas, podía salir de su apartamento e ir al terapeuta, solo que con gran dificultad, por lo mismo, en ocasiones su sesión terapéutica se efectuaba telefónicamente. Es necesario señalar que físicamente se encontraba dañado de un testículo.

Las compulsiones se presentaron desde la niñez, relacionó el comienzo de las mismas, como resultado de un terrorífico sueño que ocurrió cuando tenía 9 años. En este ensueño se veía así mismo como un esqueleto, sentía que su muerte había sido ordenada como un castigo por los actos sádicos que había hecho a los animales domésticos de los vecinos, consistentes en; prenderle fuego a la cola de los gatos, cortarle las alas a los insectos. Es interesante hacer notar que continuó ejecutando estos actos después del inicio a las compulsiones. Sin embargo, en tanto crecía el fenómeno abiertamente sá

dico, el fenómeno compulsivo dejaba de existir, ganando uno y otro el ascenso en forma alternativa. A finales de la adolescencia, y en los primeros veintes, el fenómeno sádico predominó; dedicándose a la explotación de menores. Ya en los últimos veintes los rasgos sádicos nuevamente se habían inhibido, convirtiéndose en un funcionario de la asociación para la prevención de la crueldad contra los animales, pero reapareciendo con fuerza sus compulsiones.

El tema básico de sus sueños, fue el infringimiento de las leyes y su castigo, existiendo en diversas versiones - cada una de las cuales variaba con respecto a los factores implícitos en la construcción de las tres instancias psíquicas.

Observemos los psicodinamismos en este primer sueño del señor M.:

Estuve en Woolworth robando mercancía. (A finales de la adolescencia robaba en tiendas). En eso, un guardia me detuvo, empezándose a insultar, insistí en ver al gerente, forcejeamos, repentinamente el guardia sacó la pistola y me disparó, pero ésta no era una pistola verdadera así que no me hirió. (El terapeuta relacionó la pistola de juguete con la parte del genital dañado).

Este sueño revela rasgos característicos del id del paciente ego y superego. El impulso del id, es agresivo, tanto que refleja la regresión de su libido a la fase sádica, el

ego es débil, pues es incapaz de mantener el impulso fuera de la conciencia. El superego representado mediante el guardia,-- quien actúa repentina y violentamente, cuya impulsividad indica su cercanía a las fuentes instintivas. El que el paciente-ligue su genital a la pistola de juguete del guardia indica que la figura del superego, está compuesta por lo menos en parte de elementos derivados del yo. La figura del id, es también él mismo, así en este sueño la auto-representación está dividida y las funciones ejecutadas en dos instancias.

Segundo Sueño.

Señor M.: Ahora estuve con dos amigos robando vitamina E, la cual se dice realza la potencia sexual, uno de mis amigos fue detenido por una mujer detective, pero escapó. De pronto; estuve tratando de ayudar para que lo detuvieran; teniendo que pelear con él, acto seguido le pregunté a la detective si tenía una pistola para detenerlo. Aseguró tener dos pistolas de juguete vacías. (Una vez más asoció la pistola de juguete con el genital defectuoso).

En este sueño, el fortificado id antisocial, y el débil ego incapaz de controlarlo son muy similares, sin embargo el cambio de la auto-representación a partir del papel del id, hasta el del superego ha dado un paso adelante. En el sueño anterior podemos suponer en función de las asociaciones del paciente que su auto-representación fue dividida entre el id-

y el superego. Puesto que siendo un delincuente se convierte en un aliado de la policía. En este sueño y en el anterior el arma empleada por la figura del superego, fue obviamente falsa. La falsedad de esta arma que fue consecuencia de la proyección de su propio sentido de defecto corporal. La debilidad del superego, fue indudablemente un factor importante que facilitó controlar el impulso.

Sueño tercero.

Señor M: me encontraba apretando bastante fuerte un canario... (asoció el acto de apretar con su compulsión a la masturbación).

Sueño cuarto.

Señor M: Un policía del metro arrestó a un niño por haber matado un pájaro... (Había sido rechazado como policía a causa de su defecto genital).

COMENTARIO:

Según Levitan (1976/77). Actualmente sabemos que el ensueño no es un breve parpadeo de conciencia producido por el cambio repentino de las fuerzas psicológicas. Es una experiencia regular y repentina que contiene eventos de tiempo y espacio los cuales son muy similares a aquellos de la vida consciente. Particularmente en este caso, reflejan la participación de la auto-representación en las funciones del supere-

go. El rango va de la no participación a una completa participación. El grado de participación es una medida del grado de internalización que está presente en el superego en un momento particular. Puede notarse que el proceso de internalización es un proceso necesario en el desarrollo de las defensas las cuales caracterizan a la neurosis obsesiva.

IV

PONDERACION DE HALLAZGOS
CIENTIFICOS

IV-1.- CURSO DE LA ENFERMEDAD

Según las conceptualizaciones de Sternberg (1978), - cerca de un tercio de los pacientes que tienen síntomas antecedentes al síndrome, generalmente en la niñez presentan perturbaciones del estado de ánimo, ansiedad, hipocondría, dolores sin causa física, fobias y rituales perseverantes; especialmente éstos últimos.

Los precipitantes del padecimiento; son por lo general conflictos sexuales, incluyendo problemas maritales y de embarazo, la muerte de un familiar cercano, la frustración en el trabajo y el exceso del mismo. Puede agravarse el síndrome; por inclusión de otras enfermedades e incidencia de los factores precipitantes.

La neurosis obsesiva es rara antes de los 10 años de supervivencia. Berman (1942), encontró solo 6 casos en una muestra de 3,050 pacientes. Esta neurosis raramente reincide en la vejez. Sin embargo, aquellos quienes han estado enfermos, pueden tener aún síntomas o reincidencia de síntomas.

Presenta dos complicaciones. Definiendo a la complicación como: Eventos o síntomas aparentemente derivados de, - pero no parte del cuadro clínico original. Ellas son la depre- sión, la cual Gitleson (1966), detecta que existe ésta en -- los pacientes anancásticos, asociada a una gran ansiedad mani

fiesta. Obsérvese la siguiente casuística ilustrativa.

