



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**LA CONSTRUCCIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO
COMPULSIVO DE LIMPIEZA EN MUJERES
TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
Licenciado en Psicología**

P R E S E N T A

Daniel López de la Cruz

Dictaminadores: Lic.: Arcelia Lourdes Solís Flores

Dr.: Sergio López Ramos

Mtro.: Julio Cesar Alvarado Lozano



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAP. 1. EL TRANSTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA LIMPIEZA EN MUJERES.	
1.1 El proceso de la modernidad.....	3
1.1.1 La modernidad en México.....	5
1.1.2 Los efectos de la modernidad.....	7
1.2 Definición del trastorno-obsesivo compulsivo.....	17
1.2.1 Estadísticas.....	20
1.2.2 Comorbilidad.....	22
1.2.3 Evaluación.....	24
1.2.3.1 Historia clínica.....	25
1.2.3.2 Inventarios y cuestionarios.....	26
1.2.3.3 Evaluación de las capacidades cognitivas.....	31
1.2.3.4 Evaluación de las aptitudes cognitivas.....	32
1.2.3.5 Evaluación de la personalidad.....	33
1.2.3.6 Evaluación de aspectos comportamentales.....	34
1.2.3.7 Evaluación de aspectos adaptativos.....	35
1.2.3.8 Test proyectivo.....	36
1.2.3.9 Observación y auto observación.....	37
1.2.3.10 Análisis funcional.....	39
1.2.4 Tratamiento.....	40
1.2.4.1 Exposición y Prevención de la respuesta.....	40
1.2.4.2 Defusión cognitiva.....	42
1.2.4.3 Parada de pensamiento.....	43

1.2.4.4 Tratamiento farmacológico.....	43
--	----

CAP. 2. CONSTRUCCION SOCIAL DE LO CORPORAL.

2.1 Indicaciones sociales sobre el cuerpo.....	45
2.2 El hombre producto de su cuerpo.....	47
2.3 El cuerpo en la edad media.....	48
2.4 El cuerpo en la sociedad moderna.....	51
2.5 El cuerpo como unidad en la psicología corporal.....	54
2.5.1 El principio de vida.....	55
2.5.2 La dinámica del yin y el yang.....	56
2.5.3 La relación órgano-emoción.....	58
2.5.4 El viaje de una emoción en el cuerpo.....	63
2.5.5 Principio de vida	

CAP.3. PROCESO DE CONSTRUCCION SOCIAL DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LIMPIEZA.

3.1 Metodología.....	66
3.2. Objetivos.....	71
3.3. Participantes.....	72
3.4. Instrumentos.....	72
3.5. Materiales.....	72
3.6. Procedimiento.....	72
3.7. Cuadro de hechos significativos.....	74

3.8. Análisis de resultados82

3.9. Presentación del caso individual.....107

CAP.4. CONCLUSIONES

4.1. Conclusiones y reflexiones.....116

Bibliografía.....121

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi madre Verónica de la cruz Hernández y mi padre Fidel López Luis quienes han estado conmigo, he conocido el trabajo, la disciplina, pero sobre todo el amor dulce y duro que me han mostrado, me costó entenderlo y no lo cambiaría.

Agradezco a mis hermanos Fidel y Yahir quienes han caminado conmigo y han mostrado su cuidado y cariño, también le doy las gracias a mi hermana Ivon quien me motivo a continuar mi camino con su ejemplo de hacer lo que amas.

Quiero agradecer también a Jorge quien ha estado cerca de mí, guiando mi caminar y sobre todo hacerme madurar. Agradezco a mi hermano Alejandro quien ve muchas cosas que me han costado, quien me escucha, pero sobre todo me ayuda a ver mis virtudes y ha creído en mí.

Agradezco también a los amigos que han estado en nuevos tiempos a mi lado, Selene quien me acompaña y motiva a seguir creciendo, quien comparte alegría, conocimiento y sabiduría de lo que se vive en el aquí y ahora, agradezco a sus familias por su ayuda, aunque me conocían poco, pero saben que puedo seguir.

Quiero agradecer al maestro Sergio López Ramos con quien vi y guio mi camino en las clases y quien dio un impacto en mi interior y supe que debía seguir en el conocimiento de la psicología del cuerpo. Agradezco a Arcelia maestra que no me dejo solo y esta muy cerca de mí, es una guía para seguir caminando sin miedos, enojo o tristeza que me detengan.

RESUMEN

El trastorno obsesivo compulsivo de limpieza afecta en su mayoría a mujeres que hombres, sin embargo, las estadísticas que se encuentran no son precisas ya que en México se le da poca importancia por parte del sector salud y quien lo padece trata de racionalizarlo y justificarlo como una virtud.

Al no considerarse como una problemática de salud mental en México no es algo que se trate en específico ya que al correlacionarse con otros padecimientos como anorexia, fobias específicas, alcoholismo, depresión, etc. Se enfoca la atención o tratamientos a los otros padecimientos.

Por lo tanto, los instrumentos para diagnosticar este trastorno obsesivo compulsivo de limpieza van enfocados a medir inteligencia, memoria, atención, pensamiento lógico, personalidad, ansiedad, depresión. Para conocer cuando se inició con el trastorno existen inventarios enfocados al trastorno obsesivo compulsivo y estos son los que permiten dirigir una intervención que elimine las conductas de limpieza extrema o conductas irracionales, si el caso es más grave se utiliza medicamentos.

Es por lo que interesa conocer cómo se construye y se vive con el trastorno obsesivo compulsivo de limpieza en nuestra cultura dominada por la racionalización y el progreso. Así se trabajó con 5 mujeres estudiantes de entre 18 y 30 años, las participantes no fueron diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo de limpieza se les contactó mediante bola de nieve. A través de la historia de vida se realizaron categorías como la relación con la madre, el padre, los hermanos, sexualidad, autoconcepto, consumo de sustancias psicotrópicas, origen y forma de vida con TOC de limpieza, orden y limpieza de la madre y tratamientos sobre el TOC de limpieza.

A través de las categorías anteriores se tomó la historia de vida de una participante para analizar cómo se dio la ruta de construcción a través de una emoción dominante, un sabor de preferencia, y como se fueron presentando diferentes

enfermedades físicas. La emoción dominante fue la ansiedad, la ira y la tristeza, sabor de preferencia dulce, pero se encuentra un cambio en la alimentación y autoconcepto cuando se inicia el trastorno obsesivo de limpieza.

Como se describe en la historia de vida se encuentran hechos significativos en las participantes que muestran como una emoción y sabor se pueden exacerbar o tener un cambio que modifica ciertos aspectos de su vida. Por medio del análisis se da cuenta de cómo se vive con el TOC de limpieza en nuestros tiempos y el valor que se tiene del cuerpo al tener comorbilidad con otros trastornos. Finalmente es importante tener un seguimiento de cuales padecimientos se llegan a formar a través de seguir dominando una emoción y que nuevos hechos significativos suceden en las vidas de las participantes para seguir viviendo con el trastorno obsesivo de limpieza.

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo de limpieza es un trastorno que se hace más visible en las mujeres que en los hombres esto debido a las cuestiones culturales de nuestro país. A pesar de que cierta población padece el trastorno en un 2% y 3% a nivel mundial y en un 2.6% en nuestro país (Caraveo, 2004). No se busca un tratamiento por el tipo de comorbilidad que tiene el trastorno por lo que se les da más importancia a las demás patologías.

Encontramos en las participantes que las compulsiones de lavado y orden son la respuesta a la sensación de suciedad física, miedo y prevención de enfermedades, además de una sensación de suciedad y desorden interno que provoca que se tengan emociones como la ansiedad en primer lugar, ira y miedo las cuales se manifiestan en diferentes aspectos de su vida ya que este trastorno se ha ido construyendo por la dominancia de una emoción, sabor y hechos importantes en sus vidas ya sean personales o con su círculo social.

Al hablar de que se tienen pensamientos de suciedad podemos encontrar la cuestión racional donde se justifica el hecho de limpiar al grado de lastimar el cuerpo, el cual percibe las emociones que deben ser calmadas para no sentir el malestar.

Al no permitir sentir la emoción predomina la razón que decide que se debe hacer, comer, sentir, hablar y como se debe vivir en una cultura del progreso y de la competencia.

Quizá sea pertinente decir que el cuerpo humano no es un fruto de la evolución; no es una maquina; no es fruto divino ni del azar: se construye en un espacio en relación con la geografía, con la memoria social, familiar e individual, contextualizado por relaciones humanas que lo enferman, lo hacen feliz, lo estresan (López, 2015).

Entendemos así que el cuerpo es un documento al cual se le puede dar lectura a través de cómo vive la persona y que es lo que domina en está. Es así como se recurre a la teoría de los cinco elementos que nos da un entendimiento de la red de cooperación de los órganos y las emociones, pero que también si deja de existir la cooperación con el dominio de una emoción puede afectar al cuerpo y la razón del individuo.

Surge entonces el objetivo de analizar cómo se construye el trastorno obsesivo compulsivo de limpieza por lo que se entrevistó a cinco mujeres de entre 18 y 30 años. A través de la historia de vida se formaron 10 categorías que contemplan como ha sido la relación con su familia desde el nacimiento a la actualidad y como a lo largo de la interacción social se ha ido construyendo el trastorno obsesivo compulsivo de limpieza y cuál es el significado de vivir con él.

En el capítulo 1 se habla de:

La construcción social del trastorno obsesivo compulsivo de limpieza.

1.1 El proceso de la modernidad.

La modernidad ha sido el resultado de un vasto transcurso histórico, que presentó elementos de continuidad y ruptura, su formación y consolidación se realizaron a

través de un complejo proceso que duró siglos e implicó tanto acumulación de conocimientos, técnicas, riquezas, medios de acción, como la irrupción de elementos nuevos: surgimiento de clases, de ideologías e instituciones que se gestaron, desarrollaron y fueron fortaleciéndose en medio de luchas y confrontaciones en el seno de la sociedad feudal (Revueltas, 1990).

La ideología occidental de la modernidad, que se puede llamar modernismo, reemplazó la idea de sujeto y la idea de Dios a la que aquella se hallaba unida, de la misma forma en que fueron reemplazadas las meditaciones sobre el alma por la disección de cadáveres o el estudio de la sinapsis del cerebro (Touraine, 1994).

Tenemos que la modernidad surge en los ahora llamados "países centrales" (Europa occidental y, más tarde, Estados Unidos); con el tiempo, se expande hasta volverse mundial y establecer con los países llamados "periféricos" una relación de dominación, de explotación y el intercambio desigual, donde el centro desempeña el papel activo, impone el modo de producción capitalista y destruye o integra, pero vaciándolas de su contenido y despojándolas de su significado, autóctonas y tradicionales. Este proceso desemboca en la actual generalización del mundo de la mercancía y en la consolidación de los Estados modernos (Revueltas, 1992).

Así el advenimiento del capitalismo significa el momento de ruptura y negación, se privilegia el valor de cambio mercantil en detrimento del valor de uso, y la uniformización homogenízate en menoscabo de la diversidad cultural. Con él surge un cambio del eje de actividades, de sociedades fundamentalmente agrarias a sociedades urbanas; el producto elaborado, al transformarse en mercancía, adquiere una significación abstracta, al mismo tiempo que pierde su condición de objeto durable y variado (Revueltas, 1992).

La idea de que la sociedad es fuente de valores, de que el bien es lo que es útil a la sociedad y el mal es lo que perjudica su integración y su eficacia, es un elemento esencial de la ideología clásica de la modernidad. Para no someterse ya a la ley del padre, es menester reemplazarla por el interés de los hermanos y someter al individuo al interés de la colectividad (Touraine, 1994).

México es un país periférico en la modernidad con gran diversidad cultural pero al tener como país vecino a Estados Unidos llega el mensaje de la mercantilización, esta idea de la modernidad comienza en el gobierno de Porfirio Díaz que veía en Europa el crecimiento de las ciudades y ciencia lo que México necesitaba para el orden y progreso y así comenzar el camino para llegar a ser un país del primer mundo lo cual no se ha logrado pero si ha presentado los efectos perversos de la modernidad.

1.1.1 La modernidad en México

Revueltas (1992) menciona que para comprender cómo se introduce la modernidad en un país como México es conveniente subrayar dos rasgos del proceso:

1. Su carácter global y acumulativo (desarrollo de técnicas, conocimientos, instrumentos, clases, ideologías, instituciones, etc.).
2. Su carácter expansivo (proceso que se origina en Europa occidental y luego se propaga como forma imperialista por todo el mundo).

Entonces para actuar y obtener ganancia, el comercio y la industria necesitan de la razón y de la racionalidad. La racionalidad es inmanente a la realidad de los nuevos tiempos y los filósofos formulan y sistematizan sus principios teóricos. En todos los dominios, ya se trate de la ciencia, de las creencias, de la moral o de la organización política y social, el principio de la razón va a sustituir a los principios que regían hasta ese momento. El individuo quiere servirse de la razón en todo, desea examinar y conocer por medio de la razón.

México durante la etapa porfiriana contaba mayoritariamente con tierras de temporal, la información de un observatorio meteorológico resultaba urgente para prever los cambios climáticos y evitar enormes catástrofes y epidemias. Porfirio Díaz y otros mexicanos sabían lo que significaban las hambrunas debidas a las sequías, heladas, granizadas e inundaciones y el desconocimiento de las características geográficas del territorio nacional, era el elemento central de su descuido, desaprovechamiento y abandono (Diseño, Vázquez y Mattos, 2014).

El libro de Hipócrates, Sobre los Aires, Aguas y Lugares fue incorporado oficialmente a los estudios de Medicina en México en una ley del 23 de octubre de 1833 con ello la higiene cobró importancia generando un cambio en los espacios arquitectónicos tradicionales y la creación de nuevos edificios con usos específicos: hospitales, orfanatos, cárceles, fábricas, escuelas, etcétera. El diseño en las ciudades debía mostrar calles anchas y lineales, banquetas limpias limitadas por medio de árboles que purificaran el ambiente y que a su vez permitiera dotar a los edificios circundantes de suficiente ventilación e iluminación. Durante la etapa porfiriana la higiene tuvo mayor impacto en la ciudad y en su arquitectura porque fue en ese periodo cuando la modernidad entró de lleno al país dando lugar a nuevos servicios, infraestructura y edificios, pero también porque el número de extranjeros que ingresó al país demandó vivir las mismas condiciones de salubridad que disponían en su país de origen (Diseño, Vázquez y Mattos, 2014).

En nuestro siglo el vocablo modernidad es empleado también para designar a la nueva fase del capitalismo que se inicia alrededor de la década de los 20 y termina hacia la década de los 80 (Revueltas, 1992).

Durante este período se observan múltiples y rápidas transformaciones entre las que podemos señalar:

1. Un desarrollo sin precedentes de la técnica y la ciencia.
2. Una gran capacidad de adaptación del sistema capitalista, con un neocapitalismo que asimila la racionalidad planificadora (postulada por el marxismo) y da prioridad a la organización, a la planeación, a la racionalidad técnica (lo que no quiere decir que se suprima la ley del desarrollo desigual, que subsiste y marca diferencias entre países, regiones, clases y grupos hegemónicos, ricos y desarrollados, y países, regiones, clases, grupos subordinados, pobres y subdesarrollados).
3. La organización y sistematización, tanto de las actividades productivas como de la sociedad en general, son realizadas mediante la intervención del Estado y de los tecnócratas, y en consecuencia el Estado crece, asume nuevas y múltiples

funciones, adquiere un papel preeminente y se manifiesta y actúa sobre todos los ámbitos de la realidad social.

4. Todas estas transformaciones operan sobre lo social, incluyendo a la vida cotidiana, que pierde espontaneidad y naturalidad para terminar por ser programada, organizada, controlada. Se manipulan las conciencias, se desvía la energía creadora hacia el espectáculo, hacia la visión espectacular del mundo; es decir, se tiende al predominio de la apariencia sobre la realidad. La explotación organizada y programada de la sociedad se lleva a cabo no sólo en el trabajo, sino a través del consumo dirigido y manipulado mediante la publicidad.

1.1.2 Los efectos de la modernidad.

Lefebvre (1946) comienza a emplear el término "modernidad" para designar a la nueva realidad social, que habiendo comenzado a gestarse en el siglo XIX termina por revelarse plenamente y en toda su complejidad en el XX.

El estudio de la vida cotidiana le sirve a este autor de hilo conductor para captar y analizar la modernidad, que comienza, según él, por lo que denomina "catástrofe silenciosa", cuando hacia 1910 en Europa se desmoronan y desaparecen los principales referenciales (valores y normas) de la práctica social. Cobra fin lo que parecía definitivamente estable, en particular, las nociones de espacio y tiempo. El antiguo espacio euclidiano y newtoniano es reemplazado en el terreno del conocimiento por el de la relatividad de Einstein; de igual manera, la representación del espacio sensible y la perspectiva se descomponen (Cézanne y el cubismo). En música, con la disolución del sistema tonal se pasa a la atonalidad. De forma similar, los sistemas (caracterizados por su organización y coherencia interna) se desintegran: la filosofía; la ciudad (como tradicional centro histórico); la familia junto con la figura del padre; e incluso la historia misma.

Del hundimiento de los valores europeos (que incluye el logos occidental, la racionalidad activa, el humanismo liberal, la filosofía y el arte clásico) emergen tres valores que van a presidir a la modernidad: la técnica, el trabajo y el lenguaje (Lefebvre, 1946, como se citó en Revueltas,2006).

- La técnica irá cobrando poco a poco una existencia autónoma tal como sucede con el dinero y la mercancía desarrollándose como potencia a la vez positiva y negativa, que transforma lo real, pero también puede destruirlo.
- El trabajo, por su parte, rivalizará con la técnica, pero se irá desvalorizando en la medida en que el progreso de esta última permite suplantarlo (mediante la robotización).
- El lenguaje a su vez, como discurso, va a aportar valores de reemplazo y sustitución; el discurso, sin otro referencial que sí mismo, no tendrá valor por su verdad o por su nexo con una realidad externa sino por su coherencia; el discurso se fetichiza, mientras su sentido se pierde, transformándose en mera retórica.

En la década de los 60 se vive un período de prosperidad y optimismo, se considera que gracias a la gestión racional llevada a cabo mediante la intervención del Estado pueden evitarse las crisis y el crecimiento será ilimitado. En el mismo lapso da comienzo una nueva revolución técnico-científica que repercute principalmente en el desarrollo de la informática, se realizan innovaciones que se aplican a la gestión y a la producción, los procesos del trabajo se modifican y el sector terciario se incrementa (Revueltas, 1990).

Por otro lado, la educación del individuo debe ser una disciplina que lo libere de la visión estrecha, irracional, que le imponen sus propias pasiones y su propia familia, y lo abra al conocimiento racional y a la participación en una sociedad que organiza la razón. La escuela debe ser un lugar de ruptura respecto del medio de origen y un lugar de apertura al progreso por obra del conocimiento y la participación en una sociedad fundada en principios racionales (Touraine, 1994).

Lo cotidiano es organizado, sus necesidades se programan. Mediante los medios de comunicación, la prensa y la televisión, la publicidad dice a la gente cómo se debe vivir para "vivir bien", lo que se debe comprar y porqué, el modo de empleo

del tiempo y del espacio. Esta vasta operación genera un empobrecimiento de la vida cotidiana y la alienación del individuo aumenta; a través del "consumo burocráticamente dirigido" los media; valiéndose de la imagen, lo cuantitativo, lo repetitivo, la puesta en espectáculo, terminan por crear necesidades artificiales que derivan en el consumismo (Revueltas, 1990).

En la década de los 70 el sistema capitalista atraviesa por una aguda crisis, aumenta el precio del petróleo y, en consecuencia, hay inflación y desempleo, así como estancamiento de las actividades productivas tradicionales, todo esto hace que la ideología del crecimiento ilimitado se vea seriamente afectada (Revueltas, 1990).

Ahora bien, esta crisis que pareciera volverse permanente se acompaña de profundas y aceleradas transformaciones que podrían marcar el inicio de una nueva época, cuyos rasgos empiezan a precisarse en la década de los 80. Los nombres para designarla varían: sociedad posmoderna; de consumo; del productivismo y la tecnocracia; posindustrial; del neocapitalismo; informacional; cibernética; "nuevo orden mundial", etcétera (Revueltas, 1990).

La nueva realidad produce una relación jerarquizada de explotación y dominio entre países centrales (hegemónicos), sede de los poderes políticos transnacionales, y los países periféricos (subordinados), también llamados subdesarrollados o del tercer mundo. Los primeros toman las decisiones fundamentales a través de estrategias que se ejercen sobre los segundos, a corto, mediano y largo plazo; estos últimos, constreñidos por la crisis, la deuda y la forzosa dependencia económica, deben tomar a éstas en cuenta para formular y ejecutar sus planes de gobierno (Revueltas, 1990).

La división entre centro (hegemónico) y periferia (subordinada) no se da solamente entre países, sino también entre regiones, clases y grupos sociales; es así como en el seno de los países centrales se observan regiones periféricas y marginadas, lo mismo sucede en el espacio de las grandes ciudades y con ciertos grupos sociales abandonados a su suerte. En sentido inverso, en los países periféricos

(subordinados) se advierten islotes de riqueza, poder y consumos análogos a los que se encuentran en los países centrales (Revueltas, 1990).

El acelerado desarrollo técnico genera cambios profundos: el automóvil deja de ser eje de las actividades productivas; los sectores tradicionales (metalurgia, manufactura, etc.) pasan a un segundo término, ocupando su lugar la informática, la electrónica, la robótica, las telecomunicaciones, la biotecnología; se crean nuevas industrias que giran alrededor del empleo del tiempo dedicado al ocio (en particular el turismo); la cultura por su parte también se vuelve una industria y, como tal, se ve sometida a la mercadotecnia. Dentro de este contexto desempeñan un papel dominante las empresas multinacionales, así como la transnacionalización de los capitales a través del sistema financiero (Revueltas, 1990).

En consecuencia, se opta por llevar la industria pesada y contaminante a los países periféricos, utilizándolos asimismo para la industria maquiladora con el fin de aprovechar una mano de obra barata, cuya formación no cuesta a las empresas maquiladoras; industrias que por lo demás explotan materias primas, energía e infraestructura del país donde se instalan. El progreso de la modernidad hace que sólo se vean los aspectos positivos de este proceso (el desarrollo técnico) y se olviden sus efectos negativos que padecen los pueblos del tercer mundo, el empobrecimiento de las relaciones humanas, el aislamiento, la soledad, la sensación de malestar difuso, de miedo, de inseguridad. El ser humano vive enajenado. El desarrollo se vuelve también destructivo por el armamento nuclear y la devastación ecológica (Revueltas, 1990).

Chesneaux (1983) define a la estructura general de la sociedad contemporánea, como sistema que se caracteriza por la original combinación de dos globalidades.

Por un lado, la serialización de los seres, la reducción a un modelo único de vida mediocre. Por el otro, el planeta cableado, la interdependencia universal de las economías, de las redes de comunicación y de las estructuras político-sociales, el despotismo del mercado mundial señala como, de los elementos que conforman a la modernidad, se derivan 13 efectos perversos:

- 1) Las normas: Cada producto, cada situación, cada comportamiento está determinado por normas que son definidas de acuerdo con datos cuantitativos y, por ende, controlables; mediante ellas terminan por imponerse modelos homogéneos que reducen a su mínima expresión las diferencias; en consecuencia, lo que se singulariza, lo que es diferente se vuelve molesto o incluso sospechoso.

- 2) Los flujos y circuitos: Hay flujos de productos, circuitos comerciales, "cableado" de las relaciones sociales; en ellos los itinerarios son previamente programados y obligatorios (por ejemplo, la organización de circuitos turísticos, mediante la cual se aplasta la realidad profunda de lugares, personas, objetos), La programación hace desaparecer lo espontáneo, lo inesperado.

- 3) Los códigos sociales: No constituyen solamente un sistema de signos sociales precisos y directos, sino que poco a poco han ido reemplazando a la realidad, transformándose en intermediaciones obligatorias para toda actividad social y personal.

- 4) Prótesis: Intermediarios (instrumentos técnicos) que terminan por eliminar el contacto humano, además operan mediante una reducción funcional que suprime toda apertura hacia lo imaginario.

- 5) Lo efímero e instantáneo: Los productos se vuelven rápidamente obsoletos, desechables; de igual manera el saber, antes acumulable, se recicla constantemente.

- 6) Capilaridad: El tejido social se vuelve cada vez más poroso, las innovaciones técnicas se difunden en él de manera vertiginosa, ejerciendo un poder anestésico; la mediocridad impera sobre la vida cotidiana.

- 7) La desterritorialización: Cuanto más moderna es una actividad, más se disocia de su contexto natural y social (ejecutivos de transnacionales, profesores, asistentes técnicos e incluso la fuerza de trabajo se "deslocalizan"; a través de la maquila sucede lo mismo con el producto fabricado).

- 8) Gigantismo tecnológico: Grandes centros urbanos, emporios petroleros, imperios económicos, supermercados, etcétera, se imponen tanto al trabajador como al usuario. Si por una parte el gigantismo no sólo obedece a las exigencias de una economía de escala, sino que también sirve para afirmar el poder.

- 9) La violencia: Omnipresente, amenaza a los individuos; por su parte los medios de comunicación masiva la difunden con placer; el miedo y la inseguridad se vuelven fenómenos de masa.

- 10) La opacidad: Cuanto más invaden el tejido social los flujos y circuitos, más se busca disimularlos; la opacidad y el secreto provienen de la sofisticación extrema de la técnica. Poco se sabe de los puestos y estructuras de observación, análisis, control, decisiones existentes en sectores clave, industrias de punta, energéticos, transporte. Frente a esto los usuarios se encuentran en una relación de dependencia pasiva, reducidos a la impotencia ante la complejidad de tales mecanismos.

11) La programación dirigida: La organización de los procesos colectivos y de las actividades sociales reducen a modelos determinados hasta las opciones más personales. Esta operación se lleva a cabo por incitación sutil, a través del efecto que ejerce el modelo, la inercia social; su resultado es una alienación de las conductas colectivas.

12) La mercantilización: Todo se compra, todo se vende, hay que pagar por todo. La esfera de las actividades personales (libres y responsables) se reduce a medida que se amplía la esfera de la mercantilización.

13) La contra productividad regresiva: Cuanto más eficaces son un equipo y una técnica dentro de un sector específico, más efectos negativos produce sobre el conjunto que actúa. Surgen problemas por la complejidad de su mantenimiento; además coacciones y restricciones en cadena que vuelven gravosa la gestión.

Antes vivíamos en silencio, ahora vivimos en medio del ruido; antes estábamos aislados, ahora estamos bombardeados por ellos. La modernidad nos ha sacado de los límites estrechos de la cultura local en que vivíamos y nos ha lanzado a la sociedad y a la cultura de masas (Touraine, 1994).

Un punto importante que se da en el avance y la grandeza de la modernidad por todos los cambios es la higiene que cambia la forma de ver y ser de la vida cotidiana precisamente por la búsqueda de la profesionalización de los espacios y que llega a la forma de vida de las personas para mantener la salud y poder hacerle frente a la nueva vida que trae la modernidad.

La palabra higiene está estrechamente relacionada con el concepto de salud y con la antigua Grecia desde su propia raíz etimológica, ya que procede del griego *hygiés*, sano. Designa el arte y la ciencia de la conservación de la salud. Su raíz también procede del nombre *Hygieia*, nombre que los griegos dieron a la diosa

griega de la salud, hija del dios Asclepio quién, según la mitología griega, enseñó la medicina a los hombres (Araque y Colmenar, 2011; Criado, 2004; Sánchez González, 2002).

Las civilizaciones antiguas ya conocían las propiedades higiénicas y terapéuticas del baño, formando además parte de sentimientos religiosos y rituales propios de cada época (Azcona, 2006).

La medicina griega prestó atención sobre todo a la higiene personal, basada en la teoría humoral, intentando alcanzar un equilibrio entre los cuatro humores principales: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra (Sánchez González, 2002). Una de las terapéuticas provenientes de la medicina hipocrática para restablecer el equilibrio humoral eran los baños, puesto que el agua traía efectos benéficos, además de purificar el alma por la inmersión que lava y renueva (Volcy, 2004).

Piédrola (2002) señala que, en la Edad Media, el desprecio de lo mundano y el cambio en las costumbres de la higiene personal, por considerar inmoral la contemplación del propio cuerpo lograron que se abandonase el baño corporal.

La limpieza personal en la Edad Media tenía como objetivo la decencia antes que la higiene. Antes que la salud, lo que domina a llevar a cabo estas prácticas es la apariencia, de ahí a que principalmente se asearan las manos y la cara. Esta ideología continúa en el siglo XVI y XVII donde la apariencia de limpieza personal se extrapola también a la vestimenta, y al perfume que tenía un papel purificante del aire (Vigarello, 1991).

