

EL CUERPO EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA.

ÍNDICE.

1. El Cuerpo en la Clínica Psicoanalítica.

2. Bibliografía.

1. El cuerpo en la clínica psicoanalítica.

Lo primero que podríamos preguntarnos es que entrada hace el cuerpo en el psicoanálisis. Si ahora tomamos la hipótesis de Freud de 1893 que dice que no se puede tomar el cuerpo como un orden natural, podemos decir que el cuerpo es afecto de incidencias de la cultura y del lenguaje. Esto es una revolución; porque un cuerpo considerado como un orden natural, que tiene que ser por naturaleza de cierto modo, resulta que es sensible a la incidencia de un fenómeno de la cultura; específicamente al fenómeno de lenguaje.

Los efectos del lenguaje producen en el cuerpo lo que para la racionalidad médica sería una disfunción. Parecería una paradoja porque lo que es una disfunción para la racionalidad médica, es un orden de satisfacción para el sujeto que lo padece.

Es posible interpretar sin que en la interpretación entre el deseo de quien interpreta? El orden de satisfacción de un bebé alcanza a partir de la persistencia de un prójimo, no determina al mismo tiempo que el prójimo imponga las condiciones de su deseo, sin saberlo. Lo que es soñado, fantaseado, es la puerta de circulación de un deseo de quien va a recibir al bebé. Eso hace grandes diferencias.

Cómo los vínculos modelan el cuerpo? Desde Freud sabemos que la pulsión sexual se apuntala en el orden vital. Sobre la mamada se instala un plus de placer al de la satisfacción del hambre: el placer erógeno del contacto, del calor, la mirada, también placentera de la madre.

El bebé no solo absorbió alimento. Absorbió amorosamente los aspectos de la madre a través del tacto, el olfato, la vista, la cinestesia, el ritmo, y eso da al un placer aparte y marca la especificidad del reconocimiento de la madre por parte del bebé.

Desde entonces se ensamblan dos ordenes y se sostienen recíprocamente: no es solo el orden vital el que apuntala la pulsión sexual, es que la pulsión sexual puede desconstituir esa autoconservación. (Una prueba del contrario estaría en la anorexia mental donde una perturbación en lo sexual induce directamente una perturbación en la autoconservación, de la función alimentaria) .

Al cuerpo erótico en correspondencia con una pulsión parcial, cuerpo de agujeros de las zonas erógenas, le corresponderá luego un cuerpo. Pero el obtener un cuerpo con órganos y su funcionalidad dependerá no solo de la incidencia necesaria del significante sobre el cuerpo sede del goce, sino de la contingencia de la metáfora paterna y la inscripción fálica.

En ese orden de cosas, y en torno del complemento del cuerpo, habría que pensar del cuerpo de quien. Desde ahí se pueden pensar una amplia gama de posibilidades que va desde el hecho de imaginar a un bebé que la madre se lo puede imaginar como cosa, con lo cual el bebé queda sometido a ciertas condiciones del Otro que son diferentes a aquellas que se trasladan a la palabra. Habría allí en circulación algo que le permitiría al bebé

trasladares por un amplio marco de posibilidades en la vida; mientras que quien es una cosa, al lado del prójimo, parece que tiene restringidas las posibilidades de circulación.

Lacan empieza a preguntarse que es nombrar algo: el nombre permite ciertas ventajas y desventajas; al nombrar algo pasa a ser un objeto identificado, se identifica como objeto. A un viviente al que se le dice Juan, se unifica bajo Juan, una epidermis que lo envuelve, que lo designa como unidad; pero al mismo tiempo está perdido para siempre por el hecho de que está incorporado al lenguaje; al nombrar Juan se unifica algo más que un cuerpo.

Esta es la estructura fundamental del análisis que Lacan describe con tres letras:

S (A)

Se puede decir que la A es otro en el sentido riguroso que marca aquello que es heterogéneo, sería el otro materno. Ese otro arma una escena donde el bebé va a advenir. En realidad esta escena es simbólica. Es en el decir de la madre que hay algo que abre un lugar de circulación para alguien advenir. Hay como un zócalo de deseo que espera al bebé y lo acomodará en la cultura. Esto sería la letra A.

La Barra, para Lacan indica que le Otro es castrado. El Otro sólo puede saber de su deseo, o se puede saber de su deseo a través de lo que dice: pero cuando dice, no sabe lo que dice exactamente. Alguien es en el lenguaje, pero éste no es garantía de saber la verdad acerca de lo que se dice, se dice más allá de lo que se dice.

La S es por significativo, que sería el significativo del deseo del otro. Si el Otro pone en juego significantes es porque desea. Lo desea a través de la puesta en palabras, en términos del lenguaje, su deseo; la única posibilidad que tenemos de tener idea del deseo del Otro es a través del lenguaje, y este por definición es engañoso, dice sin decir o diciendo más de lo que se cree que se dice.

Hasta aquí lo que concierne al lugar del que viene al mundo. Ahora, que puede estar pasando que un analista se siente detrás de un diván, le diga a alguien que hable, y al poco tiempo el analista se encuentra con que el que habla está tratando de saber que quiere de él. Hay una demanda, y sin embargo esa demanda de curación se va transformando en cómo saber que quiere el analista de mí. Esto tiene que ver con esta condición de que la presencia del prójimo lleva enseguida a preguntarse qué quiere de mí?, y en éste el deseo del otro se hace imposición. Éste es imperativo, ordena.

Los lingüistas descubrieron que no hace falta ordenar nada para que la palabra se imponga como condición imperativa. Son los preformativos, que es una alocución que emitida tiene el efecto de generar realidades allí donde no las había. No es una realidad que es percibida por los ojos y delimitada, sino que hay una realidad que es puesta en juego desde las palabras.

Lo que Lacan propone pensar acerca de la emergencia del sujeto en esta condición, es decir del sujeto también barrado, castrado. (Un sujeto marcado por el lenguaje, que habla y no sabe enteramente de su deseo sino a medias a través del lenguaje), propone desdoblar este significativo del Otro en dos: S1 (que a veces se llama significativo amo) y S2 (significativo del saber).

Lacan decía que con respecto del otro podía haber:

Demanda (Neurosis)
Deseo (Perversión)
Goce (Psicosis)

Si lo que viene del otro es demanda, son palabras que acarrear un deseo. La condición de esto parece funcionar en los límites del lenguaje; o sea, no hay lenguaje que permita recubrir de que se trata el goce del

Otro, por este hecho que el Otro es castrado.

Esta barra implica que el Otro, lo Otro, es heterogéneo. Cuando hay palabras hay una posibilidad de algún equivoco, un medio decir, del deseo; pero cuando no hay palabras, cuando hay instrumentación pura, sólo hay marcas. Esas marcas, dejadas en el cuerpo sin palabras son del, orden de lo que después retorna en ciertas cosas que los médicos llaman enfermedades; pero de un modo que no es legible.

El cuerpo del psicótico es claro que no le pertenece, que es gozado por el Otro no hay un sujeto que se constituya con independencia de la cadena significante, ni estructura de goce fálico que vaya ganando terreno al goce del otro (cuerpos insensibles, absolutamente entregados al goce del Otro, constituyen un extremo de la patología).

El perverso, preso de otro modo del goce del Otro, no pudiendo salir de la "fiesta" interminable que lo condena utiliza su cuerpo para provocar la señal de angustia en el otro, y notificar al semejante así de su incomplitud. El perverso goza al hacer sufrir la incomplitud de quien se muestre tan completo, y confrontarlo con la castración.

El neurótico que idealiza el goce del perverso que no puede zafar de su interminable fiesta, es quien más se apropia de este cuerpo. El cuerpo del neurótico está fragmentado siempre. No hay homogeneidad. Desde el punto de vista de la pulsión parcial, de la zona erógena, cada punto del cuerpo vale distinto que el otro. El neurótico tiene también la posibilidad de la unificación imaginaria de lo que se llama imagen corporal. Esta imagen corporal irá tejiendo una historia imaginaria a la que no le alcanzan las palabras y se diferencia de la historia simbólica

Consideremos ahora al cuerpo en tres expresiones cénicas que lo comprometen en su evolución: la histeria, el fenómeno psicossomático y la hipocondría.

Freud habla siempre del cuerpo imaginario que perturbado por alguna palabra traba la relación entre deseo y goce, al que convoca. Palabras que caminan por los nervios hacen que no entregue su cuerpo al goce al que se siente convocado o que no viva esa experiencia de amar que le gustaría. Lo simbólico se instala sobre el cuerpo ocupando el espacio imaginario. La Histeria enseñó al psicoanálisis qué es el deseo, sostiene la pretensión de que todo sea palabra, que todo quepa en lo simbólico. Pretensión que fracasa siempre y hace que en lugar de avanzar más allá del goce fálico, se instale el goce del síntoma, veta sacrificial de la histeria. Mientras se niega a reconocerse como causa del deseo, se ofrece sacrificialmente al goce del Otro. Así queda algo de su cuerpo insensibilizado, negado y sostenido emblemáticamente para sostener al Padre, el Otro. Si bien hay algo del trauma imposible de significar el significante que se constituye en su alrededor hace síntoma. El síntoma histérico se enlaza a la estructura deseante del sujeto, y su goce lo excede. Las letras que lo constituye son posibles de ser leídas. El análisis permite que la letra portada devenga letra leída y caiga así algo del goce del otro cuando se enlaza al significante en la asociación libre.

En el paciente psicossomático hay siempre registrado un lugar silencioso, un lugar que no habla, que no asocia, que no dice. (Si la histérica habla para no decir eso que le concierne y guarda como un tesoro pero que lo deja oír a quien quiera escucharlo. No le es fácil decirlo pero algo del deseo, de lo simbólico hará eco en el cuerpo que dará a leer lo que la conciencia quiere callar). El silencio del psicossomático es de otra estructura. No se trata de frase reprimida capaz de producir síntoma.

Para Lacan en el fenómeno psicossomático se produce un congelamiento del significante primero con el significante segundo, produciéndose lo que se denomina Holofrase. Es un significante holofraseado que se hace carne en un cuerpo sufriente. Significantes congelados que no encarnados en el cuerpo no son palabras caminando por nervios. La letra portada, Goce del Otro en desconocimiento de un sujeto estructuralmente imposibilitado de lectura. Si el significante representa a un sujeto para otro significante, esta lesión no es un significante. Es mas un tatuaje que un significante. El tatuaje suple al significante que falta ya que no tiene esa

capacidad metafórica ni metonímica sino que va a representar al ser ante el otro. Él será representado por ese tatuaje que tiene también una función erótica, ante el grupo. Lo sitúa a la vista del grupo porque no es un significante. El eslabón del deseo se conserva allí pero "congelado en letra". La suplencia orgánica no es metáfora porque no es significante. El fenómeno psicosomático será silencio estructural para quien lo padece, letra que arde en el lugar del Otro, es de lectura imposible. No hay discurso psicosomático en tanto no hay significantes en juego.

Según Fenichel: "no todos los cambios somáticos de carácter psicógenos merecen el nombre de conversión, por cuanto no todos ellos representan la traducción de una fantasía psíquica a lenguaje corporal." Lo que plantea de algún modo es el problema de esa letra que arde en el lugar del Otro y que no puede ser dicha en el fenómeno psicosomático.

En el caso de un lapsus y el tartamudeo es que el lapsus se dice, es del orden del significante y el tartamudeo queda del algo de lo que no se dice. Incomoda porque confronta con la castración, pero no en lo que se dice: "estoy en falta, pero tu también lo estás, tu incomodidad lo demuestra" "eres tan castrado como yo, te confronto así brutalmente con la falta que te habita y te niegas a aceptar".

En cuanto a la transferencia en estos casos: al no ser una lesión un significante (como lo es un síntoma conversivo), no entra en transferencia simbólica, no se registra como palabra. Cuando un analista da sentido a síntomas corporales está contribuyendo a eternizar, a proliferar esos síntomas u otros. Un análisis produce efectos en la medida en que se producen elementos de escritura, en la medida en que alguno, contingentemente haga que algo que era un grafema, un simple gravado se incorpore como significante. Si hay algo analizable que se puede colar en el análisis de un problema del cuerpo, es que el grafema se enganche. Un ataque de asma, no es un síntoma, es puro grafema. Es síntoma para el médico, no para el psicoanalista. El paciente no se pregunta sobre ese síntoma, no se pregunta en términos de por qué le ocurre eso, lo ve como una patología de su organismo.

El fenómeno psicosomático no habla, no se escucha pero se registra en lo Real. Como en la úlcera no es un significante que represente al sujeto para otro significante sino ese tatuaje, letra erotizada que arde en lugar del otro.

¿Cuál es el tema de interés para el psicoanálisis para abordar el tema de la psicosomática?

El interés es la capacidad potencial que ese instrumento tiene para aliviar el sufrimiento humano a través del trabajo en el seno de la relación. Freud considera a la transferencia no solo una reedición de vínculos primitivos sino un espacio donde puedan crearse organizaciones vinculares nuevas, con reorganizaciones pulsionales y transformaciones de sus destinos, a través de lo procesado por la pareja terapeuta paciente.

Para Fenichel la Hipocondría es un estado de transición entre las reacciones de carácter histérico y los delirios psicóticos. El planteo de Freud es más abarcativo, dice que la hipocondría coincide con la enfermedad orgánica en la distribución de la libido. Retiene el interés y la libido de los objetos del mundo exterior y concentra a ambos en el órgano que le preocupa. (Y llama erogeneidad a la propiedad de todo órgano de adquirir valor fálico). La introversión de la libido recaerá sobre los objetos de la fantasía si hay representación, o sobre el yo si no la hubiere.

La Hipocondría aparece como valla frente a la psicosis, pero a la vez algo falla en el ordenamiento de la representación para que se instale. Aparece el esfuerzo por mantenerse en la dimensión fálica, de sostener el goce fálico goce de la palabra, más allá del cuerpo. Pero preocuparse tanto a nivel de un órgano a nivel de la palabra implica estar a un paso del fracaso de sostenerse en la dimensión fálica.

Los hipocondríacos se agotan queriendo interrogar a un órgano por los misterios de un cuerpo por los silencios del Otro, por la muerte y la castración.

La histérica 'se cansa' de hablar de cualquier cosa, pero así dice aunque no se lo proponga su deseo. Hay inconsciente estructurado, entonces dice de su deseo porque el inconsciente se expresa cuando habla. El hipocondríaco no quiere saber de su deseo por su estructuración significativa, su deseo no se lo permite. Biologiza su interrogación porque le es imposible decir su deseo. Rebaja el deseo, el significante al órgano biológico. Busca en un órgano una respuesta que se alcanza en el nivel del significante. Siempre hay una preocupación más por la salud. Intenta ubicar la pregunta en el órgano y no en el otro. No espera respuesta ni quiere sacar su pregunta de la esfera biologizada. El interés del yo y la libido coinciden (en las neurosis más organizadas simbólicamente la libido se separa del interés del yo; en una histeria por ser yoicamente coherente algo de la libido se desprende del yo cuando habla.) En el hipocondríaco es condición de soldadura para no caer en el delirio. El discurso del hipocondríaco está lejos de la neurosis de transferencia. Hay que ser cauto con la interpretación porque si el hipocondríaco se zafa se organiza en delirio.

Si un neurótico, descubre más allá del significante el objeto que su deseo le convoca a gozar, en el hipocondríaco apoyado en lo que hay de palabra trataría de hacer ligazón a los objetos. Está garantizada en su precariedad simbólica la moderación porque vive pendiente del resto de libido disponible. El hipocondríaco mide minuciosamente la disponibilidad de energía disponible, y suele armar una teoría de la energía minuciosamente separada de la cadena significativa, como si la energía y la libido no se implicaran.

La hipocondría implica una falla en la cadena significativa, en la estructura simbólica, pero esta falla no siempre es la misma. La hipocondría no hace cuadro por sí.

En la paranoia hipocondríaca se positiviza la causa de un órgano que deviene perseguidor.

En la Melancolía Hipocondríaca se estructura también delirio tras la fase de melancolía. La más sufrida idea melancólica, pero que la negación de órganos o la idea de enfermedad, es la doliente idea de inmortalidad. Un hipocondríaco habla siempre de un órgano enfermo, de peligro de muerte pero jamás de la muerte. No puede hablar de la muerte y la castración porque no es capaz de tolerar un agujero en la simbolización, esa falta en el otro. Al revés que la histérica que dice 'me muero' a cada rato, el melancólico hipocondríaco. No puede registrar la falla en el Otro, tampoco puede confiar en el Otro, por eso no se entrega, no se puede distender nunca.

La Hipocondría Neurótica pone a prueba que la estructura simbólica no soporta toda la estructura del sujeto donde la falla aparece en la preocupación por el órgano tiende a separar deseo de energía y arma siempre teorías que sostienen el balance de la cantidad de energía como explicación de todo. La cadena de representaciones en el que el deseo se dice, es la que ordena el quantum de energía, y la pone a disponibilidad para el sujeto. Cuando esta organización falla se vive minuciosamente pendiente de la energía, de la libido disponible.

Resumiendo:

- En la histeria, analizable e interpretable, lo simbólico invade al cuerpo imaginario, y la lesión orgánica responde a una frase reprimida, síntoma del que gozan el neurótico y quienes él sostiene. El síntoma interroga a un sujeto capaz de transferencia.
- En el fenómeno psicosomático, un lugar mudo, entregado al goce del Otro se sustrae a todo anudamiento significativo. La lesión no se significa. La transferencia aparece como vaciada, reclamando otro recurso que la interpretación simbólica.
- En la hipocondría se habla de los órganos como intento de mantenerse en la esfera del órgano de la palabra. Interrogar a lo real del órgano desvía el lugar de la pregunta donde habrá muchas palabras para decir poco o nada del deseo.

2. Bibliografía

- Bernard, Michel. "El cuerpo". Colección : Biblioteca de técnicas y lenguajes corporales. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1980.
- Freud, S. "Tratamiento psíquico, tratamiento del alma.". Obras completas. Tomo 1. "Ed. Amorrortu Bs.As. 1982
- Programa de seminarios por Internet:

Clase 1: dictada por José Zuberman. El síntoma histérico, el fenómeno psicossomático y el discurrir hipocondríaco.

Clase 2: dictada por Adriana Dreizzen. Los duelos y el cuerpo en la clínica psicoanalítica.

Clase 3: dictada por Mauricio Szuster. La implantación de la palabra en el cuerpo.

Clase 8: dictada por: Sierra ovejero, M; Wolfberg, E; Finkelievich, G; David, J. Diferentes perspectivas teóricas respecto de las afecciones psicossomáticas.

TRABAJO Y SALUD MENTAL.

ÍNDICE

1. Introducción.

2. ¿Qué es la salud mental?

3. ¿Por qué hay que prestar atención a los problemas de salud mental?

4. Grupos profesionales con riesgo para la salud mental.

5. Actitud ante los problemas de salud mental.

6. Psicosis relacionadas con el trabajo.

7. Enfermedades sistémicas y neurológicas.

8. Estados mentales.

9. Factores químicos relacionados con el trabajo.

10. Factores del puesto de trabajo asociados a la aparición de psicosis.

11. Tratamiento agudo del trabajador psicótico.

12. Depresión.

13. Ansiedad relacionada con el trabajo.

14. Factores de riesgo profesional de los trastornos por ansiedad.

15. Trastorno por estrés postraumático y su relación con la salud laboral y la prevención de lesiones.

16. El estrés y el agotamiento, y sus implicaciones en el medio ambiente de trabajo.

17. Trastornos Cognitivos.

18. Karoshi: Muerte por exceso de trabajo.

19. Conclusión

20. Bibliografía.

1. Introducción

En este trabajo se revisan los tipos principales de trastornos de la salud mental que pueden asociarse al trabajo: los trastornos del estado de ánimo y del afecto (por ej. insatisfacción), el agotamiento, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), las psicosis, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. Se definirán el cuadro clínico, las técnicas de evaluación disponibles, los agentes y factores etiológicos y las medidas específicas de prevención y tratamiento de cada uno. Siempre que sea posible, se ilustrarán y

comentarán sus relaciones con el trabajo, la profesión o el sector industrial.

En esta introducción se ofrecerá una perspectiva general sobre la propia salud mental profesional. Se abordará el concepto de salud mental y se presentará un modelo. A continuación, se comentarán la necesidad de prestar atención a la (mala) salud mental y cuáles son los grupos profesionales que corren mayor riesgo. Por último, presentaremos un marco de intervención general para tratar con éxito los problemas de salud mental relacionados con el entorno laboral.

2. ¿Qué es la Salud Mental?

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él. Al igual que el concepto, fuertemente asociado, de "estrés", la salud mental se define como:

- *Un estado:* por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (por ej. placer, satisfacción y comodidad) o negativos (por ej. ansiedad estado de ánimo depresivo e insatisfacción);
- *Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento:* por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental);
- *El resultado de un proceso:* un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso.

La salud mental puede asociarse también a:

- *Características de la persona como los "estilos de afrontamiento":* la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras.

Así pues, la salud mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

Hay un modelo de salud mental, esta viene determinada por las características del entorno, tanto fuera, como dentro del campo profesional, y por las características propias del individuo.

Existen muchos modelos, casi todos ellos procedentes del: campo de la psicología laboral y organizativa, que permiten identificar a los precursores de la mala salud mental. Estos precursores reciben a menudo el nombre de "factores estresantes".

Los precursores de la (mala) salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el trabajo.

Puesto que los estados de ánimo y los afectos se estudian con tanta frecuencia en el campo profesional, los trataremos con mayor detalle. El bienestar afectivo se ha considerado tanto de forma bastante indiferenciada (distinguiendo sólo entre sentirse bien y sentirse mal) como teniendo en cuenta dos dimensiones, "placer" y "activación". Cuando las variaciones de la activación no guardan relación con el placer, no se consideran por lo general un indicador del bienestar. Sin embargo, cuando existe relación entre activación y placer, pueden distinguirse cuatro cuadrantes:

- Gran activación y placer indican entusiasmo.

- Baja activación y placer indican comodidad.
- Gran activación y desagrado indican ansiedad.
- 4. Baja activación y desagrado indican estado de ánimo depresivo (Warr 1994).

El bienestar puede estudiarse a dos niveles: un nivel general sin contexto y un nivel específico de contexto. El medio ambiente de trabajo es uno de tales contextos específicos. Los análisis de datos respaldan la idea general de que la relación existente entre las características del puesto de trabajo y la salud mental no laboral sin contexto está mediada por un efecto sobre la salud mental relacionada con el trabajo. El bienestar afectivo relacionado con el trabajo se ha estudiado habitualmente a lo largo del eje horizontal, en términos de satisfacción en el puesto de trabajo. Sin embargo, los afectos relacionados con la comodidad, en particular han sido, ignorados en gran medida, algo lamentable teniendo en cuenta que este afecto puede indicar resignación con el trabajo: es posible que las personas no se quejen de él, pero puedan mostrarse apáticas y desinteresadas (Warr 1994).

3. ¿Por qué hay que prestar atención a los problemas de salud mental?

Son varios los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental. Las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental.

Además de resultar costosa, en términos tanto humanos como económicos, la salud mental tiene un marco legal, hay una directiva sobre salud y seguridad en el trabajo que entró en vigor en 1993. Aunque la salud mental no constituye el núcleo fundamental de la directiva, en su artículo 6 se presta cierta atención a este aspecto de la salud. La directiva marco señala, entre otras cosas, que la empresa tiene el deber de:

adoptar las medidas necesarias para la protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores (en todos los aspectos relacionados con el trabajo), según los siguientes principios generales de prevención: evitar los riesgos; adoptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos de trabajo y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y el trabajo repetitivo y a reducir los efectos de los mismos en la salud.

Pese a esta Directiva, no todos los países europeos cuentan con un marco legislativo sobre salud y seguridad. En un estudio comparativo de normativas, en sólo cinco países europeos reconocen que los problemas de salud mental en el trabajo son temas importantes para la salud y la seguridad.

4. Grupos profesionales con riesgo para la salud mental

En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. Un ejemplo de esto son las secretarías, camareros, obreros de la construcción, etc. Los que parecen especialmente proclives a abandonar por motivos de salud mental pertenecen al sector servicios, como el personal sanitario y los maestros, así como los empleados de la limpieza, amas de casa y trabajadores del transporte.

5. Actitud ante los problemas de salud mental

El modelo conceptual sugiere al menos dos objetivos de la intervención en los problemas de salud mental:

1. El medio ambiente (de trabajo).
2. La persona, ya sean sus características o las consecuencias en la salud mental.

La prevención primaria, el tiempo de intervención que debe evitar que se produzca la enfermedad mental, debe orientarse a eliminar o reducir los riesgos del entorno y favorecer la capacidad de afrontamiento y otras capacidades del individuo. La prevención secundaria se orienta hacia el mantenimiento de la población activa que ya padece algún tipo de problema de salud (mental). Este tipo de prevención debería abarcar reconocer precozmente los signos de la mala salud mental, a fin de reducir sus consecuencias o impedir que empeoren. La prevención terciaria va dirigida a la rehabilitación de las personas que han dejado de trabajar por problemas de salud mental. Este tipo de prevención debe dirigirse a la adaptación de los puestos de trabajo a las posibilidades del individuo. (Tabla 1)

6. Psicosis relacionadas con el trabajo

Psicosis es un término general empleado con frecuencia para describir una alteración grave de la función mental. En general, esta deficiencia es tan importante que el individuo es incapaz de realizar las actividades de la vida cotidiana, incluyendo la mayor parte de las actividades laborales.

7. Enfermedades Sistémicas y Neurológicas.

Ejemplos de esto son las enfermedades de Parkinson y Alzheimer, pueden alterar el estado de conciencia. Existen asimismo varias enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis y el SIDA, que pueden dar lugar a psicosis.

8. Estados Mentales.

La Esquizofrenia es probablemente el mejor conocido de los trastornos psicóticos. Las personas con este trastorno tienen a menudo historias laborales limitadas y no suelen formar parte de la población activa una vez desarrollada la enfermedad. Tienen frecuentes alteraciones profesionales y pierden el interés o el deseo de trabajar. Salvo en empleos de muy escasa complejidad, suele ser muy difícil que conserven su puesto de trabajo.

Ciertos factores estresantes, como la pérdida del empleo o la muerte de un ser querido, pueden causar psicosis reactivas breves.

9. Factores Químicos relacionados con el trabajo

Se sabe que ciertas sustancias químicas, como el mercurio, el disulfuro de carbono, el tolueno, el arsénico y el plomo han producido psicosis en trabajadores manuales.

Otros Factores

Varios medicamentos pueden causar delirio, que, a su vez, pueden evolucionar a la psicosis. Además, pueden aparecer psicosis relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales, como el alcohol, las anfetaminas, la cocaína, los esteroides anabolizantes y la marihuana.

La Psicosis Posparto es relativamente rara en el mundo del trabajo, pero conviene reseñarla pues son muchas las mujeres que están volviendo a su trabajo antes de lo que solían.

10. Factores del puesto de trabajo asociados a la aparición de Psicosis.

Aunque la información y la investigación empírica sobre las psicosis relacionadas con el trabajo son muy escasas, varios investigadores han observado relaciones entre los factores psicosociales del entorno laboral y la angustia psicológica.

Se ha comprobado que factores estresantes psicosociales importantes propios del empleo, como la ambigüedad de las funciones, los conflictos de funciones, la discriminación, los conflictos entre supervisor y supervisado, la sobrecarga de trabajo y el entorno en que éste se desarrolla se asocian a una mayor propensión a las enfermedades relacionadas con el estrés, a la impuntualidad y al absentismo, al rendimiento escaso, a la depresión, a la ansiedad y a otras formas de sufrimiento psicosocial.

11. Tratamiento Agudo del trabajador Psicótico.

Típicamente, el papel fundamental de las personas que deben responder al trabajador psicótico agudo en el lugar de trabajo consiste en facilitar el traslado seguro de ese trabajador a servicio de urgencias o a un centro de tratamiento psiquiátrico.

Reincorporación al trabajo

Después del episodio psicótico, el tema fundamental es si el trabajador puede volver a desempeñar su puesto de trabajo en condiciones seguras.

Si el puesto de trabajo puede originar algún riesgo en materia de seguridad, habrá que especificar las correspondientes restricciones, que pueden ir desde pequeños cambios de la actividad o del horario laboral hasta modificaciones más importantes, como el cambio a otro puesto de trabajo.

Al mismo tiempo, el servicio de salud en el trabajo debe controlar periódicamente el ajuste del trabajador a su puesto de trabajo, en colaboración con el supervisor.

Además y sobre todo, el sistema de salud en el trabajo debe considerar no sólo lo que es mejor para el trabajador, sino lo que es seguro para el lugar de trabajo.

Programas de prevención

Los programas de asistencia a los trabajadores podrían desempeñar un papel fundamental en la identificación precoz y el tratamiento de los trabajadores psicóticos.

12. Depresión.

La depresión es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental en el trabajo, no sólo en lo que concierne al impacto que puede tener en el lugar de trabajo, sino también al papel que el lugar de trabajo puede desempeñar como agente etiológico del trastorno.

Manifestaciones

Todo el mundo se siente triste o "deprimido" de vez en cuando, pero un episodio de depresión mayor debe cumplir varios *criterios*:

1. estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días;
2. notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días;
3. aumento o pérdida significativa de peso sin seguir ningún régimen, o disminución o aumento del apetito casi todos los días;
4. insomnio o hipersomnio casi todos los días;

5. agitación o retraso psicomotores casi todos los días;
6. fatiga o pérdida de energía casi todos los días;
7. sentimientos de inutilidad excesivos o inadecuados de culpabilidad casi todos los días;
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días;
9. ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrentes, con o sin un plan específico, o intento de suicidio.

Etiologías relacionadas con el trabajo

Nos centraremos en la forma en que ciertos aspectos del estrés pueden llevar a la depresión. Hay muchas escuelas de pensamiento acerca de la etiología de la presión, incluidas la biológica, la genética y la psicosocial. Muchos de los factores relacionados con el lugar de trabajo se asocian a este último aspecto.

Los problemas de pérdida o riesgo de pérdida del empleo pueden dar lugar a depresión y, en el contexto actual del continuo cambio de los puestos de trabajo son problemas frecuentes en el entorno laboral. Otro resultado del frecuente cambio de las tareas a desempeñar y de la constante introducción de nuevas tecnologías es que el trabajador se siente incompetente o insuficiente.

Tratamiento

Dada la relación etiológica antes descrita entre el lugar de trabajo y la depresión, una forma de considerar su tratamiento sería el uso de la prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria, consistente en el intento de eliminar la raíz del problema, supone la realización de cambios organizativos fundamentales para mejorar algunos de los factores estresantes ya descritos. La prevención secundaria comprendería intervenciones como la formación para cambios del estilo de vida. La prevención terciaria, o la tarea de ayudar a la persona a recuperar su salud, supone un tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

Resumen

La depresión es sumamente importante en el campo de la salud mental en el trabajo, tanto por su impacto en el lugar de trabajo como por el impacto de éste en la salud mental del trabajador.

En consecuencia, un mayor énfasis en la detección y el tratamiento de la depresión permitirían ayudar a reducir el sufrimiento individual y las pérdidas empresariales.

13. Ansiedad relacionada con el trabajo.

Los trastornos por ansiedad, al igual que el miedo, la preocupación y los trastornos relacionados con el estrés asociados, como el insomnio, parecen mostrar una prevalencia cada vez mayor en los centros de trabajo en el decenio de 1990.

Los recortes de plantilla, la amenaza a los derechos adquiridos, los despidos, los rumores de despido inminente, la competencia a nivel mundial, las reestructuraciones, adquisiciones, fusiones y otras fuentes de confusión organizativa han erosionado la sensación de seguridad laboral de los trabajadores y han contribuido a crear una "ansiedad relacionada con el trabajo" evidente, aunque difícil de medir.