El señor U. C. tuvo una educación extremadamente estricta; también había sido amedrentado por su padre, quien abusaba del alcohol y forzaba a sus hijos a trabajar arduamente a muy temprana edad. El paciente trabajó en un rancho pequeño de su padre hasta la edad de 18 años, posteriormente trabajó, como obrero de caminos y operario industrial. Según narró a lo 22 años fue seducido por una chica de 25, quien más tarde se casó con él puesto que se encontraba embarazada, tuvo la tendencia a ser celoso y carecer de iniciativa, fue un matrimonio infeliz pues bebía mucho. Cierta día a la edad de 24 años, se encontraba en el campo con su hijo de 2, de pronto tuvo un ataque de ansiedad bajo los efectos del alcohol no estaba consciente de la experiencia pero tenía miedo de herirlo, por tanto; aventó su cuchillo al río y tomó inmediatamente al niño para llevarlo a casa, desde entonces desarrolló sentimientos de miedo a cruzar los puentes y no poder ir solo. Más tarde; con frecuencia se encontraba deprimido, y durante los años de seguimiento por parte del terapeuta, pudo captar que tenía períodos de mejoría como de agudización de síntomas. A la edad de 33 a 36 años; se gravó al enterarse de que su esposa le había sido infiel, intensificando sus síntomas y hallándose deprimido a tal grado de la incapacidad laboral. A la edad de 41 años fue internado en un hospital psiquiátrico,

con diagnóstico de neurosis obsesiva, recibiendo terapia de apoyo y terapia electroconvulsiva; de esta forma tuvo un amplio lapso de mejoría. Algunos años más tarde; a la edad de 53 años fue nuevamente hospitalizado en otro centro psiquiátrico. Ahí fue tratado con terapia farmacológica la cual lo mejoró en cierto grado. Durante el último año de seguimiento cuando fue examinado, se sentía deprimido y tenía conflictos por sentimientos de inferioridad e impotencia sexual, sus pensamientos obsesivos y síntomas fóbicos habían disminuído, pero enfatizando sus sentimientos de minusvalía tenía la impresión de que a nadie le caía bien; las relaciones sociales y sexuales con su esposa, eran inadecuadas como anteriormente, y carecía de amistades. No desarrolló alcoholismo crónico, pero continuaba deprimido sin haber intentado suicidarse.

Veamos ahora la siguiente complicación que es, la esquizofrenia. Gordon (1926), describió 6 casos en que un estado obsesivo, había sido seguido por una psicosis, cuatro de ellos paranoide. Stengel (1945), encontró que 7 de 14 pacientes anancásticos desarrollaron esquizofrenia paranoide, Muller (1953), investigó 57 casos de neuróticos obsesivos, por 25 años, encontrando que 9 de ellos habían desarrollado esquizofrenia de tres tipos: Ebefrénica, paranoide y catatónica, Rudin (1953), Kringlen (1965), encontraron que el 10 y el 5% respectivamente de sus pacientes anancásticos, más tarde desarrollaron esquizofrenia, (no informan de que tipo). Arieti (1974), expresó el punto de vista de que la neurosis obsesiva desarrollada en esquizofrenia, es más probable que fuera de una variedad catatónica. Postula que la indecisión, negativismo y miedo impreciso, son rasgos comunes de la catatonía y de la neurosis obsesiva.

En torno a los diversos estudios referentes a la evolución de este síndrome, afirmaremos que puede degenerar, en dos manifestaciones psicóticas más comunes; la tipo paranoide y catatónica.

El siguiente caso trata de ilustrar la referida complicación: La señorita L. F., soltera de 23 años de edad, se había recluso en su casa desde el inicio de la pubertad, desde los 20 años de existencia, se mantenía ocupada en rituales

clásicos obsesivos. El principal rasgo de estos rituales era que no debía molestar a nadie en el hogar en que vivía con sus padres de edad avanzada, figurando este aspecto como una prohibición para abandonar su casa. Era característicamente rígida y recapacitante; terapéuticamente se mantenía a gran distancia afectiva hacia el analista, en una abreación, regresó a una época del renacimiento, y se describió sintiendo que su vida era una tragedia, pues estaba en un embrión siendo una especie de ser humano nacida muerta. Estuvo psicótica durante 48 horas, posteriormente se convirtió en una persona extrovertida y amigable que sorprendía a cualquiera por su espontaneidad y afectividad. Este comportamiento duró algunas semanas, pero retornó a su forma introvertida, obsesiva y recapacitante.

IV-2.- INTELIGENCIA

Existen evidencias de que, los neuróticos obsesivos, son por lo general de un promedio de inteligencia alto, y en algunas ocasiones se encuentran excepcionalmente dotados. Ingram (1961), al aplicar la prueba de matrices progresivas de Raven, como la prueba de vocabulario de Mill-Hill. Observó -- que los puntajes de estos pacientes, eran más altos que aquellos de pacientes histéricos, como también los de personas con neurosis de ansiedad. Judd (1965), dió a conocer que cinco niños descritos por él, con neurosis obsesiva. Se estimó - que tenían un promedio de inteligencia superior, tres de estos cinco niños se evaluaron psicométricamente obteniendo coeficientes intelectuales de 125 a 145. Greenacre (1929), afirmó que sólo muy aisladamente la inferioridad mental se presenta en los pacientes con este síndrome. Cita que sólo 5 de sus 86 pacientes podían considerarse de corta inteligencia, aproximadamente la cuarta parte de los 86 enfermos, habían llegado al bachillerato o a escuelas profesionales.

En una investigación realizada por Slater (1945), - los neuróticos obsesivos obtuvieron puntajes más altos, con respecto a otras categorías de neuróticos en las pruebas siguientes: Matrices progresivas de Raven, Vocabulario de Shipley, y las pruebas de inteligencia de Catell IIA y IIB.