En Europa como en los Estados Unidos de Norteamérica, la ciencia y la tecnología iban de la mano con el avance económico, con la generación de nuevos procedimientos, nueva maquinaria, nuevos empleos y con el intento de depender, cada vez menos, de los caprichos de la naturaleza. El intento por romper con esta dependencia tenía dos razones principales: la primera era lograr la salubridad pública y, la segunda, lograr el exitoso cultivo de la tierra y de la cría de ganado, aumentando así la productividad del campo (Diseño, Lira y Mattos, 2014).

David, 1897, en (Vigarello, 1991) afirma que la limpieza es la base de la higiene, puesto que consiste en alejar de nosotros toda suciedad y, por ello, todo microbio.

La modernización del país implicaba también las transformaciones de sus costumbres higiénicas y sanitarias. Desde la época de la Ilustración, la cuestión sanitaria fue vista como relevante por los países europeos, principalmente por aquellos que se enfrentaban de lleno a la Revolución Industrial. Con la formación y establecimiento de la industria, las ciudades requirieron paulatinamente de más y más mano de obra; así, muchas de ellas crecieron física y demográficamente sin medida y, en consecuencia, desordenadamente, hacinadas y carentes de servicios. Los más golpeados por la carencia de servicios, enfermedades y epidemias fueron las clases populares, para hacer frente a esta situación la sociedad inglesa respondió con la creación de instituciones de beneficencia para mejorar la vida de los pobres y desamparados. Si los pobres disminuían a causa de las enfermedades no habría quien hiciera las labores duras y sucias que las ciudades industriales demandaban. Desde 1832 en Inglaterra se dictó la Ley de Pobres y se efectuó la vacunación pública en 1834 (Diseño, Lira y Mattos, 2014).

El crecimiento de las ciudades mexicanas durante el siglo XIX y el intento por modernizarlas abrió el discurso de la higiene reflejado en aspectos como el abasto del agua, drenaje, pavimento y embanquetado, también en espacios cerrados públicos o privados: escuelas, fábricas, cárceles, asilos, hospitales y hospicios, gimnasios, etcétera. Aspectos tales como la correcta elección de los terrenos para la ubicación y orientación de las ciudades y sus edificios o cualquier obra arquitectónica en la ciudad debía ser consultada primero con los médicos profesionales conocedores de las “reglas de la higiene”, y ser autorizada por los Consejos de Salubridad, las Juntas de Sanidad y médicos higienistas (Diseño, Lira y Mattos, 2014).

Lo anterior generó además una interdisciplina entre distintas profesiones que no se había dado hasta entonces: médicos, abogados, arquitectos, ingenieros y maestros, además de otros científicos e intelectuales, se dieron a la tarea de reflexionar y emprender acciones que se vieron entonces como necesarias para la salud y

bienestar de quienes habitaban todos esos espacios. Lo anterior permeó en la vida cotidiana de la sociedad abarcando aspectos tan diversos como la moralidad, la práctica del deporte, los hábitos alimenticios y hasta la forma de vestir. La preocupación por la higiene hizo que se pusiera atención a mujeres y hombres en cualquiera de sus edades y circunstancias, por lo que proliferaron maternidades, casas de cuna, hospicios, orfelinatos y asilos, así como otros edificios destinados a algunos sectores de la sociedad que hasta entonces habían sido un tanto segregados: prostitutas y enfermos mentales (Diseño, Lira y Mattos, 2014).

Como podemos notar la higiene es importante para conservar la salud, a lo largo de la historia en diferentes espacios, encontramos diferentes causas como puede ser el mantenimiento y aumento de la producción, creación de espacios que den comodidad a las personas que se encuentran en espacios públicos y cerrados con ello se va modificando la visión de la higiene que construyen las personas porque la modernidad dice como se debe comer, vestir, dormir, ir al baño, en fin se modifica las necesidades básicas de los seres humanos, con el uso de la ciencia, racionalidad se modifica el pensamiento y se enfoca a consumir, a buscar la belleza, a tener conocimiento y ser educado provocando una dualidad de lo bueno y lo malo que nos dice que desear, pensar y hacer para existir. El desequilibrio de las emociones del individuo que se ve inmerso en un espacio tiempo tocado por la modernidad busca la perfección y abre las puertas para que las enfermedades mentales aumenten, es importante analizar como los comportamientos compulsivos se presentan en la vida de las personas y afectan sus relaciones sociales pero sobre todo su vida personal por lo que es importante hacer una lectura desde las disciplinas médicas, psicológicas y psiquiátricas y como han dado respuesta al trastorno obsesivo compulsivo.

1.2.1 Definición del trastorno obsesivo compulsivo.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-IV), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad.

Las obsesiones: son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes experimentados, al menos en un primer momento, como inapropiados y aversivos y que generan ansiedad o malestar acusados. En ocasiones, las obsesiones no son fáciles de identificar porque no tienen un contenido preciso o delimitado y no resultan fáciles de percibir por la persona, quien, simplemente, experimenta malestar más o menos intenso ante determinadas situaciones (por ejemplo, suciedad o desorden). Suelen tener que ver con la anticipación de consecuencias negativas si no se realizan ciertas conductas (compulsiones). La persona reconoce que, aunque involuntarias, son el producto de sus propios pensamientos (no vienen impuestas desde fuera, como en los delirios o alucinaciones). Su frecuencia, duración y contenido varía mucho de una persona a otra.

Las compulsiones se definen como comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. Los individuos que están obsesionados por la posibilidad de contraer una enfermedad pueden aliviar este malestar mental lavándose las manos hasta que se les arruga la piel; los individuos perturbados por la idea de haber olvidado cerrar una puerta con llave pueden sentirse impulsados a comprobar la cerradura cada 5 min. En algunos casos estos individuos realizan actos fijos o estereotipados acordes con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por qué los llevan a cabo. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir.

Lee y Kwon (2003) clasifican las obsesiones en autógenas y reactivas:

- 1) Obsesiones autógenas: son aquellas para las que es difícil encontrar estímulos desencadenantes, suelen tener un contenido relacionado con temas que la persona considera inmorales (blasfemias, sexo inmoral y/o

agresividad) y son experimentadas con intensa angustia y malestar por la persona, quien, para controlarlas, suele recurrir a rituales encubiertos, esto es, estrategias mentales neutralizadoras (por ejemplo, rezar o imaginar escenas o imágenes contrarias a la obsesión). La presencia de este tipo de obsesiones se relaciona con una tendencia de las personas que las sufren a sobreestimar la importancia de los propios pensamientos, que se consideran equivalentes a las acciones a las que se refieren (por ejemplo “pensar en la posibilidad de matar a mi hijo es tan malo y deplorable como la acción real de matarle”).

- 2) Obsesiones reactivas: este tipo de obsesiones se activan ante situaciones y estímulos específicos y no son experimentadas por la persona que las tiene con tanto malestar como las obsesiones autógenas, ya que se asumen como reacciones más o menos lógicas ante estímulos que se consideran aversivos, tales como asimetría, fallos o errores, suciedad, objetos relacionados con la seguridad. La persona que experimenta este tipo de obsesiones puede tender a sobreestimar su grado de responsabilidad y/o control sobre la ocurrencia y/o prevención de eventos aversivos tales como contaminarse, ser robado, que entren en la propia casa, etc. Por esta razón, cuando le surgen estas obsesiones, la persona suele recurrir a rituales observables (conductas manifiestas) con el objetivo de prevenir tales consecuencias desastrosas y el malestar asociado a ellas. Estos rituales serían precisamente las compulsiones (de lavado, de comprobación, de orden o de seguridad, entre otras).

Steketee (1999) clasifica las obsesiones y compulsiones más comunes en:

- *Contaminación*: obsesiones sobre sufrir daño o contagiar a otros por contacto que se piensa que son peligrosas, con compulsiones de lavarse o ducharse concienzudamente, limpiar las cosas y desinfectarse.

- *Comprobación:* obsesiones sobre dejarse la llave del gas o la puerta de la casa abierta, haber atropellado a alguien, con compulsiones de comprobar repetidamente la llave de gas, puertas o aparatos.
- *Autolesión o lesión a otros:* obsesiones sobre tirarse al tren, matar a alguien, con compulsiones de pensar repetidamente que no se quiere morir o comprobar que no se ha causado ningún daño.
- *Conducta socialmente inaceptable:* obsesiones sobre preferir o escribir obscenidades o insultos, con compulsiones de intentar mantener el control de la conducta o preguntar a otros si uno se comportó adecuadamente.
- *Sexo:* obsesiones sobre órganos sexuales, actos sexuales indeseados, con compulsiones de intentar sacar de la mente pensamiento sexuales o pensar en otras cosas.
- *Religión:* obsesiones de pensamientos o imágenes blasfemos o de ser castigado, con compulsiones de rezar, buscar ayuda religiosa o confesarse.
- *Acumulación:* obsesiones sobre tirar cualquier cosa valiosas o poco valiosa que puedan necesitarse en el futuro, con compulsiones de acumular gran cantidad de objetos.
- *Orden, simetría y/o exactitud:* obsesiones sobre que las cosas estén en el sitio adecuado y/o simétricamente colocadas, con compulsiones de ordenar los objetos de una manera determinada, comprobar mirándose o midiendo que las partes son simétricas.

Según Bragado (1994), los rituales son bastante habituales en distintas etapas evolutivas. Las diferencias estriban en que son menos frecuentes, intensos, duraderos, vívidos, molestos, fáciles de rechazar e interfieren menos en la vida.

En cuanto a la sintomatología, habitualmente la expresión clínica del TOC en los niños es similar a la de los adultos, si bien existen algunas particularidades. Por ejemplo, aunque los niños y adolescentes con TOC representan un grupo heterogéneo con una amplia gama de manifestaciones clínicas tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad, éstos puede que no perciban subjetivamente los síntomas como excesivos, irracionales o extraños, pudiendo resultar egosintónicos, ya que su nivel de desarrollo cognitivo no les permite reconocerlas como ideas absurdas y molestas, exageradas o irracionales (March, Leonard y Swedo, 1995).

1.2.1. Estadísticas

En la población mundial, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) afecta entre el 2% y 3%, mientras que, en México, de acuerdo con la Encuesta Epidemiológica Psiquiátrica de 2003, se informa una prevalencia total de un 2.6%, con una edad media de inicio a los 19 años. Específicamente en la Ciudad de México la prevalencia es de 1.4% y la edad promedio de inicio entre hombres y mujeres fue de 22 años (Caraveo, 2004).

El TOC tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, influyendo en su vida familiar y social (Pérez, Olson, & Horton, 2007). De acuerdo con la OMS y el Banco Mundial, está clasificado como la décima causa de discapacidad en el mundo. Este trastorno presenta una mayor comorbilidad con el abuso de alcohol, en el caso de los hombres, precediendo el abuso de la sustancia al TOC, mientras que en el caso de las mujeres la comorbilidad es mayor con el episodio depresivo, las fobias específicas y otros trastornos de ansiedad, de los cuales la fobia específica y la ansiedad generalizada preceden en la aparición de los síntomas al trastorno obsesivo. En contraste, la fobia social y el trastorno de agorafobia suelen presentarse después de la aparición de síntomas del TOC.

En México sólo el 8% de los casos con este trastorno buscan ayuda. Sin embargo, es más frecuente que no soliciten apoyo profesional, aquellas personas que no presentan comorbilidad con otro trastorno (Cárdenas y Carreño, 2012).

Diversos estudios señalan que aproximadamente el 50% de los casos de TOC comienzan en la infancia y la adolescencia (Blan, Newman & Horn, 1988). Cuando la sintomatología clínica no es atendida oportunamente, puede permanecer hasta la vida adulta, generando muchos años de malestar y alteraciones en las personas, y afectando de forma significativa su calidad de vida.

Estudios demuestran una elevada concordancia del TOC entre hermanos gemelos univitelinos, comparados con los dicigóticos. Sin embargo, aunque el TOC aparece a menudo en ciertas familias, el mecanismo por el cual se transmite de generación en generación aún hoy no se conoce bien. Hay investigaciones que consideran que no hay un gen específico que cause TOC, sino varios genes que afectan al cerebro de manera compleja. Sin embargo, a través de la investigación se ha observado que el TOC es el resultado de una combinación de la predisposición heredada genéticamente, combinada con factores ambientales significativos (Cárdenas y Carreño, 2012).

De acuerdo con Alcázar y Rodríguez (2010), dentro de la predisposición genética se incluyen variaciones en la estructura, neuroquímica y circuitos del cerebro. Los factores ambientales incluyen desde traumas físicos o psicológicos, abandono en la infancia, abuso, ambiente familiar estresante, enfermedad, muerte o divorcio de los padres, además de las etapas de transición del ciclo de vida, adolescencia, vivir solo, casarse, ser padre, retirarse, etcétera.

Las predisposiciones genéticas, combinadas con factores ambientales, pueden iniciar y activar síntomas del TOC. Actualmente existen dos hipótesis sobre el TOC: una la “hipótesis del déficit”, bajo la cual quien padece el TOC, tiene algún tipo de alteración generalizada en su funcionamiento cognitivo (especialmente procesos de atención y memoria); la segunda “hipótesis de la valoración inadecuada”, bajo la

cual se dice que el problema obsesivo radica en la interpretación distorsionada que los pacientes hacen de una situación (Belloch, Cabedo & Carrió, 2011).

La mayoría de los autores y estudios consultados indican un curso crónico del trastorno, sin vuelta atrás que evoluciona negativamente hacia un deterioro, en la mayoría de los sujetos que lo padecen. En cambio, hay otro porcentaje que lo hace de forma episódica o fluctuante y que tal vez puedan mejorar con tratamiento y otros casos en los que se mantienen los síntomas o se agravan (Tolin, D., Frost, R., Steketee, G. & Fitch, K., 2011 citado en Montaña, 2015).

Es importante diferenciar a los distintos pacientes: algunos se encuentran socialmente adaptados ya que logran apaciguar los síntomas, hay quienes aun teniendo síntomas (grado leve) se adaptan socialmente, pacientes que a pesar de que sus síntomas han mejorado no se adaptan y otros cuyos síntomas se van agravando y son incapacitantes en su totalidad (Vallejo, 2011).

Ahora que conocemos los diferentes tipos de trastornos obsesivos compulsivos y se han revisado las estadísticas es importante saber que otros padecimientos van de la mano con el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

1.2.2 Comorbilidad

El TOC es un cuadro clínico que, como el resto de los trastornos de ansiedad, no se presenta de manera aislada, con frecuencia se encuentra asociado a otros desordenes entre los cuales se encuentran: otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, vinculación con abuso de sustancias, enfermedades neurológicas y otros trastornos dentro del espectro obsesivo compulsivo (Montaña, 2015).

La gran comorbilidad que presenta el TOC puede encubrir o disfrazar su diagnóstico lo que puede generar una influencia en la evolución del trastorno y consecuentemente en un posible tratamiento (Torres, et al., 2007).

Los trastornos depresivos poseen mayor coexistencia con los trastornos obsesivos, es la comorbilidad más frecuente y estudiada hasta la actualidad. Lo que sucede es que habitualmente, el sujeto que padece de TOC esconde sus rituales por miedo a parecer loco y por lo tanto el trastorno permanece oculto. “Parece que ambos trastornos, aun siendo diferentes, comparten una cierta predisposición, de forma que la presencia de uno favorezca la aparición de otro” (Vallejo, 2011).

Debido a que los obsesivos practican rituales cada vez más restrictivos estos dominan prácticamente toda su vida y ya no logran ejecutarlos del todo y no les alcanzan los días para ello. Se frustran debido a que sus rituales son inútiles, a su vez son criticados por los demás y su resultado no los tranquiliza ni satisface sino todo lo contrario, perturba su vida cotidiana. A medida que avanza el trastorno, va aumentando la sensación de displacer y apatía, suelen tener pensamientos negativos y distorsiones cognitivas. Son personas que sobredimensionan los fracasos, los acontecimientos negativos, minimizando los éxitos, tienden a desvalorizarse. Por este motivo es que caen fácilmente en la depresión, lo que los lleva a pedir ayuda (Soutullo & Mardomingo, 2010).

Se puede observar en las poblaciones clínicas estudiadas que aproximadamente la mitad de las personas sufrieron a lo largo de sus vidas un trastorno de ansiedad adicional a este. Los trastornos de ansiedad comórbidos más comunes son los siguientes: trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico, y fobias específicas (Torres, et al., 2007).

Dentro de este espectro de trastornos mencionados, se destaca aún más la Fobia social (sobre todo en el inicio temprano del TOC) ya que se caracteriza por un miedo intenso y constante a las situaciones en las que el sujeto se pone en contacto con otros. Tiene miedo de actuar ante los demás de manera vergonzosa y de provocar opiniones negativas por parte de otros (Stewart, 2008).

Encontramos que en el TOC la ansiedad es la emoción predominante y que igualmente se presenta en todos los subgrupos obsesivos, podemos integrar a la tristeza ya que la depresión forma parte de la comorbilidad del obsesivo y también

hay que tener en cuenta el ambiente que se menciona en las estadísticas con problemas de alcoholismo, familiares y divorcios, infancias complicadas, si bien no se tiene la causa precisa sabemos que pueden ser muchos los detonantes es por eso que aún se sigue investigando y las evaluaciones son diversas, unas más específicas.

A través de la lectura nos percatamos que las estadísticas no son tan claras ya que como se menciona si no hay comorbilidad de otro trastorno con el TOC no se busca un tratamiento. Es importante ahora revisar como es la forma de evaluación que se ha trabajado y como dar un posible tratamiento tomando en cuenta la edad de la persona, sexo y contexto social.

1.2.3 Evaluación

El proceso de evaluación es de vital importancia para poder realizar un diagnóstico valido y fiable, del cual dependerá el tratamiento posterior. Para ello es importante realizar una detallada evaluación y revisión de los síntomas obsesivos-compulsivos actuales y pasados, así como de las condiciones de comorbilidad. El desarrollo evolutivo, la historia familiar, y el funcionamiento y adaptación psicosocial, son aspectos básicos para tener en cuenta y que deben ser valorados con detenimiento.

Se debe valorar la frecuencia de los síntomas obsesivos-compulsivos, el contexto en el que se presenta, el grado de ansiedad y deterioro que producen, el grado de resistencia a estos síntomas, es decir, el esfuerzo que realiza la persona para no llevar a cabo las obsesiones y las compulsiones.

A través de la historia clínica se recoge el primer dato revelador: el motivo de consulta. Es importante reconocer que en multitud de ocasiones el motivo de la consulta real estará enmascarado bajo la identidad de otras problemáticas (Toro, 2001). De tal forma, un Trastorno Obsesivo Compulsivo puede acudir a la consulta bajo la máscara de una disminución del rendimiento escolar, aparición de irritabilidad o agresividad, restricciones alimentarias o somatizaciones, entre otras.

La elaboración del diagnóstico diferencial se ve dificultada por la aparición de diferentes trastornos comórbidos tales como el trastorno hiperactivo, el trastorno

de conducta, el trastorno depresivo o el trastorno de ansiedad. Por este motivo se aconseja que la evaluación sea completa y no se centre únicamente en los aspectos vinculados directamente con el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

La entrevista individual con el paciente se realiza con el propósito de obtener información acerca de la historia evolutiva de este, el desarrollo social, afectivo y cognitivo, elaborando a su vez una rigurosa lista de los síntomas obsesivos compulsivos actuales y pasados junto con su duración, frecuencia, grado de malestar y de resistencia de este, así como la implicación familiar en los rituales (Towbin et Riddle, 2002).

1.2.3.1 Historia clínica

Se debe indagar sobre la sintomatología e historia para dar forma al protocolo de intervención.

- a. Sintomatología
- b. Contexto en que se producen los síntomas
- c. Frecuencia y grado de malestar y deterioro
- d. Grado de resistencia del paciente a las obsesiones y compulsiones
- e. Actitud y grado de autocrítica acerca de los síntomas
- f. Implicación familiar
- g. Hábitos compulsivos
- h. Tiempo total gastado en una preocupación o compulsión
- i. Diagnósticos asociados
- j. Fortaleza y debilidades del paciente: éxitos y fracasos
- k. Contexto.
- l. Historia.

- m. Historia personal en cuanto a desarrollo y antecedentes
- n. Historia familiar
- o. Funcionamiento psicosocial, familiar y escolar
- p. Tratamientos previos y respuestas a ellos

1.2.3.2 inventarios y cuestionarios

Las entrevistas semiestructuradas que existen permiten recoger datos concretos sobre el TOC, se destaca la escala de obsesiones y compulsiones de Yale Brown, el Inventario de Leyton, Inventario Obsesivo Compulsivo de Maudsley y el Inventario de Padua (Towbin et Riddle, 2002).

Escala de obsesiones y compulsiones Yale-Brown.

La escala obsesivo-compulsiva Yale-Brown fue construida por Wayne. K, Goodman, Lawrence H. Price, Steven A, Rasmussen, Mark A. Riddle, Judith L., Rapoport en 1989, con la finalidad de disponer de una medida que evaluara la severidad de la sintomatología propia del TOC y a su vez la describiera a partir de un primer examen (Tallis, 1999).

La escala es una entrevista que contiene cuestiones relacionadas con la fenomenología de las obsesiones y compulsiones, el estrés causado por la sintomatología, el tiempo que ocupa en sus vidas y el control que tiene este sobre ellas.

La administración se ejecuta del siguiente modo: el paciente recibe una definición de las obsesiones y compulsiones y a continuación algunos ejemplos. Después se identifican los síntomas usando el listado de síntomas del Yale-Brown que pueden dividirse en 15 áreas de contenidos obsesiones agresivas, de contaminación, sexuales, acumulación-colección, religiosas, misceláneas, obsesiones y compulsiones somáticas, compulsiones relacionadas a la conducta de contar,

compulsiones de comprobación, rituales de repetición, compulsiones de ordenación-arreglo, compulsiones de acumulación-colección y compulsiones misceláneas.

Todos los ítems con excepción a los últimos 3 se puntúan según una escala Likert de gravedad que oscila entre 0 (ninguna gravedad) a 4 (gravedad extrema). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en los ítems 1 a 10, esta puntuación oscila entre los valores 0 a 40. Por otra parte, las puntuaciones en la subescala se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que forman cada una de ellas, esto es, obsesiones (1 a 5), y compulsiones (6 a 10), oscilando las puntuaciones entre 0 y 20 (Bobes et al., 2002). La puntuación se interpreta de la siguiente manera:

0-7: subclínico

8-15: leve

16-23: moderado

24-31: grave

32-40: muy grave

Inventario de Leyton.

Es un autoinforme diseñado por Cooper en 1970 que permite evaluar sintomatología y rasgos obsesivos. Contiene 69 ítems con formato de respuesta si/no, que aportan información sobre las resistencias e interferencias de las obsesiones y compulsiones (Thomsen, 1998).

El inventario presenta cuatro escalas: prevalencia de síntomas, prevalencia de rasgo, grado de interferencia y grado de resistencia (Ibáñez et al., 2002).

La resistencia se expresa mediante el grado en el que el paciente desea acabar la actividad obsesiva que experimenta. En cambio, la interferencia se expresa de

acuerdo con el grado de actividad incapacitante en el funcionamiento cotidiano del paciente (Thomsen, 1998).

El análisis de componentes principales sobre las respuestas de sujetos indica tres componentes: limpieza y orden, sentimientos de inacabado, comprobación y repetición; además, se pueden identificar otros dos componentes que hacen referencia a pensamientos desagradables y hábitos rígidos y metódicos (Ibáñez et al., 2002).

Inventario de actividades compulsivas (CAC)

En la versión presentada por Cruzado (1997), consta de 46 actividades valoradas por el cliente de 0 a 3 según el grado en que o bien les dedica más tiempo que otra gente para hacerlas, necesita repetir las o bien las evita. Es decir, se evalúa en qué grado las conductas obsesivo-compulsivas interfieren en la realización de dichas actividades. El instrumento evalúa compulsiones, pero no obsesiones, y se centra en rituales de lavado y comprobación.

Inventario obsesivo-compulsivo de Clark-Beck (C-BOCI)

Consta de 25 ítems que evalúan la frecuencia y la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Incluye elementos de investigaciones recientes referidas al trastorno, como puede ser la conciencia de enfermedad o los intentos de control

Inventario de creencias obsesivas revisado (ICO-R)

EL ICO es un cuestionario que mide creencias disfuncionales relativas a las obsesiones que posee un sujeto. La evaluación de cuáles de los sesgos son los más notorios permite organizar con mayor racionalidad la intervención. El cuestionario consta de 50 afirmaciones con las que el sujeto debe definir en qué medida lo describe, en una graduación de 1 a 7. El inventario no tiene baremos ni puntos de corte, pero existe buena correlación entre el nivel de los sesgos y la intensidad de la sintomatología TOC.

Inventario obsesivo compulsivo de Maudsley (MOCY)

El MOCY que fue elaborado por Hodgson y Rachman, en 1977. Es un cuestionario de autoevaluación compuesto por 30 ítems a los que la persona debe contestar si son verdaderos o falsos en su caso.

Una vez finalizada la prueba se obtiene una puntuación total y cuatro puntuaciones de subescala: comprobación, limpieza, lentitud/repetición y duda/conciencia estricta. El MOCY presenta una incapacidad para valorar la severidad del trastorno y la imposibilidad de su administración a una población infantil (Tallis, 1999).

Inventario de Padua

En 1988, Sanavio elaboro el inventario de Padua, lo desarrolla a partir de entrevistas con pacientes obsesivos y un estudio posterior con grupos de pacientes neuróticos, depresivos y psicosomáticos para analizar su poder de discriminación (Ibáñez et al,2002). El inventario consiste en 60 ítems, valorándose en una escala de 0 a 4 puntos con base al grado del trastorno obsesivo compulsivo (Vallejo, 1995).

Dividiéndose en cuatro subescalas:

El primer factor, pérdida de control sobre las actividades mentales, hace referencia a la imposibilidad de controlar los pensamientos, la imaginación y describe principalmente dudas y rumiaciones exageradas, relacionándose con el factor de dudas y rumiaciones identificado en el Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (MOCI), (Ibáñez et al, 2002).

El segundo factor, contaminación, hace referencia a suciedad y contaminaciones improbables o imposibles, correspondiéndose con el factor de limpieza tanto en el MOCI como en el inventario de Obsesiones de Leyton (LOI), (Ibáñez et al, 2002).

El tercer factor, comprobación, describe conductas de comprobación repetidas y es idéntico al de Comprobación del MOCI y a los componentes de Comprobación y repetición del LOI (Ibáñez et al, 2002).

Finalmente, el cuarto factor, impulsos y preocupación por la pérdida de control sobre las conductas motoras, hace referencia a impulsos de naturaleza violenta y

antisocial, así como a la preocupación por la pérdida de control sobre las conductas motoras (Ibáñez et al, 2002). El inventario de PADUA se ha convertido en uno de los más usados, de entre los disponibles, con fines clínicos y de investigación en Trastorno Obsesivo-Compulsivo, exhibiendo propiedades psicométricas aceptables, siendo su fiabilidad y validez admisibles, junto a una consistencia interna de la escala y subescala alta (Ibáñez et al, 2002).

Cuestionario de invasiones cognitivas: CIQ

Freeston en 1991, elaboro un cuestionario de invasiones cognitivas a partir del cuestionario de pensamientos angustiosos de Clark y De Silva y del cuestionario de pensamientos disruptivos de Edwards y Dickerson (March et al., 1995).

El CIQ permite identificar el pensamiento obsesivo central examinado a partir de una serie de ítems (frecuencia, preocupación, tristeza, dificultad para eliminarlo, culpa, probabilidad, desaprobación, responsabilidad percibida, desencadenantes, evitación de los estímulos desencadenantes, esfuerzos para contrarrestar el pensamiento, alivio después de contrarrestarlo y éxito en eliminar el pensamiento) puntuados mediante escala Likert de 9 puntos (Caballo, 1988).

Después de ser puntuados los pacientes indican si el pensamiento invasor tomo la forma de una idea, imagen, impulso, duda o pensamiento durante el último mes. A su vez, señalan que estrategias (entre diez) emplean para contrarrestar el pensamiento cuando ocurre (Caballo, 1988).

Inventario de creencias sobre las obsesiones: IBRO.

Escala asociada a las teorías de valoración cognitivas del TOC. Compuesta por 20 ítems puntuados según una escala de 1 a 6 puntos, que varían entre: creo firmemente que esta afirmación es falsa y creo firmemente que esta afirmación es verdadera.

El análisis de los principales componentes se estructura en 3 bloques:

El primero, que abarca 11 ítems, se refiere a la responsabilidad, la culpa, la vergüenza, el castigo y la pérdida.