Los síntomas de trastorno por ansiedad generalizada comprenden "inquietud o sensación de estar en tensión o al borde de un ataque de nervios", fatiga, dificultades para concentrarse, tensión muscular excesiva y

alteración del sueño.

14. Factores de riesgo profesional de los Trastornos por Ansiedad.

Parece probable que exista una mutua influencia de los factores organizativos relacionados con el trabajo y los propiamente personales, y que esta interacción determine la aparición, progresión y evolución de estos trastornos.

Estos factores pueden ser una carga de trabajo abrumadora, el ritmo de trabajo, los plazos y una falta percibida de control personal.

Las personas que, como los agentes del orden y los bomberos, desempeñan tareas peligrosas parecen correr también mayor riesgo de sufrir estados de sufrimiento psicológico mayores y más prevalentes, como la ansiedad. Sin embargo, hay datos de que ciertos trabajadores empleados en profesiones peligrosas consideran su trabajo "estimulante", en lugar de peligroso, y que lo afrontan mejor, en lo que a sus respuestas emocionales al trabajo se refiere.

Otra profesión que corre evidentemente un gran riesgo de sufrir niveles de ansiedad altos y a veces incapacitantes son los músicos profesionales. Estos profesionales, y su trabajo, se hallan expuestos a un severo escrutinio por parte de sus directores, deben trabajar en público y deben enfrentarse a la ansiedad tanto antes de su actuación como durante ésta. Otros grupos profesionales, como los actores de teatro e incluso los 'maestros, pueden sufrir también síntomas de ansiedad aguda y crónica en relación con su trabajo.

Otro tipo de ansiedad laboral de la que tenemos pocos datos; es la "fobia a los ordenadores", observada en las personas que desarrollan respuestas de ansiedad ante la tecnología informática. Aunque supuestamente cada generación de programas es más fácil de manejar que la anterior, son muchos los trabajadores que se sienten incómodos y otros incluso sienten, literalmente, pánico ante los retos del "tecnoestrés".

Prevención y remedio de la ansiedad relacionada con el trabajo

La mejora psicológica del puesto de trabajo, por medio de un nuevo diseño de los lugares de trabajo, podría erradicar o prevenir muchos de estos efectos adversos.

Muchas de las recomendaciones hechas por los investigadores, como aumentar la sensación de seguridad en el empleo reduciría también considerablemente las tensiones laborales y los trastornos psicológicos asociados al trabajo, incluidos los trastornos por ansiedad.

En ciertos casos, puede ser necesaria la medicación para tratar un trastorno por ansiedad grave. En general, estos fármacos, incluidos los antidepresivos y otros ansiolíticos, sólo pueden conseguirse por prescripción médica.

15. Trastorno por Estrés Postraumático y su relación con la salud laboral y la prevención de lesiones.

Gran parte de la investigación realizada acerca del estrés laboral se refiere a los efectos de la exposición prolongada a los estrés propios del trabajo, y no a los problemas asociados a acontecimientos específicos, como una lesión traumática o con riesgo para la vida o la observación de un accidente industrial o un acto de violencia.

El trastorno por estrés postraumático afecta a las personas que se han visto expuestas a accidentes o situaciones traumatizantes.

Prevención de las reacciones de estrés postraumático después de incidentes traumáticos en el lugar de trabajo.

El personal directivo y sanitario de la empresa debe funcionar como un solo equipo y mantenerse alerta ante la posibilidad de reacciones de estrés continuas o tardías que aparezcan semanas o meses después del acontecimiento traumático. Para un supervisor o una enfermera, la observación de signos de estrés emocional como irritabilidad, retraimiento o descenso de la productividad pueden ser signos de reacción a un factor de estrés traumático. Cualquier cambio de comportamiento incluyendo un aumento del absentismo, ó incluso un aumento importante de las horas de trabajo (adición al trabajo) puede ser una señal.

Todo plan de respuesta a crisis debe incluir la formación de directivos y profesionales sanitarios para que se mantengan alerta ante estos signos, de forma que la intervención se lleve a cabo lo más precozmente posible.

16. El Estrés y el Agotamiento, y sus implicaciones en el medio ambiente de trabajo

"La naciente economía mundial exige prestar una atención científica seria a los descubrimientos que favorecen el aumento de la productividad humana en un mundo laboral siempre cambiante y tecnológicamente perfeccionado". Los cambios económicos, sociales, psicológicos, demográficos, políticos y ecológicos que tienen lugar en todo el mundo nos obligan a evaluar de nuevo los conceptos de trabajo, estrés y agotamiento en la población activa.

Uno de los conflictos que pueden surgir entre el individuo y el mundo del trabajo es la exigencia al trabajador que ocupa su primer empleo de una transición desde el egocentrismo de la adolescencia a la subordinación disciplinada de las necesidades personales a las demandas del puesto de trabajo.

Para poder seguir tratando del estrés relacionado con el trabajo, es preciso definir este término, tan utilizado en la bibliografía de las ciencias del comportamiento. El estrés supone una interacción entre la persona y el medio ambiente de trabajo. "Existe potencial de estrés cuando una situación del entorno se percibe como una demanda que amenaza superar las capacidades y recursos de la persona para satisfacerla"

El agotamiento es una forma de estrés. Es un proceso definido como una sensación de deterioro y cansancio progresivos con eventual pérdida completa de energía. También va acompañado a menudo por una falta de motivación, un sentimiento que sugiere "ya basta, no más"

Muchas veces no es percibido por la persona más afectada, que es la última en creer que el proceso se está produciendo.

Los síntomas del agotamiento se manifiestan a nivel físico como alteraciones del sueño, fatiga excesiva, trastornos gastrointestinales, dolores de espalda, cefaleas, distintos procesos cutáneos o dolores cardíacos vagos inexplicables.

Los cambios mentales y del comportamiento son más sutiles. "El agotamiento se manifiesta a menudo por una facilidad para la irritación, problemas sexuales (p. ej., impotencia, frigidez), empeño en encontrar defectos e ira .

Otros signos afectivos y del estado de ánimo pueden ser pérdida de la confianza en sí mismo y menor autoestima, depresión, grandes oscilaciones del estado de ánimo e incapacidad para concentrarse o prestar atención. A lo largo del tiempo, la persona contenta se hace malhumorada, la afectiva se vuelve silenciosa y distante y el optimista se convierte en pesimista.

Ninguna discusión sobre el agotamiento estaría completa sin una breve referencia al cambiante sistema familia-trabajo. "Las familias pugnan por sobrevivir en un mundo cada vez más complejo".

Al mismo tiempo, los papeles de la mujer en el mundo laboral son cada vez más. Además del cambiante papel de varones y mujeres, la conservación de dos fuentes de ingresos obliga a veces a efectuar cambios en la vida

cotidiana, como mudarse para ocupar un puesto de trabajo, desplazarse diariamente a larga distancia o vivir en lugares distintos.

Para reducir el agotamiento y el estrés a nivel individual, pueden ofrecerse las siguientes soluciones:

- Aprende a equilibrar tu vida
- Comparte tus pensamientos y comunica tus preocupaciones
- Limita el consumo de alcohol
- Aprende a establecer prioridades
- Desarrolla intereses ajenos al trabajo
- Haz trabajo voluntario
- Reconsidera tu necesidad de perfeccionismo
- Aprende a delegar y a pedir ayuda
- Tómate tiempo libre
- Haz ejercicio y sigue una alimentación nutritiva
- Aprende a no tomarte tan en serio a ti mismo.

A mayor escala, es imprescindible que el gobierno y las empresas tengan en cuenta las necesidades familiares.

Tanto los individuos como las empresas deben volver a estudiar sus sistemas de valores. Es preciso que se produzcan cambios espectaculares. Si no prestamos atención a las estadísticas, es seguro que el agotamiento y el estrés seguirán siendo los grandes problemas que hoy son para toda la sociedad.

17. Trastornos Cognitivos

Los Trastornos Cognitivos se definen como un deterioro significativo de la capacidad del individuo para procesar y recordar la información.

El Trastorno por Amnesia se define por una alteración tal de la memoria, que los afectados no pueden aprender ni recordar la información nueva, si bien no representan ningún otro deterioro asociado de la función cognitiva.

Ciertas investigaciones sugieren que los factores profesionales podrían influir en la probabilidad de sufrir las múltiples deficiencias cognitivas que constituyen la demencia.

La prevalencia de la demencia aumenta con la edad.

Estudios recientes sobre poblaciones de edad avanzada han demostrado la existencia de un nexo entre la historia laboral de la persona y su probabilidad de desarrollar demencia. Por ejemplo, un estudio sobre ancianos del medio rural efectuado en Francia comprobó que los que se habían dedicado fundamentalmente a trabajos agrícolas, al servicio doméstico o a trabajar como obreros manuales corrían un riesgo significativamente superior de alteración cognitiva grave que los que habían sido maestros, gerentes, ejecutivos o profesionales liberales.

Existen cada vez más pruebas de que la exposición tóxica a pesticidas y herbicidas puede tener efectos desfavorables para el sistema nervioso. De hecho, se ha sugerido que tales exposiciones podrían explicar el mayor riesgo de demencia de los trabajadores agrícolas franceses comentado más arriba.

Un tercer factor que puede contribuir a la relación entre profesión y alteración cognitiva sería el grado de estimulación mental exigido por el trabajo. En el estudio sobre ancianos del medio rural francés antes descrito, las profesiones asociadas al riesgo más bajo de demencia fueron las que exigían mayores grados de actividad intelectual (p. ej., médico, maestro, abogado).

Es prematuro extraer conclusiones para la prevención o el tratamiento. Se necesitan nuevas investigaciones para explorar la eventual contribución de los tipos específicos de exposición psicosocial, química y física del entorno profesional a la etiología de este trastorno cognitivo.

18. Karoshi: muerte por exceso de trabajo

¿Qué es el Karoshi?

Karoshi es una palabra japonesa que significa muerte por exceso de trabajo. Este fenómeno fue reconocido inicialmente en Japón, y el término ha sido adoptado en todo el mundo.

Uehata (1989) utilizó la palabra karoshi como término medicosocial que comprende los fallecimientos o incapacidades laborales de origen cardiovascular (como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca aguda) que pueden producirse cuando el trabajador con una enfermedad arteriosclerótica hipertensiva se ve sometido a una fuerte sobrecarga de trabajo.

Uehata llegó a la conclusión que los afectados eran fundamentalmente varones con horarios de trabajo muy prolongados y otras sobrecargas generadoras de estrés, y que estos estilos de trabajo exacerbaban sus otros hábitos de vida y originaban los ataques, desencadenados en última instancia por pequeños sucesos o problemas laborales.

Se sabe que los empleados japoneses trabajan muchas más horas que sus colegas de los países industrializados occidentales. En Japón, los días de vacaciones pagadas son pocos, y los trabajadores tienden a destinarlos a cubrir los días de baja por enfermedad.

¿Por qué trabajan tantas horas los japoneses?

En 1945, Japón sufrió la primera derrota de su historia y, después de la guerra, fue un país de bajos salarios. Los japoneses se acostumbraron a trabajar muchas horas para subsistir. Puesto que los sindicatos colaboran con las empresas, los conflictos laborales son relativamente raros. El número de horas mide la lealtad y la cooperación del trabajador y se convierte en un criterio de promoción. Los trabajadores no son obligados a trabajar muchas horas, sino que desean trabajar para sus empresas, como si fueran su propia familia. La vida laboral tiene prioridad sobre la familiar. Estas jornadas tan largas han contribuido al espectacular desarrollo económico de Japón.

19. Conclusión

Todavía no se ha demostrado de manera fehaciente que el exceso de trabajo produzca la muerte repentina. Son necesarios nuevos estudios para dilucidar esta relación causal. Es preciso reducir el número de horas trabajadas para prevenir el karoshi.

Es preciso mejorar el entorno laboral psicológico de salud y de los programas de promoción de la salud de todos como paso imprescindible para lograr un entorno laboral confortable y así reducir el estrés y prevenir el karoshi.

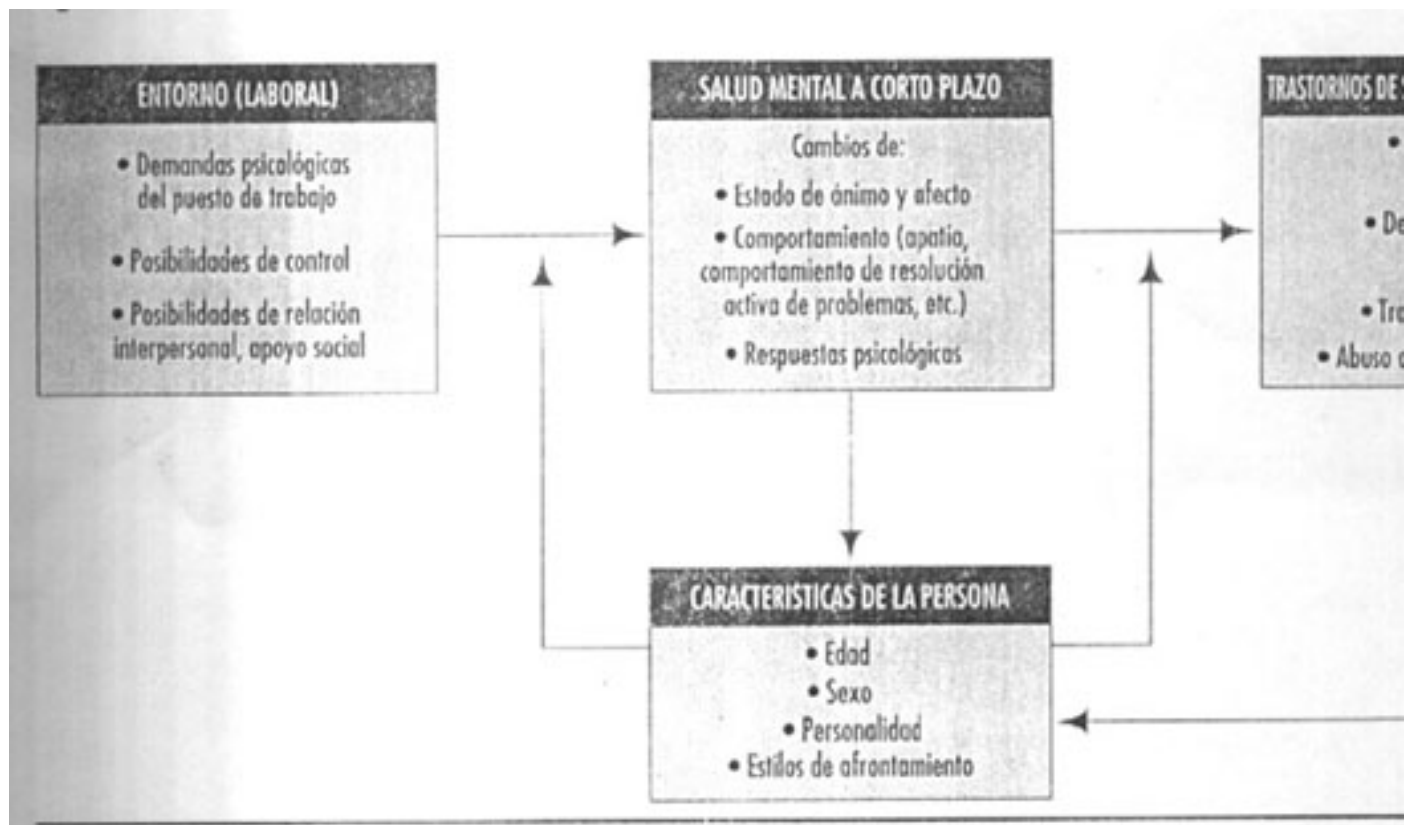
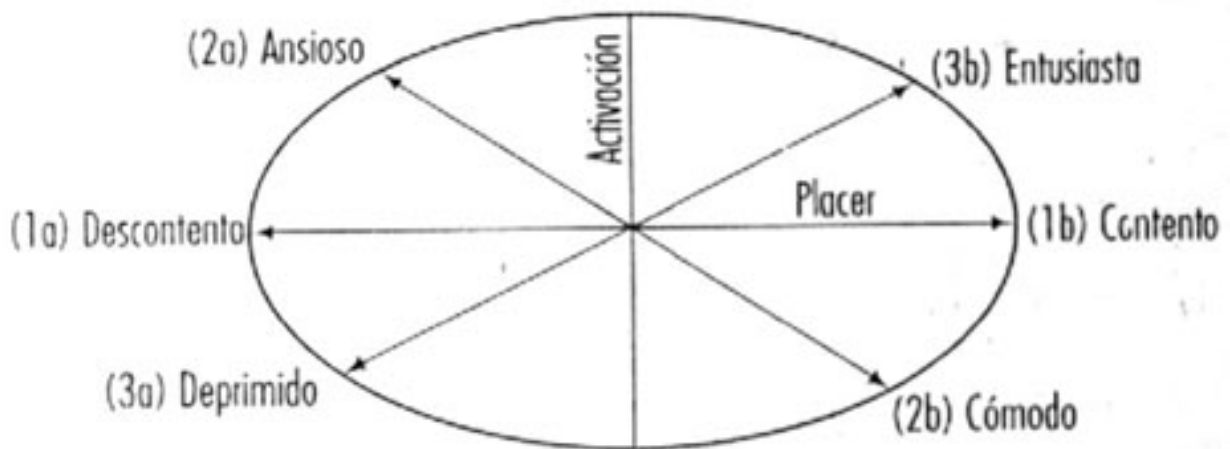


TABLA 1

Tipo de prevención	Nivel de intervención	
	Medio ambiente de trabajo	Características de la persona y/o repercusión en la salud
Primaria	Rediseño de contenido de tareas	Formación de grupos para identificación y manejo de problemas específicos relacionados con el trabajo.
	Rediseño de la estructura de comunicación	
Secundaria	Introducción de políticas sobre medidas en caso de absentismo (por ej. formación de supervisores para comentar la ausencia y el regreso con el trabajador implicado).	Formación de técnicas de relajación
	Prestación de servicios de empresa, sobre todo para grupos de riesgo (por ej. asesor en caso de acoso sexual).	
Terciaria	Adaptación del puesto de trabajo individual	Asesoramiento individual
		Tratamiento o terapia



Fuente: Warr 1994.

20. Bibliografía

- "Capítulos de Medicina Laboral, Higiene & Seguridad Industrial" Dr. Mario Frontiñan – Ing. Oscar Marucci.
- "Condiciones y medio ambiente de trabajo" de Esther Doris Giraudo y Julio Cesar Neffa.
- "Curso de seguridad y salud en el trabajo" de Alfredo Montoya Melgar y Jaime Pizá Granados.
- "El estrés físico y psicológico en el trabajo" editado por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (CEE).
- Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo Volumen I y II.
- "Psicología del trabajo" de Alejandra E. Thomas y Matilde María Vidal.
- "Salud y medicina del trabajo" de Francisco Marqués Marqués, José Luis Moliné Marco, Neus Moreno Saenz, Joaquín Perez Nicolás y María Dolores Solé Gómez.
- "Seguridad e higiene profesional" de José María de la Poza.
- Trabajo entregado en el V Congreso Argentino de Psicología "Puesta al día – Psicología laboral" elaborado por la Dra. Julia E. Duplessis de Losada.

Categoría: Salud – Psicología

Resumen:

En este trabajo se revisan los tipos principales de trastornos de la salud mental que pueden asociarse al trabajo: los trastornos del estado de ánimo y del afecto (por ej. insatisfacción), el agotamiento, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), las psicosis, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas. Se definirán el cuadro clínico, las técnicas de evaluación disponibles, los agentes y factores etiológicos y las medidas específicas de prevención y tratamiento de cada uno. Siempre que sea posible, se ilustrarán y comentarán sus relaciones con el trabajo, la profesión o el sector industrial.

PSICOSIS.

ÍNDICE

1. Introducción.

2. Desarrollo.

3. Tipos de Enfermedades Psíquicas.

4. Psiquiatría.

5. Psicosis por Tumores y otras Lesiones Focales del Cerebro.

6. Conclusión.

7. Bibliografía.

1. Introducción

La Psicosis al igual que otras disciplinas es una materia eminentemente experimental. El carácter práctico de la Psicosis permite que poco a poco vayamos aprendiendo y conociendo todas las enfermedades, referentes a Psicosis.

Las enfermedades que se van a explicar en este trabajo son muy peligrosas y con esto aprenderemos a conocer exactamente como puede llegar a producirse y bajo que síntomas. Los distintos tipos de enfermedades Psíquicas y su desarrollo nos enseña a saber como actuar en caso de adquirir una Psicosis.

2. Desarrollo

Psicosis.

Es una enfermedad de todo el organismo y sobre todo el cerebro; se manifiesta en trastornos de la conciencia, o sea en la alteración de la capacidad del individuo para reflejar exactamente el mundo que le rodea e influir sobre el con un fin determinado.

La base de la Psicosis son los cambios Fisiopatológicos de los procesos de la actividad nerviosa superior que conducen a la alteración de las relaciones mutuas. Entre todas las instancias del cerebro, con una manifestación más acusada en los trastornos del segundo sistema de señales.

Psiquiatría.

Es la ciencia de las enfermedades Psíquicas. Al igual que las demás disciplinas clínicas, su tarea consiste en diagnosticar las diferentes enfermedades y en utilizar métodos racionales de tratamiento y profilaxis.

La Psiquiatría; investiga ante todo y sobre todo las alteraciones de la conciencia.

Etiología y Patogénesis de las enfermedades Psíquicas. Las enfermedades Psíquicas son originadas por las mismas causas que las demás enfermedades del hombre. Toda enfermedad es resultado de alteraciones en la interacción normal del organismo y el medio ambiente, la cual se efectúa a través del sistema nervioso por los mecanismos de los reflejos no condicionados y condicionados.

Fisiología y Anatomía Patológicas de las enfermedades Psíquicas. La Fisiología Patológica de las Psicosis es una parte de la Patología de la actividad nerviosa superior, la cual, a su vez, proporciona base teórica a la Psiquiatría.

Únicamente la Patología de la actividad nerviosa superior revela los mecanismos que determinan la esencia de las distintas enfermedades Psíquicas. La idea principal, de significación extraordinaria para comprender la esencia de los distintos trastornos Psíquicos, consiste en que unos u otros agentes Patógenos (infecciones, intoxicaciones, traumatismos del cerebro, vivencias Psíquicas) motivan distintas alteraciones de la actividad nerviosa superior.

En la mayoría de las enfermedades Psíquicas el factor Etiológico es ya un estímulo extraordinariamente vigoroso; que ya pone los procesos nerviosos en tensión excesiva, ya conduce a un estado de debilidad de las células nerviosas en que incluso los estímulos habituales de la vida cotidiana resultan extraordinariamente intensos.

3. Tipos de Enfermedades Psíquicas

Todas las enfermedades Psíquicas se pueden dividir en tres grupos:

En el primero de ellos: Son propias las alteraciones Anatomopatológicas específicas, que permite el diagnóstico Post Mortem, incluso sin conocer la historia clínica. Entre ellas están la Parálisis general progresiva y otras Psicosis Sifilíticas, las Psicosis Alteroscleróticas, la demencia senil, las Encefalitis y algunas formas de Oligofrenia.

El segundo grupo: De enfermedades Psíquicas presenta solamente modificaciones más o menos típicas que, sin embargo, no aparecen al comienzo de la enfermedad, sino después de un periodo, algunas veces muy largo, que puede contarse por años. Figuran entre ellas la Esquizofrenia, la Epilepsia y algunas Psicosis infecciosas y tóxicas de curso crónico.

Finalmente, en el tercer grupo: De Psicosis no hay modificaciones Anatomopatológicas que puedan ser comprobadas con los métodos actuales de investigación. En este grupo se incluyen las Psicosis Maníaco – Depresivas, las Neurosis y Psicopatías, las Psicosis Reactivas y algunas otras.

En algunas Psicosis se pueden observar alteraciones vasculares orgánicas o funcionales, que tienen como consecuencia hemorragias o reblandecimientos isquémicos del cerebro. Son frecuentes los fenómenos de exudación y proliferación; las combinaciones de dichos fenómenos son muy diversas en las distintas Psicosis.

En muchas enfermedades Psíquicas, es necesario recurrir al análisis del Líquido Cefalorraquídeo.

Síndrome Psicopatológicos.

El estudio de los Síndromes Psicopatológicos tiene mucha importancia. Su conocimiento facilita el diagnóstico, ya los síndromes determinados son propios de unidades nosológicas concretas. Una vez comprobada la existencia de uno u otro síndrome, pueden tomarse medidas prácticas que puedan evitar consecuencias graves.

Clasificación y Nomenclatura de las enfermedades Psíquicas

- Esquizofrenia.
- Epilepsia
- Psicosis Maníaco – Depresiva.
- Arterioesclerosis Cerebral y otras enfermedades vasculares.
- Psicosis Preseniles.
- Psicosis Seniles.
- Sífilis del Cerebro.
- Parálisis General Progresiva.
- Psicosis motivadas por Infecciones y enfermedades virulentas.
- Psicosis relacionadas con Intoxicaciones.
- Psicosis Alcohólicas y Alcoholismo Crónico.
- Narcomanías.
- Trastornos Psíquicos relacionados con enfermedades de los Órganos Internos, Avitaminosis y Trastornos del Metabolismo. Endocrinopatías con alteraciones Psíquicas.
- Trastornos Psíquicos en los Traumatismos Cerebrales.
- Lesiones Orgánicas del sistema nervioso.
- Oligofrenia.
- Desarrollo Patológico de la personalidad (Psicopatías).
- Neurosis, Psiconeurosis y estados reactivos.
- Otras enfermedades Neuro – Psíquicas.

4. Psiquiatría

Teniendo en cuenta esta clasificación y nomenclatura, expondremos la Psiquiatría especial según el esquema siguiente, que está determinado por el principio Etiológico.

Psicosis en las Infecciones Agudas y Crónicas:

- ◆ Psicosis de la Pulmonía.
- ◆ Psicosis del Tifus Exantemático.
- ◆ Psicosis de la Fiebre Tifoidea.
- ◆ Psicosis del Sarampión.
- ◆ Rabia.
- ◆ Psicosis Gripales.
- ◆ Psicosis en la Sepsis.
- ◆ Psicosis Reumática.
- ◆ Psicosis Palúdica.
- ◆ Psicosis de la Brucelosis.
- ◆ Psicosis originadas por la Infección Sifilítica:

a). Psicosis Sifilítica

b). Parálisis General Progresiva.

- ◆ Psicosis de la Encefalitis Epidémica.
- ◆ Psicosis de la Encefalitis transmitida por la garrapata.
- ◆ Psicosis de la Esclerosis múltiple.
- ◆ Psicosis de otras Infecciones.
- ◆ Psicosis tardías originadas sobre la base de Encefalitis padecidas antes.

Psicosis de las Intoxicaciones (Psicosis Toxicas):

Alteraciones Psíquicas en las Intoxicaciones Alcohólicas Agudas y Crónicas:

- a). Embriaguez.
- b). Embriaguez Patológica.
- c). Alcoholismo Crónico.
- d). Delirium Tremens.
- e). Alucinosis Alcohólica Aguda.
- f). De Presión Alcohólica.
- g). Pseudoparálisis Alcohólica.
- h). Psicosis de Kórsakov.
- i). Psicosis Alcohólica Delirante Crónica.
- j). Demencia Alcohólica.

Alteraciones Psíquicas en las Intoxicaciones Crónicas por distintos Narcóticos (menos el alcohol):

- a). Morfinismo.
- b). Heroínismo.
- c). Qpiomanía.
- d). Cocainismo.
- e). Intoxicación por el Haschisch.

Psicosis producidas por Tóxicos Medicinales:

- a). Psicosis de la Acrigina (Atebrina).
- b). Psicosis de los Barbitúricos.
- Psicosis de las Intoxicaciones Alimenticias.

Psicosis de las Intoxicaciones Industriales y Domésticas:

- a). Psicosis de la Intoxicación por Tetraetilo de Plomo.
- b). Psicosis de la Intoxicación por Líquido Anticongelante.
- e). Psicosis de la Intoxicación por Óxido de Carbono.

Psicosis Traumáticas y otras Alteraciones Psíquicas aparecidas después de Traumatismos Cerebrales:

Alteraciones Psíquicas de Período Agudo:

- a). Coma Traumático.
- b). Astenia Traumática.
- c). Sordomudez Traumática.
- d). Psicosis Traumática Aguda.

Alteraciones Psíquicas del Período Residual después de Traumatismos Cerebrales:

- a). Fenómenos Residuales con Alteraciones Asténicas, Emocionales, Vegetativas y Vestibulares.
- b). Desarrollo Histérico Postraumático.
- c). Desarrollo Paranoico Postraumático.
- d). Fenómenos Residuales con Síndrome Epiléptico.
- e). Demencia Traumática.

Psicosis Traumática Tardía.

Clasificación y nomenclaturas:

Psicosis originada por Debilidad Hereditaria o Adquirida, de distintos Sistemas Cerebrales

- ◆ Esquizofrenia.
- ◆ Parafrenia.
- ◆ Paranoja.

- ◆ Psicosis Maníaco – Depresiva, Ciclotimia y Dipsomanía.
- ◆ Epilepsia.

Psicopatías:

Enfermedades Psicógenas:

Neurosis:

- a). Histeria.
- b). Neurastenia.
- c). Psicastenia.

Psicosis Reactivas:

- a). Choque Psicógeno.
- b). Reacciones Histéricas.
- c). Reacción Depresiva.
- d). Reacción Pseudocatatónica.
- e). Reacción Paranoide.
- f). Reacción Hipocondríaco.
- g). Desarrollo Paranoide.
- h). Desarrollo Hipocondríaco.

Psicosis debidas a enfermedades Somáticas (Psicosis Somatógenas):

Psicosis por Lesiones de distintos Órganos Internos:

- a). De origen Cardíaco.
- b). Psicosis de la Úlcera de Estómago.
- c). Psicosis de las Heridas Extracraneales.
- d). Psicosis en los Enfermos de Asma Bronquial.
- e). Psicosis en los Enfermos Renales.
- f). Psicosis en los Enfermos Hepáticos.

Psicosis de los Estados de Agotamiento:

- a). Astenia Postinfecciosa.
- b). Amencia.
- c). Psicosis Pelagrosa.
- d). Psicosis por Distrofia Alimenticia.

Psicosis en las Endocrinopatías:

- a). Psicosis en los Enfermos con Hipertiroidismo.
- b). Psicosis en los Enfermos de Mixedema.
- c). Cretinismo.
- d). Enfermedad de Down.
- e). Psicosis en los casos de Enfermedad de Itsenko – Cushing.
- f). Psicosis de la Caquexia Hipofisiaria.
- g). Trastornos Psíquicos en las Lesiones Pancreáticas.

Psicosis debidas a Alteraciones Vasculares del Cerebro:

Psicosis Aterosclerósicas.
 Psicosis Hipertónicas.
 Psicosis de la Tromboangitis Cerebral.

Psicosis de la Edad Tardía:

Psicosis de Involución:

- a). Melancolía Involucional.
- b). Psicosis Involucional Delirante.
- c). Catatonia Tardía.
- d). Histeria Involucional.

Psicosis Seniles:

- a). Demencia Senil.
- b). Presbiofrenia.
- c). Enfermedad de Pick..
- d). Enfermedad de Alzheimer.

5. Psicosis por Tumores y otras Lesiones Focales del Cerebro

Oligofrenia

Psicosis de Infecciones Agudas y Crónicas.

Las causas más comunes de las enfermedades Psíquicas son las infecciones. Hay Psicosis que aparecen en las infecciones agudas y hay otras que están relacionadas con infecciones crónicas.

Psicosis de la Pulmonía.

En la Pulmonía la Psicosis suele comenzar en el periodo que precede a la crisis.

Hay abundante ilusiones y alucinaciones, sobre todo visuales y raramente auditivas. Lo más corriente es que los enfermos vean escenas basadas en cierto grado en vivencias anteriores y de contenido terrorífico.