Lo (1967), por su parte halló que el neurótico obsesivo chino de Hong Kong, tendía por lo menos hacia un buen promedio de inteligencia y de logro intelectual, presentando niveles considerablemente altos, tanto intelectuales como educacionales con respecto a los esquizofrénicos con quienes los comparó.

Rosenberg (1967), al realizar sus investigaciones con pacientes neuróticos obsesivos, pudo comprobar que éstos, desarrollaron altos puntajes en la prueba de los 16 factores de la personalidad de Catell, habiendo un incremento del factor 6, indicador de habilidad general e inteligencia.

Como nos muestran los citados hallazgos; aquellos pacientes ubicados en este estadio psicopatológico de la neurosis obsesiva, tienden a tener un puntaje de inteligencia arriba del normal.

IV-3.- SEXO

Ahora citaré diversas investigaciones realizadas -- ilustrando la tendencia en torno a que sexo, este padecimiento es más pertinaz.

En un estudio de Pacella y colaboradores (1944), 16 de los pacientes eran mujeres y 15 eran hombres. Judd (1965), dió a conocer que no había inclinación sexual tanto en adultos como en niños. Brown (1942), informó que 15 de sus veinte

pacientes obsesivos, eran hombres, 50 de los 144 neuróticos - obsesivos en un estudio de Rosenberg (1968), eran hombres. - Kringlen (1965), nos da a conocer, que 55 de 90 pacientes con la enunciada enfermedad, estudiados por él, eran hombres. Dowson en un estudio realizado a neuróticos obsesivos en el Royal Edimburg Hospital (1977), el 68% de la muestra estaba compuesta por mujeres, sin embargo consideró que esta incidencia no indicaba que ellas, estuviesen más expuestas a los desórdenes obsesivos con respecto a los hombres. Ingram (1961), ba--sándose en la realización de un estudio; encontró un 62% de - mujeres, en otras fuentes de información halló: 48, 35, 52, - 58% de pacientes del sexo femenino.

Analizando nuestra información, al respecto podemos decir; que la neurosis obsesiva, no parece tener una apreciable predilección sexual.

IV-4.- INCIDENCIA

Diversos estudiosos de la psicopatología y especialmente del padecimiento que me ocupa, tales como: Woodruff y Pitts (1964), han hallado en las muestras de población neurótica, que la señalada neurosis obsesiva, se encuentra en un - 0.05% por lo que a sus estudios se refieren. Goodwin y colaboradores (1969), dan a conocer que el enunciado padecimiento, - es: "Una de las enfermedades raras de los principales síndro-

mes psiquiátricos, representando no más del 1% en las poblaciones psiquiátricas de pacientes externos e internos". Judd (1965), dió a conocer que los neuróticos obsesivos forman el 1.2% de los pacientes psiquiátricos niños y adultos de sus investigaciones. Berman (1942), informó que hubo la incidencia de 0.14%, en una población de niños anancásticos, habiendo en otra investigación el porcentaje de 0.8%. Ingram (1961), encontró el 0.9% de pacientes obsesivos, en una población de pacientes psiquiátricos estudiada.

Apoyados en los referidos estudios; podemos llegar a la conclusión de que la neurosis obsesiva, es un padecimiento no común.

IV-5.- ORDEN DE NACIMIENTO

Algunos autores se han avocado al estudio del factor; Orden de nacimiento. Especialmente Kayton y Borge (1967), pudieron observar a través de un estudio, que 31 de los 40 pacientes evaluados con diagnóstico anancástico, fueron los que nacieron primero, o bien aquellos hijos únicos, para llegar a la enunciada conclusión, tomaron en consideración factores - psicosociales que influyen en una forma determinante, y que - son por ejemplo: Las expectativas de logro aumentadas en un - primerizo, especialmente del sexo masculino, la relativa inex

perencia de los progenitores con su primer hijo, lo cual - -
coadyuva a que estos factores conduzcan hacia la intelectuali
zación, hacia el aislamiento emocional, y a un "superego hi--
pertrofiado", características éstas de los obsesivos.

IV-6.- HERENCIA

Constituye otro de los aspectos relativamente poco -
investigados, y a la vez oscuros. Por lo que se refiere a -
Lewis (1936), en un estudio realizado informó que; de 75 her-
manos de pacientes anancásticos, 12 habían sido hospitaliza--
dos psiquiátricamente, 20 eran normales pero con rasgos obse-
sivos, y 43 poseían rasgos obsesivos severos. Brown (1942), -
encontró neurosis obsesiva, en 7.5% en cuarenta padres de pa-
cientes con este síndrome, el cincuenta por ciento de los fa-
miliares resultaron normales, 7.5% eran maniaco depresivos, -
2.5% resultaron epilépticos, y 32.5% con personalidad ansiosa.
En otro estudio; pudo observar que, de 56 hermanos, 64.3% - -
eran normales, 5.4% se encontraban en estado de ansiedad, - -
1.8% eran maniaco depresivos, 19% tenían personalidad ansiosa,
1.8% estaban mentalmente deteriorados y 7% eran neuróticos ob-
sesivos. Pacella y colaboradores (1944), declararon que el -
35% de sus pacientes con rasgos obsesivos, tenían historias -
formales de psicopatología en su familia, 20 de los 22 casos-
de los EEGs anormales, tenían una historia familiar de psico-
patología, y sólo 3 de los pacientes con EEGs normales, te---
nían historia familiar nosológica. Kringlen (1965), detectó -
que 43 padres y 44 madres de sus pacientes obsesivos, eran de
alguna manera ansiosos. 7 de los padres y 11 de las madres, -

eran obsesivos, Kringlen sostuvo que la mayoría de los pacientes crecieron dentro de familias seriamente perturbadas y que, probablemente estaban sujetos a una educación estricta y puritana.