El segundo que comprende 5 ítems se refiere a la sobreestimación de la amenaza.

Por último, el tercer factor que comprende 4 ítems se refiere a la intolerancia y la incertidumbre.

1.2.3.3 Evaluación de las capacidades cognitivas

Se debe realizar una evaluación de otras áreas, con el objetivo de obtener una mayor información acerca del paciente, las principales áreas a evaluar son las capacidades cognitivas, las aptitudes, la personalidad, y la adecuación emocional (Towbin et al, 2002).

Para la evaluación de las capacidades cognitivas se dispone de diferentes escalas según la edad de la persona.

Para niños de 4 a 6 años está la Escala de Inteligencia de Weschler para preescolares y primaria (WPPSI), para niños de 6 a 16 años la escala de inteligencia Weschler para niños (WISC-R), y para mayores de 16 años la escala de inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-III).

Escala de inteligencia de Weschler

D. Weschler rediseño las escalas de inteligencia para una población de entre 6 y 16 años. Es de administración individual y su duración oscila entre 60 y 90 minutos.

Está constituida por doce test agrupados en dos escalas (verbal y manipulativa) que aportan información acerca de los conocimientos generales del niño, de la capacidad de procesamiento lógico, la capacidad de atención y memoria, la capacidad de planificación y secuenciación temporal, la riqueza de vocabulario, el nivel de razonamiento abstracto, la coordinación vasomotora y la capacidad de comprensión de los procesos sociales.

Contiene un factor de inteligencia fluida y un factor de inteligencia cristalizada. Los resultados aportan información de inteligencia cuantitativa e inteligencia cualitativa.

Escala de inteligencia de Wechsler para adultos WAIS-III.

Elaborada por David Wechsler en 1955. Diseñada para evaluar los procesos intelectuales de los adolescentes y adultos, tiene la misma estructura que el WISC-R y aporta la misma información (Zimmerman y Woo-Sam, 1997).

1.2.3.4 Evaluación de las aptitudes cognitivas.

Se considera necesaria una evaluación de los procesos de atención y de los procesos perceptivo praxias. Se lleva a cabo mediante la administración de diferentes pruebas: la prueba de Percepción de Diferencias (CARAS), la Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse Pieron, el Test de Copia y Reproducción de memoria de la figura compleja de Rey y el Test perceptivo motor de Bender.

Test de Percepción de Diferencias de (CARAS)

Fue elaborado por L.L Thurstone con el objetivo de evaluar la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados en niños mayores de 6 años.

La prueba consta de 60 elementos gráficos (cada uno de ellos formado por tres dibujos esquemáticos, uno de los cuales es distinto) y la tarea a realizar consiste en determinar cuál es el distinto y tacharlo durante tres minutos.

Esta prueba proporciona información sobre la capacidad de atención selectiva. Habitualmente las personas con TOC no cometen errores en la detección de diferencias.

Prueba Perceptiva y de Atención de Toulouse Pieron

Instrumento diseñado por E. Toulouse y H. Pieron para evaluar capacidades perceptivas y atencionales. Compuesta por 1600 cuadrados en los cuales debe detectarse y señalar aquello idéntico a la muestra durante 10 minutos. Al no poseer un contenido verbal no existen exclusiones culturales o raciales. Proporciona información sobre la persistencia perceptiva y la concentración.

Test de Copia y Reproducción de Memoria de la Figura Compleja de Rey

En 1942, André Rey elaboro una prueba que consistía en copiar y posteriormente reproducir de memoria un dibujo geométrico complejo con el objetivo de valorar la actividad perceptiva y la fidelidad de la memoria visual (Tallis, 1999).

Como dato a destacar se indica la ausencia de tiempo límite, tanto para realizar la copia como la memoria. Este hecho permite a las personas con rasgos obsesivos destinar el tiempo que crean conveniente, generalmente es superior al esperado.

Test gestáltico visomotor de Bender.

Prueba no verbal, neutra y aplicable desde los 5 años que fue ideada por Laurette Bender. Proporciona información sobre la función visomotora madurez, daño orgánico y coordinación, así como indicadores sobre el estado emocional del niño. En esta prueba no hay tiempo límite de tiempo. Las dificultades en la copia de las figuras del test pueden ser debidas a inmadurez o mal funcionamiento de la percepción visual, de la coordinación motriz o de la integración de ambas.

1.2.3.5 Evaluación de la personalidad

Se evalúa la personalidad en personas mayores a 16 años con la aplicación del cuestionario de personalidad 16 PF-5, el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2) y la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II). Dicha evaluación será útil para realizar el diagnóstico diferencial con un posible trastorno de la personalidad (Ballesteros, 2000).

Minnesota Multiphasic personality Inventory (MMPI).

Hathaway y McKinley construyeron el Minnesota en 1940 mediante procedimientos empíricos comparando grupos clínicos y de control (Hathaway et Meel, 1951).

El MMPI está formado por 566 ítems de autoreferencia y su administración es individual o colectiva a toda aquella población mayor de 16 años y con una cultura

equivalente a los seis años de escolaridad. El tiempo de administración varía de 45 a 60 minutos.

Existe una versión más moderna, elaborada en 1989, que consta de 567 ítems y su administración es posible a partir de los 18 años con un tiempo límite de 60 a 90 minutos.

Cuestionario de personalidad SCDI-II

Creado por Lorna Benjamín y definida como una entrevista clínica semiestructurada para evaluar los 10 trastornos de la personalidad, contemplando los trastornos no específicos. Permite detectar el Trastorno Obsesivo Compulsivo de personalidad, entre otros (Tallis, 1999).

Existen dos formas de administración: una versión completa y otra abreviada. En esta última se emplean sólo las secciones que considera más apropiadas el clínico en función del caso a evaluar.

1.2.3.6 Evaluación de aspectos comportamentales

Debido a que la sintomatología propia del TOC se complementa con rasgos de otras patologías comórbidas como son la ansiedad o la depresión se vuelve necesario evaluarlas.

Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)

Evalúa las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras a partir de 23 situaciones (Ballesteros, 2000).

Escala de Depresión de Hamilton.

Entrevista estructurada, útil como autoinforme construido con el objetivo de evaluar los diversos niveles de depresión en pacientes depresivos adultos.

La puntuación considerada como indicativa de depresión media es 7-17, la depresión moderada 18-24, y a partir de 25 se considera una depresión severa.

Los autores elaboraron por análisis de ítems cinco tipos o perfiles de depresión: ansiosa, suicida, somatización, vegetativa y paranoide.

Inventario de depresión de Beck

Beck elaboro un inventario de depresión constituido por 21 ítems, los cuales representan los criterios diagnósticos básicos subrayando la autopercepción del sujeto frente a aspectos conductuales: humor, pesimismo, sollozos, sentido del fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, autoodio, autoacusación, deseos autopunitivos, irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, fatiga, pérdida de peso, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas, perdida de libido. Sintetizando todas ellos en dos factores: somatización y autoconcepto negativo.

Cada ítem debe ser valorado por el paciente en una escala de 0-3 en función de la gravedad que representa. De esta forma el sujeto debe escoger la frase que más se adecue a su situación personal.

1.2.3.7 Evaluación de aspectos adaptativos.

Test de adaptación multifactorial infantil (TAMAI)

Pedro Hernández y Hernández crearon la prueba que evalúa la esfera personal, social y familiar (llamada por el autor integral) y la esfera que contiene diferentes áreas vinculadas en el desarrollo del paciente (perspectiva funcional). Esta prueba está dirigido a una población comprendida entre los 8 y los 18 años.

Dependiendo de la edad del sujeto, este pertenecerá a uno de los tres niveles existentes. El primer nivel comprendido en edades de 8 a 11,5 años, el segundo de 11 y 6 meses a 14 y 6 meses y el tercer nivel de 14 y 6 meses a 18 años.

Según los resultados de un estudio realizado por Alonso et. Al. (2001), los sujetos con síntomas obsesivos-compulsivos significativos tienden a describir a sus padres como sobreprotectores, críticos y menos expresivos emocionalmente que los sujetos control. Estos mismos autores definen la existencia de diferencias en el estilo educativo y en particular en la adquisición de conductas de miedo. Los

comprobadores perciben a sus madres como más meticulosas y demandantes que los obsesivos de limpieza, sin que detecten diferencias entre ambos grupos en cuanto a la percepción de la sobreprotección.

Evaluación de los problemas de conducta.

Checklist de problemas de conducta de Achenback (CBCL)

El origen del CBCL se halla en la Checklist de problemas de conducta de Achenback de 1966 diseñada para ser contestada por el evaluador a partir de los datos de las historias clínicas (Achenback, 1991). Posteriormente, se adecuo para que fuera contestado por los padres y/o profesores. Para ello se simplifico el vocabulario, se añadieron nuevos ítems y se aumentaron las alternativas de respuesta.

La CBCL es un cuestionario que evalúa, de forma estandarizada mediante resultados cuantitativos, la descripción que los padres y/o profesores hacen sobre los comportamientos de los niños de 4 a 16 años. Ofreciendo información acerca de la posibilidad de trastornos emocionales, comportamentales y sociales.

1.2.3.8 Test proyectivo

Proporcionan información adicional a la entrevista clínica, a la observación y a los cuestionarios psicométricos. Pueden revelar datos de aspectos emocionales del paciente y describir leves revelaciones sobre su personalidad. De tal forma, los proyectivos (dibujos, historias, imágenes, etcétera) pasan a ser un canal de comunicación de las expresiones internas que no pueden ser evocadas verbalmente por el sujeto, ya sea por una incapacidad emocional, madurativa o evolutiva.

Algunas de las pruebas más utilizados son el HTP-P y el grafico de la familia. En los pacientes con TOC las pruebas proyectivas ponen de manifiesto las dificultades en las redes sociales, la dependencia y la inseguridad. También se puede evidenciar la lentitud obsesiva durante la ejecución de la actividad, la repetición, así como rasgos de inseguridad que se evidencia a partir del comportamiento del sujeto

(borrado constante seguido de reproducción del elemento eliminado de una forma reiterativa).

1.2.3.9 Observación y autoobservación

La observación puede llegar a ser la técnica que entregue información relevante al entrevistador, para esto se deben especificar previamente de manera clara las categorías a observar, por lo que se hace evidente en esta técnica, que sólo se puede realizar en conductas motoras, por lo que está especialmente indicada para evaluar los rituales obsesivos. En la población infantil constituye un procedimiento muy recomendable, para lo cual se hace necesario entrenar a los padres o cuidadores en ciertas técnicas precisas para contabilizar las observaciones, siendo los más utilizados los métodos de papel y lápiz, aunque se pueden emplear también contadores de muñeca o cronómetros para evaluar la duración del ritual (Buela-Casal y Sierra,1997).

La autoobservación y autorregistro constituyen un método de recogida de información, que no sólo permite al sujeto tener una conciencia más clara de su problema, sino que además del efecto reactivo que le produce, proporcionan información de todas las modalidades de respuesta tanto fisiológica, conductual como cognitiva (Buela-Casal y Sierra, 1997). Por lo que se puede utilizar en obsesiones como en compulsiones.

Diario de autorregistro

El autorregistro es un método mediante el cual la persona anota sus pensamientos obsesivos y actos compulsivos después de tener una definición operativa de que son cada uno de ellos, pudiendo incluirse otros datos a registrar como las características de la conducta, sus parámetros cuantitativos, el estado emocional, los métodos de control aplicados encaminados a eliminar o reducir los pensamientos o actos, u otros factores a registrar (Caballo, 1998).

Los diarios de autorregistro tienden a evaluar el malestar asociado a los pensamientos, a la frecuencia y a la duración total de los mismos (Buela-Casal,

1996). Sin embargo, hay que tener en cuenta la posibilidad de un incremento transitorio de la frecuencia de la sintomatología Obsesiva-compulsiva en los primeros días de autorregistro, lo cual podría interferir con la eficacia supuesta del tratamiento y con la pérdida de información relevante (Caballo, 1998).

No obstante, esto no impide que el autorregistro sea uno de los métodos más útiles de registro y de línea base del problema del paciente. Raich (citado en Buela-Casal y Sierra, 1997) propone un estilo de autorregistro en el cual se debe registrar el malestar provocado por los pensamientos y rituales, de acuerdo con una escala como se presenta a continuación:

Pensamientos que causan malestar	Grado de malestar (0 a 19)	Consecuencias desastrosas	Activación para impedir que se produzca el desastre	Grado de malestar (0 a 10)
¿Abre cerrado la puerta?	9	Pueden entrar ladrones y asesinos	Comprobar la puerta abriéndola y cerrándola	4

Ejemplo de autorregistro de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas.

Es importante asegurarse de que los pacientes utilicen las escalas de forma realista, de modo que la puntuación máxima se defina como la peor de los síntomas durante el último mes y no lo peor de toda la vida (Caballo, 1998).

Una vez que se realiza la evaluación inicial de manera amplia mediante el uso de técnicas e instrumentos estandarizados ya mencionados, se realiza un análisis funcional, el cual permite unir la evaluación y el tratamiento adecuado a partir de los datos obtenidos en la evaluación.

1.2.3.10 Análisis funcional

Consiste en establecer las relaciones funcionales o secuencias que caracterizan una conducta, analizando los antecedentes y consecuentes que explican que la

conducta se dé y se mantenga en el tiempo. Así mismo nos permite conocer exactamente qué ocurre (cuál es la conducta problemática: que piensa, dice, hace, siente, o cómo reacciona la persona), en qué circunstancias contextuales (ante que estímulos o personas se da la conducta) ocurre la conducta y que efectos o consecuencias tiene en el medio (que hacen los otros, que beneficios o pérdidas reporta a la persona, como se siente).

El análisis funcional se compone de:

- Antecedentes: se entiende por antecedente aquel acontecimiento que ocurre inmediatamente antes de la conducta problema externo o interno.

- Organismo: hace referencia a aquellas variables del organismo que tienen relación directa con la secuencia, pudiendo influir en los acontecimientos que ocurren en ella.

- Respuesta: por respuesta se entiende toda actividad del organismo (motora, fisiológica o cognitiva).

- Consecuente: aparecen siguiendo la conducta problema y la mantienen, se dan por el medio o por sí mismos.

Existen diferentes tipos de evaluación y la historia clínica considera diferentes variables, como se habla de una comorbilidad se apoya de inventarios y test que se enfocan a un padecimiento diferente como depresión o algún tipo de espectro de ansiedad, se mide inteligencia, adaptabilidad, todos estos tratamientos nos pueden indicar el grado del trastorno obsesivo compulsivo, es importante recalcar que se ve fragmentado el trastorno obsesivo compulsivo es una parte de la vida de la persona que sufre los efectos en menor o mayor grado y con dificultad para encontrar el origen y así poder decidir un tratamiento adecuado, ahora es importante revisar los que nos menciona la literatura y cuáles son los resultados.

1.2.4 Tratamiento.

Las intervenciones más eficaces están apoyadas en modelos conductuales o cognitivo-conductuales asociadas, según el caso, a tratamiento farmacológico (James y Blackburn, 1995).

1.2.4.1 Exposición y Prevención de la respuesta

Meyer (1966) desarrolló un tratamiento específico para este tipo de trastorno llamado exposición con prevención de respuesta o EPR. Este tratamiento mostró resultados alentadores, con una respuesta inmediata en 40% a 75% de los pacientes a los cuales se les aplicó y en la actualidad es el tratamiento específico para TOC con mayor cantidad de estudios de eficacia (Abramowitz, 1997).

La base teórica de la EPR está basada en la teoría de dos fases, del miedo y la evitación, en la primera fase existe un condicionamiento clásico de los miedos obsesivos, en el cual objetos neutrales (cuchillos, tijeras) adquieren la habilidad de producir malestar, debido a que se asocian con una experiencia aversiva (pensamiento súbito de lastimar a su hijo) o imágenes (el demonio) que se asocian a miedo/ansiedad, a través de su relación con un estímulo de aversión que produce malestar. En la segunda fase, o de mantenimiento, se presenta un reforzamiento negativo de las conductas que reducen la ansiedad provocada por los miedos obsesivos (Nicolini, 2012).

El objetivo de la exposición es reducir la ansiedad y el malestar que se asocian a las obsesiones mediante un proceso llamado habituación. La habituación es un proceso natural mediante el cual el sistema nervioso “se acostumbra a” o “se aburre” a los estímulos temidos a través del contacto repetido y prolongado.

La exposición y prevención de respuesta (EPR) consiste en realizar una exposición gradual a las situaciones, pensamientos o imágenes temidas (obsesiones) del cliente, mientras que, al mismo tiempo, se le impide que lleve a cabo el ritual asociado, previniendo la respuesta de escape o evitación de las conductas que neutralizan o alivian su malestar. Mediante la prevención de respuesta se consigue

que el cliente compruebe que, aunque no realice las compulsiones o los rituales, su ansiedad se reduce (Márquez, et al., 2007).

Exposición a estímulos

- 1) Se deberá realizar una lista de objetos o situaciones temidas que incrementen las obsesiones y la necesidad de realizar las compulsiones: lugares o fotos, objetos que se ha resistido a tocar, palabras o números que se evitan escribir, decir, escuchar o ver, actividades que por las obsesiones se consideren inapropiadas o malas, etcétera.
- 2) Posteriormente se realizará la jerarquía de temores ordenados según el nivel de ansiedad que le genera cada estímulo temido, utilizando la escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM), que va de cero a cien puntos, donde 0 equivale a una ausencia absoluta de ansiedad; 50 ansiedad media, y 100 equivale a la situación que más ansiedad genera.
- 3) Se desarrollará e implementará el plan de exposiciones, empezando con los estímulos que generen un grado moderado de ansiedad, permitiendo que aumente la ansiedad y se permanezca en la exposición hasta que las USM empiecen a disminuir sin realizar las compulsiones u otras respuestas que disminuyan o neutralicen el malestar causado por la exposición.
- 4) Repetir las exposiciones hasta que las USM de esa exposición bajen a 20 o menos y posteriormente se pasará al siguiente estímulo temido de la lista.

Específicamente, la terapia psicológica basada en prevención de respuesta y exposición en vivo ha probado ser muy eficaz, tanto en personas adultas (Foa, et al., 2005).

La EPR tiene un impacto clínicamente significativo en la mayoría de los pacientes, sin embargo, tiene una tasa de deserción del 25% y una tasa de rechazo de entre el 5% y el 22% de los participantes. Esto puede deberse en parte a que es un tratamiento intensivo y potencialmente desagradable para el paciente, ya que éste debe exponerse a una situación temida y permanecer en esa situación durante un período significativo de tiempo. Este aspecto, junto con la gran comorbilidad que presenta el TOC con los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o por abuso de sustancias, hace que el abordaje de este problema sea a veces complejo (León et al., 2014).

1.2.4.2 Defusión cognitiva.

La defusión cognitiva es un componente de la Terapia de Aceptación y Compromiso orientada a reducir la fusión pensamiento-acción. No elimina o sustituye los pensamientos intrusivos si no que disminuye su influencia. Algunas personas con obsesiones dudan de si lo que han pensado ha sido un pensamiento o lo han hecho realmente. En estos casos, el objetivo será que aprendan a diferenciar entre pensamientos y acciones (Gavino, 2008); es decir, que desliteralicen las palabras-conceptos y vean, con ello, que los pensamientos son sólo pensamientos o recuerdos y no sucesos reales presentes. Este proceso de desliteralización se puede lograr a través de la contemplación del pensamiento, de la repetición de este en alto hasta que sólo quede el sonido, de la observación del pensamiento como un evento externo que puede modificarse (en forma, color, velocidad o aspecto) o del agradecimiento a la mente por haber proporcionado tal pensamiento, entre otras técnicas (Hayes et al., 2006). Tales métodos conducirán a una actitud más objetiva y distanciada respecto a los pensamientos, facilitando que éstos dejen de ser estímulos condicionados de respuestas emocionales intensas y dejen de ser discriminativos de respuestas disfuncionales de evitación o escape. De este modo, la defusión cognitiva ayuda a disminuir la credibilidad o el apego a los pensamientos, aunque no necesariamente altera su frecuencia.

1.2.4.3 Parada de pensamiento

Esta técnica fue descrita por Bain en 1928 y adaptada por Wolpe en 1978 para el manejo de los pensamientos fóbicos y obsesivos. La técnica consiste en entrenar a las personas para cortar los pensamientos intrusivos cuando éstos aparecen, a continuación, darse una autoinstrucción y finalmente introducir una imagen o escena agradable que sirva de distracción (Davis et al., 1985).

En TOC la técnica se puede utilizar en cuanto aparecen los pensamientos obsesivos y para prevenir la aparición de las compulsiones o de tipo encubiertas (rituales mentales). Es importante especificar el momento en que se ha de utilizar la técnica, ante qué tipo de pensamientos y entrenar en sesión cómo se aplicará, con la intención de evitar que la técnica pueda ser utilizada por el cliente como una neutralización más (Labrador, 2008).

1.2.4.4 Tratamiento farmacológico.

La investigación farmacológica ha demostrado que el TOC responde bien al tratamiento con antidepresivos (Pigott y Seay, 1999), incluso aunque los clientes no presenten un grado de depresión clínicamente relevante. Concretamente, a los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina, entre los que destaca especialmente el antidepresivo tricíclico clomipramina, prescrito en dosis elevadas (200-300 mg) y con tratamiento prolongado a lo largo de toda la vida con dosis de mantenimiento (100-150 mg). Este tratamiento presenta una tasa de efectividad cercana al 60% de los casos. Otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; fluvoxamina, 150-300 mg; fluoxetina; paroxetina, 40-60 mg y sertralina, 100-200 mg) también se han mostrado eficaces. Sin embargo, la investigación ha mostrado que el tratamiento farmacológico es menos eficaz que el EPR, al existir una menor reducción de la sintomatología obsesivo-compulsiva y la presencia de efectos secundarios (especialmente en el caso de la clomipramina) en el caso del tratamiento farmacológico (Vallejo, 2011).

A pesar de la facilidad de su aplicación y de los efectos moderados que consigue, el tratamiento farmacológico tiene limitaciones importantes: da lugar a más recaídas y abandonos del tratamiento que EPR, tiene efectos secundarios significativos y

está contraindicado en mujeres que quieren quedarse o están embarazadas o cuando interfiere con otras medicaciones. A pesar de esto, los fármacos son una alternativa relativamente eficaz y suele ser frecuente su combinación con el tratamiento psicológico. Finalmente, casos muy graves de TOC que no han respondido al tratamiento psicológico ni farmacológico pueden beneficiarse de la psicocirugía, capsulotomía, cingulotomía (Bados, 2005).

Al hacer una revisión de la información de cómo se define al trastorno obsesivo compulsivo y como ha aumentado en la sociedad mexicana por diversos factores enlazados con la modernidad y como no ha encontrado una causa específica además de los tratamientos diferentes desde las diversas disciplinas que emplean la fragmentación del cuerpo es necesario hacer otra revisión desde la construcción de lo corporal que nos permita analizar cómo se construyen los padecimientos que afectan la salud mental de las personas que presentan el trastorno obsesivo compulsivo.

Capítulo 2. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LO CORPORAL.

2.1 Indicaciones sociales sobre el cuerpo.

Marx (1867) en el capital proporciona un análisis clásico de la condición corporal del hombre en el trabajo. Estos estudios tienen urgencias diferentes y no les interesa proporcionar herramientas útiles para pensar en el cuerpo de manera metódica, aunque contienen la primera condición de un enfoque sociológico del cuerpo, ya que no lo consideran como una naturaleza cuyas claves se encuentran en factores biológicos, sino como una forma moldeada de interacción social.

La corporeidad no constituye el objeto de un estudio aparte, sino que está subsumida por los indicadores vinculados a problemas de salud pública o a las

relaciones específicas con el trabajo. La relación física del obrero con el mundo que lo rodea, su apariencia, su salud, su alimentación, su vivienda, su alcoholismo, su sexualidad, la educación de los hijos, son temas considerados para mostrar sin complacencia las condiciones de vida de las capas trabajadoras.

Por su parte Hertz (1928) observó que las razones fisiológicas son netamente secundarias si se observa el obstáculo cultural formado por las representaciones siempre negativas asociadas a la izquierda y siempre positivas a la derecha. La oposición no es solamente física, sino también moral: la izquierda implica la torpeza, la deformación, la traición, el ridículo; la derecha recuerda la destreza, la rectitud, el valor, etc. La polaridad religiosa entre lo sagrado y lo profano aparece de manera transparente. Si la derecha es una cualidad de lo trascendental la izquierda lleva en sí misma el riesgo de la deshonra.

En la cortesía pueril de (Erasmo, 1530 como se citó en Le Breton, 2002) se enseña a los niños las maneras de vivir, se cristalizó para las diferentes sociedades europeas de la época la noción fundacional de cortesía. Las reglas de cortesía se impusieron en las capas sociales más altas: cómo comportarse en sociedad si uno no quiere ser rústico o parecerlo. Poco a poco el cuerpo fue desapareciendo de la cortesía y, luego, la civilización de las costumbres llegó a regular los movimientos más íntimos y ínfimos de la corporeidad (las costumbres en la mesa, la satisfacción de las necesidades naturales, tirarse pedos, escupir, las relaciones sexuales, el pudor, las manifestaciones de violencia, etc.).

Mead (1935) mostró el relativismo cultural del estatus de los sexos y de las cualidades que se les atribuyen. A través de una investigación con tres sociedades de Nueva Guinea, intenta discernir “la parte de las construcciones mentales en relación con la realidad de los hechos biológicos sexuales”

En los Arapesch y los Mundugumor, aunque los hombres y las mujeres tienen un rol diferente, no se percibe entre ellos ninguna diferencia de temperamento. No existen ideas del orden de la dominación, el coraje, la agresividad, la objetividad, la maleabilidad, que pueden asociarse de un sexo a otro. Los Chambuli, por el

contrario, dieron una imagen inversa de lo que sucede en nuestra sociedad. La mujer es la dominante; tiene la cabeza fría y es la que conduce el bote; de los dos, el hombre es el menos capaz y el más emotivo. Las características físicas y morales, los atributos asignados al sexo provienen de elecciones culturales y sociales y no de una inclinación natural que establecería de una vez y para siempre al hombre y a la mujer en un destino biológico. La condición del hombre y de la mujer no está inscrita en su estado corporal, está socialmente construida.

Como decía Beauvoir (1998) “no se nace mujer, se llega a serlo”. Y lo mismo sucede con el hombre.

A pesar de que, de acuerdo con el sexo, puedan observarse diferencias de talla, de peso, de longevidad, etcétera. Dentro de una misma sociedad, eso no significa que en lo concreto de la vida cotidiana de los actores no se trate de una ley intangible, sino de tendencias. Otras sociedades experimentan variaciones que no van siempre en un sentido desventajoso para la mujer. Parece que ciertas diferencias físicas estadísticamente verificables entre el hombre y la mujer dependen más del sistema de expectativas que les atribuye preferencialmente roles a los cuales se conforman sistemas educativos y modos de vida. Hay una interpretación social de estas diferencias, una moral que las rodea y que confirma al hombre y a la mujer en el estatus en el que se han fijado (Le Breton, 2002).

En nuestras sociedades, la niña o el niño suelen ser educados según una predestinación social que les impone un sistema de actitudes que corresponden a estereotipos sociales.

Belotti (1992) observó el condicionamiento social diferenciado que se ejerce sobre la niña y el niño a través de la educación de la madre y, luego, del padre, que es retomada por el jardín de infantes, la escuela primaria y reforzada, además, por los juegos y juguetes con los que los niños se divierten, las canciones infantiles, etcétera. Un molde distintivo de los sexos prepara un rol futuro para el hombre y la mujer, que depende de los estereotipos de lo masculino y lo femenino.

Las representaciones del cuerpo son una función de las representaciones de la persona. Al enunciar lo que hace el hombre, sus límites, sus relaciones con la naturaleza o con los otros, se dice algo de su carne. Las representaciones de la persona y las del cuerpo, están insertadas en las visiones del mundo de las diferentes comunidades humanas. El cuerpo parece ser algo evidente, pero finalmente, no hay nada menos difícil de penetrar que él. El cuerpo está construido socialmente, tanto en lo que se pone en juego en la escena colectiva como en las teorías que explican su funcionamiento en las relaciones que mantiene con el hombre que la encarna (Le Breton, 2002).

2.2 El hombre producto de su cuerpo

Se somete las diferencias sociales y culturales a la primacía de lo biológico, se trata de naturalizar las desigualdades de condiciones justificándolas a través de observaciones científicas: el peso del cerebro, el ángulo facial, la fisonomía, la frenología, el índice encefálico, etcétera (Le Breton, 2002).