Psicosis del Tifus Exantemático

En los enfermos de Tifus Exantemático son muy típicas las alucinaciones de movimiento; viajan, se caen, se elevan en el aire, etc. Es llamado "Delirio del Gemelo" los enfermos piensan que hay otra persona igual a ello o que los órganos de su cuerpo. Están duplicados. El ánimo es corrientemente deprimido y angustioso.

La Psicosis se prolonga hasta que aparece la crisis de la enfermedad y a ella sigue de ordinario una gran pérdida de fuerzas y un sueño prolongado.

Psicosis de la Fiebre Tifoidea

Se caracteriza desde el comienzo por fenómenos de Decaimiento, Inhibición y Astenia.

En la Fiebre Tifoidea el síndrome es mucho más frecuente que el Delirio. Aumenta la desorientación en el lugar, el tiempo y las personas.

Psicosis del Sarampión

Son menos frecuentes las alucinaciones auditivas, la cual esta seguramente relacionado con las particularidades Psíquicas de la infancia. Las alucinaciones tienen carácter atemorizador (gentes fieras, caras terribles). Algunas veces se refieren a los juegos, los enfermos experimentan miedo y angustia.

Psicosis Gripal

Se manifiesta de ordinario con un Síndrome de Amencia, que se desarrolla cuando la temperatura comienza ya a descender también aparecen trastornos de la memoria para los acontecimientos y de un pasado próximo.

Psicosis Sépticas y Reumáticas

Las Psicosis Sépticas a pesar de tener diferente Etiología y de estar motivadas por distintos agentes se suelen manifestar con el mismo cuadro clínico. Por esto hemos de considerarlas como una unidad Nosológica.

El diferente curso de las Psicosis Sépticas hay que atribuirlo a las distintas cualidades inmunológicas del organismo que vienen determinadas por el estado de la actividad nerviosa superior del enfermo.

La Psicosis Reumática se presenta con frecuencia en forma Encefalítica.

Psicosis Palúdica

Se observan por lo común en personas que padecen Paludismo durante mucho tiempo. Quiere decirse que para que se produzca la Psicosis es necesario que el Paludismo actúe como agente agotador del organismo, y sobre todo del sistema nervioso central.

Psicosis de la Brucelosis

El agente causal de la Brucelosis son las Bacterias del grupo de la Brúcela.

La fuente del Agente Patógeno es el Ganado (lanar, cabrio, vacuno y porcino) las personas se contagian al tomar leche y productos preparados con leche procedente de animales enfermos también pueden contagiarse al tomar carne de dichos animales. La Brucelosis se caracteriza por síntomas que cumplen determinado papel en el origen de la Psicosis. Entre estos figuran las Fiebres Periódicas con agudización de las sensaciones dolorosas en los músculos, tendones, articulaciones y órganos internos. La Psicosis de la Brucelosis se manifiesta a veces en forma Encefalítica.

Psicosis Sifilítica

La Psicosis Sifilítica (Psicosis de la Sífilis Cerebral, aparece corrientemente a los dos o tres años del contagio, aunque puede presentarse también después de un periodo mas largo).

Psicosis de la Encefalitis Epidémica

Esta ataca en primer lugar el cerebro. En ella se distinguen dos periodos; El Agudo y El Crónico.

Psicosis de la Encefalitis transmitida por la Garrapata

Se manifiesta sobre todo en forma de Delirio, que puede aparecer tanto en el Periodo Agudo como en el Crónico de la Encefalitis transmitida por la Garrapata.

Psicosis por Intoxicación (Psicosis Toxicas)

Las Intoxicaciones pueden ser Agudas y Crónicas. Las primeras son el resultado de la administración; una sola vez, de la sustancia toxica en las Intoxicaciones Crónicas sistemáticamente durante un plazo mas o menos largo.

Puede observarse trastornos Psíquicos tanto en las Intoxicaciones Agudas como en las Crónicas.

Psicosis Alcohólica

El Alcoholismo Crónico puede dar lugar a Psicosis Agudas, Sub – agudas y Crónicas. Entre las primeras tenemos el Delirium Tremens, la Alucinación Alcohólica Aguda y la Depresión Alcohólica. Entre las Sub – agudas están la Pseudoparálisis Alcohólica y la Psicosis de Kórsakov como Psicosis Crónicas figuran la Psicosis Delirante y la Debilidad Mental Alcohólica.

Delirium Tremens

También llamado Delirio Alcohólico, se desarrolla frecuentemente en los Alcohólicos Crónicos, sobre todo en los periodos de grandes borracheras.

La Psicosis se desarrolla muy rápidamente y al cabo de algunas horas alcanza todo su apogeo. Es común la desorientación de lugar y tiempo. Aparecen frecuentes alucinaciones, principalmente visuales.

Pseudoparálisis Alcohólica

Entra en el grupo de la Psicosis Alcohólica Sub – agudas, estas pueden durar algunos meses, pero en general tienen un pronostico aclarativamente bueno.

Psicosis de Korsakov (Psicosis Polineurítica)

Se presenta en edades que se acercan a la involución aun más tarde. Se desarrolla a menudo en el Alcohólico Crónico inmediatamente después de cualquier Infección Aguda o Intoxicación. Es muy frecuente una peculiar disminución de la actividad, tampoco es raro observar en estos enfermos indeferencia de sentimientos y apatía.

Psicosis Alcohólica Delirante Crónica

Se desarrollan gradualmente y se distinguen por la estabilidad de los síntomas. El síntoma fundamental y más caracterizado es el Delirio de Persecución. El Delirio en el Alcohólico Crónico ofrece un aspecto muy particular: La Exacerbación del Impulso Sexual, aparecido en situación de embriaguez habitual, suele ir unido a una debilidad sexual creciente, que llega hasta la impotencia completa.

Demencia Alcohólica

Suele ser de evolución lenta y puede constituir el punto de partida de enfermedades alcohólicas, como la Psicosis de Kórsakov o la Psicosis Alcohólica Delirante Crónica; también puede ser consecuencia de la degradación, cada vez mayor, de la personalidad del Alcohólico Crónico.

Trastornos Psíquicos en las Intoxicaciones por Narcóticos (excepto el alcohol).

La morfina, la heroína, el opio, la cocaína y el haschich pueden producir, lo mismo que el alcohol, Intoxicaciones Agudas y Crónicas que pueden ir acompañadas de diferentes trastornos Psíquicos. Todas estas sustancias se emplean con el mismo objeto que el alcohol o sea para levantar artificialmente el ánimo.

Psicosis producidas por Tóxicos Medicinales

El uso indebido en dosis excesivas de algunos medicamentos producen trastornos Psíquicos. Esto se refiere, sobre todo, a la Acrigina (Atebrina) y a los Barbitúricos.

Psicosis Acriginica (Atebrinica)

La Psicosis por la Acrigina es conocida desde hace poco, ya que este preparado solo empezó a usarse como remedio específico contra el Paludismo y algunas enfermedades de la piel.

La Psicosis Acriginica aparece muy rápidamente y muchas veces adopta forma maníacal. El ánimo de los enfermos es muy elevado. Todo el tiempo bromean y se ríen. El curso del pensamiento suele ser acelerado.

Psicosis por Intoxicación con Barbitúricos

El presunto suicida puede tomar grandes dosis de Narcóticos, pertenecientes al grupo de los Barbitúricos (Veronal, Luminal, Barbamil). También puede producirse intoxicación en los casos de insomnios, en que el enfermo toma una dosis elevada para dormir. En otros casos, el largo sueño termina para dar lugar a una enfermedad Psíquica. La Psicosis por Intoxicación Barbitúrico dura de dos a cuatro días y acaba por curación. Se manifiesta en dos formas, Delirante y Paralítica.

Psicosis por Intoxicaciones Alimenticias

Algunas intoxicaciones alimenticias pueden traer consigo la aparición de Psicosis en aquellos casos, en que por equivocación o desconocimiento, se ingieren con la comida sustancias venenosas contenidas principalmente en vegetales.¹

6. Conclusión

En el anterior trabajo concluimos que:

La Psicosis es una enfermedad o lesión de la corteza cerebral que se manifiesta en trastornos de la conciencia y que todas las formas de conciencia del individuo son reflejos de los objetos y fenómenos del mundo circulante.

La enfermedad Psíquica puede aparecer únicamente como resultado de la interacción desfavorable del organismo y el medio; se deben tener en cuenta tanto el estado del sistema nervioso del enfermo como la fuerza del agente externo que procede inmediatamente a la enfermedad.

Estos factores del medio, como por ejemplo, las infecciones de gran virulencia o las dosis tóxicas de algunos venenos, pueden motivar una enfermedad Psíquica incluso cuando se trata de un sistema nervioso muy fuerte. Por el contrario, factores Patógenos débiles del medio exterior motivan a una enfermedad Psíquica cuando las células nerviosas están debilitadas.

7. Bibliografía

Enciclopedia de Psicología.

Editorial Grijalbo.

I.F Sluchevski.

EL PSICÓPATA.

ÍNDICE

1. Introducción Al Tema.

2. Los Psicópatas.

3. Es responsable de sus actos un psicópata?

4. El Psicópata De La Luna Llena.

5. Resumen.

1. Introducción Al Tema

"Debo felicitarlo por su labor encomiable sobre este arduo tema muy hablado pero poco conocido.

Tratar de meterse en la mente de un psicópata es adentrarse en la atipicidad.

Las herramientas comunes no dan resultados.

Tratar de interpretarlo (y menos juzgarlo) desde la mente del común, con principios o códigos comunes, nos va a llevar al error.

Sólo podemos inferir, o incluso intuir, su próximo paso.

Muchas veces es el azar y no el raciocinio el que nos coloca en la pista correcta.

Cuando realiza de la misma manera los hechos semejantes (lo que se conoce vulgarmente como patrón o perfil) no es que esté dejando huellas o signos para que lo atrapen, sino que el NECESITA hacerlo de esa manera.

La necesidad lo hace asumir riesgos atípicos, y ese es su punto flojo, ahí es donde hallamos el error.

Las cartas o llamados a la policía corresponde a OTRO ASPECTO, su tendencia lúdica, a jugar".

2. Los Psicópatas

Enfoque Criminológico De Los Psicópatas

Desde el punto de vista criminológico, se considera una actuación psicopática "en serie", cuando como mínimo se presentan tres hechos y con un cierto intervalo de tiempo entre cada uno.

A diferencia de quien comete hechos "en masa", el psicópata es repetitivo, escogiendo a sus víctimas y planeando cuidadosamente sus actuaciones.

Los Psicólogos y Psiquiatras Forenses los han perfilado genéricamente de la siguiente manera:

- Normalmente se trata de hombres jóvenes (aunque también hay una lista de mujeres psicópatas que representan el 11%, de las cuales la mayoría son lesbianas –observación de correlación, mas no de causalidad)–.
- La mayoría son de raza blanca.
- Atacan preferentemente a las mujeres.
- El primer hecho lo comenten antes de cumplir los 30 años de edad.
- Infancia traumática por abandono, malos tratos físicos, psíquicos o sexuales.
- Tendencia al aislamiento de la sociedad y tratar de vengarse de ella.
- Tiene un mundo imaginario lleno de fantasías mejor que el real (dentro de su mente). No distingue entre la fantasía y la realidad.
- Se siente amo del mundo.
- Revive con cada víctima los abusos sufridos, identificándose con el agresor.
- Tiene contacto personal con las víctimas: utiliza armas u objetos de diversa índole, estrangula, golpea. El uso de armas de fuego no es frecuente entre los psicópatas.
- Finge emociones que no siente.

- Busca su propio placer.
- Solitario.
- Manipulador.
- Puede parecer sociable y de aspecto encantador.
- Cree que todo le está permitido. Particular sentido de la libertad.
- Se excita con el riesgo y lo prohibido.
- Humilla a sus víctimas para recobrar la autoridad y realzar su autoestima.
- Cuando su actuación es organizada (como el caso que nos ocupa), preparan sus actos minuciosamente sin dejar pistas, dificultando su captura. El psicópata desorganizado si deja pistas y comete errores, facilitando su captura.
- Una vez capturados suelen confesar, a veces atribuyéndose mas víctimas, dado su afán de protagonismo y celebridad.
- Tendencia lúdica a "jugar" con la policía, desafiándola y sintiéndose superior.

En el caso de mujeres psicópatas, básicamente se caracterizan así:

Son menos violentas.

Raramente sus actos tienen connotaciones sexuales.

Usan métodos discretos y sencillos para atacar.

El veneno es el recurso mas utilizado para actuar.

Son metódicas y muy cuidadosas.

La historia registra casos de mujeres de frágiles rostros –unos inspiradores de ternura y otros de compasión–, pero en cuyas mentes se ocultan verdaderas mentes psicopáticas destructivas.

La Mente De La Personalidad Psicopática

Qué hace a una persona llegar a extremos?

Qué motivaciones tiene el Psicópata para actuar?

Qué hay en su mente para no sentir culpa o remordimiento?

Por qué los psicópatas cuando son capturados hablan con orgullo de lo que hicieron, como sintiéndose protagonistas de magños eventos?

Por qué este Psicópata se asegura que la policía encuentre el cadáver de la mujer dentro de tercer día? Los estará retando, estará jugando "en su tendencia lúdica a jugar" o los estará insultando, como diciéndoles: "tengo que dejarles rastros, porque ustedes solos no pueden, ni siquiera han podido capturarme desde abril de 1986" (masacre de Alajuelita).

Siendo tan inteligente como ha demostrado que es, puede ser calificado de loco?

Cómo es posible que un psicópata pueda llevar una aparente vida social normal?

La personalidad psicopática es un refugio de traumas, normalmente provocados en su infancia, que lo lleva a vengarse con la sociedad de todo aquello que le ocurrió.

Maltrato, abusos, violaciones, rechazos, frustraciones, son parte de la larga lista de causas, que en la mente fantasiosa del psicópata, se vuelven motivaciones encauzadas hacia lo religioso, lo moral, familiar, sexual o social.

Uno de los psicópatas mas impactantes que registra la historia fue Theodore –Ted– Bundy –, ejecutado en la

silla eléctrica, indica como el rechazo de que fue objeto por parte por una jovencita en su primera experiencia sentimental, le provocó severos trastornos que lo llevaron a violar y asesinar a gran cantidad de jovencitas con las mismas características físicas de aquella que lo había rechazado, las que atraía con su encanto personal, normalmente en Colegios o puntos de reunión.

El Psicópata que actúa en la Zona de Curridabat y Tres Ríos (Costa Rica) –que llamaremos el Psicópata de la Luna Llena–, de acuerdo a los perfiles elaborados nos indica que no se comporta como un loco, aunque si es perfilado como solitario, retraído, hostil y agresivo, de inteligencia mayor a la normal, con hábitos hacia el montañismo acorde con su forma de ser solitaria, posiblemente por una situación de abuso y maltrato sistemático en la infancia lo llevó a odiar a la figura femenina.

A quién busca atacar este psicópata? A la mujer? Al amor? A las parejas?

El Psicópata tiene su propia realidad, donde se hace presente el "Teorema de Thomas": "aunque sea falso en sus causas es cierto en sus consecuencias", es decir, todo lo que inunda su intrincada mente es cierto para él, dentro de una "lógica" de pensamiento que él justifica, porque la personalidad psicopática lo justifica todo echándole la culpa a otros, ya que el Psicópata se siente víctima y no victimario, no hace nada malo porque en aras de "su realidad", "hace justicia" por lo que considera no debería ocurrir o simplemente satisfacer su necesidad de venganza o furia interior y de "hacer justicia" por todo lo que a él le pasó.

Este Psicópata ha sido calificado como una persona lujuriosa y fantasiosa, y como tal no distingue entre la realidad y la imaginación, no pudiendo establecer los límites y autolímites que impone la vida en sociedad.

No tiene sentido del límite, porque para él todo le está permitido.

Cual si hubiera seguido un modelo de "formación", este Psicópata desarrolló una personalidad compatible con lo que llegaría a ser adulto: cauteloso, inteligente, sagaz, astuto, paciente, solitario, hábil, seguro, de condición física fuerte, certero. Estas características unidas a la "rigidización de los valores" –especialmente los sexuales –lo llevaron hacia lo que el Psicópata Walker calificó como "una empresa exitosa", al referirse a la gran cantidad de ataques seriales "exitosos" que había cometido.

Obsérvese que todas esas habilidades son las de un cazador (los perfiles destacan esa característica), porque realmente lo que hace es aplicar la estrategia de "cazar": conoce el sitio con anterioridad, estudia el terreno, sabe donde llega "la presa", espera y ataca –siempre de la misma manera–.

Aunque la mente del Psicópata es calificada por la Psiquiatría como enferma, no se le considera un loco, porque su actuación demuestra que está ubicado en el tiempo y en el espacio, "actúa inteligentemente" sin dejar rastros ni pistas en lo que técnicamente se llama "manejo limpio de la escena del crimen". Haber permanecido en el misterio desde 1986 lo demuestran.

Sus perturbaciones son de algunas áreas de su personalidad, pero no de todas.

En los intrincados laberintos de la mente humana, la actuación del Psicópata seguirá siendo calificada por el común de la gente como la de un loco, pero no deberíamos abandonar el análisis desde sus causas, porque al fin de cuentas el Psicópata posiblemente fue víctima de un pasado lleno de rechazo, maltrato y vejámenes.

Debe llamarnos a la reflexión y a la acción, lo que muchos niños sufren hoy en algunos "hogares" (hogares?) y en las calles de nuestras junglas de concreto llamadas "ciudades"? Abandono, pandillismo, antivalores, drogadicción, pérdida de valores. La llamada "cosificación" de ésta era tecnológica, donde la adicción a la tecnología hace que los niños –y las personas– se sientan mejor con las cosas que con las personas, son otro ingrediente de la conducta psicopática.

Acaso estamos forjando con todo ello a futuros psicópatas o antisociales?

Recordemos:

"Si un niño vive en hostilidad, aprende a pelear.

Si un niño vive avergonzado, aprende a sentirse culpable.

Si un niño vive con tolerancia, aprende a confiar.

Si un niño vive apreciado, aprende a apreciar.

Si un niño vive con equidad, aprende a ser justo.

Si un niño vive con seguridad, aprende a tener fe.

Si un niño vive con aprobación, aprende a quererse.

Si un niño vive con aceptación y amor, aprende el lenguaje universal del amor".

"Quien no ame a los niños está renunciando al futuro de su Patria,

quien no respete a un anciano está ignorando el pasado de su Patria.

Quien no entienda esto, no entiende nada".

Los Psicopatas Y La Ventana De Johari

Los autores Joseph Luft y Harry Inghamm diseñaron lo que llamaron la Ventana de Johari (nombre compuesto con sus dos nombres), donde plantean que los seres humanos tenemos cuatro comportamientos perfectamente identificables en áreas específicas, a saber:

- ***Ventana Pública:*** son los comportamientos de los que yo estoy consciente que los tengo y los demás los perciben. Con este "yo público" no hay problema. Yo lo sé y los demás también porque lo perciben.
- ***Ventana Ciega:*** yo ignoro mi comportamiento pero los demás si lo saben. Con este "yo ciego" comienzan a aparecer los problemas, ya que no me estoy dando cuenta de lo que los demás perciben de mí.
- ***Ventana Privada:*** son los comportamientos que estoy consciente de tengo, pero que reprimo porque no quiero que los demás me los descubran. Se dice que abrir esta ventana es como cortar cebolla: "se termina llorando".
- ***Ventana Desconocida:*** se trata de un "yo" que no conocemos, ya que ahí están las conductas que seríamos capaces de tener, pero que no lo sabemos hasta que se den las circunstancias. Muchas veces cuando nos enteramos de que un amigo cometió un crimen o un asalto, no podemos comprender como fue capaz de cometer semejante delito.

Precisamente algunos estudiosos del fenómeno psicopático, plantean que la conducta del psicópata podría estar en nuestra "animalidad y primitivismo", o sea en ese "yo desconocido" que tenemos todas las personas, que se desarrolla de diversas formas (para el bien o para el mal) o que simplemente permanecen ahí porque nunca se dieron las circunstancias para que se desarrollaran.

Así por ejemplo una persona considerada como cobarde por los demás en la vida diaria, podría ser un héroe en una catástrofe, guerra o situación de emergencia.

Una persona callada y tímida podría ser una persona con gran facilidad de expresión y de integración de los demás ante determinada causa o circunstancia.

El poeta tal vez jamás pensó que lo sería.

Cervantes era manco, Betthoven sordo. Acaso no está aquí presente ese yo desconocido que nos hace alcanzar metas que ni siquiera las teníamos incorporadas en nuestra conciencia?

Caracterización De Los Psicopatas

PERSONALIDAD PSICOPATICA

ð

INDIVIDUOS QUE DEBEN SATISFACER NECESIDADES ESPECIALES

ð

USAN RECURSOS ATIPICOS PARA SATISFACERLAS

ð

TIENEN UN CONCEPTO PARTICULAR DE LIBERTAD

ð

VALIÉNDOSE DE CODIGOS PROPIOS

ð

UTILIZANDO A LAS PERSONAS COMO COSAS

ð

DESTRUCTIVIDAD

ð

REPETICION DE HECHOS

Qué es un Psicópata?

Por qué actúa compulsivamente?

Por qué no puede parar?

Por qué su conducta está asociada a la destructividad?

Las siguientes son notas libres obtenidas de distinguidos estudiosos que han escrito libros, monografías o han opinado sobre la conducta psicopática. Omito adrede términos técnicos.

El Dr. Marietán es un brillante estudioso del fenómeno psicopático y autor de:

Libro "Semiología psiquiátrica. Grupos Sintomáticos". Editorial Ananké, Buenos Aires, 1998.

Autor del estudio "Personalidades Psicopáticas", publicado en la Revista Alcmeon N° 27, Año IX, Vol 7, N° 3, noviembre 1998. Asociación Argentina de Psiquiatras.

El Psicópata es un sociópata:

Un Psicópata sufre y hace sufrir a la sociedad.

Para el Psicópata su situación es producida por otros, y por lo tanto en su lógica de pensamiento, le parece justo que paguen por eso.

La personalidad de un Psicópata.

El Psicópata es un individuo con una personalidad extraña, apartada del común de la gente, aunque él pueda vivir como un "común", pasando inadvertido como psicópata. De ahí la dificultad de la policía para lograr información eficaz para su captura.

Es una personalidad que fue desarrollada, y en ese desarrollo tuvo que ver la familia, el ambiente y la sociedad. Otra teoría habla de la predisposición genética, que explicaremos mas adelante.

Cómo actúa un Psicópata?

La anticipación del peligro y el miedo no le inhibe a actuar.

Las argumentaciones no valen con él, y desde niños "su conducta anormal" es considerada en forma errónea como travesuras o etapas normales de su crecimiento psicológico.

El Psicópata en su accionar no es visiblemente 100% psicópata.

No tiene características físicas preestablecidas. Cualquier persona normal a los ojos de los demás, podría ser Psicópata, sin embargo la historia de los Psicópatas nos muestra que hay toda una gama: encantadores, amargados, toscos, repulsivos, altos, fuertes, débiles, introvertidos, extrovertidos.

Muestran poca ansiedad y tienen gran tolerancia a la angustia que la mayoría de la población.

El psicópata puede mentir de palabra o con el cuerpo (lenguaje no verbal) y adapta su actuación a la persona que le interesa (herramientas de "trabajo").

La mayoría muestra mucha inteligencia.

Puede permanecer sereno ante situaciones que desestabilizan a los demás, o ponerse muy inestable ante cosas intrascendentes para otros.

Son egocéntricos, manipuladores y utilizan a los demás para sus propósitos. Una relación con un psicópata es un boleto sólo de ida.

No tolera el fracaso y menos aún la frustración.

Puede reaccionar ante pequeños estímulos o no hacerlo ante grandes estímulos. Puede parecer muy estable a pesar de que el ambiente esté convulso.

El fracaso o la frustración lo derrumba.

Tiene un particular sentido de la libertad. Ser libre es actuar sin normas.

Carece de apego emocional y sentido de culpabilidad y obedece a impulsos irresistibles.

Siente orgullo de lo que hace?

El psicópata tiene un "*sello psicopático*". Es como su marca personal, que repite una y otra vez. Siente orgullo de lo que hace y por eso tiene su sello personalizado (sello psicopático) para que se le adjudiquen los hechos, sin lugar a dudas.

Todavía no existe consenso entre los especialistas sobre las razones del disfrute. Unos piensan que se trata de un aspecto asociado con nuestra "animalidad" y "primitivismo".

Qué es la Defensa Alopástica del Psicópata?

Defensa Alopástica: los demás siempre tienen la culpa, yo no soy culpable de nada.

No se siente responsable de nada. Para sentir culpa uno debe sentirse responsable de la acción. El psicópata no se siente responsable de lo que hace.

Cómo es un Psicópata desde el punto de vista afectivo?

Normalmente no tienen compromiso afectivo, lo que significa que podrían carecer de pareja permanente, aunque sean sexualmente activos, normalmente con un sentido de perversidad.

La inteligencia de los psicópatas – son inteligentes.

Puede tener razonamientos deficientes.

Aprende de la experiencia.

La repetición es un accionar común en los Psicópatas.

Qué es la Cosificación en un Psicópata?

Usa a sus víctimas y cuando no les sirven las deshecha, en la llamada "cosificación", es decir, las personas son "cosas" y por eso él no se considera cruel ni despiadado, porque no está matando personas, sino "cosas".

Su concepto particular de la libertad:

Las normas son obstáculos para el Psicópata, no le interesa el bien común y por eso también son sociópatas. El mismo no se considera violador de normas porque para él no existen como tales.

Se autocastiga el Psicópata?

El psicópata se castiga fuertemente cuando considera haber quebrado sus propios valores (antivalores para el resto de la sociedad).

Puede llegar a castigarse incluso con crueldad.

En cuanto al sexo, el amor y la ternura:

Incapacidad de relación afectuosa.

Son incapaces de enamorarse y de mantener una relación sexual con ternura.

Tienen un concepto perturbado de sexo.

Su vida sexual es impersonal, trivial y poco integrada.

La relación con un psicópata es un viaje sólo de ida.

A pesar de la seriedad que estos casos tienen, la sociedad ha inventado chistes. En un supuesto anuncio aparecido en la prensa, se leía: "Psicópata busca a muchacha para relación corta".

Aunque el chiste podría parecer chocante, refleja muy bien la personalidad psicopática en cuanto al amor.

La falta de visión futurista del Psicópata:

No planea el futuro, por eso no se encuentra alta escolaridad en los perfiles psicopáticos. Hay indiferencia por su futuro y es un simple repetidor de sus patrones conductuales. Carece de visión de futuro.

Los nueve trastornos de la personalidad psicopática (Hare, Hart y Harpur, 1976):

Los estudiosos de la conducta psicopática Hare, Hart y Harpur, derivan nueve rasgos generales de la personalidad psicopática.

- Locuacidad y encanto superficial.
- Autovaloración exageradamente alta arrogancia.
- Ausencia total de remordimiento.
- Ausencia de empatía en las relaciones personales.
- Manipulación ajena con recurso frecuente de engaño.
- Problemas de conducta en la infancia.
- Conducta antisocial en la vida adulta.
- Ausencia de autocontrol.
- Irresponsabilidad (carencia del sentido de responsabilidad).

:

Otros estudiosos del fenómeno psicopático como A. Bruno/G. Tórtora ("Los psicópatas" Psicología forense, sexología y praxis), Revista de Psiquiatría año 3, Volumen 2, N° 4, 1996) establecen cinco términos sintomáticos de la personalidad psicopática, a saber:

- ***Enafectividad.*** Desde niño se observa un desapego y un carácter disimulado. No manifiesta inclinación al afecto que se le brinda. No comprende los afectos y la frialdad emocional es su signo.
- ***Amoralidad.*** Son insensibles moralmente. Falta el juicio moral y la noción de ética. Algunos autores son de la tesis que estas personas también tienen tolerancia al dolor físico (hipoalgesia).
- ***Impulsividad.***
- ***Inadaptabilidad.*** Son crueles. Tendencia a lo delictivo y a no respetar las jerarquías. Se molestan con las autoridades. Desde niños no respetan los reglamentos escolares.
- ***Incorregibilidad.*** Son incorregibles porque son insensibles al castigo o al premio.

No siente remordimiento:

El siguiente es parte del interrogatorio policial practicado al psicópata estrangulador y caníbal Arthur Shawcroos (13 víctimas-USA):

Le mortifica haber matado a una amiga Dorothy Keller?
"No, en absoluto".

No siente remordimiento?
No

Por qué no enterró el cuerpo de June Scott?
Me habría gustado encontrar un gran hoyo y meter en él todos los cuerpos, para que estuvieran todas juntas.

Cómo hizo para matarlas tan fácilmente?
La mayor parte de las veces ni yo sabía que iba a matarlas. Además, me conocían y no esperaban eso de mí. Las atacaba rápidamente y las dejaba paralizadas.

Tuvo contacto con la policía durante las investigaciones?
Siempre iba a comer a un sitio donde a menudo iban policías. Hablaba con ellos para saber cómo avanzaba la investigación.

Se da cuenta de lo que hacía en el momento de matar a las muchachas?
Sí, pero me daba igual. La rutina...

Es terrible lo que usted ha hecho?
Sí.

Qué debería hacer la policía con una persona como usted?
Meterme en la cárcel toda la vida. Si me sueltan volveré a hacerlo.

El Psicópata se sobrevalora:

Se queja de la justicia, entonces él mismo procede a hacerla.
Sobredimensiona sus posibilidades, su ingenio y su suerte.

Nunca piensa que lo van a capturar, mostrando una actitud "muy positiva" para su propósito.

Duplicidad narcisista:

El Psicópata cuando es interrogado o entrevistado, muestra una "duplicidad narcisista", mediante la cual irá contestando preguntas en el mismo lenguaje, estilo de razonamiento, velocidad de la palabra u otros factores que detecte, similar al entrevistador, con la idea de "hacerle el juego" pareciéndose a él, llegando incluso a adoptar una conducta donde él parece ser el interrogador.

Va elogiando al interrogador y si éste cae en la trampa, "bajará la guardia" del interrogatorio, terminando manipulado, que en la personalidad psicopática constituye un patrón común.

A esta actuación se le conoce como duplicidad narcisista, ya que en su mente fantasiosa, el psicópata se ve impartiendo justicia, es decir, él mismo pretende verse en el interrogador.

Qué escala de valores maneja?

- Tiene necesidades distintas pero valores propios.
- Lo que él hace se ajusta a su escala de valores, la que no coincide con la escala de valores socialmente aceptadas.
- Rigidiza los valores, siendo los suyos los que valen y que lleva a extremos.
- Y no es que ignore la escala social de valores, sino que antepone su escala de valores a la de los demás.
- Sus valores le dictan que debe sentir poder y dominio total sobre las personas.
- Tienen un objetivo y lo tratan de conseguir. El costo no es lo importante, lo importante es lograrlo pagando la menor factura.
- Incapacidad de identificarse con los valores morales socialmente aceptados.
- Capta las reacciones de los demás y lo que van a hacer (de ahí lo difícil de capturarlos), excepto en la dimensión ética.

Tipología de los Psicópatas

1: Satisfacción de necesidades distintas

VARIABLE	TIPOLOGIA DE CONDUCTA
1.1. Uso particular de la libertad	1.1.1. Intolerancia a los impedimentos. Ve las normas como obstáculos.
1.2. Creación de códigos propios	1.2.1. Sorteo de las normas.