Rosenberg (1967), obtuvo información de 547 familias de primer grado en 144 neuróticos obsesivos, de estos familiares; 9.3% tenían cierto tipo de diagnóstico psiquiátrico con ansiedad; los estados de ansiedad fóbica, depresión y esquizofrenia fueron los diagnósticos más comunes. Rosenberg concluye que aunque el padecimiento psiquiátrico ocurría con frecuencia entre los familiares de los obsesivos, el monto de estos datos no apoyan la determinación genética. Por el siguiente aspecto: La escala de neurosis del inventario de Maudsley, está ba por debajo de la media para personas normales. Las medias de la escala de extroversión de la mencionada prueba para las distintas categorías de familiares se centró alrededor de la media normal. Solo de los 38 coeficientes de correlación entre los puntajes de los pacientes y los diferentes tipos de familiares fueron significativos. De acuerdo a la teoría y datos de Eysenck, los obsesivos, son altos en neurosis y en extraversión. Los familiares se esperaba que su puntaje fuese similar si es que éstos se inclinaban en la dirección obsesiva, además en esta investigación se encontraron solo dos fami

liares con neurosis obsesiva.

Por la alusión hecha a los distintos estudios; observamos que, aunque los familiares de estos pacientes tengan - una incidencia alta en una variedad de entidades psicopatológicas, el papel de la herencia es aún confuso.

IV-7.- PRONOSTICO

Los siguientes estudios tratan de normar nuestro criterio científicamente, para determinar el pronóstico del padecimiento.

Lewis (1936), estudió un grupo de neuróticos obsesivos, internos y no internos, 31 de los pacientes recibieron psicoterapia intensiva y 17 terapia de orientación psicoanalítica. La mayor parte de ellos fueron seguidos por más de 5 años, después del tratamiento. De estos enfermos 45 fueron reexaminados, llegándose a percibir los siguientes conceptos: 16 pacientes se describieron como bastante saludables, 7 se encontraban muy mejorados, 5 habían estado en forma excelente por algunos años pero luego recayeron, y 17 no obtuvieron ninguna mejoría.

Langfeldt (1938), realizó un seguimiento a 27 neuróticos obsesivos, después de uno a 11 años. Algunos pacientes fueron reexaminados por él mismo. Otros, por medio de cuestionarios. De dicha cantidad de pacientes, 7 estaban bastante bien, 11 estaban bien, 9, completamente inmodificables.

Müller (1953), personalmente siguió durante 10 años, a 57 pacientes encontrando que: La edad promedio de los ex-pacientes era de 55 años. Más de la mitad habían mejorado, 16 carecían de síntomas, 7 pacientes habían desarrollado esquizo

frenia. El inicio del padecimiento obsesivo ocurrió en dos - terceras partes de los pacientes antes de los 20 años de edad, sólo 9 habían recibido psicoterapia intensiva y 4 habían mejorado significativamente debido a la psicoterapia.

Pollit (1957), investigó a 150 pacientes de los cuales 69 habían sido hospitalizados, y 81 no hospitalizados. Lo gró localizar a 101 de estos pacientes; teniendo que aplicar cuestionarios en algunos de los casos. El tiempo de seguimiento fue de 3 meses a 15 años. 34 de ellos habían sido leucotomizados, 16 carecían de síntomas tenían una buena adaptación en general; 24 estaban socialmente adaptados pero aún ostentaban síntomas, 8 habían mejorado respecto a los síntomas pero estaban mal adaptados socialmente; 17 habían empeorado o no habían mejorado, uno desarrolló esquizofrenia y otro murió.

Balslev y colaboradores (1959), investigaron a 62 - neuróticos obsesivos "representativos", con un promedio de seguimiento de 5 meses a 8 años. De 52 no leucotomizados, 17 -- fueron descritos como inmodificables, 33 habían mejorado y 2 empeoraron.

Grimshaw (1965), estudió a 100 pacientes en un hospital psiquiátrico. Todos sufrían de desórdenes obsesivos, (el rango del seguimiento fue de 8 meses a 14 años). En términos de síntomas; el 40% se recuperó hasta el punto de un conside-

rable mejoramiento, el 24% se le llamó mejorado, únicamente - el 6% empeoró. El 77% estaban funcionando a un nivel normal.- No fue posible atribuirle el mejoramiento, a alguna de las - formas de tratamiento.

En el Mental Healt Service de Hong Kong; Lo, estudió un grupo de pacientes con neurosis obsesiva, efectuando un se guimiento de 6 meses a 14 años. La mayoría de los pacientes - fueron reexaminados por el referido autor. Encontrando que el 71% de los pacientes se encontraron mejorados, dos pacientes- desarrollaron esquizofrenia, de igual forma detectó que, des- pués de un lapso prolongado en tiempo de tratamiento, se pro- ducían mejores resultados.

Los hallazgos presentados en la revisión de los estu dios citados, nos muestran y hacen concluir; que la neurosis- obsesiva, ostenta un pronóstico relativamente bajo en mejoría.

IV-8.- ORGANICIDAD

Los síntomas obsesivos, se han observado en algunas ocasiones en la esquizofrenia, la diencefalosis, como también en el daño orgánico cerebral. Investigadores como Jarvie - - (1953), Naoi y colaboradores (1963), y Uohashi (1968), entre muchos otros, han encontrado una incidencia relativamente alta de EEGs, anormales en sus investigaciones que han realizado al respecto con pacientes que presentan este síndrome. Sin embargo sus conceptualizaciones científicas se encuentran en contraposición a los hallazgos de Ingram y Macdaman (1960), - quienes han desaprobado cualquier relación entre EEGs anormales y neurosis obsesiva. Grimshaw (1964), de 105 anancásticos únicamente encontró 20, (19.4%) con alteración neurológica.