El orden del mundo obedece a un orden biológico, con lo que lo único que se precisa encontrar son las pruebas en las apariencias del cuerpo. Se mide, se corta, se pesa, se hacen autopsias, se clasifican miles de signos que se transforman en indicios para disolver al individuo en los auspicios de la raza o de la categoría moral (Le Breton, 2002).

La unidad humana está fragmentada, la vida toma las apariencias de un poder mecánico. El cuerpo, despedazado en sus componentes, cae bajo la ley de la convertibilidad y del intercambio generalizado tanto más fácilmente cuanto que la cuestión antropológica de su estatus está suspendida (Le Breton, 1990).

2.3 El cuerpo en la edad media.

La dinámica de la sociedad y de la civilización medievales es el resultado de una serie de tensiones: tensión entre Dios y el hombre, tensión entre el hombre y la mujer, tensión entre la ciudad y el campo, tensión entre lo alto y lo bajo, tensión

entre la riqueza y la pobreza, tensión entre la razón y la fe, tensión entre la violencia y la paz. Pero una de las principales tensiones es la que se produce entre el cuerpo y el alma. Y más todavía en el interior del cuerpo mismo (Le Goff y Truong, 2005).

El cuerpo es despreciado, condenado, humillado. En la cristiandad, la salvación pasa por una penitencia corporal. En el umbral de la Edad Media, el papa Gregorio Magno califica el cuerpo de abominable vestimenta del alma. El modelo humano de la sociedad de la alta Edad Media, el monje, mortifica su cuerpo. La gula y la lujuria son los mayores pecados capitales. El pecado original, fuente de la desdicha humana, que figura en el Génesis como un pecado de orgullo y un desafío del hombre hacia Dios, se convierte en la Edad Media en un pecado sexual. El cuerpo es el gran perdedor del pecado de Adán y Eva revisado de este modo. El primer hombre y la primera mujer están condenados al trabajo y al dolor, trabajo manual o trabajo del alumbramiento acompañado por sufrimientos físicos, y deben ocultar la desnudez de su cuerpo (Le Goff y Truong, 2005).

Por otro lado, el cuerpo se glorifica en el cristianismo medieval. El acontecimiento capital de la historia la encarnación de Jesús fue la redención de la humanidad mediante el gesto salvador de Dios, del hijo de Dios, tomando un cuerpo de hombre. Y Jesús, Dios encarnado, venció a la muerte: la resurrección de Cristo funda el dogma cristiano de la resurrección de los cuerpos, creencia inaudita en el mundo de las religiones. En el más allá, hombres y mujeres volverán a encontrar un cuerpo, para sufrir en el infierno, para gozar lícitamente gracias a un cuerpo glorioso en el paraíso, donde los cinco sentidos serán agasajados: la vista en la plenitud de la visión de Dios y de la luz celeste, el olfato en el perfume de las flores, el oído en la música de los coros angelicales, el gusto en el sabor de los alimentos celestes y el tacto en el contacto del aire quintaesenciado del cielo (Le Goff y Truong, 2005).

Es preciso recordar que no es la Edad Media la que separa el alma del cuerpo de manera radical, sino la razón clásica del siglo XVII. Alimentada por las concepciones de Platón según las cuales el alma preexiste al cuerpo, filosofía que nutrirá el desprecio del cuerpo de los ascetas cristianos como orígenes (hacia 185-hacia 252), pero también penetrada por las tesis de Aristóteles según el cual el alma es la forma

del cuerpo, la Edad Media concibe que cada hombre se compone, pues, de un cuerpo, material, creado y mortal, y de un alma, inmaterial, creada e inmortal (Schmitt, 1999).

Cuerpo y alma son indisociables. El primero es exterior (foris), la segunda es interior (intus), y se comunican mediante toda una red de influencias y de signos, (Schmitt, 1999).

La tensión que atraviesa el cuerpo en la Edad Media es de nuevo perceptible en esta enfermedad del alma, de la que la corrupción del cuerpo, pensamos, que es la parte que ha emergido. El leproso, símbolo por excelencia del pecado (Agrimi y Crisciani, 1978).

En la Edad Media no existe el cuerpo en sí. Siempre está penetrado de alma, y su salvación es predominante. De esta manera, la medicina es, en primer lugar, una medicina del alma que pasa por el cuerpo sin jamás reducirse a él. La medicina carnal se vio, pues, apropiada, absorbida por la medicina espiritual. Esta medicina de las almas se hacía cargo, al mismo tiempo, de los cuerpos sufrientes (Le Goff y Truong, 2005).

El enfermo es un ser rechazado al mismo tiempo que un elegido. Un precepto de la Biblia es determinante en este caso: Cristo es un médico. Médico del cuerpo como lo testimonian sus curaciones milagrosas, médico del alma, muestra a los hombres el camino de la salvación. Cristo es también un medicamento, ya que ha sido utilizado para curar las heridas de nuestros pecados. Finalmente, indica al enfermo el valor del sufrimiento y de la paciencia silenciosa como medicamento del espíritu; y nos enseña la paciencia de la caridad, confiándonos también mediante su resurrección la prenda de la redención. Cristo es, asimismo, un enfermo, un cuerpo sufriente (Agrimi y Crisciani, 1978).

La teoría de los cuatro humores, habitualmente atribuida al médico griego Hipócrates (hacia 460-377 a. C.), trata de que el cuerpo encierra sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Esto es lo que constituye la naturaleza del cuerpo; esto es lo

que es causa de la enfermedad o de la salud. En estas condiciones, hay salud perfecta cuando estos humores están en una proporción justa entre sí tanto desde el punto de vista de la calidad como de la cantidad y cuando su mezcla es perfecta. Hay enfermedad cuando uno de estos humores, en cantidad demasiado pequeña o grande, se aísla, y no sólo el lugar que ha abandonado enferma, sino también aquel en el que se fija y se amasa, mediante una obstrucción excesiva, provoca sufrimiento y dolor (Le Goff y Truong, 2005).

Esta manera de considerar la enfermedad como una perturbación de las relaciones entre los cuatro humores se extenderá al conjunto de la medicina occidental. Pero conviene recordar un texto decisivo de Alcmeón de Crotona (hacia 500 a. C.), médico y filósofo de Italia, según el cual, recuerda su doxógrafo, la salud se mantiene mediante los derechos iguales de las cualidades, húmedo, seco, caliente, amargo, dulce entre otros, mientras que el reino exclusivo entre ellas produce la enfermedad. Las enfermedades llegan, en lo que concierne al agente, a causa del exceso de calor o de sequedad; en lo relativo al origen, a causa del exceso o la falta de alimento; en lo relativo al lugar, en la sangre, la médula y el cerebro. Nacen también a veces de causas externas, como las aguas, el lugar, las fatigas, la angustia o las cosas análogas. La salud es la mezcla adecuada. Un nuevo arte médico se constituye precisamente con la finalidad de ayudar a la naturaleza humana en sus esfuerzos por conservar y volver a encontrar las proporciones adecuadas y el equilibrio tanto en el interior del cuerpo como en sus relaciones con el exterior (Le Goff & Truong, 2005).

El hombre microcosmos de la sociedad tiene dos órganos principales: la cabeza y el corazón. El papa es la cabeza que da a los miembros, es decir, a los fieles, la verdadera doctrina y los conmina a cumplir las buenas obras. De la cabeza parten los nervios, que representan la jerarquía eclesiástica que une los miembros entre sí y con su jefe, Cristo, cuyo lugar ocupa el papa y que garantiza la unidad de la fe. El príncipe es el corazón del que parten las venas que distribuyen la sangre. Del mismo

modo, del rey proceden las ordenanzas, las leyes, las costumbres legítimas que transportan la sustancia nutritiva, es decir, la justicia, a todas las partes del organismo social. Dado que la sangre es el elemento vital por excelencia, el más importante de todo el cuerpo humano, las venas son más valiosas que los nervios y el corazón domina sobre la cabeza. El rey es, pues, superior al papa (Pacificus, 1302 citado en Le Goff & Truong, 2005).

2.4 El cuerpo en la sociedad moderna.

La concepción moderna del cuerpo implica que el hombre sea separado del cosmos, ya no es el macrocosmos el que explica la carne, sino una anatomía y una fisiología que solo existe en el cuerpo, de los otros, pasaje de una sociedad de tipo comunitaria a una sociedad de tipo individualista en la que el cuerpo es la frontera de la persona y, finalmente, de sí mismo el cuerpo está planteado como algo diferente a él (Le Breton, 2002).

Algunas sociedades no aíslan el cuerpo del hombre y lo inscriben en una red compleja de correspondencias entre la condición humana y la naturaleza o el cosmos que lo rodea.

En un estudio muestra como los canacos, en una sociedad comunitaria no hay ninguna palabra específica que sirva para designar los órganos o el cuerpo. El conjunto del vocabulario aplicado a los componentes de lo que nosotros denominamos “cuerpo” está extraído del reino vegetal. Los órganos o los huesos, que sólo lo son para nosotros, llevan nombres de frutos, de árboles, etc. No hay una ruptura entre la carne del mundo y la carne del hombre (M. Leenhardt.1947 citado en Le Breton, 2002).

El cuerpo es una realidad cambiante de una sociedad a otra: las imágenes que lo definen y que le dan sentido a su espesor invisible, los sistemas de conocimiento que intentan dilucidar su naturaleza, los ritos y los signos que lo ponen en escena

socialmente. El cuerpo no es solamente una colección de órganos y de funciones coordinadas según las leyes de la anatomía y de la fisiología (Le Breton, 2002).

Mauss (1934) propuso ante la sociedad de psicología las técnicas corporales. Consideradas como gestos codificados para obtener una eficacia práctica o simbólica, se trata de modalidades de acción, secuencia de gestos, de sincronías musculares que se suceden para obtener una finalidad precisa. El cuerpo es el primero y el más natural instrumento del hombre.

Más allá de las incitaciones implícitas recibidas del grupo de pertenencia, cada actor reacciona frente al dolor con un estilo propio. En un mismo grupo, más allá de la manera corcondante de reaccionar, algunos son considerados más duros que otros o más blandos, más sensibles. Estas diferencias suelen apuntar a la educación recibida y al tipo de relación afectiva con la madre. En nuestras sociedades, al varón se le educa para soportar el dolor, en relación con una imagen de la virilidad, de la fuerza de carácter. Sus padres se esfuerzan por luchar en contra de sus inclinaciones hacia la emotividad o a dejar pasar las cosas. Debe asimilar las características que se suponen específicas del hombre. Por el contrario, se toleran con facilidad, e incluso se alientan, las manifestaciones de sensibilidad de las niñas. Las lágrimas y los quejidos se admiten menos en el varón que en la niña, a la que se considera más blanda. De este modo, la educación transforma a los niños en actores de acuerdo con una cierta imagen de la mujer y del hombre en curso en la sociedad (Mauss, 1934).

Por otra parte, las conductas de higiene y las relaciones imaginarias con la limpieza o la suciedad son profundamente heterogéneas entre sociedades, entre culturas y clases sociales. Las conductas de higiene que se promueven en las sociedades occidentales están marcadas por dominación del modelo médico. Una visión del mundo heredada de la cultura científica y que se corresponde aproximadamente a las conductas cotidianas de la población de la clase media de nuestras sociedades, menos con la de los sectores populares que con frecuencia funcionan, no sobre la base de ausencia de higiene, sino sobre la base de otra relación con la higiene o la prevención (Loux, 1978).

Las actitudes occidentales no suelen considerar el poder de los sistemas simbólicos que proporcionan sentido a la vida colectiva de las comunidades humanas alejadas de nuestros modos de existencia. Pero las conductas de higiene de nuestras sociedades también están basadas en una simbología de lo limpio y lo sucio, de lo beneficioso y de lo nefasto: también están culturalmente condicionadas.

Las prácticas de higiene están con frecuencia incluidas en la prevención. En las sociedades que todavía no pertenecen a la modernidad, o en las capas populares de nuestras sociedades, los modos de prevención forman parte de la cultura de todos los días y sus exigencias son recordadas por los ancianos. A la inversa, la prevención y la higiene orientadas desde un punto de vista médico se imponen desde el exterior a poblaciones que comprenden sus razones. Lavar a un niño solamente el fin de semana, por ejemplo, puede parecer extraño para un individuo que comparta una visión médica de la higiene. A fines del siglo XIX, en las familias de las poblaciones rurales, las madres acostumbraban no lavarles la cabeza a sus hijos, los agentes sanitarios de la época se enfrentaban a lo que consideraban una negligencia culpable, es más, una indignidad de parte de las madres. De hecho, para estas mujeres se trataba de una acción preventiva. No lavaban la cabeza del niño y, por supuesto, el resto del cuerpo, pero sobre todo la cabeza, porque para ellas era su zona vulnerable. Había que protegerla con una especie de segunda piel. Consideraban que la fontanela era frágil y que corría el riesgo de romperse por el efecto de un enjabonado demasiado enérgico. Además, creían que ese espacio poroso, era fácilmente penetrable por el “gusano de la cabeza”: la meningitis. Suponían que la capa de suciedad protegía al niño de esas formas virulentas de adversidad (Loux, 1978).

2.5 El cuerpo como unidad en la psicología corporal

Para la medicina tradicional china, el organismo humano es un reflejo microcósmico del universo macrocósmico, todo un mundo interno compuesto por los mismos elementos y energías y sujeto a las mismas leyes naturales que el mundo externo y el cosmos. Los principios universales que rigen todo lo que hay bajo el cielo se conocen como el camino (Tao) y se aplican por igual a las estrellas y los planetas,

las moléculas y los átomos, y funcionan exactamente de la misma forma en el organismo humano que en el sistema solar. Puesto que la naturaleza es la manifestación más evidente y duradera del Tao sobre la tierra, buena parte de la terminología tradicional de la medicina china deriva directamente de los fenómenos naturales (fuego y agua, viento y calor, sequedad y humedad, etcétera). En la medicina china, la naturaleza manifiesta es el modelo que permite al médico comprender y manipular los elementos y energías internos del organismo humano. Cuando las energías elementales del organismo humano se mantienen en un estado natural de equilibrio dinámico y armonía funcional, hace buen tiempo dentro del cuerpo y florece el jardín de la salud humana, tanto mental como física (Reid, 1997).

En el espacio del cuerpo se presentan diferentes formas de ser y de sentir como una compleja red de posibilidades para construir emociones y sentimientos que pueden ser dependientes o independientes de la existencia misma del individuo y que le permiten sobrepasar el reto de sentir, expresar y obtener afecto de manera auténtica y desinteresada por parte de quienes lo rodean si deja fluir las emociones sin esperar recompensas ni condicionar para esperar algo a cambio (Rivera, 2008).

Para la medicina occidental, el cuerpo humano es una máquina compuesta por piezas independientes, a menudo sustituibles, y el médico es el mecánico especializado que la repara cuando se avería, o quien reemplaza las partes gastadas cuando se estropean. Sólo reconoce el soma (el cuerpo) y la psique (la mente), y los separa en dos departamentos independientes, y a menudo contrapuestos, en la atención sanitaria (fisiología y psicología); además, fragmenta diversos aspectos de cada uno en subdepartamentos todavía más especializados, con escasa o nula conexión entre ellos (Reid, 1997).

La evolución de la medicina occidental moderna se debe a la disección y el estudio de cadáveres, y esta investigación se ha aplicado de forma literal a los seres humanos vivos, sin tener en cuenta las energías dinámicas que rigen los órganos físicos y las demás partes del cuerpo humano vivo (Reid, 1997).

2.5.1. Principio de vida.

Para Duran (2013) el cuerpo en unidad tiene componentes y se define por ellos, cuerpo en unidad sin ser fragmentado, articulado al interior entre sus órganos... cuerpo en unidad, determinado y construido espiritual, social e históricamente; cuerpo en unidad, atravesado por una cultura; cuerpo en unidad con emociones intrínsecamente emanadas del órgano en complementos actitudinales.

Cuando no hay trabajo corporal se tiene un cuerpo deformado por el pensamiento competitivo, de poder, de ambición conjugado con una comida pensada para consumirla rápido y volver a la competencia, lo cual desequilibra el interior temporal y permanente (López, 2006).

Esto hace necesario seguir dos principios para la supervivencia de la vida, el de cooperación y el principio de vida. López (2006) los describe:

- 1) El principio de cooperación hace referencia a que el cuerpo, como mecanismo autorregulador, encuentra en sus células que lo mantienen acciones de cooperación para llevar a cabo sus funciones para alcanzar como propósito a la vida misma. Pero también es un principio hacia el exterior, es decir, desarrollar una actitud de cooperación hacia los otros, lo cual supone un crecimiento personal “Construir un sentido de la cooperación no sólo es darle una limosna al otro, es a veces conducirlo en su trayectoria”.
- 2) El principio de vida supone preservar la existencia como ser humano en y con el mundo. El cuerpo-sujeto regido por el principio de vida busca preservar su existencia en una temporalidad que está cruzada por lo biológico, histórico y cultural que la acortan o alargan según se respete o no dicho principio pero por otro, en ese proceso está la muerte siempre presente, desde el nivel celular hasta el nivel más psicosocial. Reconocer, aceptar y actuar en concordancia con esta condición también influenciada por las instituciones,

lo que supone que el cuerpo sujeto asuma una posición ante la vida donde este antagonismo es una posibilidad de construcción existencial.

2.5.2. La dinámica del yin y el yang

La teoría del yin-yang sostiene que todo fenómeno o cosa en el universo conlleva dos aspectos opuestos: yin y yang, los cuales se hallan a la vez en contradicción y en interdependencia. La relación entre yin y yang es la relación universal del mundo material, principio y razón de la existencia de millones de cosas y causa primera de la aparición y desaparición de toda cosa (Campos, 2011).

Zhang, Jun, y Jin Zheng (1984) menciona que el movimiento continuo del yin-yang se establece en cuatro diferentes relaciones: oposición, interdependencia, crecimiento-decrecimiento e intertransformación:

- 1) Oposición: implica que yin y yang, mantengan una cooperación que permita la armonía de energías durante el proceso de cambio, una no debe dominar a la otra. Por ejemplo, el calor permite la vida (yang) y su opuesto el frío (yin) controla al calor para permitir la vida.
- 2) interdependencia: significa que yin-yang no pueden existir el uno sin el otro, tal es el caso del día y la noche, de la vida y la muerte.
- 3) Crecimiento-Decrecimiento: decrecer implica perder y crecer es ganar o adquirir. Crecer y decrecer son dos aspectos del yin y el yang que son dinámicos, cuando yin aumenta yang decrece y viceversa; un desequilibrio implica que uno consuma al otro.

- 4) Intertransformación: Yin- Yang pueden transformarse en su opuesto, yin se transforma en yang y yang se transforma en yin, por ejemplo: un enfermo, después de tener fiebre elevada, presenta un descenso de su temperatura y un pulso; su cuerpo presentó síntomas yang que después se transforman en yin. La intertransformación permite la continua reelaboración del cosmos, de igual forma la reelaboración del cuerpo.

2.5.3. La relación órgano-emoción

Mediante la transformación del yang y su unión con el yin, surgen las cinco energías elementales: madera, fuego, tierra, metal y agua, cada una con su propia naturaleza específica, según la parte que tienen de yin y yang. Las cinco energías elementales se combinan y recombinan de innumerables maneras para crear la existencia manifiesta. Todas las cosas contienen estas cinco energías en diversas proporciones (Reid, 1997).

Todas las actividades, transformaciones y fases cíclicas en las que intervienen las cinco energías elementales, en la naturaleza y en los seres humanos, se rigen por un sistema dinámico de verificaciones y equilibrios que se conoce como ciclo creativo (sheng) y ciclo de control (keh), o relación madre-hijo y vencedor-vencido. Estos ciclos complementarios ajustan automáticamente el equilibrio global y la armonía funcional de todo el sistema según las polaridades relativas del yin y el yang en las diversas interacciones de las cinco energías elementales. Cuando se produce un desequilibrio entre dos energías y sus respectivas funciones, el ciclo creativo y el de control lo compensan y lo corrigen para devolver la armonía funcional a todo el organismo (Reid, 1997).

Zhang, Jun, & Jin Zheng (1984), explican la relación órgano emoción:

Madera: Hígado-Vesícula biliar-Ira-ácido

La madera es hígado, es vesícula biliar, es ojos, es tendón, es primavera, color verde, sabor agrio, corresponde al viento y al este, es germinación. Es ira, es el

coraje de una emoción que se desplaza con lentitud al interior del organismo y puede destrozar a un cuerpo por medio de la artritis.

Un hígado fuerte lleva a la innovación y a enfrentar la vida con coraje, al equilibrio emocional y a la coherencia por el contrario un hígado débil lleva al nerviosismo y a las contradicciones, a un temperamento voluble y a la contención emocional que más adelante se convierte en frustración. El hígado nutre el tendón, los ligamentos, los músculos y los ojos.

El hígado secreta la bilis, ésta es almacenada en la vesícula biliar, que regula la cantidad de bilis que llega al estómago e intestinos para la digestión del alimento, coopera con él y estimula el movimiento intestinal, infunde la capacidad de tomar decisiones y el hígado la capacidad de actuar. En el elemento madera la ira se expresa en el ojo y cuando es escasa hay falta de carácter e indecisión.

Fuego: Corazón-Intestino delgado-Alegría-Amargo.

El fuego es corazón, es intestino delgado, es lengua, son vasos sanguíneos, es verano, calor, color rojo, es el sur, sabor amargo y crecimiento. Los atributos de su función están relacionados con la tarea de mandar la sangre a todo el cuerpo en una relación de continuo movimiento de la sangre periférica una y otra vez a la oxigenación. Su emoción característica es la alegría, la cual se va dando como un río que fluye en cada latido, lento o rápido, a un ritmo que se verá alterado si otra emoción inhibe a la alegría. El fuego del corazón puede ser un factor de alegría o de pérdida de ésta si se apaga el fuego, por ello la tierra tiene un corazón de fuego que late y se desborda como un volcán, o se apaga y fenece.

Una persona que ha perdido la alegría de vivir se podrá dejar morir, su pulso será bajo y habrá hipotensión. Cuando se habla del elemento fuego en desequilibrio se dice que el calor del corazón se fue a otro lugar, por ejemplo, como sucede muy comúnmente, a la cabeza; por ello se da la confusión en las pasiones, incluso en el saber. De ahí provienen la necedad y los deseos desbordados.

Tierra: Bazo-Estomago-Ansiedad-Dulce

La tierra es bazo-páncreas, es estómago, es boca, son músculos, es humedad, color amarillo, sabor dulce, es centro y transformación. La emoción que predomina es la ansiedad.

El estómago es donde se reciben las emociones, las sensaciones y los alimentos, lo cual implica procesamiento, cambios y transformaciones en su funcionamiento. Cuando una emoción llega al cuerpo, el primer lugar donde se expresa es en el estómago, de allí viajará al órgano correspondiente y se recrudecerá en los órganos más debilitados.

La ansiedad está relacionada con el cáncer de estómago por la cantidad de jugos gástricos secretados y la alteración de la membrana inherente a él. La ingesta excesiva de azúcares y almidones produce un alto requerimiento de insulina, pero ante este exceso llega un punto en que se deja de producir generando enfermedad. La importancia del estómago y del bazo-páncreas es que son procesadores de las emociones y de los nutrientes: en ellos se cultiva la vida. Las carencias y deseos desempeñan un papel muy importante para que las personas elaboren, construyan y piensen obsesivamente como obtener recursos para suplir sus carencias y eso genera ansiedad que gesta problemas en el estómago, en el colón y en las vías respiratorias.

Metal: Pulmón-Intestino Grueso-Tristeza-Picante

El metal es pulmón, intestino grueso, es nariz, piel y cabello, es otoño, es sabor picante, color blanco, oeste y cosecha. Tanto el pulmón como el intestino grueso tienen la función de eliminar los residuos tóxicos del cuerpo.

Los metales pesados pueden quedarse en los pulmones o irse a la sangre, lo que implica un proceso complejo que puede afectar al cerebro, a la piel y finalmente al riñón. La emoción dominante es la melancolía y con ello la tristeza y la depresión. Sus efectos se dejan notar en las relaciones afectivas con los otros.

En todo es importante la manera en que se respira, es decir, un ser humano que no respira con el abdomen y sólo lo hace con la parte superior de los pulmones

desarrolla una problemática de salud con las vías respiratorias. El sabor picante tiene un papel fundamental pues incita la producción de endorfinas, fuente de placer para el cuerpo y sobre todo para el cerebro. El valor de estos órganos muestra el valor de la limpieza del cuerpo para no guardar impurezas y hacer una respiración que oxigene al cuerpo conservando el buen funcionamiento de células, vísceras y órganos.

Agua: Riñón-Vejiga-Miedo-Salado

El agua se liga íntimamente con el riñón, con la vejiga, con las orejas y con los huesos, con el invierno y el frío; con el color negro, el sabor salado, el norte y el almacenamiento.

La emoción característica es el miedo: el miedo es la emoción que permite conservar el cuerpo alejándolo del peligro, pero también es el miedo que paraliza y obstruye el funcionamiento de los pies, abre esfínteres uretrales o anales, hace perder la cordura y puede convertirse en terror, quedando pasmados o bloqueados.

El riñón y la vejiga cumplen la función de cooperar con los pulmones y el corazón en una relación triangular, eliminando las impurezas de la sangre. Para cuidarlos, aparte de una alimentación sin excesos de sales o irritantes, es recomendable tomar agua sin excesos. Los ríos de la tierra son parte de esa relación, el agua del riñón es el agua de los metales que están en la tierra, su irrigación es importante en los lugares de asentamientos humanos. Si el agua está contaminada, las infecciones e insuficiencias de riñón incrementarían.

Duran (2004) menciona tres tipos de relación entre los cinco elementos: intergeneración, dominancia y contradominancia.

- 1) Intergeneración. Significa que uno y otro están en el comienzo del posterior en un ciclo continuo. La madera alimenta el fuego; de las cenizas del fuego nace la tierra y en el interior de ésta surge el metal; el metal condensa el agua sobre la superficie y el agua alimenta a las plantas y a los árboles, de donde

nace la madera. Este ciclo se conserva mientras hay un equilibrio entre los elementos.

- 2) Dominancia. Se da cuando el equilibrio se rompe, entonces el fuego en exceso funde el metal; el metal corta y destruye la madera, la madera en exceso se pudre y ahoga la tierra; la tierra enloda o absorbe el agua y el agua apaga el fuego.
- 3) Contradominancia. Es cuando el desequilibrio se hace más patógeno y hay exceso de un elemento que acaba con otro en el cuerpo. Así, por ejemplo, el agua en exceso apagaría el fuego, igual que sucede en la naturaleza, demasiada agua deslava la tierra; la tierra en demasía sepulta la madera, la misma que, en exceso termina con el metal, el cual, en abundancia, da fin al fuego.

Las Cinco Energías Elementales están presentes en cada reino de la naturaleza y funcionan sin cesar en los tres niveles de la existencia humana: el cuerpo (jing.), la energía (chi) y la mente (shen), que son los Tres Tesoros de la vida. En el cuerpo físico, administran las funciones y determinan las condiciones de todos los Órganos, glándulas y tejidos vitales. En el sistema energético, o «cuerpo áurico», se manifiestan como emociones y sentimientos e intervienen en las mil transformaciones energéticas que se producen dentro del organismo y entre este y el ambiente externo. En el nivel de la mente, las Cinco Energías están relacionadas con diversas facultades mentales, como la voluntad, la intuición y la creatividad. La medicina china también distingue diversos tipos constitucionales según cuál de estas cinco fuerzas prevalezca en el organismo de un individuo: por ejemplo, el fuego es caliente e hiperactivo; la madera es expansiva y creativa; el agua es fría y conservadora, y así sucesivamente. Estas designaciones se pueden determinar según diversos signos externos, como la tez, el aspecto físico, el color del pelo, la piel y las uñas, el color y la textura de la lengua, y muchos más, y ayudan al médico en el diagnóstico y en la terapia (Reid, 1997).

2.5.4. El viaje de una emoción en el cuerpo

El cuerpo humano puede ser desbordado por una emoción. Al entrar en una fase de tensión o estrés puede desarrollar mecanismos de defensa para poder conservar el principio de la vida como resultado de la cooperación en su interior y exterior (López, 2013).