	1.2.2. Falta de remordimiento o culpa. 1.2.3. Intolerancia a las frustraciones, reacciones de descompensación. 1.2.4. Defensa aloplástica: le echa la culpa a otros de lo que le sucedió a él.
1.3. Repetición de patrones conductuales	1.3.1. Ritos. 1.3.2. Automatismos. 1.3.3. Impulsos. 1.3.4. Sello psicopático personal en sus actuaciones.
1.4. Necesidad de estímulos intensos	1.4.1. Asunción de conductas riesgosas. 1.4.2. Tendencia al aburrimiento. 1.4.3. Escasos proyectos a largo plazo. 1.4.4. Podría usar drogas. 1.4.5. Búsqueda de emociones intensas. 1.4.6. Satisfacción sexual perversa.

2: "Cosificación" de otras personas

VARIABLE	TIPOLOGIA DE CONDUCTA
2.1. Egocentrismo	2.1.1. Sobrevaloración
2.2. Falta de empatía	2.2.1. Tosco y hostil
2.3. Manipulación	2.3.1. Seducción. Captación perfecta de las necesidades de otros. 2.3.2. Mentiras 2.3.3. Actuación
2.4. Coerción	2.4.1. Dominio de poder
2.5. Parasitismo	2.5.1. Logra las cosas por medio de astucia y pasividad
2.6. Relaciones utilitarias	2.6.1. Usa a las personas
2.7. Insensibilidad	2.7.1. Crueldad 2.7.2. Tolerancia a situaciones de tensión

3: Acto psicopático grave.

VARIABLE	TIPOLOGIA DE CONDUCTA
3.1. Tormenta psicopática	3.1.1. Homicidio brutal 3.1.2. Masacre

	3.1.3. Violaciones en serie
	3.1.4. Otros actos asociales graves
3.2. Perversiones sexuales	3.2.1. Concepto perturbado del sexo

Es responsable de sus actos un psicópata?

Esta un psicópata en capacidad de comprender el carácter lícito o ilícito de sus actos?

Este tema ha sido objeto de muchos escritos, y resulta de mucho interés –sobre todo en Costa Rica que nunca se ha juzgado un caso psicopático–, conocer las consecuencias jurídicas derivadas de su actuación.

En el lenguaje judicial cabe la siguiente pregunta:

Está un psicópata en capacidad de comprender el carácter lícito o ilícito de sus actos?

Si, está en capacidad de comprender, entonces es responsable de sus actos y por lo tanto es enjuiciable (imputable).

Si, no está en capacidad de comprender el carácter ilícito de sus actos, entonces, no es enjuiciable (imputable), siendo a lo sumo objeto de internamiento en un Hospital Psiquiátrico.

Vicente Garrido Genovés, en su libro "Psicópata", Editorial Tirant Lo Blanch, Valencia, 1993, establece la siguiente posición:

No puede ser declarado a priori insano, si no es con peritaje previo. Aunque legalmente es responsable, porque el Psicópata conoce las normas, en lo moral, el Psicópata carece de sentimiento de apego emocional y de culpabilidad.

Obedece a un impulso irresistible. Aunque el Psicópata pudiera conocer la diferencia entre el bien y el mal, ese impulso irresistible lo lleva a cometer sus actos. Esto que no es compartido por otros Tratadistas aduciendo que "impulso significa espontaneidad", y el Psicópata no es espontáneo, caracterizándose mas bien por preparar cuidadosamente su actuación.

Se supone que no es responsable penal si su acción es producto de una enfermedad mental, cabiendo entonces tres posibilidades:

- Responsabilidad total: castiga al "anormal" igual que el "normal".
- Responsabilidad atenuada: considerar que su actuación fue "anormal", pero que no se puede tratar como un caso "normal" y por lo tanto la sentencia sería atenuada.
- Exención de la responsabilidad (imputable): equipara al psicópata como un loco o enajenado, debiendo estar en un Hospital Psiquiátrico.

La psicopatía podría ser calificada como una desviación del comportamiento, pero ahora se le considera mas bien como una anomalía de la personalidad y por ello constituye una auténtica enfermedad mental, ya que él no es consciente de su propia psicopatía, aunque parezca actuar muy inteligentemente.

Analizando los casos más famosos de psicópatas seriales, observamos que, como el psicópata no modifica su conducta ni por estímulos positivos (cariños, recompensas, suavización de las penas, apelaciones a lo afectivo), ni por estímulos negativos (castigos, penas, apelación a las normas), en la conocida "*conducta refractaria*", entonces ha existido un implícito acuerdo social de juzgarlos como si fueran responsables de sus actos, porque la sociedad (el bien común) está mas protegida teniéndolos en la cárcel que teniéndolos en una

Institución Psiquiátrica, ya que podría ser dado de alta en cualquier momento con un dictámen Médico y como el psicópata es manipulador, podría lograrlo.

Las condenas se han dictado bajo el criterio de "responsabilidad total", pues conforme a la terminología judicial: "están en capacidad de comprender el carácter lícito o ilícito de sus actos".

El Dr Roberto Mazzuca, otro Médico Psiquiatra argentino estudioso del tema y colega del Dr. Hugo Marietán, opina:

"La psicopatía como en la neurosis obsesiva, se trata de una patología de la responsabilidad. Que el obsesivo se sienta culpable, o que esté asediado por autorreproches, no quiere decir que sea un sujeto responsable. En ninguno de los dos casos podemos considerar que haya una responsabilidad plena".

Interesante observar que en una serie de crímenes ocurridos en los Estados Unidos, el acusado (Bianchi—"El asesino de la Colina"—que actuaba con su primo Buono, ambos Vigilantes Privados) se comportó en el curso de la investigación como si sufriera el fenómeno de "personalidades múltiples", habiéndose comprobado finalmente que se trataba de una simulación para no ser juzgado, no sin antes haberse dado posiciones contradictorias entre los especialistas de la conducta.

Este es un aspecto que quiero destacar, porque si la conducta del psicópata es manipuladora, cómo determinar entonces que está mintiendo?

Cabe preguntarse, es detectable la mentira en un Psicópata?

La técnica del interrogatorio se vuelve poco eficaz ante la actitud narcisista del psicópata, ante su personalidad manipuladora, frialdad, inteligencia y cálculo.

Eso hace que la mentira sea tan difícil de detectar en un psicópata.

En una investigación publicada por la televisión alemana DW en un reportaje de Beatriz Sunhuger, denominado "Verdades sobre la Mentira", se plantea este interesante tema:

Es detectable la mentira?

El estudio plantea la falta de fiabilidad del detector de mentiras —en realidad un detector de emociones—, que llevó a algunos países a eliminarlo del todo o a excluirlo en los procesos penales, sin embargo el reportaje plantea que en materia conductual todo peritaje tiene alguna falta de fiabilidad, es decir que "ningún método de evaluación psicológica—psiquiátrica es infalible".

Cómo entonces detectar la mentira?

Hasta el momento se han planteado métodos "hacia fuera" del ser humano, sin embargo las nuevas teorías han preferido ir "hacia dentro" (insight), es decir, hacia donde se origina la mentira: el cerebro. Pero las investigaciones todavía no son concluyentes.

Por ejemplo, el psicópata Charles Punhart, fotógrafo de modelos en California y quien cometió hechos seriales, fue condenado a cadena perpetua por la muerte y vejación sexual de una modelo, sin habersele probado otras muertes en el mismo modus operandi. Siempre mantuvo con pasmosa serenidad, su inocencia (típico en los psicópatas hasta que se vean verdaderamente acorralados).

Finalmente, aceptó haber estado en la escena del crimen y adujo que la muerte había sido accidental, pero la policía pudo comprobar todo lo contrario. Por haber cooperado llevando a la policía al sitio donde había

enterrado a la víctima, fue eximido de la pena de muerte a cambio de cadena perpetua sin posibilidad de salir libre.

En este caso, su mentira sólo pudo ser comprobada por la Ciencia Forense, en lo que se ha llegado a llamar "la ciencia de la escena del crimen", que ha mostrado en nuestro país un importante desarrollo digno de destacar.

5. El Psicópata De La Luna Llena

(llamado así por atacar en noches de luna llena)

Método Del Psicópata

El psicópata opera el Este y Sur de San José, capital de Costa Rica, atacando cuando hay luna llena.

Su actuación es recurrente y tiene su propio modus operandi o método de acción personalizado, denominado "sello psicopático", que es una de las bases para trazar líneas de investigación sobre las que normalmente se mueve la policía para poder planificar la investigación, anticipar hechos, preservar la escena del crimen y trazar perfiles del atacante, correlacionar otros expedientes y otros usos de inteligencia policial.

El "Psicópata de la Luna Llena" muestra el siguiente modus operandi:

Ataca a parejas en lugares solitarios y oscuros, propicios para encuentros amorosos.

El hombre muere de dos o tres disparos certeros en partes mortales (cabeza, pecho), cosa que hace en el mismo sitio donde sorprende a la pareja, dejándolo tal y como quedó, porque él va tras la mujer.

No les roba nada a las víctimas. Se lleva algunas prendas íntimas.

De momento deja a la mujer viva y camina con ella distancias importantes (varios kilómetros incluso) para llevarla al lugar que previamente ha seleccionado.

Es congruente inferir de acuerdo a las motivaciones de su personalidad psicopática, que durante el trayecto, va profiriendo insultos contra la mujer relacionados con su conducta y con el sexo (castigo verbal-rigidización de valores).

Se ensaña contra la mujer, especialmente contra partes íntimas.

El lugar escogido es atravesado por río o riachuelo, para lavarse.

Las noches de ataque han tenido luna llena, no sólo porque es el escenario ideal para las visitas de parejas, sino para garantizarse iluminación para el control de la situación. Otra hipótesis que se maneja es porque obliga a la pareja a ver los actos que comete.

Oculto el cadáver con piedras o malezas o arbustos, para lo cual busca alguna pequeña hondonada natural, previamente seleccionada. Escoge los lugares, los prepara con anterioridad y luego espera a sus víctimas.

Nunca cava fosas para enterrar a sus víctimas, evidenciándose que se moviliza a pie con armas y equipamiento mínimo pero necesario para el "éxito" de lo que se propone, es decir, no porta equipos, herramientas o implementos que puedan comprometer su huida.

Reta a la policía (frecuente en los psicópatas), dejando algunas señales para que encuentren el cuerpo de la mujer dentro del tercer día a la comisión del hecho, con lo cual el Psicópata "se garantiza" que identifiquen a

las víctimas dentro de su modus operandi (sello psicopático), garantizándose que se le adjudique el hecho (otra característica de los psicópatas).

No deja ninguna clase de huellas. Ni huellas de llantas, ni huellas de pies o calzado, ni dactilares. Nada. Se supone incluso que protege sus zapatos con algún cobertor como bolsa plástica, medias elásticas o le hace algún trabajo de limado de sus zapatos (calza 40 ó 41). Sólo en un caso dejó una huella de zapato N° 40 (caso atípico de Ligia Camacho).

No se jacta a posteriori, ni envía cartas ni se atribuye el hecho. Todo parece indicar que no está tan desocupado como para dedicar tiempo a ello, estando su satisfacción y orgullo –válido en la personalidad psicopática– en la cobertura periodística y en lo que se dice de él: que es inteligente, que no dejó ninguna huella, que sigue el misterio y que la policía sigue despistada y en problemas.

Usa una pistola calibre 45, con silenciador. Aunque se manejó durante mucho tiempo, quedó descartada la hipótesis de la subametralladora, lo que es coherente con la forma de ataque en zona montañosa, ya que una ametralladora es más difícil de portar y de ocultar en caso de emergencia si el psicópata fuera perseguido. Además la pistola le permite manejar en la otra mano el puñal. El arma usa municiones que pertenecen al armamento de la Policía, con ciertas características de blindaje especial para una mayor penetración, con alcance de mas de 80 metros. La munición no se consigue en el mercado.

Sus motivos están centrados en la figura femenina.

Toda la información hace inferir que actúa solo. No hay evidencia objetiva que permita derivar que actúa en asociación. Este aspecto se analiza en el punto siguiente.

Los vehículos de las víctimas no muestran señales de haber sido violentados.

Al no ser un psicópata ritualista, no muestra sistematicidad en cuanto a fechas, horarios, aspectos climáticos o tipología de víctimas. Si bien ataca de noche normalmente con luna llena, lo es para su dominio de la situación (sentir poder) y por ser las condiciones que le garantizan la presencia de parejas en lugares desolados y románticos. Este aspecto se analiza en otro aparte.

Tiene un patrón al matar: mata a 2, vuelve a matar a 2, luego mata a una, y repite el patrón 2–2–1. De continuar este patrón, volvería a matar a 2 para luego matar a una mujer sola. La pareja la mata en forma típica (sello psicopático), a la mujer sola la mata en forma atípica, sin daños sexuales.

"Saltea" los meses de ataque: no ataca en enero, pero si lo hace en febrero, marzo y abril (época de verano y de lunas visibles), luego establece este patrón: mayo no ataca, junio si ataca, julio no ataca, agosto si ataca, septiembre no ataca, octubre si ataca (las lunas de octubre), noviembre no ataca, diciembre si ataca. En cuanto a los años no ha establecido ningún patrón.

Actúa solo o acompañado?

El análisis de su "modus operandi" y de las escenas, no muestran evidencia objetiva de que actúe en pandilla o asociación.

Toda evidencia de que actúa sólo, con motivaciones muy personales hacia la figura femenina.

En uno de los hechos (Marta Miriam Navarro) la tapó parcialmente con grandes piedras en el lecho del río, lo que hizo pensar a algunos Investigadores que era improbable que él solo pudiera haberlo hecho, dada la magnitud de las mismas, sin embargo las piedras fueron simplemente movilizadas – y no trasladadas– en el mismo lecho del río, por lo tanto es perfectamente válido inferir que él mismo pudo haberlo hecho, máxime

que el perfil lo presenta como fornido, de gran estatura y de brazos largos y fuertes, de buena condición física.

Además, en congruencia con la historia de los psicópatas en serie, éstos siempre actúan solos, dado que su conducta obedece a patologías de la persona.

Resulta prácticamente imposible la asociación de psicópatas seriales, dados los motivos personalísimos que presentan (ver clasificación del Dr. Hugo Marietán).

La historia de los psicópatas seriales destaca a uno que mataba y violaba mujeres en asocio de su esposa, la que fue condenada por complicidad al comprobarse en unos videos encontrados en el sótano de la casa, su participación activa en los hechos. Ella había mantenido una firme posición de inocencia y desconocimiento de los hechos atribuidos a su esposo y constituye uno de los pocos casos en que hubo asociación familiar.

En el caso que nos ocupa, la policía sin embargo no descarta que actúe a lo sumo con otro acompañante en calidad de ayudante, situación que resultaría atípica dentro de los caracteres de la personalidad psicopática, dada que incluso el perfil lo percibe como solitario.

Además, tratándose de un psicópata organizado, no va a asumir riesgos asociándose, máxime que no roba nada a las víctimas.

Esta el psicópata relacionado con la policía?

La policía maneja la hipótesis de que se trata de una persona con conocimientos policiales e incluso miembro policial o relacionado de algún modo directo o indirecto con ella, aspecto avalado incluso por el FBI.

Este es un punto especialmente relevante en la investigación, que en mi criterio es improbable, dado que en la cultura policial el cuidado del arma es algo esencial al desempeño, no encontrándose esta característica en el psicópata, pues balística anota mucho desgaste de las estrías del cañón por suciedad.

La suciedad es producto del descuido, aspecto que definitivamente no es una característica congruente con el "modus operandi" del psicópata, quien al ser organizado se muestra cauteloso y muy cuidadoso con el manejo del sitio, por lo que siendo esa una característica típica suya, es de inferir que en general la atención del detalle sería parte de su perfil, no resultando congruente que tenga un arma en condiciones de descuido y suciedad.

Tampoco resulta aceptable la hipótesis de que el arma está sucia porque la tiene enterrada, porque no ataca en un solo sitio.

Además, siendo un atacante solitario de parejas jóvenes, no podría el Psicópata asumir riesgos por el mal funcionamiento de su arma, siendo entonces un aspecto clave en su psicología la atención del detalle, como se indicó.

Otra idea que se maneja, es que se hace pasar por policía, lo que no considero congruente, porque no lo necesita, dado que ataca por sorpresa en zonas desoladas y oscuras, entonces cabe preguntarse: qué necesidad tiene de hacerse pasar por policía? Tal hipótesis sería aceptable si fuera su radio de acción la zona urbana poblada o si penetrara casas de habitación o si actuara en las carreteras (Bouno y Bianchi, enlistados en el ranking de asesinos seriales, se hacían pasar por policías porque abordaban mujeres en la zona urbana de Los Angeles. Bianchi era vigilante privado, Bouno tapicero, ambos primos).

Pero en una zona montañosa, alejada, despoblada y oscura, donde las parejas están descuidadas dentro de un vehículo, qué necesidad tiene de vestirse o hacerse pasar por policía?

El argumento de que los vehículos donde ha sorprendido a las parejas no muestran haber sido violentados, es

lo que ha hecho inferir a la policía de que pudiera ser que se presente como policía, pero el factor sorpresa que siempre maneja a su favor, además de ser portador de una arma, hace que la pareja se someta fácilmente sin oponer resistencia, máxime que la pareja está en descuido total.

En conclusión: Se presente o no como policía resulta irrelevante, porque el elemento sorpresa y la amenaza hacen que la pareja deba abrir pacíficamente el vehículo. En uno de los casos, por ejemplo, mató al hombre a través del vidrio de la ventana, posiblemente porque se resistió a abrir el vehículo o porque sabía de las intenciones del conductor por capturarlo (caso de Edwin Mata), cosa que no hubiera hecho si el psicópata hubiera estado vestido como policía.

Resulta mas fuerte la hipótesis de que el psicópata podría ser un cazador habitual de la zona, y como tal cuidadoso en el detalle: sitios donde llega la "presa", sigilo, horas, silencio, paciencia para esperar, no espantar a las demás "presas" (el uso del silenciador).

Recordemos que por la altitud (1.200 metros sobre el nivel del mar), clima, vegetación y agua, la zona donde ataca presenta características ideales para una gran cantidad de fauna menor. Incluso la formación montañosa tiene conexión con el Cerro de la Carpintera, que todavía mantiene zonas de espesa vegetación y presas de mayor tamaño.

En mi concepto es más aceptable que se trata de una persona con experiencia y gusto por la cacería, ya que congruente con esta teoría es un buen tirador, certero en el disparo, lo que hace a corta distancia y a la cabeza de sus víctimas, sin asumir riesgos. Acaso no son esas las características de un cazador?

El hecho de que los estudios de balística comprueben que la munición usada es calibre 45 y que sólo se consigue clandestinamente por ser de uso policial, no puede hacer inferir que el Psicópata tenga relación con la policía, dado el desorden con que en el pasado se manejó el arsenal del Estado.

Cabe citar aquí el caso de un ciclista colombiano que participó en la Vuelta Ciclista a Costa Rica en diciembre de 1999, quien fue detenido en el Aeropuerto Internacional Juan Santamaría, cuando salía hacia su país, decomisándosele una arma de uso policial que compró con su respectiva factura, en una casa de empeño o "compra-venta", con tanta naturalidad que simplemente la colocó en el equipaje, sin medir las consecuencias de su detección en el scanner del Aeropuerto, lo que demuestra que no son difíciles de conseguir, reforzándose la hipótesis de que no necesariamente el Psicópata sea miembro policial o que tiene relación con la policía.

Tampoco ignoremos en el análisis la gran influencia que recibió y sigue recibiendo Costa Rica a raíz del conflicto nicaraguense, en lo que al comercio ilegal de armas y municiones se refiere, sin ningún tipo de control, dados los múltiples accesos de la zona fronteriza.

Incluso el distinguido Obispo de la Diócesis de Ciudad Quesada, frontera con Nicaragua, Monseñor Angel Sancasimiro, pidió al Ministerio de Seguridad Pública mas control sobre el trasiego de armas en la región (periódico La Nación del 8 de marzo de 2000 página 16-A):

"Personalmente no me consta, pero desde hace muchos años es vox populi que aquí se comercializa con todo tipo de armas, al parecer llegadas de la vecina Nicaragua".

"No sólo los delincuentes andan armados. También los latifundistas..."

A raíz de la serie de asaltos y asesinatos en la zona, La Nación agrega: "Como supuestos autores de asaltos y homicidios la policía sospecha de sujetos de nacionalidad nicaraguense..."

Ante este panorama, mas el desorden con que se manejó el arsenal del Gobierno, es imposible sostener sobre

bases objetivas, que el psicópata tenga relaciones con la policía, lo que no pasaría de ser una mera conjetura sin validez investigativa. La investigación criminal traza hipótesis, las que a diferencia de las conjeturas, provienen de bases objetivas y no de simples suposiciones.

Psicópata ritual?

El rito está compuesto por un método sistemático basado en símbolos, que en su conjunto tiene un significado ritual para la persona que lo practica.

En el caso del Psicópata no debe confundirse la diferencia entre rito, "modus operandi" y sello psicopático.

Si bien es cierto los ataques fueron siempre de noche, normalmente con luna llena, en sitios románticos o apartados, propios para el encuentro de parejas (su blanco preferido), no puede calificarse eso como ritual porque lo que el psicópata busca es a la mujer.

Por lo tanto, el hecho de que ataque a parejas no lo es por circunstancias, sino porque es el escenario ideal donde encuentra personas descuidadas de lo que pasa en el entorno, al estar concentradas en su encuentro amoroso dentro de un ambiente iluminado por la luna llena.

Aunque el elemento agua (río o riachuelo) siempre está presente en la escena del hecho, obedece a su práctica de lavarse dado el daño que produce a la mujer, lo que hace inferir que podría vivir acompañado y no se expone, o bien que para llegar a su lugar de residencia debe pasar por zonas pobladas, o que posee algún medio de locomoción que deja en lugar estratégico cuyas huellas la policía no ha podido relacionar con el hecho. Definitivamente el psicópata anda a pie cuando actúa.

La teoría del rito sería válida si ejecutara acciones sistemáticas simbólicas en la víctima o dejara signos especiales en el sitio, como por ejemplo: pintar de un color a la víctima, vestirla con algún color o tipo de prenda, cortar el cabello u otros símbolos que no se presente en el caso. Los daños y ensañamiento que provoca en la mujer (sobre todo en partes íntimas), no constituyen elementos rituales, reflejando más bien el odio que siente por la figura femenina.

Tampoco del análisis puede inferirse, que usara ritos en cuanto a estatura de las víctimas, edad, etnia, color del cabello, procedencia social, aspectos físicos especiales u otros factores como por ejemplo, los religiosos o políticos.

La conclusión de que sus actuaciones no califican como rituales, también se apoya al no encontrarse correlaciones tales como:

Fechas (preferencias por ciertos días o meses).

Signos zodiacales (atacar según el signo zodiacal).

Determinadas formas geométricas de los lugares de ataque. Lo único es que sus lugares de ataque se ubican al costado sur de la autopista Florencio del Castillo (Cartago), por ser la zona que conoce al ser vecino de esas localidades como lo indica el perfil del FBI.

Símbolos rituales dejados en la escena o en las víctimas.

Composiciones alfabéticas con letras, nombres o apellidos de las víctimas.

Enterrar a sus víctimas con determinadas formas o símbolos de acompañamiento.

Siempre ataca en verano por ser la época en que las parejas visitan más los lugares montañosos con características románticas.

Un aspecto sistemático de sus ataques que podría ser analizado desde el punto de vista de la ritualidad, es que siempre lo ha hecho al sur de la Autopista a Cartago Florencio del Castillo. No se conoce ningún ataque el norte de esta Autopista, a pesar de que se encuentran los elementos componentes de su escena predilecta como riachuelos, lugares apartados y sitios románticos que atraen a las parejas. Sin embargo todo indica que obedece mas a su sello psicopático, que a aspectos rituales, o bien porque él vive en la zona sur de dicha Autopista y como tal conoce a la perfección la zona.

Otros aspectos que podrían ser considerados como rituales:

Aparte del patrón de actuación en el Crimen de Alajuelita, mata con el patrón 2-2-1 (pareja – pareja –mujer sola).

A las parejas las mata siempre igual. A las mujeres solas en forma diferente, aunque con la misma pistola calibre 45. Este es un aspecto mas de su "sello psicopático".

Se lleva prendas íntimas de la mujer.

En el segundo semestre del año establece un patrón de ataques alternos: junio si, julio no, agosto si, septiembre no, octubre si, noviembre no, diciembre si. No muestra patrón con respecto a los años de actuación.

Un análisis geométrico realizado por el Distinguido Investigador y Consultor en Antisecuestros y Experto en Negociación de Rehenes –que por cierto tuvo a su cargo el caso del psicópata cuando fue Director de la Delegación del Organismo de Investigación Judicial en Tres Ríos– (lugar preferido de ataque), Gerardo Castaing, establece alguna correlación con signos satánicos, de acuerdo a la siguiente explicación:

Relación satánica? En el ataque N° 6 van a coincidir dos ataques, formándose entonces los números 666, que es el número de "la bestia".

Casualidad? Algún mensaje de las motivaciones del psicópata?

Personalmente considero que a pesar de que es un hallazgo muy interesante, lo califico mas como una casualidad, ya que en la conducta psicopática, tal rasgo se haría presente en todos los ataques, dado el "sello psicopático", que hace actuar al psicópata siempre de la misma manera para retar a la policía y porque el psicópata es un repetidor de sus actos, los que hará una y otra vez de la misma manera.

Lugares Preferidos Para Actuar

El psicópata ataca en la zona montañosa sureste del Valle Central de San José, concretamente en lugares conurbados con la capital, tales como Curridabat, Desamparados, San Antonio, Alajuelita y Tres Ríos, que conforma una ladera habitable de continuidad natural, con vista preciosa al valle capitalino.

Aunque la prensa se refirió a la zona como el "Triángulo de la Muerte" posiblemente queriendo correlacionar el término con el "Triángulo de las Bermudas" o bien para darle un sentido periodístico más llamativo, si ubicamos los lugares de ataque en un mapa, encontramos que realmente conforma una línea y no un triángulo. Dicha línea es un trazo natural que sigue a la geografía del lugar.

Todos los lugares de ataque tienen cercanía entre sí, con excelentes vías de comunicación para llegar a ellos, con poblaciones cercanas de altos, medios y bajos ingresos, incluso con poblaciones marginales.

El Parque de la Amistad, por ejemplo, donde se dan cuatro de las muertes, está ubicado en Residencial Hacienda Vieja, Curridabat, Costa Rica, compuesto por habitantes de clase media alta, con residencias costosas mas no de lujo, sin embargo colinda con vecindarios populares de conformación popular como por ejemplo "La Lía", todos ubicados en el Cantón de Curridabat.

Pero en otro Residencial cercano llamado Lomas de Ayarco se ubica población de alto ingreso, considerado un residencial exclusivo, al igual que Residencial Los Cipreses.

Otra de las parejas fue atacada en la población de San Vicente de Tres Ríos, conformada por gente humilde de extracción popular, con algunos asentamientos en precario cercanos.

En general, se trata de una zona donde las formaciones montañosas van suavizando su pendiente y hay fácil acceso en vehículo todo el año.

No se trata de zonas inhóspitas o escarpadas, y aunque no son zonas de tránsito común de gente ni vehículos, presentan hermosas vistas hacia la ciudad, conformando sitios de características románticas muy atractivos para parejas, que es la escena que atrae al psicópata.

Precisamente el perfil del Psicópata elaborado por el FBI, lo ubica como vecino de la zona, dado el conocimiento que tiene de la misma, que le permitiría desplazarse a su residencia habitual en un corto tiempo, mientras ocurre el descubrimiento, cosa que ocurre a mas tardar dentro de los tres días siguientes al hecho, dado que el vehículo y cuerpo del hombre quedan abandonados en forma expuesta, o en el caso de la mujer apenas cubierto con algunos arbustos o piedras.

De diversas formas el Psicópata deja pistas para que sean encontrados los cadáveres dentro de ese lapso de tres días, a fin de que se le adjudique el hecho, ya que después de ese día se inicia la descomposición de algunos órganos blandos, por lo que existe la hipótesis de que el Psicópata tiene conocimientos de patología.

La única pista que podría correlacionarse con tal conocimiento patológico, es con la muerte de Ligia Camacho cerca del Cementerio de San Antonio de Desamparados, cuando en su propia casa de habitación, recibió un disparo en su cabeza hecho con silenciador con el arma del Psicópata. Ligia trabajaba en el Banco de Sangre (Seguro Social) y era una muchacha religiosa de muy buenas costumbres y conducta moral, estableciéndose la hipótesis de que el Psicópata la cortejó y lo rechazó. Como se explica en otro aparte de este libro, la Policía interrogó a dos compañeros de trabajo de Ligia con resultados infructuosos.

Ataques Atribuidos Al Psicópata

Al psicópata la policía le atribuye oficialmente 19 muertes, de acuerdo al siguiente detalle:

Siete muertes ocurridas el 6 de abril de 1986 en uno de los hechos masivos que más ha impactado a la sociedad costarricense, conocido como "El crimen de la Cruz de Alajuelita" (Desamparados), donde murieron a balazos Marta Eugenia Zamora y a sus hijas María Auxiliadora, María Gabriela, Karla y Virginia Salas Zamora, así como a Alejandra Sandí Zamora. Tres de las víctimas menores fueron violadas.

La familia regresaba en horas de la tarde de una peregrinación que los creyentes hacen cada año, subiendo el Cerro San Miguel ubicado en las montañas del Sur del Valle Central, conocidas como Fila el Cedral o Pico Blanco, donde se ubica una gran cruz construida hace mas de 50 años con motivo de una celebración religiosa.

La zona de acceso y regreso que la familia escogió, da a la población de Alajuelita, caracterizada por ser una de las zonas de mayor explosión demográfica marginal. La Cruz es frecuentada también por aficionados al montañismo, sobre todo por la ladera sur-oeste de acceso empinado, conformada por potreros donde pasta

ganado vacuno y caballar. Tiene un río de aguas frías de montaña que dan a la población de San Antonio de Escazú.

El 12 de diciembre de 1986 mueren Roberto Castro Mora (27 años) y a su novia Francis Salazar Suárez (19) en el Parque de la Amistad en Hacienda Vieja de Curridabat. Esta pareja era amiga de José Luis Monge Sandí alias "Tres Pelos", a quien se le atribuyeron en una primera fase los crímenes de la Cruz de Alajuelita. "Tres Pelos" siempre alegó su inocencia.

El 11 de febrero de 1987 mueren Juan Guillermo Nájera (23) y a su novia Damaris Rodríguez Martínez (21), en el mismo sitio donde murió la pareja anterior. Estas dos víctimas Damaris y Francis eran muy amigas, pues eran empleadas domésticas en la zona donde fueron asesinadas.

En forma atípica, por haber sido atacada en su propia casa de habitación cerca del cementerio de San Antonio de Desamparados, de un certero disparo en la sien derecha ejecutado con silenciador a través de la venta de su habitación, Ligia Camacho Bermúdez (24), ocurrido el 14 de junio de 1987. Ligia pertenecía a un movimiento religioso evangélico y era considerada como una persona tranquila, de excelentes costumbres. La policía siguió correctamente la línea de investigación para ver que relación tenía tal circunstancia con el hecho de ella trabajaba en el Banco de Sangre. Los resultados fueron infructuosos.

Este caso de Ligia Camacho, en mi criterio constituye una excelente línea de investigación, porque indudablemente Ligia conoció al psicópata con anterioridad e incluso él pudo haberla cortejado con malos resultados. Recuérdese que el psicópata ataca a a figura femenina por una infancia de maltrato y abandono, entonces si el psicópata como persona la cortejó y ella lo rechazó, es sostenible la hipótesis de que él se vengó, porque por el rechazo lo descontrola y por eso los psicópatas son solitarios y esquivos, ya que la figura del rechazo lo hace ser asocial.

Analizando la ubicación de la casa, la tapia que la separa del Cementerio y las rejas delanteras, es fácil concluir que el psicópata la fue a buscar expresamente. No fue algo casuístico. No.

El psicópata la conocía, sabía donde vivía, estudió el ataque y lo llevó a cabo.