En un estudio electroencefalográfico, efectuado por Sugiyama (1974), en la Clínica Psiquiátrica del Osaka Medical College, fueron investigados 73 casos, 43 hombres y 30 mujeres, con una edad promedio de 25.7 años para el sexo masculino y 30.3 años para el sexo femenino. Esta muestra se trató - de que fuese eminentemente representativa; incluyendo únicamente en ella a pacientes diagnosticados como neuróticos obsesivos típicos. Se excluyeron todos aquellos casos, en los cuales estuviesen manifiestos síntomas esquizofrénicos. De igual forma, no se tomaron en consideración a enfermos sospechosos-

de padecer epilepsia, así como aquellos con enfermedades orgánicas cerebrales. Para minimizar la "contaminación", del estudio electroencefalográfico; el promedio de edad de admisión fue de 15 a 45 años. Lo mismo se descartaron aquellos casos que fueron tratados con terapia electroconvulsiva y o con grandes dosis de psicofármacos.

Los registros electroencefalográficos, se interpretaron con tres grados de evaluación la cual es de uso general; siendo la siguiente: "Normal", "bordenline" y "anormal".

Hallando el siguiente resultado: Los EEGs, normales se encontraron en 26 pacientes (35.6%), bordenline 11 (15%) y anormal 36, (49.3%).

A pesar de la diversidad de opiniones en desacuerdo con respecto al tema en estudio. Por lo referente a la investigación realizada en el estudio de Sugiyama, que a mi modesto punto de vista constituye una investigación controlada contundentemente, podemos enfatizar que las evidencias para la patología cerebral, en la mayoría de los neuróticos obsesivos, es débil.

Es pertinente señalar que esta citada investigación, se correlacionó con otros padecimientos como la epilepsia, y la esquizofrenia, observándose que la neurosis en cuestión presenta una considerable heterogeneidad en el nivel nosológico. Concepto señalado al abordar el factor organicidad.

V

RECOMENDACIONES PROFILACTICAS
Y TERAPEUTICAS

V-1.- TECNICAS Y FACTORES SOBRESALIENTES.

La descendencia de los cónyuges estará exenta del padecimiento, y quedará descartado el factor genético predisponente, cuando en los antecedentes familiares no existen enfermos mentales. La actividad, y la ocupación son medidas profilácticas de suma importancia.

Se ha observado que no dan resultado los tratamientos por técnicas fisioterápicas, como por ejemplo la hidroterapia, la cinesiterapia, etc. En cuanto al tratamiento por electrochoques, no ha tenido un éxito determinante, aunque al principio se veían ciertos indicios de eficiencia. La Gimnasia, el trabajo y los deportes sin ser excesivos, facilitan en el obsesivo, decidirse, ser emprendedor y tener contacto absoluto con la realidad, alejándolo de tal forma de su pasividad y de sus abstracciones. Se han administrado también choques insulínicos, cuya ejecución propicia únicamente mejoría poco efectiva, si a caso transitoria. La hipnosis da pocos resultados, independientemente de ser difícil hipnotizar un neurótico obsesivo.

Por lo que respecta a la terapia psicoanalítica; -- existe un alto grado de dificultad debido a la cantidad y complejidad de los mecanismos de defensa manejados por el paciente. Algunas neurosis obsesivas agudas son atendidas eficientemente.

mente en un lapso de tiempo relativamente corto, los estados crónicos, los de transición a la esquizofrenia, son los más difíciles pero con frecuencia se logra el restablecimiento. - Al ponerse en ejecución la terapéutica deben tomarse en consideración los siguientes tópicos:

La contracatexis típica de la neurosis obsesiva, provoca que la obediencia a la regla básica se produzca con gran des tropiezos. Debido a una constante atención censora que no deja en libertad al paciente, que lo impulsa coersitivamente a escapar de la asociación libre a ideas rígidas y coherentes. Debemos buscar la forma de que el enfermo encuentre el modelo y capte la idea de asociar libremente, tratando de evitar el continuar discusiones teóricas, como también alimentarle de constante material para la profundización de sus cavilaciones.

¿Cómo puede impedir el terapeuta que la atención del paciente sea enfocada hacia la intelectualización?. Se produce impidiendo la alusión de preguntas que llevan la palabra: - "Pensar", por ejemplo; ¿qué piensa usted del matrimonio?. Es una pregunta clásicamente obsesiva que conduce a la intelectualización, en lugar de ella puede preguntarse: ¿Qué siente usted del matrimonio?. Si el paciente obsesivo se le interroga lo que siente; dirá quizá lo que piensa. El terapeuta puede interpretarlo diciendo: No traté de decir lo que pensaba, -

sino; ¿qué es lo que sentía?. Este es uno de los fundamenta-- les objetivos a cubrir en el análisis. Recuérdese, que en vir-- tud del desdoblamiento del yo, el terapeuta únicamente puede-- sostenerse en una parte del yo. Pues ya sabemos que otra par-- te del mismo, se ubica en pensamientos mágicos, no sujeto a -- la lógica, concatenándose con las resistencias. Hay que tra-- tar de que la parte consciente ayude a desintegrar el aisla-- miento. Los incoherentes sentimientos del paciente se mani--- fiestan en las actitudes de rebeldía contra el terapeuta y el empeño que realiza simultáneamente por subyugarse a él. Cada-- inclinación va apareada hasta cierto punto por una contrarie-- dad de juicios. Probablemente el obsesivo llegará a la sesión, sin mirar al terapeuta, o le mirará superficialmente. Es nece-- sario advertir que la mirada es vehículo de interrelación emo-- cional entre nuestros semejantes, el hecho de evitar ver impi-- de relacionarse emocionalmente, por lo que se recomienda cau-- tela con este detalle.

Permítase insistir que el área verbal y el pensamien-- to de estos pacientes se hallan sexualizados. Siendo las he-- rramientas el lenguaje y el pensamiento en el psicoanálisis.- Se presenta la contradicción de que el enfermo debe ser sana-- do por las instancias afectadas. Enfatizamos la utilización -- de la parte no afectada del yo, para dar cabida a una parte -

del análisis, con la convicción de que en el proceso otro - - fragmento del yo, pueda ser utilizado.

Otro factor determinante a través del punto de vista de connotados analistas; es tender al neurótico obsesivo un puente de oro que le conduzca a la autoanulación de la racionalización, proponiendo con este objetivo, el siguiente lema: Lo más razonable es no querer ser demasiado razonable.