Sumando el surgimiento de la sociedad industrial, el índice de los trastornos mentales aumento debido a varios factores según Postel y Quéstel (1987):

- 1) Los individuos que emigran del campo a la ciudad sufren un colapso cultural que los deja en una relación de tiempo y espacio que no corresponde a su momento, y eso los ubica como personas perturbadas y si esto se agrava tendrán que ser reclusos.
- 2) El abandono afectivo-emotivo es otra fuente de construcción donde el sujeto se expone a la baja autoestima teniendo perturbaciones sobre su desempeño, lo que lo conducirá al aislamiento y a un sentimiento de autodestrucción en diversas formas: agresión física, abandono corporal, carencia de conductas de autocuidado e inestabilidad emocional que lo llevan a una pérdida con la realidad, psicotizándolo.
- 3) En la sociedad altamente competitiva, el sujeto no puede entrar a un círculo dado y especializado, y si logra entrar no soporta la presión, generando en él altos índices de estrés que perturban sus ciclos de sueño y bajan su rendimiento físico e intelectual, provocando a su vez conflictos interpersonales de violencia familiar o accidentes en el trabajo; en otros casos se hacen alcohólicos, drogadictos o propensos a paros cardíacos, úlceras y hemorroides, entre otras enfermedades de orden psicosomático.

- 4) Los individuos que no pueden cumplir las expectativas de autorrealización generan frustración y amargura que culmina en procesos mentales que desquician al sujeto en una sociedad del éxito.
- 5) El aspecto orgánico, se deriva de lesiones y de secuelas de tipo neuronal que se presentan cuando los individuos tienen accidentes craneoencefálicos o algún tumor, quiste o cisticercosis que altera su percepción de la realidad y les hacen perder contacto con el mundo normativo.

El desplazamiento de una emoción contenida se dará de acuerdo con los niveles de ansiedad y el proceso se hará más complejo si a ello se suman presiones familiares o sociales. El cuerpo no tendrá ningún espacio de tranquilidad y sus sueños se verán perturbados: los órganos, entonces, presentaran trastornos y desequilibrios que, conforme pasen los años, se harán crónicos o se desplazaran de acuerdo con el trabajo que el individuo desarrolle o no en su cuerpo (López, 2013).

Sabemos que existe en el cuerpo una organización de meridianos y el curso de la emoción se va dando al interior de la red de estos mismos meridianos, lo cual permite darle otro sentido a la forma en que viaja una emoción, por lo que se debe tomar en cuenta las circunstancias en las cuales se da el desarrollo de la emoción: la hora en que sucede el evento, la estación del año, para poder realizar una correlación con el meridiano que domina (López, 2013).

Para poder llegar a saber cómo viaja la emoción y cuáles han sido sus repercusiones es importante tomar en cuenta los deseos, emociones, sentimientos, actitudes y acciones de las personas.

Un deseo puede mover las emociones, no los podemos concebir ajenos a la condición del sujeto, su sociedad y su cultura, porque el deseo se articula en función de la emoción. Al dominar una emoción domina un órgano y produce los trastornos que corresponden a su funcionamiento y su expresión se manifiesta en cara, ojos,

lengua, oreja, boca, mejillas, pelo, manos, etcétera. Las emociones tendrán una expresión orgánica interna y una externa (López, 2011).

Los seres humanos tienen su proceso de construcción donde interviene el Estado, la sociedad en sus formas intersubjetivas, la familia y la particularidad del sujeto social. El individuo elige: en unos casos la condicionalidad se establece y en otras él decide qué hacer con su cuerpo. Este proceso se localiza en las familias donde encontramos gustos, sabores, gestos, posturas, maneras de comer, dormir, y amar, entre otros estilos de vida más (López, 2011).

Las emociones se ponen en movimiento al interior del cuerpo para que el deseo del sujeto se cumpla. Si se lanza a cumplir su deseo puede ser feliz y parecerá que no tendrá alteraciones, pero también puede enfermarse si no se cumple. La manifestación del deseo se convierte en la expresión de un estilo de vivir y sentir el cuerpo consciente o inconsciente. El sentimiento que deriva de la predominancia de una emoción puede expresarse en resentimientos, reclamos, euforia, etcétera. Lo interesante de este sentimiento es su manifestación en una actitud que se asoma por el rostro, sea frente, ojos, boca, cuello, columna o manos. El deseo se expresa por estas vías, y más si son deseos de años que se han convertido en obsesión, deseo de venganza o envidia. La acción final del sujeto será la manifestación conjunta de los procesos fisiológicos, endocrinos y mecánicos del cuerpo: gastritis, parálisis, dolor crónico, tumor, quiste, cáncer, escoliosis, etcétera, (López, 2011).

La capacidad de respuesta deriva en una forma de vivir, expresarse y funcionar de los cinco sentidos, incluyendo el sexto sentido que es la mente. Los órganos de los sentidos no pueden responder a los nuevos tiempos: el sujeto no ve, no escucha, no huele, no siente, no tiene gusto en el paladar. Eso significa que el deseo ha llegado hasta los sentidos y la mente desarrolla mecanismos para justificar ese estado de cosas. La mente elabora sus mecanismos de defensa o de resistencia. Esta idea, central para bajar al plano de la construcción corporal, determina como un sujeto instituye una manera de ser, de ver, de sentir, tocar y expresar el mundo; eso se vincula con el proceso de construcción de la subjetividad de su tiempo, es

decir, todos los sujetos construimos en función de nuestro espacio, de nuestro tiempo y de nuestra geografía (López, 2011).

Por lo tanto, la emoción se debe explicar en función de la historia familiar y de los diferentes procesos que ha vivido el sujeto, es decir, de que se ha enfermado a lo largo de su vida, pues es claro que, al instalarse y viajar, la emoción podrá hacer destrozos o generar únicamente malestares; todo depende del tiempo que el sujeto lleve viviendo ese proceso y, sobre todo, de lo que hace para trabajarla (López, 2013).

Capítulo 3. Construcción social del trastorno obsesivo compulsivo de limpieza.

3.1. Metodología

La metodología de investigación fue la cualitativa, ya que nos permite explicar los hechos de vida de los participantes para poder hacer un análisis de cómo se construye el trastorno obsesivo compulsivo.

Entre las perspectivas y escuelas más importantes en la investigación cualitativa, Flick (2004) menciona: 1) la teoría fundamentada, 2) la etnometodología y el análisis de la conversación, del discurso y de género, 3) el análisis narrativo, 4) la hermenéutica objetiva y la sociología del conocimiento hermenéutica, 5) la fenomenología y el análisis de pequeños mundos de la vida, 6) la etnografía, 7) los estudios culturales, y 8) los estudios de género.

Por su parte, Creswell (1998) considera que la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas –la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos– que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural.

La investigación cualitativa es, para Denzin (1997), multimetódica, naturalista e interpretativa. Es decir, que las investigadoras e investigadores cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan. La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos – estudio de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales– que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos.

Para Mason (1996) la investigación cualitativa no puede ser reducida a un conjunto simple y prescriptivo de principios, y señala tres elementos comunes a la rica variedad de estrategias y técnicas. Así, entiende que la investigación cualitativa está:

- a) Fundada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido.
- b) basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen.
- c) sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto.

Por su parte, Flick (2004) propone una lista preliminar de los que estima como cuatro rasgos de la investigación cualitativa:

- a) *La adecuación de los métodos y las teorías*: el objetivo de la investigación es más descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente que verificar teorías ya conocidas. La validez de la investigación se evalúa con referencia a aquello que se quiere estudiar y no depende exclusivamente del seguimiento de los abstractos criterios de la ciencia. La consigna central de la investigación cualitativa reposa en el origen de los resultados, en el material empírico y en la apropiada elección y aplicación de métodos al objeto de estudio.

b) *La perspectiva de los participantes y su diversidad*: la investigación cualitativa analiza el conocimiento de los actores sociales y sus prácticas y tiene en cuenta que, en el terreno, los puntos de vista y las prácticas son distintos debido a las diferentes perspectivas subjetivas y a los disímiles conocimientos sociales vinculados con ellas.

c) *La reflexividad del investigador y de la investigación*: a diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa toma a la comunicación del investigador con el campo y con sus miembros como una parte explícita de la producción de conocimiento. Las subjetividades del investigador y de los actores implicados son parte del proceso de investigación. Las reflexiones del investigador sobre sus acciones, observaciones, sentimientos, impresiones en el campo se transforman en datos, forman parte de la interpretación y son documentadas en diarios de investigación o protocolos de contexto, y

d) *La variedad de enfoques y métodos en la investigación cualitativa*: la investigación cualitativa no está basada en un concepto teórico y metodológico unificado. Varias perspectivas teóricas y sus respectivos métodos caracterizan las discusiones y la práctica de investigación.

La investigación cualitativa se aproxima a situaciones, acciones, procesos, acontecimientos reales, concretos, interacciones espontáneas que, o bien son preexistentes, en parte tuvieron lugar, se desarrollan durante su presencia en el campo y pueden continuar en su ausencia. Los investigadores observan, analizan esas situaciones, esos procesos, esos sucesos o sus consecuencias, esas acciones, y tratan de captarlos, tan completamente como les sea posible, en toda su complejidad y tal como realmente ocurren, intentando no controlarlos, no influir sobre ellos, no alterarlos, no modificarlos.

Los tres componentes más importantes de la investigación cualitativa son, para Strauss y Corbin (1990), los datos –cuyas fuentes más comunes son, para ellos, la entrevista y la observación; los diferentes procedimientos analíticos e interpretativos

de esos datos para arribar a resultados o teorías; y, por último, los informes escritos o verbales.

Esos datos deben enfatizar la experiencia de las personas y el significado que le otorgan en sus vidas a sucesos, a procesos y a estructuras (Miles y Huberman, 1994).

Entre los diferentes tipos de datos Atkinson (1998) menciona las narrativas personales; las historias de vida y otros documentos de vida; las películas y las imágenes fotográficas y de vídeo; los textos y las fuentes documentales; la cultura material y los artefactos tecnológicos y el discurso oral. Cada uno de esos tipos de datos se vincula con una particular estrategia analítica y, para este autor, no hay razón para que los científicos sociales desarrollen sus programas de investigación exclusivamente sobre la base de una técnica o estrategia específica.

Para esta investigación se empleó la historia de vida ya que nos permitió dar cuenta de cómo se construyeron los comportamientos obsesivos y como los viven los participantes.

Tenemos así, que los métodos biográficos describen, analizan e interpretan los hechos de la vida de una persona, para comprenderla en su singularidad o como parte de un grupo.

La historia de vida es el estudio de un individuo o familia, y de su experiencia de largo plazo, contada a un investigador y/o surgida del trabajo con documentos y otros registros vitales. Denzin (1997) la define como «el estudio y colección de documentos de vida que describen puntos cambiantes en una vida individual», y agrega que se trata de una biografía interpretada, porque el investigador escribe y describe la vida de otras personas.

Otros autores prefieren hablar de métodos biográficos, tomando como referencia el género ampliado de los escritos biográficos: biografías, autobiografías, historias de vida e historias orales (Creswell, 1998).

Enfatizando la presencia de la voz del entrevistado en el relato de vida, Atkinson (1998) describe la historia de vida como el método de investigación cualitativa para reunir información sobre la esencia subjetiva de la vida entera de una persona. Un relato de vida es una narración bastante completa de toda la experiencia de vida de alguien en conjunto, remarcando los aspectos más importantes.

Se recurre a la historia de vida no solo por la información que esta pueda proporcionar acerca de un sujeto individual, sino que buscan expresar, a través del relato de una vida, problemáticas y temas de la sociedad, o de un sector de esta. Hablar de la vida de una persona significa mostrar las sociabilidades en la que esta persona está inserta, y que contribuye a generar con sus acciones; es hablar de las familias, de los grupos sociales, de las instituciones a las que está ligada, y que forman parte, más o menos intensamente, de la experiencia de vida del sujeto. Miles y Huberman, 1994, subrayan que las vidas son vividas en el interior de redes sociales desde que la socialización temprana empieza. La gente crece en familias, se mueve hacia y a través de sistemas educacionales y mercados de trabajo, se vuelve sujeto de regímenes de las instituciones de salud.

Asimismo, desde la construcción de lo corporal la historia de vida y la biografía permiten resignificar la concepción del saber y hacer con los otros partiendo de uno. La biografía le da sentido a un principio de origen. Saber de dónde venimos o quienes son nuestros ancestros no remite solo a una ubicación genealógica, es la recuperación de la memoria como sujeto que tiene un árbol y está en alguna parte de éste. La idea de un grupo o una raíz le da sentido a su quehacer y saber. Asimismo, la persona con este principio se sabe no tan libre o único, es consciente de que hay todo un proceso formativo alrededor de su manera de ser, de sus emociones, sabores enfermedades, gestos, posturas, etcétera. La persona se sabe parte de un grupo llamado familia que integra una sociedad, aun cuando hoy en día ésta esté en una fase distinta de conformación.

Saber que no somos los únicos que vivimos ciertos procesos nos da la oportunidad de pensar en los otros o mejor aún, en el nosotros para plantearse opciones sobre la solución o la prevención de problemas (López et al., 2012).

La biografía es el espacio personal donde el sujeto puede solucionar problemas de aprendizaje, es decir, identificar sus aversiones al saber o a cierto tipo de saber, la pereza ante el razonamiento, por qué le gustan las cosas fáciles, etcétera. Conocer la historia del origen vincula con el pasado y con el peso de la historia familiar en la que aparecen los abuelos, abuelas, madre, padre, tías, primos, hermanos y demás vínculos determinantes en el sujeto. Buscar esta raíz abre los ojos del entendimiento (López et al., 2012).

Por lo anterior es que se apoya de la historia de vida y así dar cuenta de una forma diferente de cómo se vive cuando hay pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos en las personas y de cómo los tratamientos no se han podido generalizar por la fragmentación que se hace del ser humano y su cuerpo.

3.2. Objetivos.

Objetivo general:

- Analizar la construcción social corporal del Trastorno Obsesivo Compulsivo a través de la historia de vida.

Objetivos específicos:

- Analizar las relaciones familiares que tiene la persona con conductas de limpieza.
- Conocer las conductas de limpieza que tiene una persona con trastorno obsesivo compulsivo de limpieza
- Reflexionar cómo una persona con conductas de limpieza ve su cuerpo
- Analizar las conductas de limpieza de la familia de las personas con trastorno obsesivo compulsivo.
- Analizar los órgano-emoción y sabor que tiene una persona con trastorno obsesivo compulsivo de limpieza.

3.3. Participantes

En la investigación participaron 5 mujeres estudiantes con comportamientos de limpieza y orden, oscilando la edad entre 18 a 30 años. Las participantes no han sido diagnosticadas con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

3.4. Instrumentos

Se utilizó una guía de entrevista sobre los padecimientos psicosomáticos, que aborda temas como las circunstancias del embarazo y nacimiento; crianza, crecimiento y padecimiento, y concepción de la enfermedad. Anexo (1).

3.5. Materiales

Un celular Xperia U para audograbar la historia de vida y una laptop hp Pavilion dv4-511a, para hacer la transcripción de la información.

3.6. Procedimiento.

- 1) Se contactó a las entrevistadas por el procedimiento de bola de nieve en donde personas mencionaban si conocían a alguien con comportamientos excesivos de limpieza y orden.
- 2) Se estableció contacto con las participantes para explicarles en qué consistía la entrevista (temas, número de sesiones y duración de estas), acordar un lugar donde se llevaría a cabo la entrevista y se les habló de la protección de su identidad.
- 3) Con la guía de entrevista se cubrieron varias categorías como:
 - a. Datos de los abuelos.
 - b. Circunstancias de embarazo y nacimiento de las participantes.

- c. Crianza, crecimiento y padecimiento.
 - d. Concepción del padecimiento.
- 4) Todas las historias orales fueron grabadas con un celular para poder hacer la transcripción de las historias de manera textual en archivo Word y así recuperar el discurso de las participantes para realizar el análisis por categorías y poder hacer una relación de la construcción del TOC de limpieza desde la teoría de la construcción social de lo corporal.
- 5) Resultados se presentan en el cuadro de hechos significativos desde su nacimiento, comidas y alimentos preferidos, enfermedades, relación con la madre, padre y hermanos.

Estos hechos significativos se analizan al ver su relación de órgano y emoción y como viven con el trastorno obsesivo compulsivo de limpieza.

3.7. CUADRO DE HECHOS SIGNIFICATIVOS

<i>Nomb re</i>	<i>Gener o</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Escolari dad</i>	<i>Lugar de nacimiento</i>	<i>Alimentación al nacer</i>	<i>Alimentación actual</i>
1. Yuca	Femenino	18 años	Soltera	Bachillerato	Distrito Federal	Leche materna, de fórmula y verduras	Verduras y frutas
2. Lirio	Femenino	30 años	Unión libre	Universidad	Distrito Federal	Leche materna, caldo de pollo, frijoles, tortillas, nopales, papilla de manzana, avena con miel, Gerber	Lechuga, espinaca, champiñones, calabaza, brócoli, pechuga de pollo, carne de res, manzana, guayaba, plátano, licuado de avena con fresas, y ocasionalmente tacos al pastor, hamburguesa, pizza
3. Salvía	Femenino	25 años	Soltera	Universidad	Distrito Federal	Leche materna, de fórmula, y papillas. Guisados, arroz, sopa, chilaquiles y verduras al vapor	Pechuga asada, nopales, arroz y papaya, frutas y verduras en general
4. Fresno	Femenino	24 años	Soltera	Universidad	Distrito Federal	Leche materna y papillas de bistec, sopa de pasta, verduras, carne, pollo, pescado, huevo	Pasta, verdura, carne, pollo, pescado y huevo.
5. Manzano	Femenino	22 años	Soltera	Universidad	Distrito Federal	Leche materna y de fórmula a partir de los tres meses papillas, chayote, brócoli, sólidos a partir del año	Verduras, frutas, legumbres, semillas y pollo

<i>Sabor de preferencia</i>	<i>Alimentos que no come</i>	<i>Comidas al día</i>	<i>Relación con la madre</i>	<i>Relación con el padre</i>	<i>Relación con los hermanos</i>
Dulce	Carne, Cebolla, chicharos, alérgica al aguacate	3	Considera a su mamá agresiva con ella, deja de verla a los 15 años	Indiferente, se iba a trabajar llegaba, cenaba y se dormía.	Se lleva bien con todos sus hermanos
Dulce y salado durante el embarazo	Pescado, mariscos, nada que venga del mar	3	En la infancia es distante por la enfermedad de su hermano, en la adolescencia mala, actualmente tienen buena comunicación	Lo veía pocas veces cuando era pequeña, empieza a tener resentimientos cuando es adolescente	No había porque no se podía mover el hermano, de niña sentía celos de él
Dulce	Alimentos que son muy procesados	3	Me regañaba, me llego a pegar, a veces nos llevamos bien y otras nos dejamos de hablar meses, siempre ha sido así.	Solo se ha dedicado a proveer que no falte nada en la casa, económica o materialmente	Amo a mi hermana
Picante	Café, refresco y picante	3	Siempre ha gritado mucho, no hay mucha confianza para platicar	Era muy enojón antes pero ahora es más tranquilo	Es buena, hay confianza.
Dulce	Carne de res y de puerco	3	Es muy estricta	No lo trate mucho porque trabajaba mucho hasta los fines de semana	Tenía una visión o figura materna y paterna de los hermanos

Enfermedades o padecimientos	Tratamientos
Infecciones en los riñones, anorexia, anemia, colitis, gastritis, migraña y dermatitis tóxica	Medicamentos y seguimiento de dietas
infección del estómago, de la garganta y gripa, depresión.	Inyecciones de penicilina para las infecciones en la garganta cuando es niña, recurre a remedios caseros y tes cuando se siente enferma si es más grave asiste a consulta médica, en el caso de la depresión tomo antidepresivos
Gripa, infección en el estómago, presión baja	No le gusta ir al médico, pero si está muy enferma va a consulta
Dolor de cabeza y estrés, Infección en la garganta, estreñimiento, Osteopenia (caída de cabello, uñas frágiles, manos frías), arritmia en el corazón, desviación en la columna	Asiste al médico por tratamiento y lo sigue
Gripe, tos e infección en el estomago	Asiste al médico por pastillas, tomaba tés de canela, de canela con limón, canela con leche, no exponerse al frio y dormir temprano.

Consumo de sustancias	Primera relación sexual	Vivencia de su sexualidad
Alcohol y cigarro	Con un chico fue a los 17 y con una chica a los 18	Me gustan las niñas desde pequeña pero no me gusta sentirme sola, y nunca he tenido el valor de decirle a una niña me gustas, entonces sabes los chicos me piden.
Alcohol, marihuana, éxtasis, cocaína, ácidos, LCD, piedra	A los 17 años tiene su primera relación sexual	A pesar de todo lo que había hablado con mi mamá fui muy irresponsable con mi sexualidad en mi adolescencia rara vez me cuidaba
Alcohol	Fue a los 16 años con un amigo	Todo lo que se. lo aprendí en la escuela, he tenido varias parejas algunas han sido mis novios y en otras han sido amigos.
Alcohol y cigarro		
No consume sustancias	A los 20 años con su novio, hubo protección y cuidados después de la relación	su hermana le explica los cuidados para no embarazarse o enfermarse

<i>Prácticas religiosas</i>	<i>Como se desarrolla en su trabajo</i>	<i>Emoción dominante</i>	<i>Percepción de la limpieza y el orden</i>
No apoyo ninguna religión y menos la católica por sus ideas	Atiendo el puesto de verduras y comida, no recibo ningún pago	Alegría, ansiedad	Es parte de la personalidad y presentación
No profesa ninguna religión, pero respeta a los que practican las diferentes religiones	Trabajo en un centro de atención telefónica, después realiza pinturas o ilustraciones que le piden	Ira, ansiedad y tristeza	Encuentra beneficios en ordenar y limpiar, siente ansiedad al no poder hacer algunas cosas si puede dejar las cosas así
Fue católica por parte de su mamá, a los 15 años deja de practicar la religión porque está llena de personas hipócritas	Trato de no llegar tarde, hacer bien mi trabajo que hable bien de mí.	Ira y ansiedad	Ve la limpieza como un habito de higiene, pero si no limpia siente ansiedad
Asiste a la iglesia, tiene ciertas actividades en su grupo religioso	Trabajo en una tienda de ropa y tenía buena relación con la patrona y con su hijo	Ansiedad, miedo	El orden es bueno porque ahorra tiempo, puedes hacer mejor tus actividades porque no te estorban objetos, en la limpieza es buena porque no hay bacterias, no te sientas incomoda por animales y la limpieza es una carta de presentación
Es católica pero no sigue a la iglesia	No ha laborado	Ira, ansiedad	Es parte de la cultura de la higiene, el orden da una sensación de estabilidad

<i>Origen del TOC</i>	<i>Pensamientos o sentimientos que le provoca TOC</i>	<i>Ordena y limpia</i>
Cuando mi mamá se iba nosotros teníamos que limpiar y sino limpiábamos nos pegaba entonces se te va haciendo como un habito	Se siente sucia si no se baña	Se baña dos veces, lava sus manos, ropa, zapatos, limpia y ordena su cuarto, ropa por prenda y colores
Cuando esta con depresión post parto, un día se levanta y empieza a limpiar su cuarto, dura una semana limpiando al notar el cambio decide seguir haciéndolo	Siente frustración y ansiedad al no poder ordenar y tiene que retirarse del lugar para poder calmarse	Arregla libros y lápices de la escuela, tiende su cama con simetría, ordena cosas de los demás, mantiene su ropa y calzado limpio, se baña diario, lava sus dientes tres veces al día, trata de tener hábitos higiénicos
Comienza a ver que las cosas están más sucias y empieza a lavarse las manos, se baña en las mañanas y en la tarde porque piensa que ya está sucia	Se siente sucia y siente asco si no se lava o baña, dice que todo fuera de su casa está sucio, piensa que en la boca hay muchos gérmenes y se esparcen con estornudos	Lava sus manos y dientes, se baña, trapea con cloro, jabón y pino, lava los trastes con cloro y jabón, ordena la ropa por tamaños, prenda y colores
En la secundaria me daba asco el polvo y los animales	Esta sucio y me da asco tengo que limpiarlo	Limpia su cuarto con fabuloso, lava ropa y cambia su cama, ordenaba sus cuadernos y libros de primaria, ordena peluches del más pequeño al más grande, lava sus manos 20 veces al día
A los 10 años cuando miraba a los niños sucios y pensaba que no quería verse sucia porque la hacía sentirse fea	Si no se lava se va a enfermar	Se baña dos veces, se lava las manos constantemente y limpia los lugares sucios y ordena su ropa por colores y prenda, objetos con cierta orientación que la hagan sentir cómoda, cuando es su periodo se baña tres veces porque se siente pegajosa

Concepto de su cuerpo	Problemas que identifica al vivir con el TOC	Orden y limpieza de la madre	Tratamientos o soluciones para el TOC
Se percibe llenita y chaparrita	Tengo el tiempo limitado, me estreso y se me hace tarde	Les dejaba el cuidado de la casa a los hijos	En algún momento lo intenté, pero empecé a entrar en mucha ansiedad
Antes del embarazo era delgada después subí de peso, me empezó a importar la cuestión física porque ya no era el mismo	Siente molestias al no poder ordenar sus cosas	Limpia con cloro, fabuloso, talla la ropa y después la mete a la lavadora, utiliza tres zacates para bañarse.	No siente que sea algo que le traiga problemas al contrario ha encontrado ciertos beneficios al ser tan ordenada entonces no busca tratamiento
Se siente gorda cuando se toca los brazos y abdomen, me desagrada mi nariz y cabello	La hermana le dice que está comenzando a tener ideas irracionales	Usa cloro, mantiene limpia la casa	Con mi familia exploto, cuando estoy con alguien que no conozco en mi trabajo trato de controlarlo
Sigo siendo chaparrita, delgada, más llenita, siempre me ha gustado mi cuerpo no he tenido algún complejo	Son beneficios porque encuentro las cosas más rápido y también no hay bacterias	Si ve algo sucio lo tiene que limpiar, lava sabanas, cortinas una vez por semana, es muy perfeccionista	Ninguno, solo deje algunas actividades de la iglesia
No le gustan sus piernas, pero con lo demás se siente a gusto	Ninguno, acomodo muy bien mi tiempo	La mamá tiene una casa limpia, ella limpiaba con cloro y dice que es bueno ser limpia	Cuando iba a mis terapias no lo consideraba un problema, trato de imponer mi voluntad, quizá llegue el momento en que no pueda con esto y busque ayuda

Hechos significativos

Deja de comer porque se va a poner gorda. La intentan abusar sexualmente. Vive con su hermano mayor. Tiene gusto por las niñas

Siente celos de su hermano que está en estado vegetativo. Le reclama a su mamá la ausencia del padre y esta le explica porque se separaron. Pierde el sentido de la vida y deja de hacer sus actividades. Muere su hermano por pulmonía. Busca en internet formas de suicidio. Es canalizada al psiquiátrico Miguel Navarro y le medican antidepresivos. Consume drogas. En el INBA se especializa en pintura. Piensa en abortar, pero al ver el ultrasonido decide tener al bebé. Su suegro le propone mantener a su hijo y a ella si acepta una relación amorosa. Entra a la UAM Iztapalapa a estudiar la licenciatura en arte y patrimonio cultural

Se va a vivir a los Estados Unidos. Le dicen en la escuela que debe ponerse a dieta. Regresa a vivir a México. Empieza a tomar alcohol en reuniones con sus compañeros. Entra a estudiar al CECyTEC por decisión de su mamá. Tiene una relación conflictiva y termina la relación después de 4 años. Conoce a su novio en Acapulco y al mes de salir comienzan la relación. Corta la relación con su familia ya no les habla por falta de apoyo

La mamá los corregía con golpes y el papá les gritaba. No se paraba de su asiento porque era aplicada. Comienza a limpiar. Fallece su abuelo paterno. Pierde la memoria al beber una cerveza. Le detectan Osteopenia

Su papá le pega y le deja de hablar porque la corrieron de la escuela. Deja de comer, se provoca vómito y se autolesiona. Inicia una relación y su novio la apoya para que coma y no se provoque el vómito. Deja de ver a su hermana como figura materna y a su hermano como figura paterna

3.8. ANALISIS DE RESULTADOS

La información obtenida se clasifico en 5 categorías y 1 tabla que permitió realizar el análisis de la información y dar respuesta a como se da la construcción social de lo corporal de limpieza.

Categorías.

1. Relación con la madre

La madre alimenta, asea, abriga y da atenciones que conforman la relación con el bienestar del hijo. Estos cuidados son vitales durante el crecimiento y significativo en el futuro de la salud mental, se conoce las emociones que comparten y actitudes ante la vida.

Yuca: “Ella ha sido agresiva siempre, a pesar de estar casada le gustaba tener novios, de repente se enojaba y me pegaba con el cable o con el bambú mojado”.

“Cuando tenía 5 a 6 años viví con mis abuelos paternos, me daban de comer frijoles y caldo de pollo, se comen el cuero de pollo yo soy muy asquerosa entonces rechazaba la comida, mi mamá era muy obsesiva con su peso decía te vas a poner gorda, era más lo que me decía mi mamá”.