Pero, quién era Ligia Camacho?

Muchacha soltera, de 24 años, pequeña, gustaba vestir en forma sencilla e informal con Jeans. Pertenecía a un movimiento religioso evangélico. Estudiaba Sociología en la Universidad de Costa Rica. Tuvo un novio que laboraba en el Banco Central.

Era una persona muy querida, amistosa, centrada, extrovertida, cariñosa, responsable, de risa suave, se daba a querer, muy seria en sus cosas. Laboraba en el Banco de Sangre de la Caja Costarricense de Seguro Social, pero antes había laborado por espacio de 3 años en la Asociación Deportiva de los empleados de la Caja donde atendía público en una tienda pequeña de implementos deportivos que se ubicaba dentro de la CCSS.

Como puede verse era una muchacha de vida normal y muy querida.

Un hermano suyo apareció entre la lista de personas desaparecidas, según un reportaje televisivo. Al tiempo del reportaje él apareció vivo, ya que simplemente estaba ausente.

El balazo que mató a Ligia fue hecho con la pistola calibre 45 del psicópata, atravesando. La bala no destruyó el vidrio sino que dejó la perforación, y la cortina quedó con el quemado normal del disparo.

Ligia fue sorprendida en su cama cuando leía un libro (el título de éste libro podría tener relación con el psicópata, dada la temática que trata. No se cita el nombre por constituir línea de investigación policial. Dado

el hermetismo policial se ignora si constituyó o constituye línea de investigación, porque es válido analizar si ese libro se lo dio el mismo psicópata en algún contacto que tuvo con ella, repito, dada su temática) y no tenía visibilidad hacia fuera, por lo tanto ella no tuvo tiempo de pedir auxilio o tratar de huir.

El psicópata se brincó una tapia que da al Cementerio de San Antonio de Desamparados. Se piensa que en la noche él tocó el timbre de la casa pero nadie le abrió. El cable de la línea telefónica fue cortado. El psicópata dejó una huella de zapato número 40.

Ligia fue encontrada muerta en la mañana cuando sus parientes notaban que no salía de su habitación como lo hacía usualmente.

Es indudable que Ligia Camacho conoció y trató al psicópata, ya fuere en algunos actos de su vida laboral, de estudiante universitaria, de fe como activista de un movimiento religioso evangélico donde además formaba parte de un Grupo de Acción, o bien que se tratara de algún cliente con quien ella tuvo contacto cuando ejercía funciones de ventas en la tienda de implementos deportivos indicada. Se descarta que pudiese ser de alguna relación sentimental de su vida privada, dado que era una muchacha de buenas costumbres y no conflictiva. Ligia lo conoció sin saber que se trataba del psicópata y del análisis del caso, es válida la hipótesis de que ella lo rechazó.

El caso de Ligia Camacho, mas el de Edwin Mata Madrigal, mas lo que sabe Arnoldillo del crimen de Alajuelita, constituyen tres líneas de investigación básicas en todo este caso.

El 20 de agosto de 1988 en San Vicente de Tres Ríos muere la pareja de jóvenes Víctor Julio Hernández Sánchez (18) y Aracelly Astúa Calderón (15), a quienes ataca cuando venían caminando por una calle oscura pero con población cercana y circulación constante de personas. Consistentemente con su modus operandi, se ensañó contra Aracelly.

Edwin Mata Madrigal y Marta Miriam Navarro Carpio son atacados en Tres Ríos el jueves 20 de abril de 1989. En este caso, Edwin fue ultimado de un balazo hecho a través del vidrio de su pick-up donde estaba con Marta Miriam.

Paradójicamente, Edwin había dicho a parientes suyos que él capturaría al Psicópata, por lo que cabe investigar si él mismo se estaba poniendo como señuelo y fue sorprendido. Si Edwin estaba preocupado con el asunto, no es lógico que haya ido a un encuentro amoroso a un lugar que reunía todas las condiciones para atraer al Psicópata. Mi hipótesis es que personas allegadas a Edwin y que conocían de sus intenciones, tuvieron relación (sin saberlo) con el psicópata, dado que su muerte fue atípica, y además, porque resulta inconcebible que Edwin Mata haya ido a una escena típica de ataque del Psicópata. En tal sentido, el Psicópata simplemente esperó.

Después de este hecho el psicópata se ausenta durante 6 años. Es un misterio lo que hizo durante este período. Las hipótesis que se manejan: estuvo encarcelado por otro delito, estuvo enfermo, se ausentó del país.

Este es otro hecho atípico: Marjorie Padilla Sequeira muere de un balazo en la espalda el 12 de marzo de 1995 (14 días después del asesinato de Tres Pelos), en Higuito de Desamparados, cuando caminaba hacia su casa de habitación. Aunque el modus operandi no permitiría relacionar al Psicópata con este crimen (el psicópata no dispara por la espalda y no persigue a su víctima), balística dictamina que el arma usada calibre 45 es la misma usada por el Psicópata. Aunque no se presenta el ataque a pareja, Marjorie venía con su novio, pero no continuó acompañándola hasta la casa de habitación, cuyo trayecto tenía una parte oscura donde precisamente fue atacada.

Mauricio Cordero López (25) y su novia Ileana Alvarez Blandón (23) mueren el sábado 26 de octubre de 1996, en Patarrá, Desamparados, cuando estaban estacionados en un tajo poco transitado y sin iluminación.

Este es el último hecho atribuido al Psicópata.

6. Resumen

El gran reto interdisciplinario de las Ciencias actuales, es determinar las motivaciones que tienen los Psicópatas para dedicar su comprobada inteligencia a la destructividad humana.

Qué hace de una persona un asesino que siempre mata igual en el denominado "sello psicopático"? Por qué no siente culpa o remordimiento de sus atrocidades? Se nace Psicópata o se va haciendo conforme el ambiente lo vaya formando? Si es un loco entonces debería estar en un Hospital Psiquiátrico. Si sabe lo que hace entonces es enjuiciable. Por qué reta a la policía en lo que se llama "tendencia lúdica" (jugar con la policía)?

Qué hace que un psicópata escoja determinada forma de ataque (siempre sólo una forma), entre las que destacan: vampírico, caníbal, descuartizador, lujurioso sexual, licantrópico (hombre lobo), estrangulador, fetichista, ritualista, esotérico (motivaciones extraterrestres, diabólicas, espiritistas o divinas), sádico.

Por qué un psicópata toma sangre, o como la carne de su víctima?

Por qué unos "disfrutan" a su víctima mediante la agonía, el dolor o la muerte directa?

Es detectable la conducta psicopática?

Los Capítulos anteriores forman solamente algunos, precisamente los que consideramos que nos pueden llevar a entender cómo funciona una mente psicopática.

De manera que:

El comportamiento psicopático trasciende las fronteras de los hechos criminales porque van mas allá –mucho mas allá–, que la aplicación de técnicas policiales, obligándonos a su estudio en forma interdisciplinaria, ya que la personalidad psicopática desde la niñez muestra tendencia al aburrimiento, impulsividad, irrespeto reiterado a las normas, echarle la culpa a los demás (conducta aloplástica), sobrevaloración, mentiras, manipulación, crueldad con personas o animales, insensibilidad ante el premio o el castigo (conducta refractaria), incorregibilidad, sin visión de futuro, gusto por películas o escenas violentas (adicción a la violencia), cosificación (se siente mejor con las cosas que con las personas) y otros factores familiares o de abandono, agresión física, sexual o psíquica, que tratados científicamente con metodologías diferentes, podrían prevenir o recuperar a niños y adolescentes de tales conductas.

Esa es la responsabilidad de todos nosotros y por eso la razón de ser del Libro.

Palabras clave mas representativas del Trabajo:

- Psicopatías.
- Personalidad psicopática.
- Mentes asesinas.
- Trastornos sexuales.
- Sello psicopático.

LA NEUROSIS : ENFERMEDAD SOCIAL

¿POR QUÉ HABLAR DE LA NEUROSIS ?

El propósito de este escrito es tratar a la neurosis, conocida enfermedad emocional, como un fenómeno social de gran trascendencia, la cual no ha sido canalizada todavía por las instituciones que se encargan de los problemas de salud pública. En primer lugar, mi interés por hablar de la neurosis es recalcar que ésta no es solo una enfermedad exclusiva de un puñado de personas desafortunadas, sino que cada vez es mayor el número de personas afectadas por este padecimiento ; por otro lado, los síntomas de la neurosis son tan sutiles que la mayoría de las veces no nos damos cuenta de que la padecemos.

También es cierto que cuando un individuo llega a la aceptación de que es neurótico – lo cual no es un camino fácil, como veremos después – se ve envuelto en una serie de conflictos para buscar ayuda y comenzar una terapia ; el primero de estos conflictos es quizá el miedo a la estigmatización que la sociedad hace a las personas que recurren a psicólogos o algún otro tipo de ayuda. Algunas instituciones como Neuróticos Anónimos tienen en el anonimato uno de sus preceptos básicos por las razones antes expuestas. Hay otro tipo de instituciones que son privadas y costosas en donde también se mantiene en secreto la identidad de los pacientes.

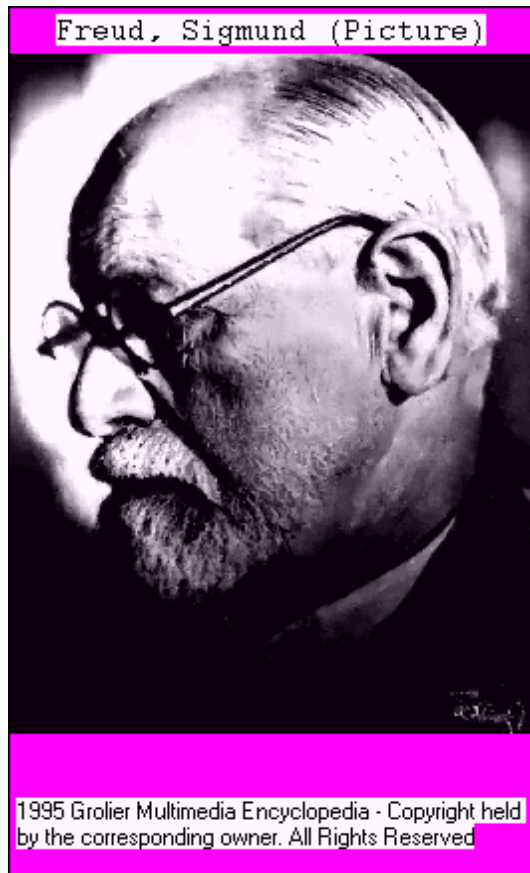
Puede considerarse a la neurosis como un primer aviso de que la persona sufre alteraciones en su conducta que pueden ser graves o, incluso, que pueden afectar a los demás ; es ahí donde la neurosis tiene que ser analizada como una enfermedad de carácter social, pues ya no se trata de un pequeño grupo de personas "afectadas", sino de una comunidad, una ciudad o un país entero sufriendo las consecuencias de tan devastadora enfermedad.

En la literatura psicológica – al igual que en la sociológica – nos encontramos con que hay tantas definiciones de enfermedad y de salud mental casi como autores. Vamos a comenzar analizando diferentes definiciones de enfermedad y salud mental, continuando con las causas, los mecanismos y las consecuencias de la neurosis, así como un breve relato de cómo han ido evolucionando los conceptos de enfermedad y salud mental. Finalizaremos nuestra investigación hablando de algunas terapias para las personas neuróticas – aunque de manera muy somera, pues no estamos haciendo un tratado de psicología – y de cómo funcionan en el individuo, acompañadas con un pequeño pero conciso análisis.

"SOY UN ENFERMO NEUROTICO, EMOCIONAL Y MENTAL"

Cuando uno asiste a alguna reunión de algún grupo de Neuróticos Anónimos por primera vez, queda quizá la confusión de los términos que ahí se manejan. Por ejemplo, algunos dicen que son enfermos neuróticos, otros más, que son enfermos mentales, aunque la mayoría se confiesa un enfermo emocional. ¿Qué es pues la enfermedad emocional, mental y la neurosis ? Vamos primero a definir a la salud y enfermedad mental.

Freud fue uno de los primeros en definir a la "conducta normal"(1), término que podríamos considerar como salud mental, si se nos permite actualizar sus palabras ; para él, la salud mental consistía en una participación consciente y activa del individuo en cuanto a que acepta la realidad que lo rodea, sin negarla como en el caso del neurótico además de que el individuo sano mentalmente es capaz de transformar su entorno objetivamente y no en su imaginación.



Por otro lado, podemos encontrar en las nuevas corrientes de la psicología diferentes criterios para definir lo que es enfermedad y salud mental ; algunos de ellos son la inadecuación cultural, el malestar subjetivo, la deficiencia psicológica, el criterio estadístico y el criterio normativo, entre otros.

La inadecuación cultural retoma estudios antropológicos que demuestran que nuestro concepto de normalidad en otra persona depende de valores y tradiciones de la cultura en que estemos inmersos, es decir, los valores de la cultura X pueden ser malos para la cultura Y, y viceversa ; es por eso que un individuo de la cultura X no podrá sentirse "adecuado" estando dentro de la cultura Y. Un ejemplo claro es el siguiente : en Argelia las mujeres llevan velos y van totalmente cubiertas al salir a la calle, ahora imaginemos a una sueca obligada a vivir en esta cultura ; es obvio que la sueca va a revelarse a esta costumbre, pero no podemos considerarla neurótica o loca por este simple hecho. Por lo tanto, la inadecuación cultural no puede tomarse como un criterio absoluto para definir a la salud o enfermedad mental.

El malestar subjetivo se utiliza para designar las emociones o experiencias internas que siente una persona, pero que los demás no pueden observar directamente. Podría considerarse como un criterio más cierto (2), pero algunas personas con desequilibrios mentales graves niegan sentir algún tipo de malestar emocional al cometer asesinatos, violaciones, etc. Por esto es que tampoco podemos considerarlo válido (3).

La deficiencia psicológica se refiere a las conductas que el individuo externa ; un estudiante brillante que de pronto comienza a bajar sus calificaciones, un profesional exitoso de repentinamente fracasa o una persona alegre que comienza a ser retraída y taciturna, son ejemplos de deficiencia psicológica(4), la cual no les permite desenvolverse en sus respectivos roles como ellos quisieran.

El criterio estadístico considera la relatividad de los conceptos de enfermedad y salud mental. Este criterio surge – al igual que el de inadecuación cultural – de los estudios en antropología cultural sobre los diferentes pueblos, costumbres y estilos de vida de la humanidad (5). Siguiendo la línea de pensamiento del criterio estadístico, la persona sana es la que se encuentra adaptada a la cultura de la sociedad en donde vive (6), a

diferencia de aquella que no se adapta y se revela contra lo establecido. En este punto hay un debate acerca de lo que debe considerarse salud y enfermedad mental, pues algunos autores ponen en duda si la adaptación del grueso de la sociedad a la cultura que muchas veces les es impuesta no raya en la enajenación (7), pues hay personas que aceptan de buen grado las normas que existen en su comunidad, pero a pesar de eso, sufren inhibiciones, ansiedad y son infelices no obstante que su conducta externa corresponde a la cultura en la que viven.

El criterio normativo se refiere a analizar el comportamiento del individuo dentro de un conjunto de normas, llámense estas morales, éticas, religiosas o jurídicas. La salud o enfermedad mental dependerá de que el individuo se conduzca dentro de ellas o no, respectivamente. Es este el criterio más débil e inadecuado que existe pues las normas pertenecientes a una cultura determinada – morales, éticas, religiosas y jurídicas – están en constante cambio, no son estáticas(8).

Como hemos visto, quizá ninguno de los criterios anteriores pueda ser suficiente por sí mismo para dar una definición precisa. Barclay Martin nos da una definición que nos podría parecer más acertada : "En resumen, podemos afirmar que la mayoría de las formas de conducta anormal son inadecuadas desde un punto de vista cultural, que se acompañan de malestar subjetivo y reflejan una deficiencia psicológica, una disminución de la gama de respuestas que hace difícil enfrentarse a las exigencias y tensiones de la vida"(9). Como observamos, Martín utiliza la conjunción de los tres primeros criterios analizados.

Una fuente que es importante citar es la de la Organización Mundial de la Salud, la cual nos dice que la salud mental es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición se nos antoja muy vaga, porque tal vez el individuo neurótico crea que encaja aquí a la perfección al no sentir ningún malestar físico, mental ni social – recuérdese lo hablado en el criterio de malestar subjetivo –.

Considerando que alguna vez hemos tenido la necesidad de saber qué significa exactamente el término neurosis, quizá podamos consultar un diccionario o una enciclopedia con la intención de salir de dudas. Las siguientes definiciones provienen de dos conocidas publicaciones : la enciclopedia Grolier y el diccionario Larousse. En Grolier encontramos que "en la teoría psicoanalítica clásica, la neurosis es una clase de desorden caracterizado por patrones de pensamiento, sentimientos y actos inadaptados..."(10). El diccionario Larousse nos dice del término neurosis que es una "enfermedad caracterizada por trastornos nerviosos sin lesiones orgánicas y por trastornos psíquicos de los cuales el enfermo es consciente"(11). Tales son los conceptos que podemos consultar en publicaciones no especializadas. Pero si nos vamos a leer literatura específica – como la anterior – nos vamos a dar cuenta de que no es tan fácil encontrar una definición de quienes sí son neuróticos y quienes no (recuérdense los diferentes criterios para definir la enfermedad y la salud mental) En la literatura de N.A. (Neuróticos Anónimos) encontramos todo lo anterior : tanto definiciones de la enfermedad como criterios para saber quién la padece y quién no.

N.A. produce literatura para que los miembros de sus grupos dispongan de este material y puedan enterarse de qué es la enfermedad emocional, por qué están enfermos y cómo curarse. Parece muy simple así como lo relatamos, pero no lo es. Más adelante veremos cómo funciona esta agrupación en el individuo que reconoce ser neurótico. Lo que ahora nos interesa es conocer la definición que N.A. tiene de la enfermedad y salud mental. Ellos llaman enfermedad emocional y mental al padecimiento que aqueja a los neuróticos ; la enfermedad emocional es a su vez una enfermedad espiritual y afirman que lo que tienen enfermo es el espíritu porque no hay síntomas de malestar ni en el cuerpo ni en la mente pues han sido capaces de desempeñar su trabajo y actividades cotidianas si tenían la obligación de hacerlo (12). Además, al decir que la enfermedad emocional es espiritual no se refieren a algo místico e inexplicable porque el espíritu de una persona es entendido como "la suma de sus emociones, pensamientos, actitudes, creencias, sentimientos y todo lo que haga actuar – al enfermo – del modo en que él lo hace"(13). Por otro lado, afirman que la enfermedad emocional está dentro de la persona que la padece y no debido a causas externas pues es la actitud que toma una persona ante la vida lo que acusa la enfermedad o la salud mental. N.A. cuenta con un

"autodiagnóstico" para que la persona que se acerca por primera vez al grupo lo conteste y sepa si es un neurótico o una persona sana. Este autodiagnóstico consiste en una serie de preguntas que la persona debe de contestar en absoluta soledad y con la mayor sinceridad posible ; así, nadie le va a decir si es un enfermo emocional o no porque no hay ningún profesional en estas agrupaciones que este ahí con ese propósito ; si acude alguna vez a un grupo de anónimos, usted tendrá la última palabra.

Como pudimos ver, la mayoría de las veces no se establece una diferencia precisa al hablar de enfermedad mental, enfermedad emocional y neurosis. Casi todos los autores contemporáneos las toman como sinónimos y, creo que en correspondencia y para fines de un mejor entendimiento, nosotros debemos hacer lo mismo.

ESPACIO Y TIEMPO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental siempre ha existido en todo el mundo y en todas las épocas, aunque con sus variantes en cuanto a conceptos y definiciones. En algunos escritos de la antigüedad se leen algunas descripciones de ataques convulsivos (epilepsia), estados hiperactivos y de excitación (manías), reacciones de tristeza (depresión), graves perturbaciones del pensamiento (esquizofrenia), temores infundados (fobias). Las personas que vivían en estas épocas, en una cultura muy distinta a la nuestra y con otra manera de raciocinio, encontraron en la posesión diabólica la explicación a todo este tipo de fenómenos. Hace aproximadamente 6000 años, se cree que se practicaba la trepanación del cráneo con el propósito de expulsar por ahí a los demonios y liberar a la persona de la posesión ; en este procedimiento se utilizaban instrumentos de piedra para abrir un agujero grande en el cráneo para expulsar a los espíritus malignos.



Es hasta la cultura griega en que se trata de encontrar una explicación más real de la enfermedad mental ; el

médico griego Hipócrates (460–377 a. C.) fue el primero en proponer una explicación naturalista pues al referirse a la epilepsia dijo : "Creo que de ninguna manera tiene un origen divino ni sagrado, sino que procede de una causa natural...si abren el cráneo del enfermo, verán que el cerebro se encuentra húmedo, lleno de sudor y que despidе mal olor. Esto demuestra que no es un Dios quien daña el cuerpo, sino la enfermedad." Los médicos griegos y romanos como Asclepiadeo, Areteo y Galeno continuaron esta tradición naturalista hasta antes de 200 a. C. época en que las teorías demonológicas cobraron una nueva fuerza.

Durante la Edad Media sucedieron toda una serie de fenómenos inexplicables, pues se tienen datos de que aproximadamente en el año de 1374 la gente comenzó a practicar una especie de danza frenética que en Italia fue llamada tarantismo (pues se creía que era debido a una mordedura de tarántula), y en otras partes de Europa se conoció como el Baile de San Vito, porque en 1518 los danzantes fueron enviados a la capilla de San Vito para implorar la curación. La danza, que se fue convirtiendo en un ritual, consistía en un número grande danzantes (pertenecientes a las clases populares) que utilizaban guirnaldas en la cabeza, se fajaban ropa o toallas o iban semidesnudos y bailaban sin parar hasta que poco a poco caían en éxtasis y se arrojaban violentamente al suelo sufriendo convulsiones y sacudidas hasta quedar inconscientes. También durante este época, los médicos que trataban a pacientes con enfermedades mentales combinaban algunas ideas tradicionales, doctrinas de la cultura grecorromana, de la astrología, de la alquimia y plegarias de su época para curarlos. El exorcismo (palabra derivada del griego que significa expulsión) surgió al principio como una ceremonia sencilla para curar a las personas "poseídas". Pero al finalizar el siglo XV, se despertó una persecución implacable a las brujas pues se temía que cada vez más gente practicara ritos diabólicos. Esta tendencia continuó por lo siguientes 200 años. Los ritos y maniobras con que los médicos y clérigos expulsaban a los demonios fueron adquiriendo cada vez más complejidad. Estaba permitida la flagelación, inanición, inmersión en agua hirviendo entre otros métodos.

En un principio, se hacía una diferencia entre la persona poseída en contra de su voluntad y aquella que practicaba los ritos satánicos por gusto, pero con el tiempo esta distinción desapareció y se perseguía a toda persona que mostrara una conducta un tanto extraña o extravagante. De ahí el origen de tribunales como el de la Santa Inquisición.

Johann Weyer (1515–1588) captó las causas naturales de alguna psicopatías que en su época eran consideradas "cosas del demonio". Su método consistía en una observación clínica, sin ningún influjo de superstición y un respeto al ser humano. En su opinión, muchas de las llamadas brujas, no eran más que víctimas de trastornos mentales que necesitaban atención y tratamiento médico.

Otro personaje que habló abiertamente sobre la falsedad de la demonología fue Reginald Scott (1538–1599), quien expuso las falsedades que encerraban la hechicería y la demonología en su libro "The discovery of Witchcraft" que se publicó en 1584. En ese escrito negó que los demonios fueran los causantes de las enfermedades mentales.

Las primeras instituciones dedicadas a la atención de los enfermos mentales fueron llamadas asilos y nacieron casi todas en los monasterios ; en un principio los asilos eran lugares en donde los enfermos mentales encontraban alimento, techo y atención esmerada, pero con el tiempo degeneraron para convertirse en almacenes enfermos, sobrepoblados, ruidosos y sin higiene. Algunos de ellos fueron el Hospital Bethlehem en Inglaterra (1547) y la Torre de Lunáticos en Viena (1784)

Entre los siglos XVIII y XIX empiezan a surgir una serie de figuras del mundo de la medicina que sentarían las bases de la moderna investigación psiquiátrica. Philippe Pinel fundó un hospital para dementes en 1792, llamado La Bicetrê en París. Su terapia consistió en quitar las cadenas a los enfermos y tratarlos con bondad y respeto. Algunos de estos pacientes abandonaron el hospital pues fueron sanados con sus métodos. Pinel aportó lo que llamamos registros sistemáticos, pues acostumbraba a entrevistar a sus pacientes tomando notas de estas conversaciones y de todo lo que se relacionara.

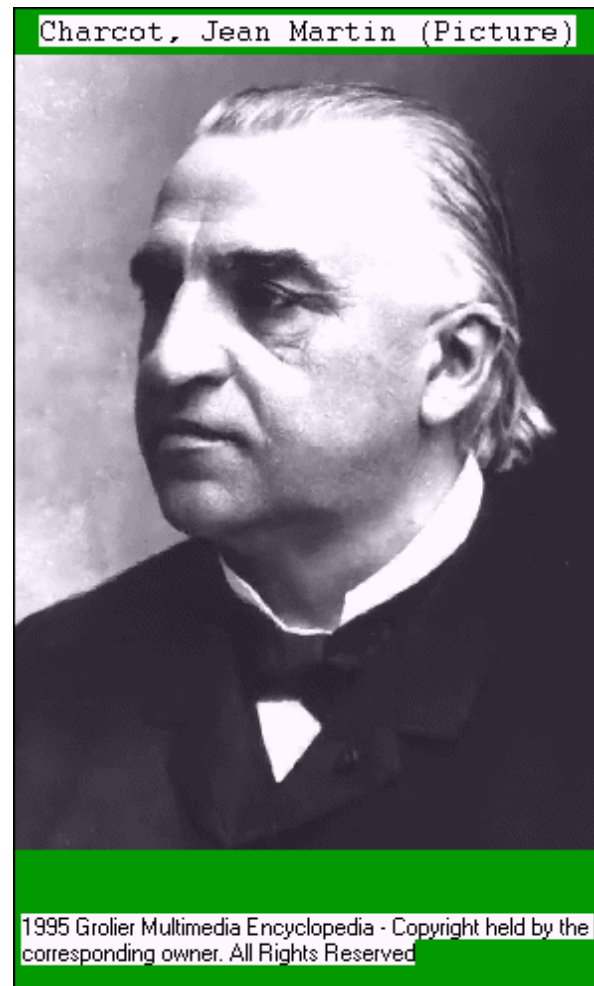
Hacia mediados del siglo XIX, aparecen algunos médicos convencidos de que las enfermedades mentales tienen una causa orgánica. Esta corriente fue enfocada hacia lo orgánico. Wilhelm Griesinger (1817–1868) afirmó que las enfermedades mentales se debían a lesiones subyacentes en el cerebro. El psiquiatra francés Morel (1809–1873) postuló que éstas son consecuencia de un deterioro cerebral que a su vez es causado por una debilidad nerviosa hereditaria. Emil Kraepelin (1855–1926) proporcionó un sistema taxonómico que aún está vigente en la psiquiatría actual ; Kraepelin buscó a individuos con síntomas particulares, aquellos cuya enfermedad tuviera un inicio, curso y resultados similares. Después combinó los patrones de síntomas en dos grandes grupos : psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz. Tiempo después incluyó una tercera categoría, la paranoia. Su obra fue importante debido a que permitió estudiar las causas y el tratamiento de la enfermedad mental en forma más racional. Con el tiempo, algunos médicos comenzaron a investigar las causas de las parálisis y descubrieron que algunas bacterias encontradas en el cerebro de los enfermos eran las causantes. Con este argumento, los médicos que apoyaban que las enfermedades mentales eran de origen orgánico creyeron haber descubierto la verdad. Ahora era solo cuestión de esperara a encontrar a las demás bacterias que causaban las psicopatías.



En la época moderna encontramos los primeros intentos por darle una explicación psicológica a la enfermedad mental. Anton Mesmer (1734–1815) estaba convencido de que los astros influían en la conducta de las personas y de que el flujo magnético llenaba al universo. Cuando una persona pierde el nivel adecuado de este líquido, aparecen los síntomas físicos. Expulsado de Viena por sus practicas de la medicina, se establece en París, en donde hace una numerosa clientela. Su método de curación consistía en reunir a los pacientes en su consultorio en el cual había una enorme bañera que se hallaba cubierta con cristal y rellenos de hierro de los que salían varillas que se aplicaban en las zonas enfermas del cuerpo del paciente. La atmósfera que recreaba en sus sesiones causaba una honda impresión en sus pacientes por el aire de misticismo que ahí reinaba.

Muchos de ellos salían de sus consultas realmente aliviados de sus dolores y sufrimientos. En 1784, un comité de hombres de ciencia y políticos (entre ellos Franklin, Guillotin, Lavoisier) tuvieron por encargo investigar los métodos de Mesmer ; llegaron a la conclusión de que era un charlatán. Mesmer cayó en el descrédito y tuvo que abandonar París. Pero de todo esto hay algo que es interesante observar : el hecho de que algunos síntomas orgánicos fueron eliminados mediante la imaginación. Fue debido a esto que sus técnicas despertaron interés y polémica y mesmerismo se convirtió en una palabra para designar los procedimientos con que se inducen trances y otros estados de alteración de la conciencia. Pasado el tiempo, los fenómenos anteriores fueron conocidos como hipnosis.

Charcot (1825–1893) era un distinguido neurólogo francés ; empezó a interesarse en la naturaleza de la histeria y a hacer estudios detallados. El observó varias formas en que los síntomas histéricos tendían a distinguirse de otros análogos, resultantes de causas orgánicas obvias. Aunque en un principio se había inclinado a pensar que los padecimientos físicos de los enfermos mentales debían tener una causa orgánica, abandonó estas posturas al observar pacientes completamente sanos pero incapaces de efectuar actividades normales. Charcot efectuó demostraciones en donde hipnotizaba a pacientes histéricos suprimiendo los síntomas que éstos sufrían. Así, la opinión de que los factores psíquicos intervienen en la creación de algunos síntomas orgánicos fue ganando más aceptación a finales del siglo XIX.



Un joven estudiante proveniente de Viena pasó el año de 1885–1886 en el hospital de Charcot observando sus métodos de investigación, su nombre era Sigmund Freud (14).

EL ORIGEN, LA ETIOLOGIA Y LOS MECANISMOS.

Dejando nuestro recorrido anterior en Freud, se puede considerar que de él en adelante, la psicología se divide en diferentes corrientes que serán tema de nuestro análisis. En este apartado, vamos a analizar el origen y las causas de la neurosis; no pretendo ahondar en el tema, sino tratar de dar una explicación de cómo un individuo puede ir desarrollando la enfermedad, hasta convertirse en una persona con graves problemas de conducta.

Encontramos en Freud que la neurosis es el resultado de un conflicto entre el individuo y su medio, conflicto que nace a consecuencia de una negación en la persona atender una poderosa tendencia dominante que existe dentro de ella misma y procurarle una descarga. En la teoría de Freud, los síntomas neuróticos resultan de la interacción entre los impulsos instintivos que luchan por manifestarse y las estrategias defensivas. La persona se defiende por medio de mecanismos de represión sin ningún resultado (15). Por otro lado, Freud nos dice también que la etiología común de la enfermedad mental es siempre la frustración, el incumplimiento de deseos infantiles, jamás dominados y que se arraigaron hondamente en la mente del enfermo. La neurosis extrae del mundo de la imaginación y de la fantasía el material necesario para sus productos, hallándolos por medio de la represión a épocas reales anteriores y más satisfactorias (16). El mecanismo que se activa en la neurosis, según Freud, es no solo una pérdida de la realidad, sino una sustitución de ella. En consecuencia, la neurosis es una expresión de la rebeldía contra el mundo exterior, una incapacidad para adaptarse a la realidad (17).