Profilácticamente hablando es importante eliminar la voluntad por lo absoluto, renunciando a exigir un conocimiento rigurosamente sabio y una decisión rigurosamente justa.

Algunos terapeutas han desarrollado lo que le denominan: "Ortopedia Psíquica". Según esta técnica; lo que hay que hacer es que el paciente se rebele contra el destino; y lo que hay que evitar, es que el enfermo luche en contra de las manifestaciones obsesivas. Por ejemplo el señor V. en cuyo cuadro neurótico obsesivo predominaba un tartamudeo excesivo. Después de haber acudido con muchos terapeutas sin la obtención de mejoría; se le instruyó que no se opusiera al destino sino que estableciera, filiación y concordia a él. Repitiéndose así mismo: Bueno, lo reconozco, soy el tartamudo más distorsionado del universo, pero voy a enfrentarme a la supervivencia, subsistiendo sin tomar en cuenta esta incapacitación, emprendiendo una vida digna de ser vivida. De esta forma en el enfermo hubo un notable decremento en la frecuencia de tarta-

mudeo con manifestaciones obsesivas leves.

En diversas ocasiones ha dado resultado; la persuasión terapéutica a través de la técnica de la Intención Paradójica.

Por ejemplo en el caso del Sr. N. quien temía volver se psicótico, ostentando una serie de manifestaciones obsesivas. La actuación persuasiva de Intención Paradójica fue de la siguiente manera: Se le dijo al paciente; usted fue siempre meticuloso y escrupuloso, ¿acaso no va reiteradas ocasiones a ver si quedó cerrada la llave del gas?, ¿o si la puerta está correctamente cerrada?. Después de haber confirmado la pregunta, el terapeuta señala, sentenciosamente: Todo habitante de la tierra puede volverse loco, incluyendo a aquellos que no tengan tara genética. Solo está exento una clase de personas; y éstas son precisamente aquellas que tienen un carácter neurótico obsesivo, o sea, los que ofrecen tendencias a temores obsesivos, inclusive los padecen, y usted es uno de ellos. Por ello; tengo que desvanecer y aniquilar su ilusión: ¡Usted no puede llegar a ser un enfermo mental! por más que lo intente, no podrá serlo, tiene usted mala suerte.

Cuando se habla en esta forma se quita una enorme pesadumbre al paciente. En cuanto a este enfermo; cuenta el terapeuta, ha hecho prolíficos negocios, encontrándose sin molestias. La "Ortopedia Psíquica", y la Intención Paradójica,-

son empleadas generalmente como reductores de síntomas.

A juicio de opiniones altamente calificadas; la psicoterapia adleriana bien aplicada ha dado efectivos resultados, su terapéutica da relevancia a estadios de la personalidad y su necesidad de reeducación. Enfatiza la infausta influencia de una educación rigurosamente censurante, que pretende que el niño sea perfecto. Ante este influjo, el infante reacciona con agresividad, o bien se identifica con la persona que ejerce la tutela, ejecutando el mismo comportamiento. Al inicio las compulsiones representan impulsiones para lograr la optimización, y son utilizadas para patentizar la jerarquía suprema del enfermo con respecto a personas con un sistema de valores más pequeño. Las compulsiones son, también; expresiones simbólicas de autocastigo por tendencias moralmente renunciables. El factor integrante; la superstición determina un papel importante en la creación de síntomas. El padecimiento conduce a un aislamiento mayor cada vez, dominando el medio ambiente. La terapéutica consiste en hacer al enfermo consciente de los citados factores dinámicos y utilizarlos para su readaptación.

Cualquier tratamiento puesto en práctica es muy recomendable que el terapeuta otorgue siempre al neurótico obsesivo, la impresión de seguridad, con respuestas e indicaciones categóricas; le reforzará su decisión, reeducará su voluntad,

aumentará su contacto con la vida práctica. Le ordenará un comportamiento disciplinado reglamentando esmeradamente las actividades del paciente, acorde a un horario que una persona cercana al paciente le hará sostener con exactitud. (Las comunidades disciplinarias ejercen un buen control y saneamiento a este enfermo). Se le establecerá al paciente, tomar en consideración el tiempo, para efectuar sus actividades, enfatizando las relativas a tareas diarias (comer, bañarse, vestirse, etc.). Con el propósito de eliminar las dudas, se sugerirá al paciente, fije un pequeño lapso de tiempo como máximo límite para determinar su actitud, cuando se ha llevado a efecto una determinación, continuará inmediatamente otra. Si le asalta alguna duda; se le dará seguridad de lo que el capta como dubitativo. Si percibe ser el causante de un mal, se le convencerá de que no lo es. Ante la temeridad de haber actuado mal se le tratará de persuadir que es todo lo contrario, etc. Ante los eventos, en casos extremos, en ocasiones sólo se consiguen mejorías relativas.

Existe la intervención terapéutica de la psicocirugía postulada por Egas Moniz, introductor de la leucotomía, quien afirma que en la neurosis obsesiva, al igual que en otros cuadros psiquiátricos, existen procesos morbosos dependientes de la formación de uniones célulaconectivas muy fijadas,

cuya permeabilidad para los estímulos impide la labor normal de otros agrupamientos neuronales; para la recuperación de estos pacientes y evitar las destrucciones celulares, difíciles y peligrosas, este autor propuso su operación, que consiste - en destruir por medio de alcohol o por sección, fibras de la sustancia blanca del centro oval. Ha sido modificada esta técnica, y propuesta la llamada lobotomía prefrontal, consistente en una sección subcortical de los lóbulos frontales. Se dice que el éxito de esta intervención se encuentra en la interrupción de las fibras tálamocorticofrontales, que conducen - el tono afectivo, y al interferir las fibras desaparece la ansiedad, de igual manera, con la cordotomía desaparece el do--lor físico. Es pertinente aclarar que existen diversas variantes de las enunciadas técnicas. La mortalidad es aproximada--mente del uno por ciento por leucotomía y del cuatro por ciento por lobotomía (Ponds 1952). Como secuela nociva; puede presentarse epilepsia y cambios en la personalidad. Los resultados en la neurosis obsesiva, parecen ser alentadores, los pacientes aunque algunas veces persisten en parte, con sus ideas obsesivas, las soportan sin ansiedad ni trastornos en su comportamiento.