Lirio: “Bien sola, mi mamá quiere más a mi hermano y eso me causo cargo de conciencia, hay un motivo porque lo hacía, su condición era muy demandante, pero de niña decía no le importó me hacía sentir sola”.

“Es cariñosa pero también muy desesperada, cuando era niña fue el periodo más difícil tenía presión si se enfermaba, llevarlo a consultas a neurología, sus cuidados conmigo eran vagos, no podía estar todo el tiempo conmigo se iba a trabajar, cuidar a mi hermano, lavar su ropa, prepararle sus comidas etcétera, me llego a dar mis nalgadas, pero nunca sufrí violencia o me hablara con groserías, si me llegaba a gritar”

“Tampoco es la relación perfecta donde todo el tiempo estamos felices, pero cerramos ciclos, rencores, yo era una adolescente rebelde, una vez me escape de casa, tuve problemas de alcoholismo llegue a probar varias drogas, si acabe la preparatoria es porque mi mamá estuvo conmigo tuve una adolescencia difícil tanto para mí como para mi mamá porque la lleve al límite”.

Salvia: “Me regañaba, es muy enojona, me llego a pegar, hay veces que nos llevamos bien y otras que nos dejamos de hablar dos, tres meses, siempre ha sido así, no coincido con sus ideas y explotamos nos decimos cosas hirientes y nos alejamos mucho tiempo. Nos empezamos a hablar como si nada, primero

empezamos secas y poco a poco vamos agarrando confianza hasta que hablamos normal”.

“Ahorita nuestra relación es complicada tenemos ideas diferentes y no sé porque me desagrada verla comer por ejemplo en el plato primero comió chile relleno y después se sirvió arroz, me desagrada porque tenía que haber lavado el plato y después servirse el arroz, pero no revolver las cosas porque ya está sucio, babeado, la boca tienes gérmenes, entonces estas contaminando la comida”.

Fresno: “Siempre ha sido de regañarnos, ha llegado a pegarnos porque hacíamos algo fuerte, pegarnos con lo que encontrara y hasta que se cansara, que alguien llegara y nos separara, dos veces una a mí y una a mi hermano. Con mi mamá me llevo bien, no le tengo confianza porque es chismosa, si le cuento algo sé que al final se va a enterar mi papá”.

Manzano: “Los doctores le dijeron que tenía que vigilar mi crecimiento hasta los 5 años porque podría ser que tuviera retraso mental o psicomotriz entonces siempre estaba estresada de cuidarme bien, de mis hermanos, del trabajo, de apoyar a mi papá”.

“Cuando me portaba mal, no hacia tarea o no le entendía a una operación matemática era porque no entiendes llevamos tres horas explicándote y me gritaba, me pegaba cachetadas, con el cinturón, con la chancla, cuando llegaba a molestar a mi hermano dice que yo era muy agresiva lo aventaba o lo mordía”.

“Discuto más en estos momentos porque vivimos 7 personas en el departamento, me tuve que salir de mi recamara, sacaron cosas mías a la basura otras las regalaron y mi habitación es la sala, ella tiene mucha preferencia con mi hermano y con mi hermana”

La relación con la madre es vital para aprender los valores con los cuales se conducirá por la vida en el caso de Yuca la mamá no se hacía responsable de sus hijos porque tenía otras parejas aparte del papá de los niños a los que ponía a realizar las tareas de la casa y cuando no las hacían los golpeaba, la mamá de Yuca le transmite la idea del peso ideal y cuerpo perfecto.

En el caso de Lirio la relación fue difícil debido a la condición de salud de su hermano mayor, Lirio se sentía sola por el poco tiempo que compartía con su madre y entiende su mal humor por el estrés, aunque la reconoce como alguien cariñosa y con un método de crianza sin golpes. En la etapa de adolescencia la mamá estuvo constante en la educación de Lirio, ambas logran superar resentimientos y pueden convivir en la actualidad.

Salvia reconoce su relación como complicada desde la niñez, su mamá ha sido autoritaria y rígida con sus cuidados, ambas defienden sus ideas y no aceptan las de la otra lo que lleva a Salvia tomar distancia hasta la actualidad donde aparece un hecho importante que es no tolerar ver la forma de comer de su madre porque no lo hace de la forma correcta incluso que contamina con los gérmenes de la boca.

La participante Fresno tiene una relación con su madre de desconfianza sabe que si le cuenta un aspecto de su vida a su madre su familia se va a enterar porque la madre lo contara a los demás, en su método de crianza ha sido corregida mediante gritos y llamadas de atención, en la ocasión que fue golpeada fue de una forma exagerada, pero lo justifica.

Manzano vivió sobreprotección por parte de su madre debido a una complicación en su nacimiento que podría traer repercusiones mentales o psicomotoras sin embargo por las actividades que tenía la madre corregía a manzano con gritos y golpes, en la actualidad Manzano ha sido desplazada de su espacio físico en el hogar y nota preferencias hacia los hermanos por parte de sus padres.

Podemos notar que las relaciones han sido rígidas y que se carece de confianza, también se ha dado la violencia física y verbal, en el primer caso hay poca interacción y cuidados de la madre mientras que en el caso de Lirio es quien ha logrado establecer una relación donde se da la comunicación para resolver diferencias, Salvia muestra indiferencia y enojo hacia su madre por su forma de pensar y se muestra renuente a trabajar para mejorar la relación.

2. Relación con el padre.

En nuestra cultura el padre es quien provee las necesidades básicas de la familia y del hogar por lo que hay poca interacción con la familia y se mantiene trabajando.

Yuca: “Mi papá era realmente, mucha indiferencia de su parte, como que no había atención de su parte, él se iba a trabajar llegaba cenaba y se dormía”.

Lirio: “Sé que le manda dinero a mi mamá de repente viene y como que sé que existe, pero rara vez lo veo, mi mamá me conto como se dieron las cosas y empecé a crear mucho rencor, odió, coraje y siendo honesta a la fecha guardo cierto resentimiento”.

Salvia: “Casi no hablamos no tengo mucha confianza, es muy cortante, no sé manejar y normalmente es que tu papá te enseñe a manejar, pero nunca ha tenido interés de pasar el tiempo para enseñarnos algo así, se siente feíto porque otras niñas platican de esas cosas y yo no. Él solo se ha dedicado a proveer que no falte nada en la casa materialmente, pero todo lo que tiene que ver con educación y demás se lo dejo a mi mamá”.

Fresno: “Era muy enojón, pasaba algo y a gritar a desesperarse, ahorita es tranquilo, ha cambiado muchísimo a partir de que le detectaron insuficiencia, es otra persona y me llevo bien con él, puedo jugar, vamos y salimos a la calle, pero tampoco es que yo les tenga confianza mi papá es muy cerrado sobre todo por lo de su trabajo, pero si salimos o vamos a quedarnos a ver una película, hacemos esas cosas”.

Manzano: “Igual estresado, pero él es más bromista, alegre, vivaracho, pero con los años se volvió amargado y mi mamá era la seria la enojona, la estricta.

“No lo trate mucho porque trabajaba hasta los fines de semana se iba temprano, llegaba tarde y siempre estaba dormido, él solamente me pego una vez hasta la secundaria fue una golpiza, me dijo que era una decepción como hija porque me había ido de pinta y le había pegado a una niña, me corrieron de la escuela, fue decepción y tristeza se jactaba de no ser como sus papás que le pegaban a sus hijos, siempre quise ser parte de actividades que él hacia pero me sentía excluida porque se llevaba bien con mi hermano y mi hermana”.

Para todas las participantes la relación con su padre ha sido con poca interacción y compartimiento de ideas ocasionando sentimientos de tristeza y enojo, Yuca menciona que no había una relación con su padre ya que siempre estaba ausente por su rutina de

salir por la mañana llegar a cenar además de que si había algún momento para verlo él era indiferente.

Para Lirio no era una figura que estaba presente ya que lo veía ocasionalmente incluso no tenía una responsabilidad económica continua con ella y su hermano, por los reclamos de Lirio hacia su madre esta le cuenta porque se separaron resultando que Lirio muestre resentimiento al padre hasta la actualidad.

En este caso Salvia desea mantener un acercamiento a su padre por lo que escucha de sus amigas en lo que comparten con sus padres, a pesar de acercarse su padre se muestra indiferente solo se dedica a ser proveedor e incluso se mantiene fuera en las decisiones de educación de sus hijas.

Fresno menciona que su padre ha sido rígido y cerrado en su forma de pensar si bien comparten actividades como familia no siente confianza para contarle cosas íntimas o ideas que tiene a pesar del cambio de carácter de su padre hasta el punto de verlo como otra persona.

El padre se mantenía ausente en la infancia de Manzano debido a su trabajo, lo que recuerda de él es que era alegre, pero cambió con el tiempo. Un hecho importante es cuando su padre la golpea lo que provoca que sienta enojo y decepción y se aleja, aunque en la actualidad Manzano busca un acercamiento a su padre se siente desplazada por sus hermanos.

➤ Relación con los hermanos

La relación con los hermanos es importante para el desarrollo y compartimiento de emociones e ideas que se tienen ante la vida.

Yuca: “Mis hermanos biológicos casi no los veo, pero me llevo bien con todos y con mi hermano adoptivo igual bien, hay mucha confianza”

Lirio: “Con él no podía haber una relación como tal porque estaba en estado vegetativo, desde muy chiquita me acuerdo de que le decía a mi mamá quiero jugar con mi hermano y mi mamá, así como de tu hermano

está enfermo no puede hablar, no se puede mover, de niña si sentía celos, coraje porque mi mamá no me hace caso de niña era ese vaivén si lo quiero, pero también tengo celos de que no está mi mamá por su culpa, ya de más grande fue diferente”.

Salvia: “Mi hermana es todo, la amo, cuando puedo la invito a comer, al cine, hablamos de cosas, apenas fue su cumpleaños y le regale un iPod que quería, hace quince días le compre una chamarra, me gusta mucho consentirla”.

Fresno: “Ahorita mal porque estamos alejados, antes de esta situación bien, con mi hermano si era de tenerle confianza y platicarle mis cosas, él me platica sus cosas y yo le platico las mías y si era mi confidente, pero ahorita no nos hablamos”.

Manzano: “Si ha estado mi hermana cuando yo quería platicar, me da consejos, tengo que apoyarla, pero en qué momento empieza la culpa y termina la culpa, los demás si pueden hacer sus cosas, pero yo debo de sacar adelante sus obligaciones. Mi hermana era mi visión materna y mi hermano como mi papá lo consideraba el hombre de la casa era al que más veía, cuando recién supimos que estaba embarcada fue cambiando y empezó el estrés, mal humor, ella trata así de chacha, las pocas veces que convivimos un rato estamos bien pero al rato ya estamos peleando y con mi hermano desde hace 5 años se empezó a amargar es violento y me pega, me grita, yo trato de evitarlo, con él casi no hablo, pero todos los demás como que si tienen ese vínculo como muy unido yo no soy parte de esa familia”.

A pesar de no tener un acercamiento continuo con sus hermanos Yuca considera que son muy importantes en su vida y a quienes puede mostrar su amor, incluso a su hermano adoptivo le manifiesta confianza.

Salvia demuestra su afecto por medio de regalos y actividades con su hermana en ellas la relación es buena porque pueden platicar y manifiesta amor.

Por la enfermedad de su hermano Lirio no podía mantener una interacción verbal o física con su hermano y se sentía confundida en sus emociones pasando por la culpa de sentir celos de que su mamá tuviera cuidados con él, cuando Lirio crece llega a tener cuidados con su hermano, pero se mantiene el sentimiento de culpa cuando fallece.

Por otro lado, para Fresno se presenta un distanciamiento en la relación con su hermano a pesar de ser abiertos y platicar de cosas íntimas cosa que no hace con sus padres.

La relación que tiene Manzano con su hermana es mala por los cambios que tuvo a partir del embarazo manifestando cambios de humor que provoca que la comunicación no sea adecuada, con su hermano no hay una relación incluso lo evita porque la agrede, es importante notar que refiere que su relación con sus hermanos y con sus padres no es buena.

➤ Consumo de sustancias psicotrópicas

En la actualidad el consumo de sustancias psicotrópicas ha ido en aumento y presenta comorbilidad con el trastorno obsesivo compulsivo.

Yuca: “A los 14 años, no ya tenía 15, la chica con la que vivía se fue a una fiesta y me llevo a tomar, al momento sientes raro o feo por su sabor, pero ya en el momento cuando esta borracha pues ya”

“El cigarro a los 17 años, porque mi hermano me indujo, lo estoy dejando porque vi que te dan muchas enfermedades y no quiero que se me haga vicio”.

Lirio: “Marihuana, éxtasis, cocaína, ácidos, LCD, piedra nada más, eran no tan esporádico, pero tampoco era tan seguido, el LCD era en fiestas, la cocaína igual, eran cada mes cada quince días cada dos meses, con la marihuana si fueron como 2 o 3 años que era diario o casi diario”.

“Me mandaron a psiquiatría, me medicaron con antidepresivos fui a parar al Miguel Navarro el psiquiátrico infantil, me quedé un mes de terapia y me pasaban a terapia para darme el medicamento entonces fue un ir y venir entre terapias”.

“Por una extraña razón poco antes de mi embarazo como medio año antes ya no consumía nada de drogas sintéticas y fumaba marihuana muy de repente ya no lo hacía tan seguido, cada mes, cada dos semanas, cuando me entero que estoy embarazada fue uno de mis peores miedos por todo lo que yo había metido a mi organismo, decido continuar con el embarazo, dejo de fumar, el alcohol, la marihuana y no me vuelvo a meter nada”.

Salvia: “Antes mis papás nos daban traguitos de una cuba en una fiesta, pero empezaba a tomar como a los 15, cuando entré a la prepa en reuniones en su casa había cerveza y empecé a tomar más. En la prepa conocí a mi mejor amiga, ella era la que conocía amigos y decía vamos aquí y la seguía. Era un despapaye entraba a dejar mis cosas a las clases y me iba a tomar esperaba a que terminaran las clases y regresaba sacaba mis cosas y me iba, no avance mucho en la carrera”.

“En mi relación anterior me deprimí mucho fue una relación conflictiva, cuando terminábamos o tenía problemas lo primero que buscaba era tomar y tomar, no creo que haya tenido un problema de alcoholismo, pero llegaba jueves, viernes y se me antojaba una cerveza o algo”.

Fresno: “En tercer semestre de CCH empecé a juntarme con una chica y con los chavos uno era porro y otro su amigo era de vámonos a la terraza y empezamos a tomar, fue de cada viernes, pero nunca descuide la escuela, nunca ha sido mi propósito a pesar de que ande tomando, pero la escuela nunca la voy a descuidar ese es mi principio”.

Yuca comienza a beber a los 15 años y a fumar a los 17 por motivación de una amiga y su hermano, piensa en dejar de fumar para evitar enfermedades que conlleva el consumo de cigarrillos, con el alcohol manifiesta que su primer contacto no fue agradable, pero por el efecto que causo cuando estaba borracha dejo de importarle el sabor.

Lirio menciona que bebía demasiado alcohol antes de su embarazo y consumía cocaína que es muy adictiva, así como las drogas sintéticas, pero el miedo que siente al saber

que está embarazada y que puede tener implicaciones para el bebé permite que Lirio deje todas las drogas y se enfoque al cuidado de su embarazo.

Salvia desde los quince años empezó a tomar alcohol para relacionarse con sus compañeros y sobre todo al estar con su mejor amiga y cuando tenía problemas con su novio buscaba emborracharse para manejar sus emociones.

Para Fresno su consumo de alcohol es menos importante que la escuela ella se mantiene firme en su propósito de terminar la escuela.

Cuatro de las participantes han consumido sustancias psicotrópicas en el caso de Lirio fue muy constante mientras que para Salvia se ubicaba en la cuestión de convivencia social también lo hacía como escape de los problemas que tenía con sus parejas sentimentales, para Fresno se encuentra igualmente como algo para socializar y si se ha dejado de consumir es para el cuidado del cuerpo o búsqueda de la salud.

➤ Sexualidad

La sexualidad es influenciada primeramente por la familia tanto en educación sexual y roles que desarrollan los padres, de estos aprendizajes los hijos ponen en práctica o modifican la forma de vivir su sexualidad.

Yuca: “Fui a comprar agua como soy muy limpia y me iba a ir a trabajar fui a comprar un garrafón de agua, estaban unos tipos tomando, cuando iba regresando quisieron abusar de mí, pero iba pasando una combi se paró y ellos se echaron a correr”

“A mí me gustan las niñas desde pequeña, pero no me gusta sentirme sola, soy cobarde y nunca he tenido el valor de decirle a una niña me gustas entonces los chicos me piden. No me gusta juntarme con niñas porque son muy bobas porque hablan de maquillaje y prefiero juntarme con los niños, pero cuando ellos tienen novia ya no te pelan y cuando te los haces tus novios tienen que andar contigo ves”.

“A los 15 años, un beso en una fiesta, con un chico fue a los 17 y con una chica a los 18, así se dio en el momento, planeado no fue, pero si nos cuidamos con

condón, no fue algo que me gustara, igual y por eso descubrí que no me gustaban los niños”.

Lirio: “En segundo de primaria mi mamá llevaba folletos a la casa de métodos anticonceptivos o embarazos no deseados, yo los leía y mi mamá me contaba existen estos métodos, una vez llegue a la primaria platicando de eso y la maestra pegando el grito en el cielo mando a llamar a mi mamá, en mi casa nunca fue tabú este tema, nunca fue pecado y con mi hijo no es un tema que sea intocable”

“Iba a cumplir 17, mi novio en ese momento me dijo y esa vez utilizamos condón y de ahí a pesar de todo lo que había hablado con mi mamá fui muy irresponsable con mi sexualidad en mi adolescencia rara vez me cuidaba de repente decía va lo hacía, empecé a ver chavas que empezaban a tener este rollo que comentaba mi mamá de vas a terminar prostituyéndote por las drogas, me volví miedosa y decir cómo te vas a meter con este we que conociste en una fiesta que estás haciendo de tu vida, después de ahí solo tuve al papá de mi hijo y a mi pareja actual”.

“Tuve otro problema su papá me estuvo acosando, un día me dijo que como yo no la había hecho con su hijo él me ofrecía mantener a mi hijo si mantenía una relación con él, yo tenía 20 años y no era una niña, pero estaba inmadura y me espante, si sigo viniendo este señor me va a violar”.

Salvia: “En la escuela, mi mamá nunca nos enseñó sexualidad, normalmente es con condón, el uso del condón y cuando no es así la pastilla de emergencia”.

“Fue a los 16, estábamos en mi casa un amigo nos estábamos besando y de la nada me pregunto si quería fue algo muy simple, rápido de ya fue mi primera vez, pero algún sentimiento, emoción realmente no, fue bastante x”.

“Tuve otro novio que fue empezando la prepa, un novio de la prepa y cuando entré a UNITEC fue con el que tuve la relación conflictiva, mis dos últimas relaciones fueron conflictivas las de la prepa y con el que solo buscaba tomar”.

“Todo es diferente, me trasforme, peleas fuertes como las que llegue a tener antes ninguna, no peleamos si acaso una vez él se enojó mucho conmigo y estuvo medio feo, pero nada más es muy tranquilo”.

Manzano: “Importantes solo tres, el de la secundaria, el del CCH y con el que estoy ahora. En el CCH a los 17 conocí a mi novio y empieza a llenar ese vacío emocional, él era el que me llevaba a comer a mis padres no les parecía esa relación, tenía muchos problemas y lo tuve que dejar por darles el gusto”.

“Veíamos una película y mi hermana de que quieres saber, les dio esa confianza de hablarnos y decían hay condones, pastillas, puedes saber, pero no lo hagas no es tiempo, ese momento marca un antes y un después en tu vida, tienes que ir al ginecólogo, no eran tan libres de decirnos, pero entre broma si nos informaban”.

“Ya teniendo 20 años, él dijo vamos a ver si sabes poner un condón, se lo puse y ya empecé el cariñito, se puso muy nervioso y me quede de vas a querer o no, checamos que no se rompió, fue muy lindo a partir de ese día me cuidaba en el sentido emocional, yo era regular y se volvió irregular y me llevo al ginecólogo, mi madre ya sabe que no soy virgen y en eso se rompió la relación con ella porque le quise contar y fue de eres una puta te encuentras a uno y te vas a acostar me condeno a la hoguera, en mi vida te vuelvo a contar algo porque para mí fue algo especial, mi papá no lo sabe pero se imagina, no habla de ese tema o es de tú vas a ser virgen hasta los 40”.

“Cuando estoy en mi periodo, bañarme en la mañana, en la tarde y en la noche pero no es siempre, hay ocasiones en que tolero dos veces o una vez al día porque mi mamá es de gastas agua, me limito porque creo que exagero pero no puedo detenerme totalmente puedo dejar de hacer ciertas cosas pero me siento mal porque sale algo de mí, algo que no sirve se siente pegajoso es como sentir como si me hubiera metido en miel o en tierra”.

La soledad en Yuca se manifiesta en tener novios a pesar de decir que prefiere a las mujeres, pero se muestra renuente en tener amigas, y es importante notar que tuvo una experiencia de intento de violación que solo le conto a su hermano.

Para Lirio las pláticas de sexualidad eran comunes por el trabajo que tenía su mamá que pensaba que la educación sexual era importante a pesar de que Lirio tiene conocimientos no se cuida, y al ver a las chavas que se venden para obtener droga decide limitar sus relaciones sexuales, Lirio también sufre acoso de su suegro y siente que puede violarla.

Salvia menciona que aprendió educación sexual en la escuela porque con sus padres no hay confianza, manifiesta que no hubo impacto al tener su primera relación sexual, en sus relaciones de noviazgo estas han sido conflictivas y en una de ellas es en la que ingería alcohol cada vez que peleaba, situación que no ocurre con su pareja actual en la que no hay ese tipo de conflictos.

La hermana de Manzano fue quien le hablo de educación sexual, sus padres le hablan de algunos cuidados que debe conocer, pero no practicar porque no está en edad, Manzano al querer compartir ese momento especial con su madre es vista como impura y manifiesta sentirse sucia cuando es su periodo buscando bañarse 3 veces al día.

Para tres de las participantes existió la educación sexual tanto a nivel familiar y en una vía escolar, para Yuca no hubo educación sexual e incluso tiene miedo de declarar sus preferencias sexuales porque su familia es rígida y no acepta la homosexualidad por su religión, mientras que Lirio tiene la guía de su mamá no aplica sus conocimientos hasta que ve situaciones difíciles y aberrantes en otras chicas, para Manzano fue un momento especial que quiso compartir pero la tacharon de inmoral por lo que es un tema que no quiere compartir así cada participante busca la forma más responsable de ejercer su sexualidad a través de esas experiencias con su familia y sus primeras parejas.

Autoconcepto del cuerpo.

La imagen que tienen las participantes a través de verse inmersas en una sociedad donde la mercantilización del cuerpo se ha enfocado a buscar consumir objetos que complementen al cuerpo.

Yuca: “Pues si me siento un poquito llena, un poquito pasada de kilos y chaparrita”.

Lirio: “Todo empezó porque antes de mi embarazo era muy delgada después subí mucho de peso me empezó a importar la cuestión física porque mi cuerpo ya no era el mismo, ahí empecé a tener esos problemas que antes no conocía cuando era adolescente, ahora empecé a aceptarme y sentirme en equilibrio, cuando empecé a correr me di cuenta que con mi cuerpo podía hacer cosas que no imaginaba, me dejó de importar la cuestión estética, me sentía bien, moverme, alcanzar metas físicamente que no hubiera imaginado que pudiera hacer, dejó de importarme si no media 1.60”.

Salvia: “Quiero dejar de comer algunas cosas ya empiezo con que estoy súper gorda o que tiene muchísimas calorías, mi idea es meterme al gimnasio me urge hacer ejercicio, trato de tener más higiene. Si se cuáles son los pesos, pero no me he checado, pero independientemente de lo que me puedan decir yo sé que estoy gorda, si no estuviera gorda no tendría grasa colgándome de los brazos o no tendría lonjas. En Estados Unidos tuve sobrepeso le dijeron a mi mamá que tenía que ponerme a dieta y ahí fue donde empecé con eso, un tiempo lo dejé y hasta ahorita empecé lo de ser vegano”.

“Me desagrada mi nariz, tengo muchos vellitos, mi cabello igual me desagrada creo que nada más”.

Fresno: “Siento que mi cuerpo no ha cambiado mucho, sigo siendo chaparrita, delgada, cabello largo y lacio, mis ojos no han cambiado, estoy un poco más llenita, cachetona, rellenita, pero sigue siendo igual, creo que siempre me ha gustado mi cuerpo no he tenido algún complejo, obviamente no me gustan mis llantitas, pero no es que me frustre por eso, que sean cosas que yo quiera cambiarlo”.

Manzano: “Me gusta mucho mi cuerpo salvo mis piernas están un poco gordas, no me gustan pero creo que estoy bien no estoy tan gorda ni tan flaca

estoy en ese peso ideal quizá me hace falta hacer ejercicio para reafirmar los músculos pero me gusta mucho mi cuerpo”.

Todas las participantes muestran un interés por su peso ya sea por cuestiones familiares o de salud en cada una de ellas hubo situaciones que marcaron la importancia de verse esbeltas, Yuca menciona que se siente llenita o pasada de kilos de acuerdo con su estatura si bien es de estatura de 1.58 hay que recordar que su madre le decía que tenía que cuidar su alimentación desde que era niña.

En Lirio se presenta el interés por su peso después del embarazo ya que nota los cambios físicos y comienza a hacer ejercicio encontrando un bienestar y aceptación de su cuerpo.

Salvia manifiesta desagrado por partes de su cuerpo, pero en especial por sus brazos y abdomen donde dice que tiene exceso de grasa y menciona que es importante ir al gimnasio para eliminar la grasa, cuidar su alimentación y sobre todo continuar con la higiene para su cuidado corporal.

Para Fresno el único problema que manifiesta son las llantitas en su abdomen, pero fuera de eso manifiesta gusto por su cuerpo.

En Manzano también hay manifestación del gusto por su cuerpo y manifiesta que puede mejorarlo haciendo ejercicio, en todas las participantes se menciona que se puede mejorar su cuerpo mediante el ejercicio para quitar los excesos de grasa, se busca un cuerpo estilizado y acorde a lo que se ha aprendido como belleza.

➤ Origen del TOC

Las participantes analizan cuando fueron los primeros momentos en que sintieron malestar por no poder limpiar o acomodar y como pudo surgir este trastorno.

Yuca: “Mi mamá me acostumbro porque como ella se iba a sus fiestas nosotros teníamos que limpiar y sino limpiábamos nos pegaba entonces se te va haciendo como un hábito”.

“Cuando ya no vivo con ellos, como vivía con mi amiga y ella se iba a trabajar y entonces se quedaba destendida la cama y no me gustaba que se viera así”.

Lirio: Cuando empezaba a salir de mi depresión post parto estaba desanimada que tenía un desmadre en mi cuarto, todo regado, una montaña de ropa sucia y solo lavaba lo que me iba a poner, cuando empiezo a sentirme mejor digo como puedes vivir así que asco, me empecé yo solita a regañar y un día así de la nada dije se acabó, agarre todo mi bonche de ropa y lo fui a meter a la lavadora, fueron cinco cargas de lavadora empecé a limpiar todo, mi cuarto estaba lleno de polvo, ese día fue muy raro porque fue de ya no quiero estar así y sentía que emocionalmente estaba mejor fue un día cualquiera en mi mente dije no quiero volver a terminar en esta situación y de ahí me empecé a volver más obsesiva, en que todo tenía que estar ordenado, en realidad no llevo tantos años siendo así antes era el polo opuesto.

Salvia: Tiene poco que empecé a pensar un poquito más esas cosas, de repente comienzo a pensar que las cosas están sucias entonces sería bueno que me lave las manos más seguido o si voy a salir y en la mañana ya me bañé y regrese a casa y en la tarde voy a salir ya estuve en la calle entonces estoy sucia otra vez me tengo que bañar y como voy a salir con alguien si no me bañe.

Fresno: “Cuando iba en la secundaria, me daba asco, no me gustaba que estuviera así la casa o mi cuarto, mi hermano siempre ha tenido un desastre y era solo un cuarto pequeño, se escuchaban ratones, me daba mucho miedo, asco entonces era de estar limpiando diario, llegaba de la escuela y antes de acostarme, cambiar las sábanas, colchas, las fundas de la almohada, de la ropa si me ensuciaba quitármela y ponerme otra porque no podía estar así, el polvo me daba asco, me daba cosa tenerlo en mi cuerpo.

“Me afectaba mucho cómo las cosas se veían y en mi cabeza era si vas a hacer las cosas hazlas bien si no mejor ni las hagas, en la secundaria siempre trataba de ser la mejor y no tiene que haber ningún error porque también tenía ese temor soy la hija perfecta si tengo un error que voy a decir”.