Otro enfoque clásico pero distinto de Freud, nos lo da Karen Horney. En ella no encontramos precisamente una definición de la neurosis, sino una serie de situaciones que la causan, pues para Horney, la mayoría de los trastornos neuróticos provienen de una ansiedad que el individuo trae consigo desde la niñez. El niño siente hostilidad hacia sus padres por las órdenes que estos le imponen, las cuales le causan profundas frustraciones. El problema comienza cuando estos sentimientos hostiles son muy intensos pues el niño se alejará de sus

padres quedándose sin el amor y las atenciones que necesita. El niño así afectado continúa creciendo de esta manera hasta llegar a ser un adulto que recurrirá a todo tipo de mecanismos de defensa para no sentirse desamparado y sin afecto.

Para Fromm, el enfermo neurótico es aquel individuo que no se deja someter, que no estuvo dispuesto a perder su identidad en aras de la adaptación y de la "normalidad" dentro de la sociedad. Resulta entonces que el neurótico, no pudiendo ir en contra de la corriente de la sociedad, se retrae y refugia en la enfermedad, en la neurosis (18).

Otro punto de vista que es imprescindible considerar es el de Foucault. Para él, la neurosis se desarrolla en el individuo que vive en cierto medio y que posee ciertas características psicológicas. No todos los individuos de una misma comunidad son neuróticos pues existen ciertas condiciones sociales en el medio en donde viven que los hacen más vulnerables a sufrir la enfermedad (19).

Desde el punto de vista de algunos autores contemporáneos, la neurosis tiene su origen en las desigualdades de clase o en la sociedad tan tecnificada que estamos viviendo. Vamos a analizar algunas de estas propuestas para terminar esta sección.

Guisnberg es un autor argentino que nos dice que las causas de la neurosis deben ser buscadas en los factores sociales como son trabajo, status, clase, entre otros. Es lógico que personas con diferentes ocupaciones y estilos de vida desarrollen psicopatías diferentes. Entonces, para él, el origen de la neurosis se da no en el interior del individuo, sino en el rol social (20) que desempeña, es decir, las angustias de un empresario serán muy diferentes que las de un obrero, sin despreciar las tendencias biológicas y psicológicas de cada persona. En Guinsberg también encontramos un concepto que es interesante de analizar : la alienación. Él nos explica que "en el proceso de alienación se producen efectos que son : aislamiento, comunicación interpersonal dificultosa (y en muchos casos mediante intermediarios), vaciedad, frustración, reducción de sus potencialidades a las de simple instrumento de engranajes desconocidos." (21). Si sabemos que alienación significa lo mismo que enajenación (término más conocido), podemos entender mejor lo que Guinsberg nos dice (22). La alienación debe ser entendida pues, como la pérdida de la personalidad del individuo y causante de la enfermedad mental.

Aramoni es el nombre de otro de los autores que tienen una perspectiva diferente de la enfermedad mental. En él, podemos encontrar que la enfermedad psíquica aparece como producto de la cultura. "La soledad, la angustia, la depresión, la enajenación y la muerte estan más cerca de la cultura y la socialización humana que de la biología" (23). Aramoni nos describe un panorama poco agradable del medio en el que estamos inmersos y en el cual vivimos ; para él, la enfermedad mental es producto del ambiente hostil y deshumanizado en que nos toco vivir (24).

Para hablarnos de neurosis, Aramoni comienza describiéndonos la primera de las características que se presentan en un neurótico : *la Depresión*. Para él, la depresión siempre lleva el elemento de lo mortal pues "en toda depresión, por ligera que sea, aparece la solución de lo mortecino, lo fúnebre, la posibilidad de morir" (25). Aramoni distingue entre dos tipos de depresiones : las exógenas y las endógenas. En las primeras es todo lo que rodea al individuo (como los acontecimientos históricos, la influencia cultural, la situación económico-social, etc.) lo que influye en su comportamiento y provoca la salud o enfermedad mental ; en las segundas, el medio o el entorno no tienen ninguna relación con la conducta del individuo pues se presume alguna deficiencia biológica. También encontramos en sus textos una descripción de la conducta del neurótico : "...en la neurosis se sabe lo que hay que hacer, cuándo hacerlo, cómo hacerlo, por qué hacerlo, pero no se hace, y que, por otra parte, el mismo hecho de no hacerlo ocasiona o determina una reacción desagradable, molesta, de frustración, de inadecuación." (26).

Por último, un aspecto que Aramino considera también dentro de las causas de la neurosis es el ámbito familiar. El adulto (padre de familia) siempre actúa como si supiera todo e ignorara nada. El menor (el hijo) es

impotente ante los argumentos que el adulto le da como única explicación de un hecho determinado. Esta conducta de autoritarismo por parte de los padres tiene un origen cultural que se remonta a épocas del patriarcado. Por otro lado, también existe el lado opuesto ; el dejar que el niño conozca y aprenda por sí mismo, sin vigilancia de los padres. Al lastimarse o hacerse daño con algo que el niño ignoraba, la autoridad paterna le dirá que ellos son los que siempre tienen razón, y que él, en su condición de menor, debe obedecerlos. El empleo de tales métodos educativos "pueden cristalizarlo (al menor) y petrificarlo para toda la existencia. Si esto resulta de tal modo grave, mutilante y limitativo, se podrá comprender por qué un individuo puede deprimirse, arruinar su vida y, por supuesto, ser capaz de enloquecer, de convertirse en un psicópata o bien de suicidarse" (27).

Para concluir veremos lo que nos dice la literatura de N.A. acerca de la etiología de la enfermedad mental. Para ello vamos a referirnos precisamente a un libro que trata la etiología de la enfermedad y a otro que habla de las leyes de la enfermedad emocional.

En el libro *"Las leyes de la enfermedad mental y emocional"* se distingue entre dos tipos de causas : la causa remota y la causa inmediata. La causa remota ocurrió en la niñez del enfermo y estableció un patrón de conducta que empeoró a medida que fue creciendo. Cuando el adulto enfermo alcanza un cierto nivel de malestar, no es ya la causa remota lo que está actuando sino la causa inmediata. La causa inmediata son los sentimientos negativos actuales que el individuo lleva consigo como el odio, resentimiento, compasión, miedo.

El libro *"La etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional"* es una recopilación de los folletos de *"La Salud Mental"* publicados desde 1968. Estos folletos son la base de la literatura de Neuróticos Anónimos. En esta recopilación en particular podemos encontrar con detalle las causas de la enfermedad mental y emocional (en el caso que nos atañe, de la neurosis). Encontramos que la principal causa de la enfermedad es el egoísmo innato que existe en el individuo el cual le impide amar a sus semejantes. Según esta teoría, el ser humano comienza a ser egoísta desde el mismo momento en que es concebido ; dentro de la matriz no le hace falta nada pues todo lo que necesita le es proporcionado. A medida que va creciendo, va explorando el medio en donde se encuentra, hasta que su tamaño le impide moverse con más libertad ; es entonces que comienza a sentir la frustración, el miedo, la ira, y todo tipo de sentimientos negativos. Un tiempo antes del nacimiento, el feto se encuentra de cabeza, preparado para el trabajo de parto. Es entonces cuando las emociones negativas de las que hablábamos le acompañan con mayor frecuencia. Una vez fuera de la matriz, el nuevo ser es sumamente egoísta porque necesita serlo para asegurar su supervivencia. Pero es justamente en este momento cuando se marca una diferencia en el carácter y conducta de un individuo, pues "ya sea que aprenda que sus necesidades pueden ser satisfechas a través del amor, o que aprenda que estas pueden ser satisfechas a través del egoísmo (28). Así pues, según la literatura de N.A., una persona es siempre egoísta y la única diferencia entre la que enferma y la que se mantiene sana es el aprender a amar. Un hecho que es interesante recalcar es que este folleto de *La Salud Mental* y toda la literatura de N.A. está escrita por miembros activos de esta institución. Es por eso que encontramos frases como "Somos personas que hemos padecido de la enfermedad mental y emocional y nos hemos recuperado, así es que podemos hablarles de los lados de la moneda" (29).

En otra sección del citado libro, se enumeran una serie de características de la enfermedad emocional de las que es conveniente transcribir algunas y comentarlas :

- La enfermedad mental y emocional es una enfermedad.
- La enfermedad mental y emocional es curable.
- Esta enfermedad puede ser y es padecida por personas de todas las clases sociales, sin importar su edad, educación, posición social y económica.
- Esta es una enfermedad que puede llegar a incapacitar.
- La enfermedad mental y emocional es una enfermedad espiritual (9*).
- Esta enfermedad es causada por el egoísmo innato y su consecuente incapacidad de amar.

- La persona enferma no intenta hacer lo que hace. Ella está enferma y es dominada por las emociones compulsivas que no puede controlar.
- La enfermedad y sus manifestaciones son verdaderamente dolorosas y casi intolerables. La persona realmente sufre un infierno. Esta enfermedad bien pudiera ser la experiencia mas dolorosa que un ser humano puede experimentar.
- No es LOCURA (Excepto para términos legales ; los psiquiatras, medicos y psicólogos no aceptan este concepto). Las personas mental y emocionalmente enfermas saben lo que están haciendo, pero no pueden evitarlo debido a las emociones descontroladas.
- La persona enferma es al autora de su propia enfermedad ; aunque ella no la escogió. No es su culpa si la enfermedad le comenzó, pero una vez la tiene, ella contribuye a estar enferma y empeorar.
- La persona enferma no quiere estar enferma ; lo que sucede es que no conoce otra forma de vivir, ser o actuar.
- La persona se enferma debido a sus defectos de carácter tales como : ira, resentimiento, odio, culpar a otros, autocompasión, preocupación por sí misma, rebelión, venganza, envidia, desconfianza, pesimismo, crítica, falta de amor y preocupación por otros, y otras emociones negativas similares.
- A menudo la persona enferma es un fastidio y cuesta mucho trabajo estar cerca de ella. Puede dañar a todas las personas con las que se relaciona, pero ella está enferma y sin ayuda no podrá evitar actuar como lo hace.
- Esta enfermedad se caracteriza por síntomas dolorosos tales como : depresión, culpa, ansiedad, odio hacia uno mismo, remordimiento y otras emociones tormentosas.
- La persona mental y emocionalmente enferma, aunque no es una persona amorosa cuando esta en las garras de la enfermedad, necesita de amor, comprensión y ayuda. No mimos e indulgencia.
- Hay grados en la enfermedad mental y emocional : de leve a grave.
- La persona mentalmente enferma es capaz de acciones violentas cuando está perturbada por la enfermedad.
- Esta enfermedad no interfiere en la vida cotidiana de la persona enferma, su trabajo, relaciones con otros, y todas las otras actividades que realiza.
- La enfermedad es progresiva y fatal si no se somete a tratamiento.

Como hemos visto, para N.A., la enfermedad mental y emocional reside exclusivamente en la mente del individuo. No existe ninguna causa externa, pues es la persona y su incapacidad de amar lo que la lleva a sufrir esta enfermedad. La edad, el sexo, la clase social o la actividad que la persona desempeñe no son condicionantes de la enfermedad emocional. Como veíamos en Aramoni, N.A. también dice que en todo momento la persona es consciente de todo lo que pasa sin poder evitarlo, pero en N.A. encontramos que aun con todo, el enfermo es consciente, pueden tener momentos de violencia (núm. 24) y perder el control.

Observamos en las anteriores características que los sentimientos tales como la ira, el rencor, el resentimiento, los celos, la conmisericordia, el miedo, entre otros, siempre acompañan a la enfermedad mental y emocional y son sus síntomas más representativos. En las próximas secciones vamos a analizar lo que se refiere a la cura y la terapia de la enfermedad emocional y mental.

¿CÓMO ACTÚA UN ENFERMO EMOCIONAL ?

Las respuestas pueden ser variadas ya que dependiendo del grado de avance de la enfermedad en el individuo, éste tendrá un comportamiento distinto. La primeras reacciones de la enfermedad pueden comenzar desde la infancia. Un niño que muestre diferencias muy marcadas de conducta con respecto a los demás puede ser (o de hecho, es) un buen candidato para desarrollar una enfermedad mental y emocional en la adultez, como la neurosis. Cuando la enfermedad mental se manifiesta en la infancia, esta puede presentar muchas variantes como son la fobia a la escuela, la hiperactividad, el tartamudeo, la anorexia nerviosa y, en casos más severos, el autismo. El adulto o el adolescente neurótico mostrará toda una gama de conductas que pueden ir desde la depresión, las adicciones (fármaco-dependencia), las compulsiones, las acciones criminales e ilegales, el radicalismo y el suicidio. No es nuestro propósito analizar todas y cada una de éstas, pues eso nos daría material para otro escrito, pero si mencionar algunas de las más importantes para nuestro análisis : las

adicciones, el radicalismo y el suicidio.

A las adicciones las podemos dividir en drogadicción, alcoholismo, comer en exceso, tabaquismo, adicción a la adrenalina, adicción al café, adicción a los calmantes, entre otras. Nuestro tema gira alrededor de la neurosis, enfermedad emocional y mental que afecta a nuestra conducta y se manifiesta por el comportamiento que el neurótico tiene en la sociedad ; pero, aunque podemos decir que el neurótico es adicto a la adrenalina, observamos que los enfermos de alcoholismo, de tabaquismo, adictos a las drogas, etc. tienen patrones de conducta similares a los del neurótico : sufren de ansiedad, de miedos, de sentimientos de culpa, de complejos no superados, de falta de cariño. Estas carencias las desahogan o sustituyen adquiriendo alguna de las adicciones antes mencionadas. En casi todos los grupos de anónimos (llámense estos neuróticos, alcohólicos, comedores compulsivos, etc.) existe la misma problemática en sus miembros ; son personas con conflictos en el trabajo, en el hogar, con sus amistades. Casi podríamos decir que todos ellos son, antes que nada, neuróticos, solo que la enfermedad se ha manifestado de un modo diferente en cada uno de ellos, haciéndolos dependientes ya sea del alcohol, de la adrenalina, del tabaco, de las drogas, etc. Si agrupáramos a todas estas personas que sufren de diferentes manifestaciones de dependencia, podríamos darnos cuenta de la gravedad de la neurosis y quizá, estaríamos más alertas de nosotros mismos.

En cuanto al comportamiento radical, podemos decir que a los inadaptados sociales (o personas radicales) se los ha considerado desde siempre como "locos" por ir contra el orden establecido. Siguiendo esta línea de pensamiento, las personas como Mozart, Rivera o Siqueiros, por mencionar algunos artistas, o como Galileo, Copérnico o Einstein para mencionar a gente de ciencia, deberían ser considerados como enfermos mentales, pues su radicalismo cambió y revolucionó a la sociedad. Con respecto a este tópico, algunos autores no están muy de acuerdo en que las personas que son radicales dentro de una cultura determinada tengan que ser necesariamente enfermos emocionales o "locos". Aramoni nos dice en una parte de sus textos : "Los mejores hombres de una sociedad no son necesariamente los obedientes, sumisos y obsecuentes. Algunas veces son los que no se pliegan ante las indicaciones convencionales de un grupo determinado" (30).

Lo que es más contradictorio aún es que el grueso de la población, gente bien adaptada al orden en el que viven, sienta admiración por estos personajes que no se conformaron con aceptar lo que les imponían como cierto y único y fueron más allá de todos los demás. Si algún día fuese posible coordinar estos deseos de búsqueda con la aprobación del orden establecido, probablemente se dejaría de tachar de locos o de enfermos mentales a estas personas que han sido de los mejores productos de la humanidad.

El suicidio ha sido durante mucho tiempo un tema tabú del que muy pocas personas se atreven a hablar abiertamente. Es rarísimo que alguien nos relate sus intentos de suicidio de la misma manera que nos podría relatar la fractura que sufrió en la pierna o las molestias de un padecimiento hepático ; sin embargo, hay gente que ha tenido el valor de aceptarlo y hablar de ello con su terapeuta o en sesiones de grupo.

¿Qué es lo que lleva a una persona a suicidarse ? Podemos encontrar un sin número de respuestas tales como "ya no quería seguir sufriendo el abandono de mi pareja", "ya no soportaba la situación económica", "lo hice para vengarme de mi madre", "no quería saber de nada, ni de nadie", "lo intenté para saber qué hay después de la vida", "quería unirme a un ser querido", etc. La verdad es que el suicidio no va acompañado necesariamente de una profunda enfermedad mental como lo han demostrado algunos expertos (31), más bien es una decisión que se toma en un momento de desesperación, cuando se está pasando por una depresión aguda. Recuérdese que al principio de este trabajo revisamos la definición de depresión que nos proporcionó Aramoni.

Por otro lado, se ha demostrado que el suicidio es una de las diez causas principales de fallecimiento en el mundo occidental. En los adolescentes (de entre 15 y 19 años), ocupa el quinto lugar. Pero los más vulnerables ante las depresiones son los universitarios ; el índice de suicidios entre ellos es en un 50% mayor que en los jóvenes de la misma edad pero que no son estudiantes.

En N.A., el suicidio es considerado como una manifestación de mal carácter (32). La persona que se suicida lo hace porque no consiguió las cosas que quería y como las quería. El neurótico hecha mano de todos los recursos que tiene a su alcance para obtener lo que desea ; el último de estos es, según N.A., el suicidio (33).

DEJAR ATRÁS A LA ENFERMEDAD

En este apartado vamos a comentar algunas de las terapias que hay para tratar de curar la neurosis. Vamos a mencionarlas y a hacer un pequeño comentario de éstas, haciendo énfasis en las terapias de grupo, en particular, en las de Neuróticos Anónimos.

En general, la psicoterapia suele definirse como una forma de tratamiento basada en los intercambios verbales o en la intervención psicológica, cuya finalidad es suprimir los síntomas psíquicos (34). Existen diferentes tipos de terapias, entre las más importantes están la terapia por autocrítica, la terapia Gestalt, la terapia conductual y la terapia de grupos. A continuación vamos a ver qué es cada una de ellas.

Se llama terapia por autocrítica a varios enfoques provenientes del psicoanálisis de Freud que pretenden hacer que el paciente se conozca a si mismo, y descubra el origen de su neurosis y las actitudes que él asume ante su enfermedad. La autocrítica consta de la asociación libre (35), la transferencia (36) y la interpretación (37).

La terapia Gestalt está fundamentada en la idea de que las experiencias, percepciones, emociones, deseos e ideas suelen constar de una figura, que es la parte que vemos y de un fondo, que es lo que pensamos (38).

Las terapias conductuales especifican desde un principio los comportamientos que se van a modificar, y tratan de cambiar los rasgos que ayudan a conservar la conducta indeseable (39). Dentro de esta terapia hay básicamente tres métodos : desensibilización, saturación y condicionamiento aversivo (40).

La terapia de Grupos tuvo su origen durante la Segunda Guerra Mundial y después de ella. Esto se debió a que no habían suficientes profesionales para atender la demanda psiquiátrica que existía en los Estados Unidos y algunos otros países y comenzaron a atender 6 ó 10 pacientes a la vez.

Hay diferentes tipos de grupos ; nosotros vamos a ver los grupos de adiestramiento y los de sensibilización y los de encuentro. Los grupos de adiestramiento mejoran las relaciones humanas en personas más o menos "normales". Los grupos de sensibilización tienen como meta aprender a comunicar con sinceridad sus propios sentimientos. Es en este tipo de grupos que las personas que padecen neurosis tienen la esperanza de un tratamiento más efectivo (41). En los grupos de encuentro, los resultados son menos concluyentes pues las sesiones son más esporádicas, pero se han obtenido buenas experiencias.

Existen diferentes conceptos de lo que es un grupo (42) y (43), y de como se define el grupo en términos de la interacción (44), la percepción (45), la motivación (46), las metas (47) y la organización (48). Pero no vamos a analizar cada uno de estos conceptos por quedar fuera del propósito de este escrito. De aquí en adelante nos limitaremos a hablar de uno de los grupos más conocidos en cuanto a terapia de la neurosis se refiere : N.A.

Neuróticos Anónimos nació en el año de 1964 en Estados Unidos, cuando a uno de los miembros recuperados de Alcohólicos Anónimos, Grover, utilizó el programa de A.A. para ayudar a una mujer no alcohólica (Ethel) que padecía disturbios emocionales, a encontrar una solución a los mismos. Ethel era una mujer abstemia que siempre estaba temerosa, ansiosa, preocupada, deprimida. Ella había probado un tratamiento con tranquilizantes, pero no resultó, continuaba sintiéndose mal. Grover le aseguró que ella podría aliviar su tensión emocional siguiendo los Doce Pasos Sugeridos adaptados de A.A. Después de practicar estos Doce Pasos, Ethel descubrió sus defectos de carácter y pronto asumió la culpa de sus acciones y sentimientos. Se puede decir que fue en el momento en el que Ethel pidió ayuda cuando Neuróticos Anónimos surgió (49)

¿Qué son los Doce Pasos Sugeridos ? Los Doce Pasos Sugeridos de Alcohólicos Anónimos (50) o de cualquier otro grupo de anónimos (como neuróticos, comedores compulsivos, jugadores, etc.) son una serie de instrucciones a seguir para recuperarse de la enfermedad (alcoholismo, neurosis, etc.). Estos pasos tienen un cierto orden y se deben seguir con formalidad, es decir, debemos estar seguros de que hemos concluido el Paso 1 antes de continuar con el 2. Y debemos hacerlo con absoluta franqueza.

N.A. funciona siguiendo los Doce Pasos y las Doce Tradiciones adaptadas de A .A. En las Doce Tradiciones se habla de como ha de manejarse el grupo, cuáles son los objetivos primordiales del mismo y que conductas deben imperar entre sus miembros.

Para pertenecer a N.A. basta querer dejar de sufrir, querer aliviarse de la neurosis ; pero antes que todo esto, es necesario que la persona se considere neurótica, pues de otra manera el grupo no funciona. Se han visto casos de personas que llevan años asistiendo al grupo sin ninguna mejora ; es, simplemente que la persona no se ha derrotado, no se ha aceptado como enferma emocional. El aceptar esta derrota es el principio de los Doce Pasos de N.A. y el principio de la cura. En N.A., como en cualquier otro grupo de anónimos, no es necesario pagar cuotas ni honorarios pues el grupo se sostiene con las contribuciones voluntarias de sus miembros. Tampoco es necesario pertenecer a alguna religión específica, pues lo único que se pide en los Doce Pasos es la creencia en lo que consideremos un poder superior, cualquiera que este sea.

¿Que pasa en las reuniones de N.A. ? Hablar de la neurosis desde los libros y las clases de psicología es tener una visión miope del asunto. Para saber qué es lo que le ocurre a un neurótico, cómo obtiene su recuperación mediante la terapia de grupo y cómo ayudan los demás miembros, es necesario acudir no a una, sino a varias reuniones de diferentes grupos de N.A. Cuando una persona llega por primera vez, generalmente es invitada por alguno de los miembros de N.A., aunque hay quienes tienen el valor de ir por sí mismos. Inmediatamente toda la atención del grupo es para la persona que se "acerca por primera vez" ; esto quiere decir que a partir de ese momento la junta que se está realizando o que está por realizarse se va a dedicar a dar información a la persona nueva. Lo primero que se hace es dar un aplauso de bienvenida y darle información general por parte de los miembros más antiguos del grupo. La junta sigue con el tema que se había seleccionado, pero siempre intercalando la información. Al final, se le ofrece un "autodiagnóstico" que consiste en una serie de preguntas (como ya habíamos señalado), y se le invita al "nuevo" a asistir a más reuniones antes de descartar por completo la posibilidad de esta ayuda. Bueno, cuando hay un miembro nuevo, ¿qué pasa en una reunión común y corriente ? Generalmente las sesiones se dividen en dos tipos (aunque hay grupos que lo hacen de otra manera) : las juntas de información y las de curación o catarsis. En las primeras, se hacen dinámicas de preguntas y respuestas acerca de la enfermedad mental, los síntomas, las causas, el desarrollo, etc. Son las personas con más años en el grupo y las más recuperadas las que coordinan este tipo de juntas. En las juntas de curación, se escoge un tema para ir leyéndolo y a la vez, un cierto número de personas levanta la manos para pedir la tribuna. Una vez que la junta inicia, se va intercalando la lectura con las catarsis de las personas que van subiendo una a una a la tribuna. Una vez en la tribuna, la persona comienza a hablar de lo que en ese momento la esté haciendo sufrir ; se valen gritos, llantos, golpes sobre la tribuna, mentadas de madre y todo tipo de palabras altisonantes. Se trata de que el enfermo neurótico desfogue todos los sentimientos negativos que trae consigo y, cosa importante, de que haga la promesa de no violentarse o ponerse mal en las próximas veinticuatro horas. Así, al día siguiente tiene la oportunidad de contener su mal humor o mal carácter hasta llegar a la hora de la junta. Muchas veces la tribuna no es suficiente, ya sea porque no le alcanzó el tiempo (que es de 15 minutos para cada persona) o bien porque prefiere no decir algunas cosas frente a todos los demás compañeros ; en estos casos se tiene un "padrino" que no es más que una persona de años en el grupo, ya recuperada, y que puede escuchar a la persona que no tuvo tribuna o que prefirió solamente hablar con él. Tal es la mecánica de un grupo N.A.

Y PARA TERMINAR, LOS TESTIMONIOS

Después del anterior recorrido, podemos darnos cuenta de que hay demasiados factores que influyen para que una persona se convierta en neurótica. La mayoría de ellos aparecen desde la infancia, incluso antes pues

durante la gestación el feto puede sentir todas las emociones que la madre le va transmitiendo : afecto, nerviosismo, temor, seguridad, desprecio, tranquilidad, etc. Los científicos en esta área han demostrado que el feto se va "moldeando" de acuerdo a todo lo que la madre le transmita ; es por eso que los niños con problemas de conducta o de aprendizaje son, invariablemente, productos de un embarazo no deseado o demasiado problemático.

Por otra parte, puede que el niño no presente problemas en la etapa prenatal, sino que sea en el seno familiar en donde comiencen los conflictos. Ya vimos que para la mayoría de los autores la niñez es el período que decide si un pequeño va a ser un enfermo emocional o una persona sana y equilibrada. Hay demasiados argumentos para apoyar estas teorías, pero algunos de ellos se olvidan de que el medio que nos rodea es por demás hostil y deshumanizado para el desarrollo sano del hombre.

El considerar que el entorno que rodea al individuo puede ser una causa importante para la enfermedad mental es una de las teorías más recientes. Diversos autores nos hablaron de esto en secciones anteriores, sin embargo, no hemos dicho de una manera definitiva qué es lo que en realidad transforma a una persona en neurótica

En algunos testimonios recopilados de miembros de N. A. podemos observar que hay quienes comenzaron a padecer la enfermedad desde pequeños, y hay quienes no. Vamos a analizar algunos de ellos para puntualizar las causas de la neurosis. Los nombres de las personas que testimonian sus casos son falsos.

Karina es el nombre de una joven señora (23 años) que fue violada a los 19 años ;ella afirmaba no recordar este suceso hasta que hace poco contrajo matrimonio. El hecho de comenzar una actividad sexual la ponía de malas y fue creándose una situación de conflicto entre ella y su esposo. Durante las sesiones de N.A., Karina comenzó a recordar que ella nunca había tenido problemas de conducta y hasta podía ser considerada como una persona normal y feliz hasta antes de casarse. Le tomó algún tiempo y algo de valor acordarse de la violación de que había sido víctima y de ahí, explicarse con ayuda de su "madrina", el por qué de los conflictos con su esposo y, lo más importante, comenzar a superarlos. Así como Karina, hay algunas otras personas cuyos problemas de neurosis se manifestaron a raíz de un suceso posterior a la infancia que dejó huella y perturbó su comportamiento.

Otro factor que molesta demasiado a las personas al grado de convertirlas en neuróticas es la situación económica. Estando en diferentes grupos de N.A., podemos escuchar en las catarsis de la mayoría de sus miembros cómo el factor monetario les afecta en todos los ámbitos de la vida : para la procuración del sustento de ellos mismos o de la familia, en las relaciones de pareja, en las responsabilidades con los hijos que son estudiantes, en la simple satisfacción personal. Sabemos que vivimos en un mundo hiper-materialista, en donde todo se trata por el dinero que la persona tenga, por esto mismo, cuando no se tiene una buena situación económica, surgen algunos problemas de conducta como la angustia, depresión, frustración, temor, miedo entre otros. Juan es uno de estos casos.

Juan fue un brillante estudiante de psicología que contrajo matrimonio después de graduarse ; no le fue difícil conseguir empleo y durante algunos años pudo vivir más o menos bien, pero cuando nació el segundo de sus hijos, la empresa en donde trabajaba lo despidió. En sus propias palabras Juan nos dice : "Ni todos los estudios de psicología que tengo me sirvieron para poder hacerle frente a mi situación, pues en cuanto me vi sin trabajo y con dos hijos, sentí mucho miedo y una angustia que en mi vida jamás había sentido" . Después de su despido, Juan tuvo que trabajar de cualquier cosa, y poco a poco salir de la mala racha, pero aún así afirma que todas las noches sueña con lo mismo : "me despiden del trabajo y me hundo en un hoyo grande y negro y pierdo a mi familia. A veces tengo demasiada ansiedad y pierdo la concentración de lo que esté haciendo y me dan ganas de llorar como ahora". Juan es una entre muchas personas que sufren de deformaciones en su conducta debido a su mala situación económica. Los psicólogos pueden decir que estas deformaciones se deben a una predisposición en el carácter del enfermo, pero ¿qué hubiera pasado con ellos si nunca se hubieran visto en esta situación ? Quizá hubieran manifestado su neurosis en otro ámbito, quizá no.

En la mayoría de las personas observadas, la neurosis se ha desarrollado desde la infancia y ha sido un acontecimiento posterior lo que ha influido para que el neurótico empeore. Hay casos de personas que estuvieron a punto de morir por la neurosis que padecían y que manifestaban de un modo particular : la hipocondría. Luisa es el nombre de una señora de 50 años que estuvo sometida a severos tratamientos psiquiátricos, fue intervenida quirúrgicamente en tres ocasiones debido a diferentes problemas orgánicos y durante diez años tomó todo tipo de tranquilizantes. Finalmente llegó a N.A. con la esperanza de que alguien la pudiera ayudar. En un año había dejado de sentir todos los dolores que continuamente la aquejaban y se había librado de tomar pastillas para dormir. A lo largo de sus catarsis, Luisa fue comprendiendo que sus reacciones de hipocondría se debían a la muerte de su hermano menor a quien quería mucho : "Me costó mucho aceptar que mi hermano había muerto y que debía de vivir sin él de aquí en adelante...después el temor de morir como él me fue entrando y empecé a enfermarme de todo tipo de cosas..." El hermano de Luisa murió de cáncer.

El caso de Emilio es otro ejemplo de cómo la neurosis puede provocar la muerte : "Cuando estoy nervioso o enojado, mi presión arterial sube y sube y sube y siento que todo me da vueltas y veo un resplandor blanco... he ido a para al hospital al borde la muerte porque mi corazón ya no puede bombear más sangre ; sin embargo, a pesar de que hace dos años que estoy desahuciado, he logrado mantener una salud gracias al grupo..."

Los casos anteriores (sin contar los de suicidio) nos demuestran que, efectivamente, la neurosis es una enfermedad que puede ser progresiva y mortal.