V-2.- USO DE L-TRIFTOFAN EN CASO DE EVIDENCIA ORGANICA.

Yaryura y Hemmige (1977), no niegan que la etiología

de los desórdenes compulsivos sea de origen psicológico, sin embargo reportan éxito en sus hipótesis de que algunas alteraciones de esta naturaleza son de origen orgánico y pueden relacionarse a una perturbación central en el metabolismo. Reportan un ensayo realizado en siete pacientes obsesivos, cuatro hombres y tres mujeres, con un rango de edad 13 a 40 años, (media: 22.9 años), suministrándoles en el tratamiento: L-Triftofan, de 3 a 9 gramos (promedio: 6.25 gramos) diariamente en dosis divididas y por vía oral. (El 5-HT actúa como antiobstaculizante), los pacientes también recibieron ácido nicotínico por vía oral, (1,000 mg, p. d.) y piridoxina (200-mg, p.d.). Después de un mes de terapia farmacológica mostraron mejoramiento, y posteriormente a un año de terapia sus condiciones patológicas desaparecieron. Dos de los casos en que figuraba una historia de conducta agresiva, tal conducta aumentó después de administrar L-Triptofan, (dosis de tres y 7 gramos respectivamente). A uno de los pacientes a quien se le administraron 5 gramos diarios de L-Triptofan, sufrió de dolores de cabeza.

Los datos enunciados demuestran la efectividad de la terapia con L-Triptofan. Al controlar los síntomas obsesivos; el motivo para el uso de L-Triptofan, estuvo basado en la experiencia exitosa, con clorimipramina en desórdenes obsesivos.

La clorimipramina es un potente antiobstaculizante y sus efectos además se presume son mediatizados por un mecanismo serotoninérgico. Para la síntesis 5-HT, estos terapeutas, usaron ácido nicotínico, aprovechando las experiencias de que el ácido citado, puede inhibir la pauta metabólica de triptofan, - por una forma de triptofan pirrolasa, y así poder ser el triptofan más útil para la síntesis 5-HT, produciendo piridoxina, como la coenzima piridoxal 5' fosfato que está implícito en numerosas fórmulas relacionadas a los aminoácidos neurotransmisores, es considerablemente útil proporcionar adecuadas cantidades de esta vitamina en el regimen de tratamiento.

El aumento observado de conducta agresiva en dos pacientes, por carencia de datos bioquímicos relevantes, Yaryura y Hemmige infieren que en estos casos puede existir un desequilibrio tal que exacerba la conducta agresiva. Es por ello que en muchos pacientes el triptofan puede estar contraindicado. El resultado de este estudio preliminar sugiere el uso de este método en desórdenes obsesivos.

VI

CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFIA

VI-1.- CONCLUSIONES

La primera publicación formal en torno a la neurosis obsesiva, se llevó a cabo en 1838 por Juan Domingo Esteban Esquirol, posteriormente Freud fue quien formuló una teoría coherente en relación a los fenómenos obsesivos; destacan en su estudio: Adler, De Boor, Dollard y Miller y recientemente -- Marks entre otros. Como síntoma fundamental de este padeci--- miento se presenta la obsesión y las compulsiones manejadas -- a diversas esferas del comportamiento; que van desde ideas de contagio, escrúpulos, sentimientos de culpabilidad, dudas, -- ideaciones de contraste, ambivalencia y hábitos forzados, -- siendo uno de ellos la tricotilomanía; que en México, es la -- causa del 17% de las alopecias en niños (Ruiz Maldonado 1978), y cuyo origen está representado por una descarga de agresividad en contra de personas idealizadas.

Desde el punto de vista psicodinámico, la neurosis -- obsesiva consiste en una regresión sádico anal propiciada por conflictos edípicos, hallándose presentes mecanismos de defen-- sa como la formación reactiva, anulación, regresión, repre--- sión, intelectualización y desplazamiento. Como aspectos pre-- cipitantes de la enfermedad; concurren conflictos sexuales, -- y los que plantea el embarazo, fallecimiento de un familiar -- cercano, exceso de trabajo y la frustración en el mismo.

Este padecimiento ostenta dos complicaciones más frecuentes: Siendo la depresión apareada a una gran cantidad de ansiedad y la esquizofrenia normalmente de una variedad paranoide o catatónica. La inteligencia de los pacientes anancásticos se ha descubierto que es alta con logros educacionales también elevados. Dowson (1977), al igual que diversos investigadores en su búsqueda de hallazgos con referencia al factor sexo, han llegado a la conclusión de que esta neurosis no ofrece inclinación hacia determinado sexo, se encuentra presente en ambos. La incidencia es baja en relación a la aparición de otras neurosis, por lo que se cataloga como un síndrome no común. El orden de nacimiento ha sido también objeto de estudio llegándose a percibir más frecuentemente en primogénitos y en hijos únicos, la explicación de este hecho se fundamenta en factores de índole psicosocial dando supremacía a las expectativas de logro por parte de los padres, quienes en ocasiones hacen permisible el camino del infante a la intelectualización (Kayton y Borge 1967). El factor herencia ha sido persistentemente estudiado encontrándose una gran variedad de entidades nosológicas por parte de los familiares de los pacientes anancásticos y aún este tópico se encuentra poco "iluminado" por los hallazgos científicos. Se considera una de las neurosis con baja probabilidad de recuperación (pronóstico pobre), caracterizándola evidencias de organicidad, al res

pecto en un estudio de Sugiyama (1974), encontró los siguientes porcentajes de EEGs: Normales 35.6%, borderline 15% y - - anormales 49.3%. Sin embargo Ingram y Macdaman (1960) des--- prueban las relaciones entre EEGs anormales y neurosis obsesiva en función de sus experiencias científicas, por lo que no todas la neurosis obsesivas presentan disfunciones cerebrales. Yaryura y Hemmige (1977), quienes no niegan la etiología psicológica de la enfermedad, añaden que en caso de presentarse organicidad, se use L-triptofan, pues el referido compuesto - posee un efecto vasoconstrictor en el metabolismo cerebral - mostrándose eficiente en tales casos.