Manzano: “Desde los 10 años, veía a los niños que jugaban en el patio y se ensuciaban qué asco entonces cuidaba donde me sentaba, comía, me iba a otro lugar más limpio, no me gustaba ver a los niños sucios y no me gustaba verme sucia, sentía que me veía fea, estoy fea tengo las manos sucias de mugre, lodo, tierra, de polvo, soy alérgica se me empieza a cerrar la garganta, flujo nasal y es incómodo tratar de no tener contacto con el polvo, con la comida o cuando voy al baño de mis líquidos trato de limpiarme un chingo de veces hasta que ya estoy limpia”.

Yuca se hizo responsable de las tareas del hogar desde pequeña porque su mamá salía a fiestas y sino encontraba la casa limpia los golpeaba, empieza a notar que le disgusta la suciedad y el desorden cuando convive con otras personas que no tienen los cuidados de limpieza que ella tiene si bien para ella el origen se da como hábito produce malestar en ella cuando no está en su zona de confort.

Como origen de la limpieza y orden en Lirio se da mientras estaba con depresión postparto se harta de vivir en un caos y decide cambiar a partir de ese momento continúa con esos cuidados por la practicidad que encuentra también siente malestar por no poder ordenar y limpiar todo a su alrededor, si bien acepta que no puede intervenir en todos los lugares lo hace en su casa por lo que también busca una organización de sus otras actividades.

Para Salvia no está claro el origen solo manifiesta que empieza a tener pensamientos sobre cuidados en su higiene y se manifiesta en sus cuidados en el lavado de manos, baño, lugares donde comer y que comer, es una persona que manifiesta que tenía un desorden en su cuarto, pero últimamente los pensamientos llegan y tiene que hacer las cosas para bajar su ansiedad y muestra enojo y frustración con los demás porque no obtiene los resultados que desea.

Fresno al estar viviendo en un cuarto donde había ratones se dispara las conductas de limpieza porque no tolera el polvo y acostarse en un lugar donde pudo haber animales así también busca el orden y perfección por el temor de no ser la hija perfecta.

Desde los 10 años a Manzano le producía malestar tener cualquier contacto con la tierra tanto por sentir que se veía fea y la alergia que le producía el polvo buscando lugares para evitarlo, incluso al ir al baño tener cuidados hasta sentirse limpia.

El Origen de los cuidados de Limpieza se marca de forma diferente como puede ser hábitos saludables y disciplina hasta caer en el malestar por no poder limpiar u ordenar.

➤ Forma de vida con el TOC

Presenta como es la vida con los cuidados de limpieza y orden que tienen en su espacio personal, familiar y público y que emociones perciben personales y de los que las rodean.

Yuca: “Me molesta, me estresa ver las cosas sucias o desacomodadas, aparte es como tu personalidad, te describe cómo eres, si tú eres limpio vas a dar buen aspecto y sino pues no”

“Me gusta traer la ropa limpia, que mis zapatos no se vean sucios, debo bañarme diario y dos veces al día porque en las noches siento mi cuerpo sucio, tengo que llegar a bañarme y en la mañana porque ya dormí se ensucio otra vez mi cuerpo, a bañar 45 minutos porque tengo que tallar más de tres veces mi cuerpo sino siento que no me baño bien, uso sácate y un cepillo para mi espalda, para cabello shampoo y acondicionador y para mi cuerpo jabón, aunque yo no salga de mi casa debo de estar bañada si no ando incomoda y de malas”

“Me paro, escombro mi cuarto, tiendo mi cama, barro, trapeo con fabuloso para que huela rico y el piso lo tallo con cloro, me meto a bañar, desayuno, vengo a la escuela, llego, ceno me baño y vuelvo a dormir”.

“Por colores y por prendas, por ejemplo, los calzones en un lado, brasier en otro, calcetines en otro, playeritas en otro, pantalones en un lado, mallones en otro, pans de un lado, las blusas juntas, pero por colores”.

“Puedo tocar algo que está sucio, pero empiezo a sentir las manos sucias y grasosas y tengo que ir a lavármelas, cada que es necesario, cuando voy

a comer, cuando entro al baño y cuando salgo del baño, cuando juego mucho el dinero”

Lirio: “Procuro tener mi ropa limpia, calzado, bañarme diario, lavarme los dientes tres veces al día, tener hábitos higiénicos pero mi mamá si está loca por la limpieza ella casi esterilizar todo, lava todo, limpia todo, es muy obsesiva con la limpieza, yo no tanto porque mi mamá me llega a desesperar, en cuanto al orden es mi punto débil porque veo las arruguitas de la mochila estoy arreglándole para que no se vean las arrugas, las cosas las ordeno por tamaño, colores por secciones en ese aspecto del orden si soy más maniática, me tardo horas doblando mi ropa tiene que quedar el dobles bonito, arreglo desde mis libros y lápices que traigo a la escuela, mis cuadernos, mi cama tiene que quedar el edredón perfectamente bien estirado, las almohadas acomodaditas, si veo las cosas de alguien se lo ordeno, se lo enderezo pero ahorita ya no tanto”.

“Entre semana me paro a las 6: 30 am y tiendo mi cama pero si me tardo porque tengo que acomodar el edredón, las almohadas y los peluches, voy al baño, salgo empiezo a hacer el lunch que lleva al escuela mi hijo, me hago un licuado, llega el transporte que se lo lleva a la escuela bajo y lo dejo en el transporte, subo, me baño y vengo a la escuela, estoy en clases, estos días salgo tarde y aquí afuera compro ensalada, regreso tengo otra clase de 4 a 5:30 salgo llego a la casa descanso un ratito, me cambio y voy al gimnasio de 8 a 9 regreso a la casa ceno algo y me pongo hacer tarea, le reviso la tarea a mi hijo ya me voy durmiendo como a la 1 de la mañana si tengo mucha tarea casi no duermo y ya sigue la misma rutina”.

Salvia: “Antes si limpiaba una vez al año era mucho pero ahorita ya no estoy a gusto, ayer moví todos los muebles de mi cuarto y trapee, lo talle una vez y quite el jabón y el cloro, fui a lavar la jerga y cambiar el agua, volví a tallar y enjuague con pino y cloro otra vez. La ropa la lavo a mano, por ejemplo, la ropa negra con jabón para ropa oscura, la ropa de color con jabón de color y lo que ya no es tan importante lo echo a la lavadora. Dos veces, las mojo, agarro jabón, me tallo, enjuago, agarro jabón, me tallo

y enjuago y me seco. Me cepillo los dientes dos veces, la primera porque traigo la boca súper sucia y la segunda para confirmar que ya está limpia la boca. Con el baño igual trato de hacerlo todo dos veces, primero el cabello me lo lavo dos veces, pero últimamente tres porque con dos no es suficiente, los oídos me los lavo bien y después me paso la uña porque siento que tiene algo, la cara me la trato de tallar bastantes veces y el cuerpo me lo tallo dos veces”.

“Va por colores, hasta abajo van las blusas de manga larga y del color más oscuro, después color más clarito, y después manga corta del más oscuro al más clarito y ya después los que no tienen manga y así”.

“Antes podía comer en la calle no pensaba en eso, pero ahorita lo pienso y digo está sucio, el polvo, la gente, los carros, los animales, el viento, la gente que se sentó a comer antes que tu ahí en el puestecito y traía las manos sucias y así agarro las cosas. En mi casa no puedo ver a mi hermana lavar trastes me da ansias, siento que no los está lavando bien, con ellos si lo expreso, pero aquí no le voy a decir a la señora que están sucias sus mesas”.

Fresno: “Las manos era normal, después de lo de mi papá he tenido más limpieza porque me toca a mí conectarlo del baño me se la técnica de lavarme las manos porque me la enseñaron cuando fue la diálisis, actualmente son como unas 20 más o menos lavarme, no puedo entrar en un baño sucio me da asco, siempre estoy limpiando el baño a veces huele feo”.

“Me baño diario, es en lo que más tardo, más es en el cabello, porque lo tengo largo y lo siento grasoso o con mucho polvo, gasto mucho shampoo, hubo un tiempo que me bañaba diario, después cada tres días y ahorita diario por el ejercicio me siento sudorosa, a veces me da flojera, pero se me acerca mi novio y estoy sucia”.

“En mi casa veo la mesa, estufa sucia y es estar limpiando, pero ya no como antes a cada ratito ya es más relajado. Mis peluches eran como del

más chiquito al más grandote y mis cuadernos tenerlos forraditos para que no se ensuciaran eran perfectos y mis colores siempre era ponerle mi nombre”.

Manzano: “Si estoy loca por la limpieza me baño al día dos veces, me lavo un chingo las manos, en primer año de universidad traía toallitas húmedas, gel, jabón y todavía me iba a lavar las manos, tocaba lo sucio y era limpiarlo a profundidad y lavarme otra vez las manos ahorita bajo porque se me quedaban viendo y mi familia fastidiaba, decía no haces que tu cuerpo tenga defensas a las bacterias, me entraba mucha ansiedad tocar o verme las manos sucias me voy a enfermar o iba a ser el fin del mundo, me las lavo como dicen los hospitales a medio brazo, cada uña y todo los dedos, las palmas, los nudillos y me la lavo dos veces muevo la mugre y en la otra ya la retiro. Me tallo dos veces la cabeza, dos veces el cuerpo, dos veces los dientes y me tallo muy fuerte”.

“En el CCH mandaba a mi novio a limpiar la mesa cuando íbamos a comer, decía están pasando carros, me privaba de esos lugares porque todo está sucio, no como verdura porque no sé si los lavaron. Una vez lavo mi hermana tome un traste y tenía una pizca de comida y empecé a vomitar no puede ser que haya restos de comida”.

“Primero con agua quitando el polvo y después con cloro y fabuloso y con agua otra vez y antibacteriales en espray, barría un chingo y lo trapeaba mucho. En pequeños y grandes, mi ropa de colores, vestidos, camisas y pantalones cuando tenía mi cuarto mis cosas personales desodorante, crema, alhajero lo acomodaba de forma que no hubiera espacios en que se quedara la tierra, si cambiabas una cosa ya desentonaba toda la armonía de la habitación, está en horizontal los zapatos y uno está en vertical me enoja. En dos horas limpio todo, lo bajo de donde este y lo empiezo a acomodar y a limpiar y es diario porque acomodo mi tiempo por decir si tengo una cita despierta antes de lo habitual y empiezo a hacer las cosas, si no lo hago un día es incómodo”.

Si no hay orden y limpieza Yuca se pone molesta menciona que es parte importante de la personalidad e imagen ante los demás, tarda alrededor de 45 minutos bañándose ya que se talla más de 3 veces o hasta sentirse limpia, su baño es por la mañana porque despierta sucia y en la noche porque llega sucia de la calle incluso si no sale tiene el malestar de suciedad, ordena su ropa por colores y prendas y cosas de su espacio personal al cual también le da cuidados de limpieza, si toca algo sucio debe lavar sus manos para quitar el malestar de contaminación.

En la rutina de Lirio hay un importante uso de tiempo porque las cosas tienen que quedar en el orden perfecto o como desea para poder continuar, manifiesta que ordena ropa y su espacio personal además de limpiar, aunque es importante notar que justifica que no es tan limpia como su mamá y que incluso se desespera por la actitud de limpieza que tiene su madre.

En salvía hay repeticiones para bañarse y a pesar de llevar poco tiempo de tener estos cuidados de limpieza menciona que ya no es suficiente el proceso de dos repeticiones, tiene un orden para lavar y acomodar su ropa por prendas y colores, en cuanto a espacios públicos siente que todo está sucio y en casa no tolera ver a los demás ver los cuidados de limpieza que tienen los demás y se los manifiesta.

Fresno lava sus manos porque ayuda a su papá en la diálisis y menciona que se lava alrededor de 20 veces, pero identifica que tiene más cuidados durante el baño donde tarda más tiempo para quitar la sensación de suciedad, al limpiar espacios físicos dice que es más tranquila y no lo hace tanto.

Manzano manifiesta que tiene cuidados exagerados de limpieza y orden para mantener limpio su espacio personal, aplica el lavado de manos de los hospitales, y también cuida los lugares donde come para no tener contacto con las bacterias.

➤ Orden y limpieza de la madre

Son los patrones de limpieza de la madre y como son percibidas por las participantes a través de comparar las conductas madre-hija.

Yuca: “Mi mamá me acostumbro porque como ella se iba a sus fiestas nosotros teníamos que limpiar y sino limpiábamos nos pegaba”.

Lirio: “Con cloro, desinfectantes de espray, fabuloso, va una señora a hacer la limpieza, pero mi mamá agarra su trapito y empieza a limpiar los muebles, todos los objetos, la ropa primero la tiene que tallar y luego ya la mete a la lavadora, es tan obsesiva que cuando mi hijo se enferma y le dan medicamento con jeringa o vasitos medidores agarra un vaso desechable y lava bien los vasitos y la jeringa. Para ella no hay un no puedo, se tarda una hora y cachito, tiene zacates para bañarse con uno los pies, con otro el cuerpo, no le importa llegar tarde a un lugar porque debe tener sus cosas limpias cuando no quedan sus cosas limpias como ella quiere se pone gruñona”

Mi mamá nos contaba que cuando eran niñas vivían muy humilde, el piso de la vecindad era de tierra, las otras vecinas traían a sus hijos con la carita llena de tierra, greñudos, la ropa sucia y desgarrada, mi abuela era muy limpia no importaba que no hubiera gas se bañaban, la ropa desgastada y viejita pero limpia, los zapatos raspados pero limpios, la casa trataba de mantenerlo limpio, los trastes, trataba de tener limpio su casa y a sus hijos.

Salvia: Usa cloro, pero no tanto, mi mamá es bastante limpia ella se preocupa por tener la casa limpia, lo de ella es lo normal hace las cosas, limpieza de la casa como debe de ser y ya.

Fresno: Mi mamá si ve algo sucio lo quiere limpiar, es muy exagerada en todo lo que hace, cada semana cambiamos colchas, cortinas y todo lo que hay en la casa se cambia una vez a la semana como mínimo, siempre está limpiando todo, no quiere que las cosas estén tiradas y que todo esté en orden, que no haya polvo y si vamos a comer los trastes en su lugar y se trapea bien en todos lados, es muy perfeccionista, si alguna cosa de quehacer no le gusta lo hace hasta que quede a su manera a veces nosotros no ayudamos porque sabemos que no le va a gustar y se va a incomodar.

Manzano: mi mamá es muy limpia, por su culpa soy alérgica al cloro porque utilizaba cloro para todo, esa parte la adquirí de hay que tener una casa limpia, hay que ser limpios, se lava todos los días en la casa la ropa, se

hace que hacer trapeo y barrido y se limpia todas las cosas, de ella lo aprendí me heredo la cosa de la limpieza.

La madre de Yuca no tenía ningún cuidado de limpieza ya que salía a fiestas o estaba con otras parejas que la visitaban mientras los niños hacían los deberes del hogar.

En cambio, la mamá de Lirio tiene cuidados de limpieza que lleva a cabo por su trabajo de enfermera limpia las cosas y es cuidadosa en su baño corporal además que esos cuidados son exagerados para Lirio, mientras que su abuela tenía cuidados de limpieza diferentes a los de las personas de la vecindad donde vivía.

La madre de salvia tiene cuidados de limpieza que permiten que sea un lugar donde se siente cómoda, aunque menciona que no usa tanto cloro como ella además de diferir en la forma de comer.

El orden y limpieza en la mamá de Fresno también es importante y se incomoda cuando las cosas no quedan como quiere por lo que evitan ayudarla y Fresno se enfoca en su espacio y cuidado personal.

Las conductas de limpieza que Manzano tiene son porque las aprendió de su mamá y la alergia por el cloro es porque su mamá lo usaba demasiado.

En cuatro de los casos se aprendió a tener cuidados de la madre incluso en una abuela mientras que una mamá no daba el ejemplo exigía la limpieza, como vemos algunas mamás parecen tener cuidados minuciosos en su forma de limpieza.

➤ Tratamientos sobre el TOC

A través del análisis de las conductas se plantea la búsqueda de un tratamiento.

Yuca: "A veces tengo el tiempo limitado, tengo que hacer las cosas me estreso y se me hace tarde y luego con mi novio de que he llegado a ir a su casa la cama esta des tendida y me estreso, me pongo a escombrar y se pone de malas".

“No, porque creo que es algo necesario, y a lo mejor en algún momento lo intenté, pero empecé a entrar en ansiedad porque me estresa y me pongo de malas”.

Lirio: “Yo creo que no, es parte de mí, es mi rutina todo desde limpiar mis zapatos, hasta arreglar mi ropa que quede perfectamente como yo la quiero, esta cuestión de la perfección es subjetiva pero a mi forma de ver las cosas tienen que quedar a como yo las quiero entonces ordenar mis cosas no creo que se me quite, sigo ordenando todo y eso es cuestión de practicidad me he hecho ordenada porque eso hace mi trabajo más eficiente, si tengo mis cosas a la mano y ordenadas ya no pierdo tiempo en estar buscando pero también tengo muchas exageraciones todo tiene que ir hacia la misma dirección cosas que no tienen nada de utilidad pero ser ordenada se me hace muy práctico, eficiente tanto para mi vida escolar como mi vida personal me ha sacado de muchos apuros aquí en la escuela tener mis cosas muy ordenadas de mis lecturas, mis libros, agenda con tareas me ha hecho eficiente el orden me ha dado buenos resultados. Buscaría si me causara dificultades o siento ansiedad si no lo puedo ordenar, pero no estoy tan mal todavía porque puedo dejarlo pasar, si sintiera esa necesidad incontrolable de ordenar las cosas, pero no he llegado a ese punto tan delicado

Fresno: “Tratamiento como tal no, empecé a tener problemas en la secundaria era exagerada con la limpieza como en los estudios, la tarea y no salía, hacer las cosas perfectas, empecé a meterme en la iglesia estuve en la escuela pastoral, todas las actividades que tenía me volvieron loca, me empezaron a dar dolores fuertes de cabeza y me llevaron al doctor, dijeron estas estresada, me empezaba a dar comezón cuando hacía muchas cosas, mis papás hablaron conmigo dijeron te estás haciendo daño entonces deje cosas de la iglesia y me enfoque a la escuela empecé a conocer más personas y de esa manera ya.

En el orden siempre puedo encontrar las cosas que quiero cuando quiero, están acomodadas todas las cosas en su lugar, no hay pérdida de tiempo

por estar buscando puedes hacer libremente tus cosas sabiendo que ciertos objetos están en el lugar indicado. La limpieza no hay bacterias, cosas que te puedan picar, la higiene es tu carta de presentación a los demás y si te ven sucia es el rechazo o la no aceptación en cierto lugar.

Manzano: Me ha ayudado que a veces no he dormido en mi casa, en navidad me quede a dormir en casa de mi novio y no me puedo bañar, estar lavando límitate porque aquí no está esa cultura de higiene, no he cambiado totalmente pero si he buscado alternativas o buscar exponerme a esas situaciones para empezar a controlarme pero no es total el cambio, antes cuando iba a mis terapias no lo consideraba un problema pero si veo que estoy mal trato de imponer mi voluntad de decir tu sola te metiste en esto tu sola sal, quizá llegue el momento en que no pueda con esto y busque ayuda pero por el momento no hay necesidad de hacerlo.

A pesar de referir malestar por no poder limpiar y acomodar Yuca menciona que le causa ansiedad no poder hacerlo y apoyada de la personalidad e imagen que da la limpieza no busca un tratamiento.

Igualmente, Lirio no busca un tratamiento porque el orden es parte de su personalidad, es practico en su vida, aunque ordenar las cosas de cierta forma no es útil le dan bienestar, refiere sentir ansiedad si no lo hace pero que puede tolerarlo.

Fresno acudió al médico por dolores de cabeza y le diagnostican estrés por las actividades que lleva a cabo al dejar de realizar algunas la ansiedad baja y justica el orden como práctico y la limpieza como prevención de enfermedades y carta de presentación.

A pesar de ir a terapias psicológicas Manzano no considero que la limpieza fuera algo a trabajar, con las situaciones económicas y familiares que vive lo considera como un problema, pero lo enfrenta sola exponiéndose a situaciones que le provocan ansiedad que si se vuelve incontrolable podría buscar un tratamiento.

Todas las participantes justifican como forma de vida, cuidados, presentación y practicidad los cuidados de limpieza y orden que tienen que les sirve para su salud y es algo normal, algunas tuvieron ciertos malestares físicos por los problemas de estrés que

provoca tener que limpiar y desarrollar actividades escolares no lo asociaron a la exaltación de la ansiedad o de una emoción que domina en ellas por su forma de vida es importante ahora ir a un caso específico para analizar cómo se da el proceso de construcción del Trastorno Obsesivo Compulsivo de contaminación.


3.9. Presentación del caso individual.

Ruta de construcción de Lirio.

Edad	Hecho significativo	Emoción	Sentimiento	Sabor	Tipo de alimentación	Síntoma o padecimiento
Nacimiento						
4 años	Se molesta cuando sus juguetes no se ven como ella quiere	Ira y ansiedad	Enojo, molestia y desesperación	Dulce	Caldo de pollo, frijoles, tortillas, nopales, zanahoria, calabaza, papá, guayaba o avena con miel, plátano	Infección en el estómago y garganta
5 años	Su mamá se ausenta por cuidar a su hijo	Ira, tristeza	Celos, soledad	Dulce	Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta
5 años	Sus tíos se encargan de cuidarla	Alegría, tristeza	Felicidad, soledad	Dulce	Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta
5 años	Tiene múltiples actividades recreativas	Alegría, tristeza, ira	Tranquilidad, soledad, enojo		Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta, gripa
7 años	Tiene platicas de sexualidad				Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta, gripa

13 años	Pierde el sentido de la vida y deja de hacer sus actividades		Apatía		Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Depresión
14 años	Se entera porque su papá se aleja	Ira	Resentimiento		Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Depresión
15 años	Fallece su hermano	Tristeza	Culpa		Tacos, tortas, hot-dog, frituras	Depresión
15 años	Consume varias drogas	Ansiedad	Tranquilidad		Tacos, tortas, hot-dog, frituras	Depresión
16 años	Le medican antidepresivos	Tristeza	Tranquilidad, confusión		Tacos, tortas, hot-dog, frituras	Depresión
16 años	Comienza su vida sexual				Tacos, tortas, hot-dog, frituras	Infección en el estómago y garganta, gripa
20 años	Deja de consumir drogas	Miedo	Preocupación		Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta, gripa
20 años	Se embaraza y piensa en abortar	Miedo, ira, alegría	Soledad	Salado y picante	Frituras con salsa valentina, verduras, pollo, suplementos alimenticios	Infección en el estómago y garganta, gripa
	Depresión Post parto	Tristeza	Soledad		Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Depresión post parto
	Tiene disgusto por su cuerpo				Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta, gripa

20 años	Recibe acoso por su suegro	Miedo			Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta, gripa
22 años	Comienza a ordenar y limpiar	Ira, tristeza, alegría	Estabilidad		Picadillo, pechuga empanizada, sopa, arroz, frijoles, tortillas, frutas, verduras	Infección en el estómago y garganta, gripa
25 años	Cambia su alimentación				lechuga, espinaca, champiñones, calabaza, brócoli, pechuga de pollo, manzana, guayaba, plátano, licuado de avena con fresas, nueces y almendras, a veces tacos al pastor, hamburguesa, pizza	Infección en el estómago y garganta, gripa
28 años	Ingresa a estudiar a la UACM Iztapalapa	Alegría	Tranquilidad, equilibrio	Dulce	lechuga, espinaca, champiñones, calabaza, brócoli, pechuga de pollo, manzana, guayaba, plátano, licuado de avena con fresas, nueces y almendras, a veces tacos al pastor, hamburguesa, pizza	Infección en el estómago y garganta, gripa
30 años	Asiste al gimnasio y a correr				lechuga, espinaca, champiñones, calabaza, brócoli, pechuga de pollo, manzana, guayaba, plátano, licuado de avena	Infección en el estómago y garganta, gripa



con fresas, nueces y
almendras, a veces tacos
al pastor, hamburguesa,
pizza

En la tabla anterior se encuentran los hechos de vida más significativos de Lirio que se relacionan con emociones como la ira, ansiedad y tristeza y un sentimiento constante de soledad, se encuentran también emociones como el miedo y alegría al ir tomando decisiones que cambiaron su vida. Es necesario hacer un análisis de la ruta de construcción a través de los hechos significativos y como se llega a un trastorno y como vive con este.

Lirio recuerda que sentía molestia cuando jugaba y las cosas no se veían ordenadas como ella quería, empieza a sentir enojo a pesar de que le explicaban que no podía ordenar sus juguetes en los espacios que quería, desde aquí comienza una actitud de ordenar, Lirio no recordaba esto hasta que es entrevistada. El enojo se articula con el hígado y con la vesícula biliar y con el sabor ácido, mientras que la ansiedad se articula con el estómago y el bazo, su sabor es el dulce los cuales encontramos en los alimentos de su preferencia que son frutas y cosas dulces, en los guisados que le dan en casa predomina el sabor ácido y picante. El inicio del dominio de estas emociones y la alimentación se relacionan con sus padecimientos que son gripa e infecciones en el estómago continuos en su infancia.

En la infancia de Lirio se presenta muchos días de tristeza que generan un sentimiento de soledad ya que su padre no vive con ellos y la madre se enfoca a los cuidados del hijo que tiene parálisis cerebral, Lirio siente celos de su hermano porque le dan tanta atención y no entiende la condición física y mental de su hermano, esto le provoca confusión ya que quiere convivir con él, su madre le explica que su hermano está enfermo y no puede responderle.

Debido a la ausencia de su mamá los tíos son los que se encargan de cuidar a Lirio en especial la tía más joven con quien siente alegría porque juega con ella, le canta y enseña cosas, siente felicidad, aunque sigue sintiéndose sola, su tío también la cuida y Lirio lo toma como su figura paterna, aunque le llaman la atención se siente bien con ambos tíos, sigue su alimentación cotidiana tres veces al día con su abuela y cuando no están sus tíos se aísla.

La mamá por su trabajo y cuidados a su hijo busca actividades para Lirio y que así no este sola todo el tiempo, Lirio encuentra un gusto por la pintura, esto le da tranquilidad además practica ballet y toca piano lo cual desarrolla y practica en casa cuando se

siente sola, la tristeza es la emoción que sigue dominando y se refleja en la infección de la garganta y del estómago, la mamá al ser enfermera la lleva a la clínica a que la revisen y mediquen.

Lirio tiene el deseo de platicar y convivir con sus pares, y cuando se encuentra estudiando segundo de primaria llaman a su mamá porque Lirio estaba comentando con sus compañeros temas de sexualidad, siente alegría de platicar eso porque su mamá es quien comparte esos temas y lleva folletos a casa por su trabajo de enfermera, en casa lo ven como un tema normal e importante en la educación, para Lirio la primaria fue fácil ya que llevaba buenas calificaciones y tenía actividades que disfrutaba. Si bien Lirio encuentra actividades y momentos que disfruta la soledad y el enojo siguen dominando ya que sigue presentando infección en la garganta y en el estómago, la alimentación sigue siendo similar con ácido y picante además de que ella busca cosas dulces.

Conforme Lirio entra a la adolescencia y va experimentando los cambios físicos y psicológicos sigue presente el deseo de que su mamá este con ella, pero su hermano ha crecido físicamente y para la mamá es más difícil trasladar a la clínica a su hijo, Lirio sigue sintiendo soledad y comienza con reclamos hacia su madre, constantes discusiones con la familia, deja todas sus actividades y comienza a sentir apatía por la vida.

Al no tener a su papá siente el deseo de saber que paso con él y le reclama a su madre diciendo que fue ella quien lo alejo, la madre decide contarle como se llevó la relación entre ellos y Lirio reconoce que a su padre no le intereso la familia y comienza a sentir enojo y resentimiento hacia su padre el cual acumula durante mucho tiempo acrecentando su soledad y apatía a la escuela, actividades y a la vida.

Lirio comienza a sentir deseos de muerte por la soledad que siente, en ese tiempo fallece su hermano, esto provoca una tristeza en Lirio y sentimientos de culpa ya que piensa que debía convivir más con su hermano, estar al pendiente de él y apoyar a su madre, se aísla y comienza a consumir drogas primero alcohol y marihuana, posteriormente cristal, LCD, cocaína, lo hace con su grupo de amigos en las fiestas a las que asiste y busca olvidarse de todo y encontrar tranquilidad por lo que está viviendo. La emoción que domina es la ansiedad que se articula con el bazo-estómago

y que se encargan de procesar las emociones al estar dominando también la tristeza Lirio se enfoca a fumar marihuana y tomar alcohol para controlar la ansiedad y olvidar el vacío que siente, la alimentación que lleva se basa en tacos, hot-dog y frituras que consume una vez al día.