También hay personas (y estas son la mayoría) que fueron neuróticas desde la infancia. Sara es una muchacha de 26 años que siempre vivió con sentimientos de culpa, ensimismamiento y un enorme complejo de inferioridad. Sus padres tenían una buena relación y un matrimonio estable, pero continuamente presionaban a Sara a ser cada vez mejor ; mejor estudiante, mejor hija, mejor persona, mejor devota, mejor, mejor, mejor. Sara siempre obtenía diplomas y reconocimientos por parte de sus maestros y gente allegada a su familia, pero nunca de sus padres. Cuando ella lograba un triunfo en la escuela o alguna otra actividad ellos se limitaban a decir "menos mal". En palabras de Sara : "Toda mi vida desde que tengo uso de razón, me dediqué a satisfacer las exigencias de mis padres, a tratar de obtener su reconocimiento, cosa que nunca ocurrió...cuando pienso en el tiempo, en los años que perdí haciendo todo tipo de cosas que a ellos les gustaba que yo hiciera, siento una rabia enorme por no haber hecho lo que hubiera querido, por no haberme impuesto ante ellos y luchar por mis propias metas" entre lágrimas y puñetazos, Sara nos dice que se siente profundamente vacía : "siento que he perdido demasiado tiempo haciéndoles caso a mis papás, ahora no sé qué hacer pues soy muy grande para empezar otra vez.... cuando pienso que todo esto es culpa de ellos (los padres) quisiera que se murieran..." Sara es relativamente nueva en el grupo y aun no ha superado sus resentimientos y su frustración, pero sus compañeros del grupo le aseguran haberse sentido así y haberlo superado.

Podemos al fin decir (con todo el recorrido de diferentes teorías y de algunos testimonios), que la neurosis responde a diferentes causas, pero que estas se interrelacionan entre sí . La difícil situación económica, la creciente violencia en las calles, la inseguridad en que vivimos, la educación de que somos objetos (tanto en la escuela como en la casa), los excesos de nuestra actual cultura, todo esto tiene una relación entre sí, es producto del sistema socio-económico en que vivimos. Si estamos viendo y sufriendo de cerca la guerra, la inseguridad económica, las agresiones, la privación de la libertad, ¿cómo se nos pide que no reaccionemos ante todo esto ?

Por otra parte, qué es lo que hace nuestro sistema socio-económico para "sanar" al individuo emocionalmente enfermo, al neurótico ? Volvamos al caso de Sara ; ella estuvo viendo por espacio de dos años a tres psicólogos diferentes, pero dice : "nunca les tuve la menor confianza ¿cómo decirle tus problemas a un tipo que te observa fijamente y que, mientras hablas, va anotando cosas y te dice que la hora se terminó, que te espera la próxima semana y que no olvides pagarle a la secretaria ?"

Esto último es un aspecto que sería bueno mencionar, porque la mayor parte de las personas que acuden a

algún grupo de N.A. han visitado antes a un psicólogo sin ningún resultado. ¿Qué es lo que pasa con estos tratamientos ? Primero, como decía Sara y algunas otras personas, uno va a una consulta (en el caso de un particular) y encuentra a un tipo(a) inexpresivo, frío y con una imagen de pulcritud. "¿Qué es lo que te pasa ?" y uno tiene la obligación de hablar de sus problemas. De vez en cuando, hace una que otra pregunta y nada más ; eso sí, todo el tiempo tiene una libreta u una (computadora) personal con la que hace anotaciones mientras uno habla. ¿Cómo descubrirle a este profesional serio y frío, aparentemente insensible y seguro de sí, que nos sentimos como piltrafas humanas ?

Ahora, en el caso de asistir a una consulta de alguna institución de salud, las cosas son peores todavía porque, para empezar, si uno llega sufriendo una crisis nerviosa, lo mandan a un cubículo con una camilla y una enfermera que nos inyecta Neurobión o cualquier otro tranquilizante. Después nos envían a consulta con un médico general que receta reposo, pastillas para dormir, tranquilizantes y vitaminas para "fortalecer el sistema nervioso". Lo más seguro es que al cabo de una semana, uno se sienta peor de lo que ya estaba debido a los efectos secundarios de los tranquilizantes. En el caso de contar con la suerte de que lo canalicen a un psicólogo (que en algunos casos no es tal), este se limitará a hacer lo mismo que el anterior (el psicólogo particular).

Todo lo anterior ha sido extraído de la realidad, no hay nada que haya sido inventado o exagerado. Debemos llamar la atención (aunque sea meramente simbólica nuestra queja) de quienes tienen en sus manos la práctica de esta especialidad médica porque en ellos recae la mayoría de las veces, la culpa de que una persona enferma no se recupere.

Por supuesto que también hay psicólogos, psiquiatras y terapeutas que tienen un desempeño profesional intachable pero, ¿cómo saber quién si es ético y quién no? Y no solo es ese aspecto el que hay que tomar en cuenta, sino ¿cuántos de nosotros podemos pagar un terapeuta que actualmente cobra 25.000 ó 35.000 pesos la hora ?

Por supuesto, nunca se ha tomado en cuenta a la neurosis como un problema de salud grave y creciente, ni por parte de las autoridades ni de la población civil. En este escrito no nos debe preocupar llamar la atención a las autoridades (sería una labor de titanes), sino a la gente, a las personas que quizá están sufriendo los embates o las consecuencias de la neurosis.

Si uno comienza a leer los periódicos con más atención, se puede dar cuenta de que el número de violaciones y crímenes "pasionales" o inexplicables aumenta todos los días. Y lo único que se hace para remediar esta situación es perseguir al culpable y encerrarlo para que purgue una condena. Está por demás comprobado que las cárceles son escuelas en donde la persona aprende aun más a delinquir. Y si se trata de un enfermo neurótico que cometió un crimen en un estado de conducta extremo de su enfermedad, la cárcel es el peor lugar para la recuperación.

Debemos pensar que la neurosis nos puede afectar a todos, pues aunque nosotros nos preocupemos y seamos personas con conductas "normales" (cosa que un 90 % de los casos es falso), podemos encontrarnos en la calle a una persona enferma emocionalmente que nos puede agredir, y en el peor de los casos, matar. ¿Qué podemos hacer desde donde estamos ? Creo que deberíamos, primero que nada, cuestionarnos qué tan sanos o tan enfermos estamos. Pero debemos hacerlo seriamente, con el propósito real de saber si padecemos o no la neurosis. Si pensamos que no somos neuróticos, debemos cuestionar cómo son nuestras relaciones, cómo es el trato que le damos a nuestra pareja, a los hijos, a la familia, a los amigos. Debemos también preguntarnos cómo son nuestras relaciones de trabajo (conflictivas o pacíficas). Por otra parte, aun sin padecer la neurosis, deberíamos de vez en cuando ir a algún grupo de anónimos. Si somos o pensamos en ser padres, la experiencia será definitivamente instructiva.

Con respecto a aliviar nuestra enfermedad en el caso que resultemos ser neuróticos, tenemos a nuestro alcance la ayuda de N.A., aunque para muchos puede parecer desorientada o poca cosa. Tuve la oportunidad de

conversar con Gerardo, una persona por demás exitosa profesionalmente en el terreno del arte, pero con algunos desarreglos de conducta. "¿Por qué no vas a N.A. ?" pregunté, y respondió "N.A. no es para mí ; yo no creo en la existencia de un ser superior y además tienen una visión muy miope de las cosas. Ellos creen que las guerras y las malas situaciones de un país se deben a personas egoístas y no a las causas que explica la economía internacional. No, eso es para gentes ignorantes" Gerardo emitió esta opinión después de estar asistiendo a las sesiones de varios grupos durante cuatro meses. Como él hay más personas que piensan que no pueden encontrar ayuda en estos lugares. Pero también hay personas que como Gerardo, están conscientes de que no es el egoísmo la explicación para las guerras ni para otras cosas y, que sin tener la creencia de un poder superior, han podido salir adelante con su enfermedad. Carlos, quien piensa de manera similar a Gerardo nos dice : "El chiste del asunto es tomar lo mejor del N.A. y aplicártelo. Si eres ateo no importa. Lo único que si necesitas para salir de la enfermedad es responsabilidad de aquí en adelante para aceptar todas las pendejadas que hagas y honestidad a la hora de hablar en la tribuna".

La neurosis es demasiado sutil y está comprobado que todos la padecemos en algún momento de nuestras vidas ;lo que podríamos hacer por el malestar de la sociedad es mínimo, pues aun no está en nuestras manos tomar decisiones y cambiar las cosas, pero si nos libramos de la neurosis y ayudamos a más personas a ser más libres de esta enfermedad, estaríamos viviendo de manera más realista aceptando que todos los horrores de nuestra sociedad existen pero sin resignarnos a padecerlos irremediabilmente.

FUENTES

Freud, Sigmund,

"Los textos fundamentales del Psicoanálisis"

Alianza Editorial, 1989.

Guinsberg, Enrique,

"Sociedad, salud y enfermedad mental"

Universidad Autónoma Mexicana, México 1981

González Núñez, José de Jesús

"Interacción Grupal"

Editorial Planeta Mexicana, 1992

Neuróticos Anónimos

"Las leyes de la enfermedad mental y emocional"

Neurotics Anonymous Asociation, México 1970

Neuróticos Anónimos

"La etiología de la enfermedad y de la salud mental y emocional"

Neurotics Anonymous Asociation,

México 1970

Alcohólicos Anónimos

"Los Doce Pasos"

The A.A. Grapevine Inc.

Oficina de Servicios Generales, N.A.

"Tribuna"

México 1996

Oficina de Servicios Generales, N.A.

"Neuróticos Anónimos...una ayuda para las personas con disturbios mentales y emocionales"

Neuróticos Anónimos A.C.

México 1984

Oficina de Servicios Generales, N.A.

"Directorio Nacional 1996"

Neuróticos Anónimos A. C.

Colombia 1995

Aramoni, Aniceto

"La neurosis, criatura del hombre"

La Prensa Médica Mexicana

México, 1985

Martin, Barclay

"Psicología de lo anormal"

"The 1995 Grolier Multimedia Encyclopedia"

Grolier Electronic Publishing Inc.

U.S.A. 1995

CITAS

- "Llamamos normal o sana una conducta que reúne determinados caracteres de ambas reacciones(neurosis y psicosis) ; esto es, que no reniega la realidad, al igual que la neurosis, pero se esfuerza en transformarla,

como la psicosis. Esta conducta normal y adecuada conduce naturalmente a una labor manifiesta sobre el mundo exterior y no se contenta, como en la psicosis, con la producción de modificaciones internas, no es autoplástica, sino aloplástica." Freud, La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis / Textos fundamentales, p. 700

- "El malestar subjetivo es una dimensión importante de la anormalidad y, en consecuencia, debiera formar parte de la definición general" Martin, Psicología de la conducta anormal, p. 9
- "En tales casos, los informes introspectivos sobre el malestar no son un criterio válido para diagnosticar una desviación", Martin, Psicología de la conducta anormal, p. 9
- "Cuando alguien no cumple debidamente su papel de estudiante, trabajador, progenitor, cónyuge o amigo, podemos afirmar que tiene una deficiencia psicológica", Martin, Psicología de la conducta anormal, p. 9
- "... de acuerdo con el concepto estadístico de la salud sería normal toda aquella persona que responda a las características que reúne la mayoría de las personas de su sociedad. Quedarían fuera de tal definición aquellos que –por una causa u otra – escapan a tales características", Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p.52
- "Si el carácter social de un pueblo es la forma como este se adapta a las necesidades del mismo a efectos de su funcionamiento, es fácil comprender por qué al criterio estadístico se lo llama también adaptativo : parte de la adecuación de la conducta individual a las normas y valores de la sociedad.", Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p. 52
- "... la persona considerada normal en razón de su buena adaptación, de su eficiencia social, es a menudo menos sana que la neurótica, cuando se juzga de acuerdo con una escala de valores humanos. Frecuentemente está bien adaptada tan solo porque se ha despojado de su yo con el fin de transformarse, en mayor o menor grado, en el tipo de persona que se cree se espera socialmente deba ser.", Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p. 53
- "A riesgo de ser insistentes, quisiéramos reiterar cuánto existe de proyección de propios deseos, creencias, marcos culturales concepciones del hombre en suma , en la mayor parte de estas definiciones normativas, al margen de que alguna de ellas se acercan en mayor o menor grado a posibilidades reales. Pero es importante destacar también cuanto existe en ellas de ahistórico, atemporal o incluso de desconocimiento de elementales principios sociológicos.", Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p. 56
- "En resumen, podemos afirmar que la mayoría de las formas de conducta anormal son inadecuadas desde un punto de vista cultural, que se acompañan de malestar subjetivo y reflejan una deficiencia psicológica, una disminución de la gama de respuestas que hace difícil enfrentarse a las exigencias y tensiones de la vida.", Martin, Psicología de la conducta anormal, p. 9
- Grolier Incorporated Electronic Publishing, The 1995 Grolier Multimedia Encyclopedia, section "Neurosis"
- Ramón García – Pelayo y Gross, Pequeño Larousse Ilustrado, p. 720
- "Si no existe nada malo en su mente, sus actividades y sentimientos pueden ser cambiados, y aun así su ente retendrá sus cualidades intactas, ya que en ese cambio es su espíritu lo que habrá cambiado...así, si no existe nada malo mental y físicamente, sabemos que nuestra enfermedad es puramente espiritual." Neuróticos Anónimos, Leyes de la enfermedad mental y emocional, p. 19
- "...el espíritu de una persona es realmente la suma de sus emociones, pensamientos, actitudes, creencias, sentimientos y todo lo que haga actuar del modo que él lo hace", Neuróticos Anónimos, Leyes de la enfermedad mental y emocional, p. 18
- Fuentes : Hipócrates, Sacred Disease tomado de Zilboorg y Henry, p. 43–44. Y Martin, Psicología de la conducta anormal, p. 25–27
- "... las neurosis nacen de transferencia nacen a consecuencia de la negativa del yo a acoger una a acoger una poderosa tendencia dominante en el ello y procurar su descarga motora... el yo se defiende por medio de mecanismos de represión, pero lo reprimido se revela contra este destino y se procura, por caminos sobre los cuales no ejerce el yo poder alguno, una satisfacción sustitutiva – el síntoma – que se impone al yo como una transacción ; el yo encuentra alterada y amenazada su unidad por tal intrusión y continúa luchando contra el síntoma, como antes contra la tendencia pulsional reprimida, y de todo esto resulta el cuadro patológico de la neurosis.", Freud, Neurosis y Psicosis / Textos fundamentales, p.692

- "la neurosis se limita regularmente a evitar el fragmento de la realidad de que se trate y protegerse contra todo encuentro con el", Freud, La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis, p. 701
- "En la neurosis se evita, como huyendo de él, un trozo de la realidad, que en la psicosis es elaborado y transformado...en la neurosis, a la obediencia inicial sigue una ulterior tentativa de fuga. O dicho de otro modo, la neurosis no reniega la realidad ; se limita a no querer saber nada de ella." Freud, La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis, p. 700
- "...el neurótico puede caracterizarse como quien no estuvo dispuesto a someter completamente su yo en esta lucha. Por supuesto, el intento de salvar el yo individual no tuvo éxito, y en lugar de expresar su personalidad de una manera creadora, debió buscar la salvación en los síntomas neuróticos, retrayéndose en una vida de fantasía. Sin embargo, desde el punto de vista de los valores humanos, este neurótico resulta menos mutilado que ese tipo de persona normal que ha perdido toda su personalidad" Fromm, Psicología de la personalidad contemporánea, tomado de Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p.53
- "Las relaciones sociales son entonces condicionantes directas de la expresión de la patología. La enfermedad mental no puede reconocerse ni entenderse escapando del entendimiento y funcionamiento de tales relaciones. Negar tal condicionamiento y buscar la explicación en el interior del hombre con exclusividad es el correlato ideológico de la justificación del orden social." Foucault, tomado de Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p. 63
- "Pero son sin duda las diferencias de clase las que influyen de manera mayor y es por ello que los más importantes estudios las destacan en forma sobresaliente. La clase no implica solamente una determinada ubicación en el proceso productivo de una sociedad, sino que significa también un estilo de vida, una concepción del mundo y los vínculos entre los hombres, una determinada adaptación al medio y formas de aceptación o rechazo del mismo...formación de hábitos, creación de conductas y mecanismos defensivos, ansiedades, etc." Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p. 81
- Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p. 79
- "Es lógico que toda la psicopatología tenga relación con el fenómeno alienatorio : en la alienación el sujeto se extraña o desaprofia , se vacía de cualidades humanas que dispersa y atribuye a objetos." Guinsberg, Sociedad, salud y enfermedad mental, p. 80
- Aramoni, La neurosis criatura del hombre, p.24
- "Para que alguien pudiera conservar la salud mental tendría que llorar, deprimirse tal vez frente al espectáculo que la civilización nos depara : injusticia, comercio de armas y guerra, ideologías hipócritas, irracionalidad, enajenación, miseria, abuso y explotación, posibilidad de guerra atómica, incomunicación, crisis financieras cíclicas, hambre, mentira, inseguridad, crisis de valores, corrupción, escepticismo, competitividad, pérdida de la fe y la esperanza." Aramoni, La neurosis, criatura del hombre, p. 27
- Aramoni, La neurosis, criatura del hombre, p.13
- Neuróticos Anónimos, Las leyes de la enfermedad mental y emocional, p. 9
- Aramoni, La neurosis, criatura del hombre, p.82
- "Algunos suicidios parecen deberse a la desesperación, desvalidez y odio de sí mismo coexistentes con una fuerte depresión. Otros se originan por la tensión y no necesariamente se acompañan de un trastorno depresivo." Martin, Psicología de la conducta anormal, p.388
- "Cuando estábamos mental y emocionalmente enfermos estábamos teniendo un mal carácter glorificado y cuando intentamos suicidarnos, como hicimos muchas veces, estábamos incurriendo en el último grado de mal carácter." Neuróticos Anónimos, Las leyes de la enfermedad mental y emocional, p. 46
- "...odiábamos a la gente, sucesos, cosas, Dios, el mundo y la vida misma. Si nosotros continuábamos frustrados empezábamos a decir : "yo no soportaré esto", completo desafío y rebelión. Dijimos "yo no aceptaré esto", "yo no toleraré esto", "yo me quitaré la vida". Así fue como nosotros intentamos escapar de esta vida." Neuróticos Anónimos, Las leyes de la enfermedad mental y emocional, p.47
- Marin, Psicología de la conducta anormal, p.172
- "...casi todos los pacientes empiezan a emitir reacciones emocionales anormales ante el terapeuta, fenómeno que se conoce con el nombre de transferencia". Martin, Psicología de la conducta anormal, p. 174
- "En la asociación libre se le pide al paciente que exprese todo lo que llegue a su mente, por insignificante, ajeno al tratamiento o vergonzoso que le parezca." Martin, Psicología de la conducta anormal, p.173

- "...el analista procura facilitar el flujo de asociaciones del paciente preguntando, haciendo alguna reflexión e interpretando" Martin, Psicología de la conducta anormal, p.175
- "Olmsted (1972) considera al grupo como una pluralidad de individuos que están en contacto unos con los otros, que tienen en cuenta su mutua existencia y la conciencia de que su meta tiene también mutua importancia." González, Interacción grupal, p. 29
- "Newcomb (1976) por su parte menciona que un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas y sus roles sociales están intervencidos" Idem.
- N.A., Oficina de Servicios Generales, Tribuna, p. 3
- Alcohólicos Anónimos, Los Doce Pasos.
- N.A. Oficina de Servicios Generales, Directorio Nacional 1996.

NEUROSIS

Aun cuando las neurosis se encuentran entre los trastornos más comunes de la práctica médica, probablemente ninguna otra entidad clínica es, con tanta frecuencia, tan mal comprendida. En vez de utilizarlo exclusivamente para un grupo específico de trastornos mentales, la palabra se ha vuelto de uso popular para describir trastornos emocionales de la más diversa naturaleza. Con mucha frecuencia se titula de "neuróticos" a individuos con un comportamiento excéntrico o un poco inestable.

En el presente documento se desarrollará un completo análisis concerniente a uno de los más controvertidos trastornos mentales, conocido como NEUROSIS; se desarrollaran temas básicos para la comprensión y difusión de los mismos, con el fin de aclarar y llenar los vacíos e inquietudes que existen hacia el tema.

Trastornos de esta clase afectan de manera fisiológica y psicológicamente a los individuos que presentan este cuadro clínico.

Aspectos Generales

A continuación se llevará a cabo el desarrollo del tema nombrado anteriormente tocando tópicos de importancia como lo son la definición, la historia y las clases de neurosis.

Definición

Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que se presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada.

Son trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad; en ellos lo más común es que no se confundan las experiencias patológicas subjetivas y sus fantasías, con la realidad externa. La conducta puede ser afectada seriamente, aunque es común que se mantenga dentro de límites sociales aceptables; pues la personalidad no está desorganizada.

Típicamente, la conducta neurótica es repetitiva, conduce a una mala adaptación y es insatisfactoria. Funcionalmente, las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas de estrés.

En consecuencia, muy a menudo los síntomas incluyen angustia y una exageración o hiperactividad de los mecanismos que el paciente emplea comúnmente para resolver su angustia y el estrés.

Las neurosis pueden ser de tipo recurrente y se manifiestan de la misma forma a través de toda la vida del

paciente. Pueden variar de gravedad, desde episodios leves hasta una enfermedad grave e incapacitante, que incluso requiera hospitalización.

Neurosis antiguamente quiso decir lleno de nervios.

Di Mascio, (1970) dijo: *"Las neurosis son episodios de desequilibrio psicológico que presentan en personas que han alcanzado una función mental relativamente adecuada"*. (pp. 2321)

Historia

La neurosis ha cambiado con la evolución de la nomenclatura psiquiátrica.

Su significado literal (lleno de nervios) fue utilizado durante el siglo XIX (diecinueve) como término general para todos los trastornos nerviosos de etiología desconocida.

Los neurólogos del siglo pasado decían que era un mal adoptado por la civilización como una consecuencia de la vida acelerada. Pero la verdad es que la neurosis se conoce desde los tiempos de Hipócrates, en ese entonces se les llamaba hipocondrías relacionándola con la tristeza y la debilidad del enfermo.

Se descubrió el sentido de los síntomas neuróticos mediante el estudio y la acertadísima derivación de un caso de histeria.

Freud hizo sus observaciones acerca de las bases psicogénicas de la histeria y de los estados obsesivos, él designó a un subgrupo de trastornos mentales con el nombre de psiconeurosis; en la nomenclatura más reciente el término neurosis se emplea exclusivamente para este subgrupo.

Diagnóstico

Las neurosis constituyen siempre un desequilibrio en el nivel individual de adaptación y el individuo sirve como su propia línea de referencia cuando se descubren esos trastornos. La mayor parte de las personas desarrolla hábitos, síntomas menores o inhibiciones que pudieran recordar los signos de una neurosis.

En cualquier momento en que se observen patrones crónicos de mala adaptación que simulen una neurosis, debe tomarse en cuenta la posibilidad de un trastorno de personalidad.

Factores muy importantes para el diagnóstico de las neurosis son el examen mental, la historia personal del paciente, la evaluación médica y las observaciones del curso clínico de la enfermedad. Además, las pruebas psicológicas, especialmente el Rorschach, resultan muy útiles para identificar las neurosis y para diferenciarlas de las psicosis y de otros trastornos de base orgánica.

Manifestaciones

Las manifestaciones principales incluyen una angustia exagerada, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos y compulsivos y una depresión grave.

Causas

"Rosenhan, D (1975). Funcionalmente las neurosis son reacciones inadecuadas a las causas del *estrés*". (pp. 118)

Se pueden presentar también después de un gran susto o disgusto.

Comportamiento de las personas que sufren de neurosis.

Muy a menudo la enfermedad incluye angustia y una exageración o hiperactividad de los mecanismos que emplea el paciente comúnmente para resolver su angustia y estrés; la forma que adoptan los episodios neuróticos, corresponde a la personalidad del individuo que los sufre.

Cuadro clínico del paciente con neurosis

El cuadro clínico puede ser diverso, pero se caracteriza por dolor de cabeza, voluntad débil, pérdida de las ganas de trabajar y sueño alterado. Muchos hombres y mujeres que padecen de estos síntomas, realizan su trabajo diario y cuando acuden al médico no se les encuentra lesión alguna. La personalidad mental de los neuróticos sufre una serie de reacciones nerviosas muchas veces silenciosas, suscitadas por el ambiente que lo rodea.

Frecuencia con que se presentan las crisis

Los episodios neuróticos aparecen más frecuentemente entre los 25 y los 45 años y, con excepción de las neurosis hipocondríacas, siguen aumentando hasta los 60 años de edad.

Aunque los síntomas neuróticos son raros durante la niñez, algunos rasgos de personalidad asociados con neurosis adultas pueden ser identificadas durante la pubertad.

Las mujeres parecen ser mas susceptibles a los rasgos histéricos y a las neurosis depresivas.

"En 1973, Kolb, realizó estudios que indicaron que la neurosis de angustia y las neurosis depresivas juntas constituyen más del 80% de los episodios neuróticos que se ven en la práctica médica general". (pp. 509)

Clasificación de las neurosis

" Ya es hora de reconocer la real clasificación de las neurosis, teniendo en cuenta todos y cada uno de los síntomas para no equivocarnos, pues la verdad es que son ocho los tipos de neurosis que hoy afectan al mundo" (Reich, P y Kelly, M, Medicina interna de Harrison, 1971, pp. 2324)

Figura 1 Clasificación de las neurosis

Tabla 1

Características de las neurosis

Tipo de neurosis	Características
Neurosis de Angustia	Angustia episódica difusa en
	Ataques; molestias somáticas
	Parestesias, mareos y pesimismo
Neurosis Fóbicas	Miedos intensos irracionales
	Hacia objetos o situaciones;
	Ataques de angustia que pueden
	Coincidir con síntomas físicos

Neurosis	Pensamientos persistentes de
Obsesivo-Compulsivas	Contenido angustioso y actos
	Incontrolables, se nota depresión
	y sentido de culpa
Neurosis Depresivas	Autocrítica excesiva en forma
	Episódica, disminución de la
	Confianza y de la autoestimación
	se acompaña de molestias físicas
Neurosis Neurasténicas	Debilidad, fatigabilidad, con un
	Bajo grado de autoestimación
Neurosis de	Sentimientos de irrealidad y de
Despersonalización	Extrañeza hacia determinadas
	Partes del cuerpo, hacia sí mismo
	y hacia el ambiente, se pueden
	Presentar episodios de pánico
Neurosis Hipocondríacas	Preocupación con respecto a los
	Procesos orgánicos, acompañados
	de quejas múltiples de tipo físico,
	es común la depresión
Neurosis Histérica	
Tipo Conversivo	Parálisis paradójicas, crisis
	Convulsivas, diferencias sensoriales
	y dolor; viven una actitud de
	Indiferencia.
Tipo Disociativo	Alteraciones de la conciencia y del
	Sentido de identidad, la angustia
	No es evidente.

Nota: Características esenciales de los ocho principales tipos de neurosis.

Neurosis de Angustia. Este tipo de neurosis varía en su gravedad desde periodos de agitación moderada, hasta estados de profunda ansiedad caracterizados por una gran tensión.

En las neurosis de angustia es posible que en forma transitoria se presenten otras manifestaciones neuróticas como las obsesiones, las fobias y las quejas de tipo hipocondríaco. Los trastornos de tipo fisiológico como palpitaciones, hiperventilación, excesiva sudación, temblores, insomnio, anorexia son unos de los mas nombrados por los neuróticos de angustia. Un episodio de angustia es una experiencia dolorosa y debilitante además los pacientes sufren de fatiga, debilidad e irritabilidad entre los episodios agudos de angustia.

Los primeros sentimientos que tienen los pacientes son terror, hiperventilación, sofocación, mareo, parestesias y otras sensaciones amenazantes que llevan al paciente a buscar ayuda médica urgente.

Neurosis Hipocondríaca. Esta clase de neurosis aparece en varias formas a través de diferentes trastornos psiquiátricos. Puede llegar a convertir a la enfermedad en una expresión de sentimiento de culpa. Los síntomas expresan tanto su angustia como una parte de auto castigo y llevan al paciente a un aislamiento total de naturaleza inmadura en el cual buscan obtener una gran protección y un cuidado exagerado.

En este caso se le debe informar al paciente sobre la situación neurológica que padece, para estimular su angustia con ayuda de especialistas y en algunos casos para que en sus episodios neuróticos exista un aislamiento entre el médico y el paciente; pues eso constituye un importante elemento de apoyo.

Neurosis Obsesivo-Compulsiva. Aquí son extremadamente comunes las variaciones, el cuadro clínico de este tipo de neurosis es de los mas complicados y de los más dolorosos e incapacitantes.

Los individuos mas propensos a sufrir la neurosis obsesivo-compulsiva son los de personalidad meticulosa, perfeccionista, rígida y en general personalidades inseguras que carecen de espontaneidad y son intolerantes a sus propias reacciones de furia.

Sus pensamientos están dominados por las secuencias de ideas, el recuerdo de una escena de comportamiento perverso o de actos violentos.

Todos los síntomas apuntados se acompañan de dudas, vacilaciones e indecisiones constantes. Las dudas pueden llegar a ser un verdadero delirio cuando en el momento de tomar una decisión importante no se puede posponer para más adelante.

Se presentan a menudo rasgos depresivos y el paciente suele sentir un inevitable sentimiento de culpa o de vergüenza. Casi siempre el enfermo sufre de insomnio, inquietud y fatiga, resultantes de un gran estado de tensión.

Neurosis Depresivas. En este tipo de neurosis se presenta una reacción excesiva de depresión cuando ocurre un conflicto, sobre todo alguna pérdida emocional.

Las reacciones se caracterizan por una pérdida de auto estimación, aparición de impulsos inhibitorios o de agresividad y distanciamiento de algunas personas.

En los estados de depresión se expresa cierto grado de hostilidad por que esta agresividad hace sentir a la otra persona inútil, incapaz de agradar y rechazada.

Neurosis Neurasténica. Este trastorno se caracteriza por debilidad, fatigabilidad y sentimiento de encontrarse exhausto.

Es muy común que existan depresión y sentimientos de autodesprecio.

"La neurosis neurasténica es frecuente en la adolescencia tardía." (Feldman, R, 1998, pp. 406)

Puede aparecer también a continuación de un episodio psicótico agudo.

Neurosis de Despersonalización. Aquí los síntomas dominantes son sentimientos de irrealidad y de extrañeza hacia si mismo, hacia su cuerpo y hacia el ambiente. En algunos casos se encuentra asociada con las primeras etapas de una reacción esquizofrénica.

Los síntomas de esta neurosis recuerdan algunos trastornos neurológicos que afectan a los lóbulos temporal y parietal.

Neurosis Histéricas. Las neurosis histéricas son menos frecuentes de lo que sugiere la palabra histeria. En este tipo de neurosis se identifican claramente dos clases:

1.- De tipo conversivo, en la cual los síntomas incluyen a los sistemas neuromusculares y sensoriales.

2.- De tipo disociativo, en la cual aparecen los trastornos de la conciencia.

En algunos casos se tiene la impresión de que el paciente obtiene beneficios a partir de su estado de incapacidad lo cual lo lleva a confundir la enfermedad con la simulación.

Los síntomas principales de las neurosis histéricas no están bajo el control consciente del paciente, así la verdadera simulación puede llegar a ser una manifestación de un trastorno de personalidad.

Se ha comprobado que en algunos casos, los pacientes presentan alucinaciones visuales, aisladas no acompañadas de pensamientos falsos.

El tipo de histeria de conversión presenta una enorme variedad de síntomas difusos, como parálisis motora o ceguera, trastornos del sistema nervioso, incluyendo temblores y parálisis localizadas, parestesias y estados variables de crisis de tipo epiléptico.

Los estados disociativos surgen por la repentina emergencia del estado consciente de impulsos destructivos primarios; esos estados se presentan con cierta frecuencia después de que los pacientes han cometido un acto violento y llegan a constituir problemas en el juicio.

Tratamientos

Cuando no son tan graves las neurosis deben ser tratadas por el médico general, de lo contrario en casos de trastorno grave esta indicada una hospitalización y la atención de un psiquiatra.