De igual manera se han utilizado en su tratamiento - normas fisioterápicas, psicocirugía, terapia electroconvulsiva, psicoanalítica, adleriana, y como reductores de síntomas; terapia ocupacional, Intención Paradójica y "Ortopedia Psíquica".

VI-2.- B I B L I O G R A F I A

- BOLETIN MEDICO, HOSPITAL INFANTIL, MEXICO, VOL. XXXV, NUM. 3, MAYO - JUNIO, 1978.
- DIETHELM OSKAR. TRATAMIENTO EN PSIQUIATRIA, EDIT. PAIDOS, - - 1971, BUENOS AIRES ARGENTINA.
- FENICHEL OTTO. TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS, EDIT. - PAIDOS, BUENOS AIRES ARGENTINA. 1964.
- FRANKL VIKTOR. TEORIA Y TERAPIA DE LAS NEUROSIS. EDIT. GREDOS S. A. MADRID, 1964.
- FREUD, NUEVAS OBSERVACIONES SOBRE LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA, 1973, XI, EDIT. BIBLIOTECA NUEVA, MADRID. ESPAÑA.
- MACKINNON - MICHELS, PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA. EDIT. INTE RAMERICANA. MEXICO, 1973.
- PONS. PEDRO A. TRATADO DE PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS EDIT. - IMPRENTA HISPANOAMERICANA S. A. BARCELONA, ESPAÑA.
- RISTICH DE GROOTE MICHELE, EDIT. BRUGUERA, S. A. BARCELONA, - ESPAÑA. 1973.

CARR ANTHONY T.

COMPULSIVE NEUROSIS: A REVIEW OF THE LITERATURE
PSYCHOLOGICAL BULLETIN, VOL. 81, NUM. 5 MAY. 1974,
311 - 18.

BIRNIE, W. A.

OBSessionalITY AND SCHIZOPHRENIA
CANADIAN PSYCHIAT. ASSOCIATION JOURNAL, VOL. 23, MARCH
1978. 77 - 81.

DOWSON.

THE PHENOMENOLOGY OF SEVERE OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROSIS.
BRIT. JOURNAL PSYCHIAT. (1977) 136, 7578.

GOLDHABER S; MINKOFF K.

AN OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROTIC PATIENT IN CRISIS
WEST. JOURNAL MED. 127(2): 120-8 AUG. 77.

KRINGLEN EINAR.

NATURAL HISTORY OF OBSESSIONAL NEUROSIS
SEMINARS IN PSYCHIATRY, VOLUME 2, NO. 4 (NOVEMBER) 1970.
(403-19).

LEVITAN L. HAROLD.

DYNAMIC AND STRUCTURAL FEATURES OF A CASE OF COMPULSIVE
NEUROSIS AS REVELED IN DREAMS.
PSYCHOTHER. PSYCHOSOM. 27: 125 - 132 (1976/77).

STERNBERG MP.

OBSESSIVE COMPULSIVE NEUROSIS
THE PRACTITIONER, FEBRUARY, 1978, VOL: 220, (253-57).

SUGIYAMA TOKUO.

CLINICO-ELECTROENCEPHALOGRAPHIC STUDY ON OBSESSIVE COMPULSIVE
NEUROSIS.
BULLETIN OF THE OSAKA MEDICAL SCHOOL, 20, 95-114 (1974).

TEMPLER DONALD I.

THE OBSESSIVE COMPULSIVE NEUROSIS REVIEW OF RESEARCH FINDINGS.
COMPREHENSIVE PSYCHIATRY, VOL. 13, NO. 4, 1972, 375-83.

VAUGHAN M.

THE RELATIONSHIPS BETWEEN OBSESSIONAL PERSONALITY, OBSESSIONS
IN DEPRESSION, AND SYMPTOMS OF DEPRESSION.
BRIT. JOURNAL PSYCHIAT. 1976, 129, 36-9.

YARYURA A.-HEMMIGE .

L-TRIPTOPHAN IN OBSESSIVE -COMPULSIVE DISERDERS.*

AM. J. PSYCHIATRY 134: 11, 1298-99, NOVEMBER 1977.

FE DE ERRATAS.

EN LA PAGINA NUM. 3 DICE:

I
DEFINICION Y BREVE CONCEPTOS
HISTORICOS
Deberá decir:

I
DEFINICION Y BREVES CONCEPTOS
HISTORICOS

- " " " " 20 DICE: un buen raport
Deberá decir:
un buen rapport
- " " " " 24 DICE: "Las manifestaciones obsesivas
son reproches transformados re-
tomados
Deberá decir:
"Las representaciones obsesi-
vas son reproches transforma-
dos, retornados
que le deban de pequeño
Deberá decir:
que le daban de pequeño
del complejo de edipo
Deberá decir:
del complejo de Edipo
abieta o encubiertamente
Deberá decir:
abierta o encubiertamente
de una sobrecatexis emocional
Deberá decir:
de una sobrecatexis emocional
añaden que en caso de presen-
tarse organicidad, se use
Deberá decir:
añaden que en caso de presen-
tarse perturbaciones centra-
les en el metabolismo se use
HISPANOAMERICANA S.A. BARCE--
LONA, ESPAÑA.
Deberá decir:
HISPANOAMERICANA S.A. BARCE--
LONA ESPAÑA, 1952.

TESIS

POLITECNICO

**Toda su tesis por computadora con el sistema
más moderno del país**

No nos confunda

Payta 771 - Local B
Tel. 586-24-58

Frente a la Dirección General del
Instituto Politécnico de Zacatenco