El dominio de la ansiedad y tristeza en Lirio provocan pensamientos suicidas, de culpa, resentimiento que son constantes y la única forma de apaciguarlos es con el consumo de drogas, por todos los problemas de rebeldía que tiene en la casa y en la escuela la llevan a terapia psicológica y comienza a asistir a sesiones junto con su madre sin obtener resultados, en el transcurso de las terapias la diagnostican con depresión y le medican antidepresivos que le provocan confusión y tranquilidad, se siente extraña y que su cuerpo no está bajo su control, manifiesta que ni las drogas le provocan esa sensación y deja de consumir el medicamento al mes.

Las terapias no dan los resultados de cambio en la relación con su madre y deja de asistir, su familia habla con ella y le ofrecen su apoyo, busca la compañía en sus amigos porque son los únicos que siente que la entienden y cuando tiene 16 años tiene su primera relación sexual la cual no le produce un impacto solo lo quiso hacer y posteriormente se da cuenta que sus prácticas son de forma irresponsable a pesar de tener conocimientos de sexualidad desde pequeña, la tristeza sigue dominando junto con la ansiedad y la ira, no hay alegría por la vida. La familia no se rinde y sigue presente y constantemente habla con ella para que no deje la escuela y le mencionan que el consumo de drogas le traerá problemas muy grandes y que incluso puede llegar a prostituirse para seguir consumiendo, a pesar de las pláticas Lirio sigue consumiendo para sentir tranquilidad que se acaba cuando ve que sus conocidas tienen relaciones sexuales para consumir más drogas y empieza a sentir miedo y preocupación, decide que dejara las drogas y poco a poco lo hace, solo se mantiene fumando marihuana esporádicamente y sigue bebiendo alcohol. Los padecimientos que sigue presentando son infecciones en la garganta, estómago y depresión ya que busca sabores dulces, ácidos y picantes en su alimentación.

Al tener una vida sexual irresponsable queda embarazada y siente miedo porque no está preparada para ser madre esta incertidumbre de que puede pasar hace que piense en el aborto como una opción porque no recibe el apoyo de su novio para hacerse

responsables, decide contarle a su familia lo que le pasa. Su madre la apoya y habla con ella, al llevarla a la clínica para el ultrasonido siente alegría y decide tener al bebé. Las emociones que dominan durante el embarazo son el miedo y la ira que se ven reflejados en los antojos que tiene ya que come papas o frituras con demasiada valentina que son sabores salados y picantes, el miedo que siente es por no saber si podrá cuidar de su hijo y la ira porque no siente apoyo de su pareja pero su familia permite que sienta periodos de alegría y que cuide su alimentación ya que constantemente asiste a chequeos con el medico quien le menciona la dieta y todos los cuidados que debe tener, para estos momentos ya dejo de consumir drogas.

Cuando nace su hijo domina la tristeza y el miedo que provocan que tengan depresión post parto siente incertidumbre, inseguridad y enojo porque se separa de su pareja y le quitan a su hijo, cada quien vive en casa de sus padres, al sentirse así Lirio no puede impedir que el niño este en casa de su pareja por lo que tiene que hacer visitas para estar con su bebé, en esta casa recibe acoso por parte de su suegro y una propuesta de que vivan juntos, Lirio tiene miedo y siente terror de que le puedan hacer algo así que decide sacar a su bebé de ahí, por un tiempo discute con el padre sobre la custodia pero finalmente el padre se aleja cuando está en una relación con una persona y esperando un hijo.

Lirio sigue teniendo dificultades para encontrar un sentido de la vida y percibe su cuerpo diferente, ya no es delgada, nota que su estatura es baja y no se acepta, hay tristeza porque no es la misma, su alimentación sigue siendo los guisados que se preparan en casa pero que pocas veces prueba, se la pasa la mayor parte del tiempo en su cuarto.

Aunque Lirio menciona que fue un día cualquiera siente el deseo de cambiar de no seguir como está y siente disgusto de cómo está viviendo, siente ira y se regaña por estar así, decide empezar a limpiar y ordenar su cuarto, dura limpiando y acomodando una semana completa sintiendo estabilidad al ver todo en su lugar, así decide que no quiere volver a lo mismo por lo que a partir de ese día se mantiene limpiando y ordenando.

El deseo de no perder la estabilidad hace que procure demasiado tiempo en limpiar y ordenar usando diferentes productos de limpieza, que su espacio personal se encuentre ordenado desde la cama, ropa, tocador, librero y también lo traslada a su cuerpo ya que

se baña diario, lava sus dientes y cambia su alimentación a verduras, pescado, pollo y frutas, comienza a presentarse alegría y ansiedad, si bien cuando se comienza a enfermar busca remedios naturales para no consumir pastillas asiste al médico si se le complica, tiene los pensamientos constantes de ordenar y si un objeto no tiene la simetría que quiere siente molestia y lo acomoda, si es difícil ponerlo como quiere mejor se retira, en su familia no ve que sea un problema porque su mamá tiene cuidados de limpieza más exagerados y su abuela fue así, cuando alguien de sus primos, conocido o extraño se da cuenta de la ansiedad que siente de tener que acomodar las cosas se ríe y se retira, aunque se le complica con su hijo, quiere que sea igual de ordenado se molesta y acomoda sus cosas pero siente confusión ya que es un niño y cambia su actitud con él.

Al encontrar estabilidad hace su examen al INBA y termina un proceso inicial especializándose en pintura, al inicio pinta su sentir que son tristeza, enojo, miedo, pero posteriormente plasma paisajes, cuestiones sociales y ya no individuales, siente ansiedad al ver el desorden de su material, pero es la única actividad que le llena y da tranquilidad y al final de trabajar ordena todo su material.

Al terminar la preparación en el INBA ingresa a la UACM y comienza a estudiar, las emociones que dominan son la alegría y la ansiedad, continua con su alimentación, pero a veces come pizza, hot-dog y hamburguesas, se comienza a sentir mejor con su cuerpo al ir al gimnasio y salir a correr sintiendo asombro y alegría por lo que agrega en su rutina asistir diario al gimnasio y cuando no lo hace siente ansiedad, frustración y vacío.

Lirio ha formado un proyecto de vida que se enfoca en terminar su carrera, estudiar una maestría y dar clases, cuidar de su hijo y vivir una vida larga teniendo una vejez con salud física y mental. Ha puesto orden a su vida y a su entorno y se siente feliz por lo que no está en sus planes buscar ayuda ya que ordenar y limpiar le reflejan equilibrio y aceptación de sí misma.

Las investigaciones que se han realizado muestran que existe una comorbilidad de padecimientos como son depresión, consumo de drogas y fobias que se presentan en Lirio. Desde su infancia domina la tristeza, la ira y la ansiedad que se relacionan

4. CONCLUSIONES.

4.1. Conclusiones y reflexiones.

Al construirse nuevos modelos de vida derivados de los países centrales donde domina la modernización la vida cotidiana ha cambiado, valiéndose de factores como conocimiento, poder, técnicas y acumulación de riquezas generando en los individuos nuevos deseos que al no ser cumplidos generan confusión, frustración y padecimientos. La vida moderna se enfoca en cómo se debe comer, vestir, dormir, pensar y actuar para cumplir sus deseos a través de competir con los otros para consumir y demostrar ser el mejor. En esta vida moderna no cabe la cooperación, las emociones o la enfermedad, se debe vivir de manera lineal y sin pérdida de tiempo lo que implica una confusión para el cuerpo el cual tiene que defenderse a través de síntomas, padecimientos o enfermedades.

Nuestro país a través del gobierno de Porfirio Díaz y la influencia que tenía este de Europa forja el orden y progreso, tiene influencias importantes de cómo cambiar la vida cotidiana y hábitos de limpieza a través de las generaciones. Para poder llegar a una construcción social del trastorno obsesivo compulsivo, no podemos dejar de lado las emociones, la cultura, vida familiar y todo lo que el sujeto vive para que se desencadene este trastorno como un desequilibrio racional, corporal, y de actitudes.

Es importante notar que los pensamientos que muestran las personas con el trastorno obsesivo compulsivo se clasifican como irracionales, pero con todas las participantes se maneja un discurso de funcionalidad, de comodidad y de cierto estatus de poder limpiar y organizar, hacen uso de la razón para justificar el modo de vida.

El uso de la razón se presenta en la vida cotidiana durante el gobierno de Porfirio Díaz quien con ayuda de la ciencia quería mejorar la calidad de vida a través de emplear libros de medicina que impactaron en la construcción y distribución espacial de la ciudad, se buscaba lugares ventilados, con luz, nuevos servicios que ya se tenían en los países modernos. Se busca una sociedad programada, organizada, controlada.

Por su parte la educación racional modifica las vidas, se emplea además medios de comunicación como la televisión, radio, prensa y publicidad para vivir bien creando nuevas necesidades basadas en la apariencia. Las ciudades se dividen en centrales y periféricas, encontramos en un mismo estado zonas donde la modernidad se refleja y vive, pero también zonas donde se vive la confusión, la pobreza, ignorancia y aislamiento.

La modernidad sin embargo genera normas que incluyan a los individuos para que vivan de forma similar o lo deseen, se pierden cuestiones importantes de los individuos como son las diferencias, espontaneidad, imaginación.

Tras reconocer como cambio la forma de vida, la limpieza se entiende como la búsqueda de higiene y por tanto mantenimiento de la salud. Desde la antigüedad la higiene personal era importante para mantener un equilibrio y purificación del alma, aunque en otros lugares la limpieza servía de apariencia ya que también el baño del cuerpo se consideraba inmoral, vemos entonces el choque de ideologías a través del espacio y del tiempo. Durante el gobierno de Porfirio Díaz la construcción de nuevos hospitales tenía el objetivo de promover la salud a través de la limpieza descartando la suciedad y por tanto el cultivo de microbios que producían enfermedades en los individuos. Se apoyó también de campañas de vacunación para evitar que las personas enfermaran y dejaran de producir en el ámbito en que se desarrollaban.

Se crearon además nuevos espacios para poder atender a la población considerando edad, sexo, enfermedades, se buscó impartir la práctica del deporte, alimentación y forma de vestir.

La limpieza tiene un objetivo en la vida, conocemos que ha sido influenciada a través de la modernidad que genera las formas de vida, ahora es importante empezar a relacionar la vida del individuo que llega al exceso de limpieza, en las participantes las estadísticas no aplican ya que ellas no están diagnosticadas en el sector salud como personas con trastorno obsesivo compulsivo pero su forma de vida las podría clasificar, en los datos que se revisaron se menciona que muchas personas no están diagnosticadas porque no se mira como un problema al contrario es una virtud ser limpio a pesar de que existe malestar al no estar siempre en un lugar con las condiciones de limpieza deseadas.

Como se pudo notar en las participantes se presentan episodios de depresión, consumo de alcohol y otras sustancias, es la comorbilidad que se presenta y notamos entonces por medio de las historias de vida como cada una resuelve o no estas características en su vida personal, se hace énfasis en que no es un trastorno lineal o construido de forma lineal afectan otros aspectos de su vida como la visión de su cuerpo, la educación familiar, sexual y escolar que van adquiriendo y sobre todo el manejo de las emociones y enfermedades que llegan a tener.

La ciencia médica sigue investigando las causas de este trastorno van desde estudios genéticos, factores ambientales, cuestiones neuropsiquiátricas del cerebro, traumas físicos y psicológicos por tanto la forma de evaluación se ve fragmentada, se encuentra que dominan emociones como la tristeza y la ansiedad pero no se hace una ruta de construcción de la persona ya que encontramos diversos instrumentos que miden ciertas características como son inteligencia, desarrollo evolutivo, historia familiar, funcionamiento psicosocial, a través de todas estas evaluaciones se intenta conocer el origen pero más que eso cuales áreas no están funcionando.

Las personas con este trastorno muchas veces acuden en busca de ayuda por otras problemáticas o de otros trastornos y en eso se ve la dificultad de detectarlo en el sector salud ya que implica evaluar en varias categorías no solo las que se enfocan en las características del trastorno, en el caso de las entrevistas que se realizaron apoyados de la historia de vida se pudo llegar a un análisis riguroso de cómo se relaciona los órganos y las emociones y como al ir resolviendo ciertos hechos o no generan el mantenimiento del trastorno.

Cuando se llega a un diagnóstico los tratamientos existentes se enfocan en las causas inmediatas o racionales que tiene la persona llegando a un incremento de las emociones buscando que se exalte en especial la ansiedad, retomando la dominación y contradominancia de una emoción se genera un desequilibrio y el tratamiento no provoca los resultados deseados. El tratamiento más eficaz según la literatura es la exposición y prevención de respuestas que se centra en habituar a la persona a los estímulos aversivos si bien se hace un cambio en la cognición de la persona se olvida al cuerpo el cual se somete a niveles altos de ansiedad.

Se llega a conocer por medio de los autoregistros las situaciones o factores que provocan la ansiedad y percibir cuáles son las características fisiológicas en el cuerpo y se busca dejar de sentir dejando de hacer la compulsión se llega a percibir a esta emoción como negativa.

De aquí que al ser humano se le fragmente porque no se le puede ver como un todo y se le divide en partes para quitar lo natural o lo que conforma a la persona como un todo con su cuerpo.

Intervienen aspectos sociales y religiosos desde como se ve la parte derecha del cuerpo como la rectitud, valor, destreza y positivo a la izquierda que es la deshonra, la torpeza y lo negativo. Se agregan movimientos para ser cortés o demostrar clase, se hace una intervención de los movimientos naturales del cuerpo. Es también importante notar que los roles de poder o jerarquía también son apoyados en aspectos sociales y culturales ya que en algunas culturas la mujer es considerada la más capaz para ir al frente de la familia. A través de los factores biológicos se apoya para marcar los roles de cómo se debe ser en sociedad para esto se corta, mide, se hacen autopsias del cuerpo para disolver al cuerpo y determinar que raza es superior.

Se da una fragmentación del cuerpo y de cómo se construye la persona, se entra en una confusión interna que se desarrolla con los diferentes personajes religiosos en la edad media que describían al cuerpo como abominable y se mira como aberración al instinto sexual del ser humano cuando el fin es la reproducción y mantenimiento del ser humano, para limpiar al cuerpo se le castiga y se le debe ocultar. En el cuerpo se manifiesta la enfermedad que puede ser un castigo o una muestra de elección para ser curado por dios.

Se encuentran teorías que interpretan al cuerpo con categorías de equilibrio para mantener la salud, Hipócrates con su teoría de los cuatro humores plantea que cuando estos se encuentran en mayor cantidad, menor, se aíslan o se amasan en algún lugar del cuerpo, este enfermo, Alcmeón por su parte nos habla de cualidades, húmedo, seco, caliente, amargo, dulce, del alimento, causas externas como el agua, fatigas o angustias. Pero estas teorías no tienen el auge suficiente en la edad media ya que se busca fragmentar al cuerpo y colocar a las figuras de poder en la cabeza y representarlos por medio de papas, obispos, reyes y príncipes.

Aunque encontramos que en ciertas culturas no se nombran a las partes del cuerpo con órganos y huesos sino con frutos, árboles y el reino vegetal. Con las características corporales se enseña a cómo comportarse al hombre se le educa para hacerle frente al dolor para mostrar su virilidad y a la mujer a actuar con sensibilidad. La higiene que se promueve en la sociedad occidental se promueve en la simbología de lo limpio y lo sucio, de lo beneficioso y de lo nefasto, también está culturalmente condicionado.

Como notamos en los materiales revisados se tienen diferentes concepciones de lo que es el cuerpo y como representarlo de acuerdo con la cultura y el espacio temporal que se vive. Para este trabajo se retomó al cuerpo como unidad ya que junto con la historia de vida se hizo una ruta de construcción del trastorno obsesivo compulsivo, durante el análisis se encontraron algunos otros padecimientos de acuerdo a la relación de dominancia y contradominancia de las emociones, para hacer la construcción se retomaron categorías importantes como la alimentación, la emoción dominante, la relación con los otros y con su entorno el cual se busca sea limpio y ordenado, encontramos ciertas similitudes en las participantes cada una con sus intereses y su entorno llegan a un avance y justificación de su padecimiento.

Si bien se le pregunto a las participantes como se vivió las conductas de limpieza en sus madres y abuelas no se obtienen suficientes datos o no los hay de porqué y como adquirieron la actitud de limpiar, las generaciones a las que pertenecen la familia de las participantes son de importancia en el contexto histórico de nuestro país porque se implementa la modernidad para ordenar y progresar hacia un país de primer mundo.

El cual trae consigo la construcción de nuevos deseos los cuales afectaran al cuerpo por medio del órgano-emoción cuando no se cumplen, en el caso de nuestras participantes, el vivir con este trastorno que se justifica como puede dañar al cuerpo a futuro ya que se considera que es un trastorno mental que nada tiene que ver con el cuerpo, pero que se refleja con los demás padecimientos y en la visión de vida que se tiene. Es vital trabajar y plasmar resultados de tratamiento retomando la corporalidad de las personas que viven con este trastorno obsesivo compulsivo de limpieza.

Bibliografía

Abramowitz, J. Efectividad del tratamiento psicológico y farmacológico para el trastorno obsesivo compulsivo: una revisión cuantitativa. *Consulta Clínica Psicológica* 1997; 65: 44-45.

Achenback, T.M. (1991). Guía integradora para los perfiles CBC-L/ 4-18 años 1991 y TRF. Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Vermont, Burlington.

Agrimi, Jole y Chiara Crisciemi, *Medicina del cuerpo y medicina Dell ánima*, Milán, 1978.

Aguamiel, M. (1935). *Sexo y temperamento* (pág. 280). Routledge y Kegan Paul.

Alcázar, A. & Rodríguez, J. (2010). El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide. (15-243).

Alonso, M.P.; Mechón, J.M.; Pi-Ferrer, J. (2001). Estudio de la percepción del estilo educativo en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psychiatry Biol*,8: 93-98.

Araque Hontangas, N., y Colmenar Orzaes, C. (2011). Salud y educación. Reflexiones en torno a la higiene en los textos para la enseñanza secundaria. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 187(749), 513-524.

Atkinson, R. 1998. La entrevista de la historia de vida. Serie de métodos de investigación cualitativa, 44, Londres, Sage.

Azcona, L. (2006). Higiene corporal. *Farmacia Profesional*, 20(4), 66-69.

Bados López A. (2005). Trastorno obsesivo compulsivo. Universidad de Barcelona. Facultad de psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y tratamiento Psicológicos.

Bados López, A., & García Grau, E. (2011). Técnicas de exposición.

Ballesteros, R. (2000). *Introducción a la evaluación psicológica*. Pirámide, Madrid.

Belotti, E. G. (1992). A favor de las niñas: la influencia de los condicionamientos sociales en la formación del rol femenino, en los primeros años de vida. Monte Ávila Editores.

Beauvoir, Simone de (1998). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra, Universidad de València.

Belloch, A., Cabedo, E. & Carrió, C. (2011). *TOC Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza. (15-385).

Bland, R., Newman, S. y Horn, H. (1988) Edad de inicio de los trastornos psiquiátricos. *Acta psiquiátrica. Escandinavia*; 77 (Sup. 338): 43-9.

Bobes, J., González, M. P. G. P., & García, M. B. (2002). Evolución conceptual y nosográfica del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Bragado, M.C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Buela-Casal, G., Y Sierra, J.C. (1997). *La entrevista. Manual de Evaluación Psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI, pp.271-296.

Caballo, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.

Campos, E. (2011). *El problema epistemológico de lo corporal: dos respuestas explicativas del cuerpo humano*. México, CEAPAC.

Caraveo, J., Colmenares, B. (2004). La epidemiología del trastorno obsesivo compulsivo en la Ciudad de México. *Salud mental*, 27, 6.

Cárdenas, G., & Carreño, V. (2012). La realidad virtual como herramienta para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Digital Universitaria*, 13(3), 1-10.

Chesneaux, J. y Kagan, R. C. (1983). El movimiento obrero chino: 1915-1949. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 58(2), 67.

Creswell, J. 1998. *Búsqueda cualitativa y diseño de investigación. Elegir entre cinco tradiciones*. Thousand Oaks, California, Sage.

Cruzado, J. A. (1997). Técnicas de intervención con pacientes obsesivo-compulsivos. *Ansiedad y Estrés*, 3, 289-318

- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca.
- Denzin, N. K. 1997. Etnografía interpretativa para el próximo siglo. Revista de Etnografía Contemporánea, 28 (5), pp. 510-519.
- Diseño, I. I., Vásquez, C. L., & Mattos, M. D. Ciencia higiene y modernidad. México a fines del siglo XIX.
- Durán, N. (2004) Cuerpo, Intuición y Razón. México: CEAPAC.
- Durán, N. (2013) El cuerpo. Un espacio pedagógico. México: Los Reyes. Ilich, I. (2006) Némesis Médica. En: Obras reunidas I. México: Fondo de Cultura Económica.
- Flick, U. 2004. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid, Morata.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S. O., Campeas, R. y Franklin, ME (2005). Tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo por exposición y prevención ritual, clomipramina y su combinación: un estudio aleatorizado, ensayo controlado con placebo. Diario Americano de Psiquiatría, 162, 151-161.
- Gavino, A. (2008). El trastorno obsesivo-compulsivo: manual práctico de tratamientos psicológicos. Pirámide.
- Hathaway, S. R.; Meehl, PE (1951). Un Atlas para el uso clínico del MMPI. Prensa de la Universidad de Minnesota, Minneapolis.
- Hayes, SC, Luoma, JB, Bond, FW, Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Terapia de aceptación y compromiso: Modelo, procesos y resultados. Investigación y terapia del comportamiento, 44 (1), 1-25.
- Hertz Robert, La preeminencia de la mano derecha: estudio sobre la polaridad religiosa, Mezclas de sociología religiosa y folklore, París, Puf, 1928.
- Hodgson, R.J.; Rachman. S. (1977). Quejas de Obsesiones y Compulsiones. Behav Res Thers, 15: 389-395.

- Ibáñez, I., González, M., Peñate, W., & Olmedo, E. (2002). Obsesiones y compulsiones: estructura del Inventario de Padua. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 263-288.
- James, I. A. y Blackburn, I. (1995). Terapia cognitiva con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Británica de Psiquiatría*, 166, 444-450.
- Labrador, F.J. (2008) *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y modernidad*, París, PUF, 1990.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo* (Vol. 99). Siruela.
- Lee, H.J., y Kwon, S.M. (2003). Dos tipos diferentes de obsesión: obsesiones autógenas y obsesiones reactivas. *Investigación y terapia del comportamiento*, 41, 11-29.
- LE GOFF, J.; TRUONG, N. *Una historia del cuerpo en la edad media*. Barcelona: Paidós, 2005.
- León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740.
- López Ramos, Sergio (2006). *El cuerpo humano y sus vericuetos*, México, Porrúa.
- López Ramos, Sergio (2006). *Órganos, emociones y vida cotidiana*, México, Los Reyes.
- López Ramos Sergio (2008). *Reflexiones para la formación del psicólogo*, México, Los Reyes.
- López Ramos, Sergio. (2011). *Lo corporal y lo psicossomático. Aproximaciones y reflexiones VII*. México: CEAPAC
- López Ramos, Sergio. (2013) *La construcción de lo corporal y la salud emocional*. México: Los Reyes.
- Loux Françoise, *El niño pequeño y su cuerpo en la medicina tradicional*, París, Flammarion, 1978.
- Loux F., Richard P., *Sabiduría del cuerpo*, París. Maisonneuve y Larose, 1978.

March, John S. (1995). Psicoterapia Cognitivo-Conductual para Niños y Adolescentes con TOC: Una Revisión y Recomendaciones para el Tratamiento. *Psiquiatría Jam Acad Chil Adolesc*, 34 (1): 7-18.

March, J., Leonard, H. y Swedo, S. (1995). Trastorno obsesivo compulsivo. En J. March (Ed.), *Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*, (pp. 251-277).

Marx, K. (1867). Prólogo a la primera edición alemana del primer tomo de *El capital*. Editorial Progreso. *Obras escogidas de Carlos Marx y Federico Engels*, 2.

Mauss, M. (1934). Las técnicas del cuerpo. *Sociología y antropología*, 309-336.

Mead, M. (1935). *Introducción y Conclusión, Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Editorial Paidós, Barcelona.

Méndez, F. X., & Olivares, J. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva, 160-5.

Meyer V. Modificaciones de expectativas en cadetes con rituales obsesivos. *Terapia de Investigación del Comportamiento* 1966; 4:273-280.

Miles, MB & Huberman, A. M. (1994) *Análisis de datos cualitativos: un libro de consulta ampliado*. Thousand Oaks, California: SAGE

Miller, R. 2000. *Investigando Historias de Vida e Historias Familiares*. Londres, Sabio.

Montaño, C. (2015). Sobre la heterogeneidad del TOC: el trastorno de ansiedad del siglo XXI.

Nicolini, H. (2012). *Repitiendo una y otra vez; la enfermedad Obsesivo-Compulsiva*.

Pérez, O., Olson, T., & Horton, K. (2007). Trastorno Obsesivo Compulsivo en la Frontera México-Estados Unidos. *Revista Científica Electrónica de Psicología* (3), 238-250.

Piédrola Gil, G. (2002). *Medicina preventiva y salud pública* (10ª ed.). Barcelona: Masson.

- Pigott, T.A., y Seay, S.M. (1999). Una revisión de la eficacia de la recaptación selectiva de serotonina Inhibidores en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 60, 101-106.
- Postel, J., & QUÉTEL, C. (1987). *Historia de la psiquiatría*. Ciudad de México: Biblioteca de psicología y psicoanálisis.
- Reid, D., (1997). *El tao de la salud, el sexo y larga vida*. España: Urano
- Revueltas, A. (1990). *Modernidad y mundialidad*. Estudios filosofía, historia y letras. ITAM. México.
- Revueltas, A. (1992). *Estado y modernidad*. México, Universidad.
- Revueltas, A. (2006). Lefebvre. Veredas: *Revista del Pensamiento Sociológico*, (12), 11-21.
- Sánchez González, M.A. (2002). *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson.
- Schmitt, Jean-Claude, *Medieval*, París, Fayard, 1999.
- Soutullo, E. C. & Mardomingo, S. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Steketee, G. (1999). *Superar el trastorno obsesivo compulsivo: un protocolo conductual y cognitivo para el tratamiento del TOC*. Oakland, CA: Publicaciones de New Harbinger.
- Stewart, E. (2008). Estructura de cuatro factores de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en Niños, Adolescentes y Adultos. *Revista de la Academia Estadounidense de Niños y Psiquiatría de la Adolescencia*, 47(7), 763-772
- Strauss, A. y Corbin, J. 1990. *Fundamentos de la Investigación Cualitativa: Procedimientos y Técnicas de la Teoría Fundamentada*. Londres, Sabio.
- Tallis, F. (1999). *Trastorno Obsesivo Compulsivo: una perspectiva cognitiva y neuropsicológica*. Desclée de Brouwer, Bilbao.

Thomsen, PH (1998). Guías Clínicas Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y Psiquiatría del Adolescente7,1.

Toro, J. (2011). Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: psicopatología y tratamiento. Reunión y Congreso, Barcelona.

Torres, A., Prince, M., Bebbington, P., Bhugra, D., Farrel, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H. y Singleton, N. (2007). Trastorno obsesivo compulsivo: prevalencia, comorbilidad, impacto y búsqueda de ayuda en el British Encuesta Nacional de Morbilidad Psiquiátrica de 2000. *Timbó*, 163 (10), 109-116.

Touraine, A. (1994). *Crítica de la modernidad*. Buenos Aires, Argentina.

TOWBIN, KE.; RIDDLE, MA. (2002). Trastornos obsesivo-compulsivos. En Lewis, M. (Ed) *Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (3a edición). Lippicontt Williams and Wilkins, Filadelfia, páginas 834-847.

T. & Edelbrock, C. (1981): Problemas de comportamiento y competencias informados por padres de niños normales y perturbados de cuatro a dieciséis años. *Monogr. Soc. Res. en Child Dev.*, 188.

Vallejo Ruiloba, J. (1995). *Estados Obsesivos* (2ª edición). Masson, S.A., Barcelona.

Vallejo, M. (2011). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Redalyc*, 13, 419-427.

Vigarello, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza

Volcy, C. (2004). *Lo malo y lo feo de los microbios*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Zhang, Jun & Jin Zheng (2015) *Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China*. Beijing, China: Ediciones de Lenguas Extranjeras.

Zimmerman, Woo-San (1997). *Interpretación clínica de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos*. Tea Ediciones, Madrid.