Un método apropiado es la psicoterapia ya que el hecho de llegar a conocer y a comprender la influencia que algunos acontecimientos de su vida pasada, no muy aclarados, han tenido sobre la personalidad del paciente un importante resultado, le da a éste una oportunidad para desarrollar soluciones más flexibles y maduras frente a los conflictos que se le presentan.

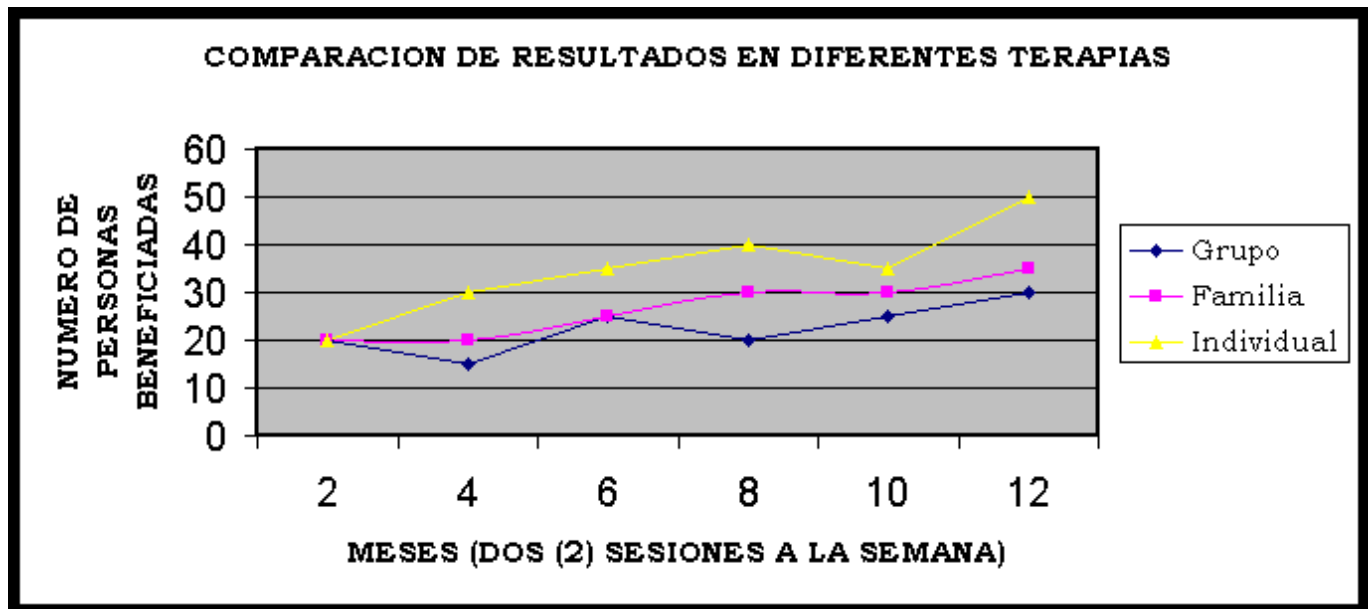
En el caso de la neurosis de ansiedad, la neurosis fóbica, neurosis neurasténica y en algunos casos de neurosis hipocondríaca es necesaria la intervención de agentes farmacológicos, como por ejemplo las fenotiazinas.

Es aconsejable administrar medicamentos por unos días y luego discontinuarlos para saber si son efectivos; lo grave de que estos pacientes consuman medicamentos durante largos periodos es que pueden crear una dependencia a ellos, a demás que si se le formulan benzodiazepinas pueden aparecer síndromes convulsivos.

La terapia situacional ha resultado efectiva para el tratamiento de neurosis monosintomáticas, especialmente las de tipo fóbico.

El método de persuasión, que convenciendo al paciente de que su enfermedad no es grave puede curarse.

Muchos otros casos solo pueden curarse con un cambio de ambiente, descanso y un régimen de comidas apropiado. El aire libre, paseos que no ocasionen fatiga y acostarse temprano, son métodos muy saludables.



En un estudio realizado en la ciudad de Ohio en los Estados Unidos se vio la calidad de los resultados entre las terapias de grupo, de familia y las individuales. (Véase figura 2)

Figura 2: Resultados de la investigación sobre la funcionalidad de tres diferentes tipos de terapias.

En Colombia se han realizado diferentes estudios a nivel psiquiátrico con el fin de conocer cuales son los tipos de neurosis que más padecen los Colombianos, el último realizado arrojó los siguientes resultados. (Véase figura 3)

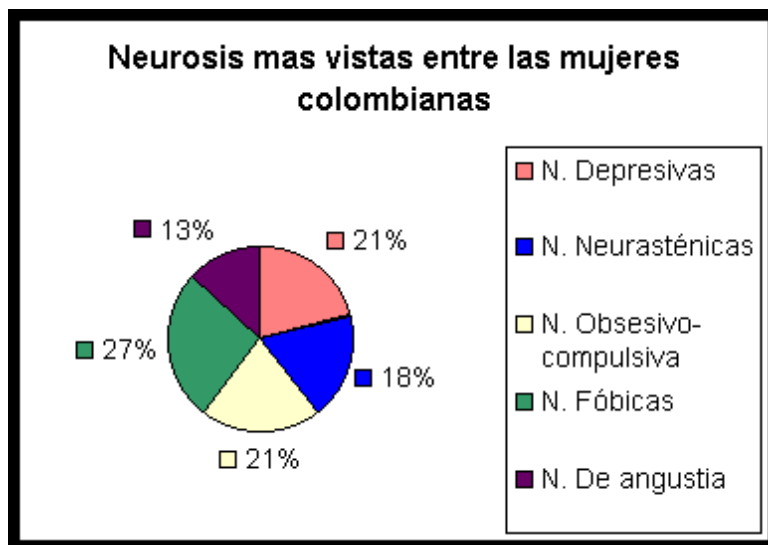


Figura 3: Neurosis más sufridas por las mujeres en Colombia

DISCUSIÓN.

El anterior documento nos ha aclarado todas las inquietudes referentes al tema de la enfermedad neurológica denominada Neurosis.

Con la investigación realizada a lo largo del semestre por el grupo de trabajo, se descubrieron cosas nunca imaginadas para una enfermedad tan nombrada y en realidad tan poco conocida por la sociedad en general.

Es importante conocer los síntomas ya que cualquier persona puede padecerla sin siquiera imaginarlo; para darle el tratamiento debido a tiempo.

REFERENCIAS

Feldman, R (1998). Psicología con aplicaciones a países de habla hispana. México D.F. (pp 406)

Kolb, L. Psiquiatría Moderna, Quinta edición, 1976

México D.F.

Rosenhan, D, y London, P, (1975). Theory and research in abnormal psychology (2 ed.) (pp 118–120)

Thorn, G, Adams, R, Braunwald, E, Isselbacher, K, Petersdorf, R, Di Mascio, A, Reich, P, Kelly, M. (1979). Medicina interna Harrison. . (pp 2321 – 2331)

Bibliografía

- Feldman, Robert

Psicología con aplicaciones a países de habla hispana.

Tercera edición

Mc Graw Hill

- Enciclopedia ilustrada CUMBRE,

Tomo 9

Séptima edición 1967

Editorial Cumbre S.A.

- Diccionario enciclopédico QUILLET,

Tomo 6

Edición 1973

Editorial Argentina Aristides Quillet S.A.

- Rosenhan, D, London, P,

Theory and research in abnormal psychology

Segunda edición, 1975

- Thor, G, Adams, R, Braunwald, E, Isselbacher, K, Petersdorf, R,

Medicina interna Harrison,

Tomo II, quinta edición 1979,

La prensa médica mexicana

México D.F.

- Enciclopedia autodidáctica QUILLET,

Tomos I y VI,

Edición 1974

Promotora latinoamericana S.A.

- Kolb, L .

Psiquiatría Moderna,

Quinta edición, 1976

TRATORNOS ESQUIZOTÍPICO.

ÍNDICE.

1. Generalidades sobre el trastorno esquizotípico.

2. Etiología.

3. Patogénesis.

4. Evaluación.

5. Tratamiento.

6. Retos.

7. Bibliografía.

1. Generalidades sobre el trastorno esquizotípico.

Existen dificultades a la hora de querer hacer un análisis acerca del trastorno esquizotípico. En primer lugar no existe mucha información disponible que pueda dar una explicación amplia para poder entenderlo. Esto en parte se debe a que hasta hace poco se le ha clasificado como trastorno. Por ejemplo, el CIE-9 no hacía mención alguna sobre la palabra esquizotípico. Ahora, a pesar que se le reconoce como trastorno, existe mucha dificultad y falta de consenso para clasificarlo. Algunos lo consideran como un trastorno de la personalidad, otros lo clasifican dentro de la categoría en la que se encuentra la esquizofrenia –por la similitud de síntomas–. El punto es que no ha sido lo suficientemente investigado, por lo que se desconoce hasta ahora su etiología, repercutiendo de esta forma en su diagnóstico y tratamiento.

Antes de revisar cuales son las características generales de una persona con trastorno esquizotípico, la etiología de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, veamos primero cuál es la definición de este.

Según el CIE-10, el trastorno Esquizotípico, o personalidad esquizotípica, "es un trastorno caracterizado por una conducta excéntrica y anomalías en el pensamiento y del afecto, que se parecen a los que se ven en la esquizofrenia, aunque en ningún momento han ocurrido anomalías esquizofrénicas definidas y características" (CIE-10, 1992). Sin embargo, a pesar de la similitud que tiene con la esquizofrenia, su evolución y curso son usualmente los de un trastorno de la personalidad.

Este trastorno se encuentra situado entre la personalidad esquizoide y la esquizofrenia. Consiste en una conducta, un habla, un pensamiento y una percepción peculiar y extraña. La persona tiende a aislarse, posee un afecto inapropiado y ansiedad social (Díaz-Marsá y otros, 1996). Además de esto, los individuos afectados tienen un pensamiento mágico, suelen ser supersticiosos o telepáticos, con ilusiones recurrentes. Su mundo interno puede estar lleno de amigos y miedos infantiles. A veces se creen que tienen poderes especiales o que han sufrido experiencias paranormales. Su conducta es rara o excéntrica. Utilizan un lenguaje extraño, circunstancial y metafórico en el que no suele haber disgregación del pensamiento, ni incoherencia (Díaz-Marsá y otros, 1996). Tienen disminuida su capacidad de relacionarse por su afecto frío y distante, no tienen amigos fuera de la familia, llegando a aislarse socialmente (Fuentes, S. y otros, 1999). Además de esto,

los esquizotípicos pueden ser sensibles para detectar afectos negativos en los demás, son muy suspicaces, siendo hipersensibles a las críticas. Pueden llegar a tener síntomas psicóticos transitorios, producto del estrés, pero esto no es la regla (Díaz–Marsá y otros, 1996).

Hay que señalar que todas las personas probablemente exhibimos algunos de estos rasgos, en diversos grados y momentos diferentes. Sin embargo, en la persona esquizotípica, esos rasgos conductuales son inflexibles, persistentes y desadaptativos. Sus características son los extremos de los rasgos de personalidad normales (Winggins y Pincus, 1989, citado en Sue y otros, 1994). Los rasgos del esquizotípico son consistentes y causan dificultades personales y sociales, angustia y otros problemas de funcionamiento.

Como se explicó anteriormente, este trastorno no ha sido unánimemente aceptado en las clasificaciones actuales. El DSM–IV lo clasifica como trastorno de la personalidad, mientras que el CIE–10 lo incluye en el apartado de la esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Veamos a continuación cuáles son los síntomas que cada clasificación atribuye al trastorno.

Clasificación del trastorno esquizotípico según el CIE–10

Según la clasificación CIE–10 de desórdenes mentales y del comportamiento (1992), el trastorno esquizotípico se caracteriza por poseer algunos de los siguientes rasgos:

- Afectividad fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia.
- El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares.
- Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social.
- Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman ideas delirantes.
- Ideas paranoides o suspicacia.
- Rumiasiones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.
- Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato–sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales.
- Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.
- Episodios casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudodelirantes que normalmente se desencadenan sin provocación externa.

Según el CIE–10, para utilizar esta categoría, tres o cuatro síntomas típicos enumerados arriba deben haber estado presentes, continua o episódicamente, por lo menos durante dos años. Además el individuo no debe de cumplir con las pautas de la esquizofrenia.

Incluye: Esquizofrenia borderline, Esquizofrenia latente, reacción esquizofrénica latente, esquizofrenia prepsicótica, Esquizofrenia prodrómica, Esquizofrenia pseudoneurótica, Esquizofrenia pseudopsicopática y trastorno esquizotípico de la personalidad.

Excluye: Síndrome de Asperger y Trastorno esquizoide de la personalidad.

Clasificación del trastorno esquizotípico de personalidad según el DSM-IV

Según Antonio Pérez y Vicente Rubio (1999), el DSM-IV utiliza los siguientes criterios diagnósticos para clasificar el trastorno esquizotípico de personalidad:

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. Ideas de referencia excluidas las ideas delirantes de referencia
2. Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
4. Pensamiento y lenguajes raros (p. Ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado).
5. Susplicia o ideación paranoide.
6. Efectividad inapropiada o restringida.
7. Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
8. Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

B. No debe ocurrir durante el curso de la esquizofrenia, de un desorden del humor con características psicopáticas, de otro desorden psicopático, o de un desorden del desarrollo penetrante.

Según el DSM-IV, el trastorno esquizotípico debe diferenciarse de: La esquizofrenia; desorden del humor con las características psicopáticas; desorden de Asperger; desórdenes expresivos y mezclados del lenguaje de receptivo-expresivo; desórdenes de la comunicación; cambio de la personalidad debido a una condición médica general; síntomas que pueden convertirse en la asociación con uso crónico de la sustancia; desorden paranoico de la personalidad; desorden de la personalidad esquizoide; desorden de la personalidad narcisista; desorden de la personalidad borderline; características esquizóticas durante adolescencia.

Inicio, prevalencia y curso del trastorno esquizotípico

Según Fuentes, S. y otros (1999), el Trastorno esquizotípico se inicia al principio de la edad adulta, aunque en la infancia ya suele presentarse hipersensibilidad y ansiedad en el contexto social. Los autores agregan además que estos niños se muestran solitarios y acostumbran tener un bajo rendimiento escolar. También llaman la atención en su forma de expresarse y por la rareza de sus pensamientos y fantasías.

Estos mismos autores, apoyados por Díaz–Marsá y otros (1996), la prevalencia de este trastorno es del 3% de la población general y puede ser ligeramente más común en varones. Es más alta la incidencia en gemelos monocigóticos y entre familiares de primer grado de enfermos de esquizofrenia

El curso de esta enfermedad es crónico, suele ser estable, aunque algunos llegan a desarrollar esquizofrenia u otro trastorno psicótico (Díaz–Marsá y otros, 1996).

2. Etiología

Al igual que ocurre con el resto de trastornos de la personalidad, el origen causal del trastorno esquizotípico permanece aun ampliamente desconocido. Esto se debe a varias razones:

- En parte se debe a que a este trastorno –como muchos otros de personalidad– se le ha atribuido una naturaleza de desviación moral, privándosele del carácter de enfermedad real que tiene (Díaz–Marsá y otros, 1996). Es decir, se ha creído que los esquizotípicos son anómalos, disfuncionales, personas con conductas problemáticas, malévolas, y no enfermos.
- Por otro lado, este tipo de personas no buscan ayuda psiquiátrica. Fuentes, S. (1999) manifiesta que los esquizotípicos son personas ego–sintónicas, es decir, que no consideran que sus características son anormales, sino que las experimentan como aceptables y su presencia no les causa angustia. Como consecuencia, estos pacientes se han escapado de la investigación clínica.
- Otra de las razones es la que ya mencionaba más arriba: Hasta hace poco se ha clasificado –y con dificultad y sin acuerdo– al trastorno esquizotípico como una entidad nosológica independiente.

Sin embargo, los pocos estudios que se han realizado, tienden a concordar en que factores biológicos y ambientales son decisivos para el apareamiento del trastorno. Veamos a continuación lo que se ha encontrado.

Componente Biológico De La Causa.

Diversos estudios han demostrado que algunas dimensiones de la personalidad tienen un marcado componente hereditario. Así pues, los gemelos monocigóticos tienen correlaciones más altas en escalas del MMPI que los dicigóticos. Siendo el trastorno esquizotípico un trastorno de personalidad, este no excluye esos componentes genéticos en su etiología. Por ejemplo, en un estudio Danés sobre niños adoptados, encontró que la prevalencia de los trastornos esquizotípicos y paranoides eran mayores en niños con familiares biológicos esquizofrénicos pero no en adoptados por esquizofrénicos (Kendler y otros, 1981, citado en Díaz–Marsá, 1981). Esto sugiere el papel dominante de la transmisión genética.

Otros autores aseguran que existe un defecto neural genético en los esquizotípicos. A este defecto le han llamado Esquizotaxia (Bruce Carpenter, 1997). Esta anormalidad es muy similar a la de los pacientes esquizofrénicos en su etapa negativa (Donnoli y otros, 1998), en los que existe déficits cognoscitivos y neuropsicológicos. Donnoli cree la constitución de una personalidad esquizotípica y la vulnerabilidad para la exacerbación patológica de sus rasgos, podría resultar como producto de un defecto original en el desarrollo individual, pre y/o postnatal. Los mecanismos propuestos son variados: vulnerabilidad genética, infecciones virales en el útero, etc. Cree que estos problemas podrían llevar a que se desarrollaran anomalías en los circuitos neurales córtico–subcorticales. Sostienen la hipótesis que "existe un defecto en la neurotransmisión

glutamatérgica, o un descenso del tono inhibitorio gabaérgico (fundamental en la selección y filtrado de la información) en determinadas áreas corticales" (Donnoli y otros, 1998). Hay que señalar que la hipótesis principal de Donnoli es que estas anomalías constituyen la base para el funcionamiento cognitivo-perceptual defectuoso, muy típico en los esquizotípicos.

Se ha señalado anteriormente que los esquizotípicos son muy similares en algunos problemas biológicos a los esquizofrénicos. ¿En qué se distinguen? Es una cuestión que aun no ha sido resuelta. Sin embargo hay estudios pioneros, como por ejemplo el de Hazlett y Cols (1998, citados en THMNews, 1999), quienes encontraron que los pacientes esquizofrénicos "presentan modificaciones en la forma y metabolismo de los núcleos mediodorsal y anterior al tálamo, que están conectados con el sistema límbico [mientras que] los pacientes con trastorno esquizotípico presentan alteraciones en el contorno pero no en su metabolismo"

De esta forma podemos ver que, aunque no existe certeza de cuáles genes están implicados en el apareamiento del trastorno esquizotípico, ni qué mecanismos biológicos están a la base, existen algunas hipótesis que estiman que los factores biológicos sí están implicados, y apuntan a estos son similares a los de la esquizofrenia, especialmente en su etapa residual.

Componente psicológico de la causa.

Anteriormente mencioné que la hipótesis principal de Donnoli y otros (1998) es que a la base del trastorno esquizotípico se encuentra un defecto cognitivo básico. Para ellos las personas con trastorno esquizotípico:

- Presentan desórdenes en el ingreso y elaboración de la información: Tienen tendencia a experiencias perceptuales inusuales, ilusiones corporales, etc.
- Tienen un proceso latente de desorganización conceptual y de conducta: Inclinación hacia los pensamientos vagos, circunstanciales, metafóricos y estereotipados; tendencia a la conducta extraña, excéntrica o peculiar.

Esta hipótesis está respaldada por Siever (1981, citado en Sue, 1994) quien dice que "las peculiaridades vistas en el trastorno esquizotípico de la personalidad se derivan de distorsiones o dificultades de cognición". Según Sue (1994), estas personas parecen tener problemas para pensar y percibir".

Además de esto, Donnoli y otros (1998) agregan que los pacientes con trastorno esquizotípico también presentan alteraciones en los procesos auditivo atencional y atencional visomotor. Por otro lado, afirman que poseen una escasa capacidad de reacción ante el estrés (hipótesis respaldada por Díaz-Marsá y otros, 1996).

Es importante señalar que estos autores expresan que el funcionamiento cognitivo-perceptual es un soporte fundamental para el desarrollo de la personalidad particularmente. Un desorden en ello tendría consecuencias en la constitución de la personalidad (Donnoli y otros, 1998).

Antes de continuar con la etiología del trastorno esquizotípico, me gustaría hacer mención sobre las experiencias inusuales en personas con desórdenes psicológicos.

Experiencias Inusuales en personas con psicopatologías:

Entenderemos por experiencias inusuales todo lo que es sinónimo a ocurrencias trascendentales, supernaturales, mágicas, telepatía, precogniciones, los fenómenos que emergen en el contexto del ocultismo, etc. Según Belz-Merk (1999), las experiencias inusuales se pueden clasificar en tres categorías generales, dependiendo de la forma en que fueron experimentadas:

- Espontáneas: Son aquellas experiencias que no fueron planeadas ni pensadas. Aparecen precipitadamente y sin la comunicación previa. Como ejemplo se señalan las precogniciones, los sueños que anticipan sucesos

reales, etc.

- Autoinducidas: Son aquellas experiencias resultantes de las prácticas ocultas y espirituales en las que la persona participa porque ella las ha buscado. Por ejemplo jugar ouija, tabular la inclinación, etc.
- Inducidas externamente: Son aquellas experiencias inusuales que han sido inducidas participando en talleres, terapia, clases de bioenergética, hipnosis, etc.

Según Belz-Merk (1999), las experiencias inusuales no tienen necesariamente que estar ligadas a un desorden de la persona. Depende de cómo reaccione la persona a tales experiencias. Hay algunos que hacen frente a sus experiencias de una forma positiva y las ven como aceptables, "integran estas experiencias a sus conceptos del mundo y de sí mismo" (Belz-Merk, 1999). Sin embargo, hay otras personas que ante estas experiencias reaccionan de forma insegura. Algunos incluso desarrollan ansiedades profundas o la sensación que no tienen control sobre sí mismos. El que unas personas reacciones de una forma u otra dependen de su historia personal, de la duración y frecuencia de las experiencias inusuales, de su situación actual de vida, etc. Sin embargo hay que señalar que un estudio que hizo Mischo (1996, citado en Belz-Merk, 1999) demostró que muchas de las personas que creían en estas experiencias, que estaban convencidas del mundo paranormal, y que tendían a disociar los resultados, tenían un nivel significativamente alto de puntaje en la escala esquizotípica.

De esta forma se puede ver que el componente psicológico de la causa del trastorno esquizotípico, está ligado a distorsiones cognoscitivas, desórdenes en la interpretación y elaboración de información, desorganización conceptual y poca tolerancia al estrés. Además de esto, un estudio hipotetiza que las personas con tendencias esquizotípicas tienden a creer en experiencias paranormales y a disociar resultados.

Componente Social De La Causa

El hecho de que este trastorno tenga que ver con la personalidad, significa que los determinantes de las características de ésta, están relacionados (Sue y otros, 1994). Siguiendo nuestro sentido común, podríamos decir que la socialización y educación familiar, el aprendizaje y modelado, el desarrollo de las cogniciones y la cultura contribuyen todos a la personalidad, por lo que unas anomalías en ellos podría estar asociado con trastornos en aquella.

Sin embargo, los estudios prospectivos no han podido demostrar que las experiencias infantiles sean determinantes, en particular aquellas que se consideran cruciales, como la falta de lactancia, el control de esfínteres, etc. Pero sí parece existir una relación, de tipo inespecífico, entre la presencia de los trastornos esquizotípicos –y de la personalidad en general– y la calidad de las relaciones padres-hijos en la infancia (Díaz-Marsá y otros, 1996). Incluso, hay autores que hablan de problemas familiares importantes, tales como el incesto y el maltrato (Fuentes, S. y otros, 1999)

Además de esto, los individuos con trastorno esquizotípico tienen relaciones inestables con las demás personas, y con frecuencia alteran las percepciones que tienen de ellas.

Para los autores conductistas, este trastorno es causado por alteraciones en el aprendizaje y la respuesta a los refuerzos sociales (Díaz-Marsá y otros, 1996)

A excepción de este planteamiento conductista y el de Fuentes, las teorías que explican el componente ambiental o social de la causa, hablan de anormalidades en las relaciones familiares y sociales, pero no explican si la responsabilidad cae en el medio ambiente (padres y sociedad en contra del individuo), si es la persona con trastorno esquizotípico la que afecta esas relaciones o ambas cosas. Algunas teorías atribuyen las problemáticas a la distorsión de la información del esquizotípico y a su suspicacia (Díaz-Marsá y otros, 1996).

Como se puede observar, no hay unanimidad en las teorías. Todas estas son hipótesis que aún faltan por ser

confirmadas. Si se observa, la mayoría de estudios son muy recientes (década de los noventa), por lo que la llegada de consenso en la etiología del trastorno esquizotípico tendrá que esperar algún tiempo.

3. Patogenesis

He hablado sobre la etiología del trastorno esquizotípico. He hecho mención a causas biológicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, ¿cuál es el mecanismo que está a la base de la problemática? ¿de qué manera se articulan todos estos factores para que el trastorno emerja?. No se sabe aun. Si no se han encontrado los elementos definitivos del trastorno, mucho menos se ha elaborado una teoría acerca de su relación. Sin embargo, aquí hay un intento por analizar el fenómeno. Probablemente esta no sea la explicación, pero intentaré realizarla a partir de los elementos ya mencionados en la etiología.

Como ya mencioné en la etiología, algunos autores encontraron un defecto neural genético a la base del trastorno esquizotípico (la Esquizotaxia), la cual ha sido producto de un desarrollo anómalo pre y postnatal del individuo (ya sea por vulnerabilidad genética, infecciones del útero, etc.). Para Donnoli (1998), este defecto consiste en una anomalía en la neurotransmisión glutamatérgica y un descenso del tono inhibitorio gabaérgico, el cual es fundamental para la selección y filtrado de la información. Lógicamente, una anomalía en ello, repercutirá en el funcionamiento cognitivo-perceptual del individuo.

De esta forma, el componente genético trae como consecuencia desórdenes en el ingreso y elaboración de la información, y desorganización conceptual. Así, la persona con trastorno esquizotípico vivirá experiencias perceptuales inusuales e ilusiones (lo que Belz-Merk llamaba "experiencias inusuales espontáneas"), también se inclinará por pensamientos vagos, circunstanciales, metafóricos y estereotipados. Estas distorsiones o dificultades de cognición llevarán a la persona a presentar las peculiaridades de la personalidad esquizotípica. (Siever, 1981, citado en Sue, 1994). Los individuos con personalidad esquizotípica reaccionarán de cierta manera a estas experiencias inusuales espontáneas. Probablemente llevarán a la persona a querer saber qué es lo que le está pasando, que sienta curiosidad por temas ocultos, etc. Por tanto, la persona con un trastorno esquizotípico podría llegar a tener lo que Belz-Merk llamaba "experiencias inusuales autoinducidas o inducidas externamente".

Por otro lado, ya algunos autores expresaban que el funcionamiento cognitivo-perceptual es un soporte fundamental para el desarrollo de la personalidad (Donnoli y otros, 1998). Por lo tanto, un defecto en este procesamiento del ingreso y la elaboración de la información traerá consecuencias negativas en la constitución de la personalidad. Las experiencias inusuales espontáneas de las personas con trastorno esquizotípico serán determinantes en el desarrollo del individuo, en cómo perciba y procese toda la información que el ambiente le proporcione. De esta forma, una persona que no procese de una manera adecuada los estímulos, podrá interpretar de manera errónea lo que otras personas dicen y hacen.

Ya lo afirmaba Díaz-Marsá (1996):

"las personas con trastorno esquizotípico con frecuencia alteran las percepciones que tienen de las personas".

No sería de extrañar, entonces, que estos individuos tengan problemas en las relaciones con sus padres. Quizá por esto Díaz-Marsá (1996) señalaba que el trastorno esquizotípico no es producto de experiencias infantiles desagradables (como el mal cuidado, mala alimentación, mal control de esfínteres), sino más bien es este trastorno el que repercute en las relaciones familiares anormales. Estas relaciones anómalas entre el sujeto con trastorno esquizotípico y las demás personas –debido a la mala interpretación que este hace de lo que los otros dicen y hacen– conlleve a que la persona actúe luego con suspicacia, tenga ideas paranoides y no posea relaciones íntimas con nadie. Por otro lado, si la persona está hasta cierto punto aislada, llevará a que este no asimile de forma adecuada las normas sociales, y por tanto muestre por un lado un comportamiento y apariencia extraña o excéntrica, y que por otro lado muestren un afecto inadecuado, frío y constreñido.

Todas estas experiencias en relaciones deficientes con el resto de personas, repercutirán a la larga en el mismo

proceso de formación de la personalidad, reforzando las creencias erradas que la persona ya tenía. Así por ejemplo, si una persona con trastorno esquizotípico interpreta una sonrisa como una burla –debido al mal preso de información producto de anomalías cerebrales–, esta idea reforzará las creencias erradas que las personas son dañinas.

Resumiendo, el trastorno esquizotípico es producto de una anomalía en la neurotransmisión glutamatérgica y un descenso del tono inhibitorio gabaérgico. Como consecuencia, la persona elabora e interpreta de manera errada la información del exterior. De esta forma la persona experimenta vivencias perceptuales insólitas, elabora creencias extrañas, presenta pensamiento mágico, etc. experiencias que van conformando su personalidad. Al mismo tiempo esta persona interpreta de forma errada lo que otras personas hacen y dicen, repercutiendo de forma negativa en sus relaciones sociales. Las anomalías en estas relaciones llevarán a que la persona se aísle, sea suspicaz, y muestre afecto inadecuado y frío. Al final, esto influenciará la constitución de la personalidad y nuevamente se repetirá el ciclo. Esto se resume en el siguiente esquema:

4. Evaluación

Todos hemos experimentado momentos en los que queremos estar solos, más de alguna vez creímos vivir alguna experiencia diferente. Pero eso es normal. ¿Qué característica debe tener el trastorno esquizotípico para llegar a ser un trastorno? Debe ser clínica o estadísticamente significativo. Para esto debe haber un instrumento que mida los síntomas del trastorno y otro de comparación (una distribución normal). Sin embargo no existe ninguna forma para evaluar y así diagnosticar la presencia del trastorno esquizotípico en las personas. No se cuenta con pruebas científicas, escalas, ni ningún tipo de instrumento que nos lleve a decir con exactitud que la persona posee tal trastorno. La única forma con la que se diagnostica el trastorno es a juicio del clínico, quien se guía por los manuales de enfermedades mentales (CIE-10 o DSM-IV) y establece si la persona posee dichos síntomas. En la misma línea, la página web de "mentalHealth" posee una forma online para diagnosticar al trastorno esquizotípico (<http://www.mentalhealth.com/dx/fdx-pe03.html>). El clínico descarga un programa interactivo; este programa le va haciendo preguntas encaminadas a detectar la presencia o ausencia de síntomas, a las que el clínico debe ir contestando. Así por ejemplo, el programa pregunta: "¿El paciente tiene una apariencia extraña?" a la que el clínico debe contestar "sí" o "no". En realidad es el mismo proceso que se utiliza para diagnosticar el trastorno por medio del CIE-10 o el DSM-IV, sin embargo el programa online permite hacerlo de una forma más sistemática.

Existen algunos clínicos que se valen de la escala de esquizotipia del MMPI para establecer si la persona posee una personalidad vulnerable al trastorno, pero esto en sí no muestra un puntaje que confirme la presencia de la entidad nosológica. Simplemente puntúa un rasgo de personalidad. Algunas personas con un rasgo de esquizotipia alto, pueden llegar a desarrollar un trastorno esquizotípico, pero no todos.

De esta forma, hasta ahora no se cuenta con ningún instrumento que evalúe la presencia del trastorno, y la única forma para diagnosticarlo es siguiendo las pautas del CIE-10 o el DSM-IV. Sin embargo, varias áreas deberían ser exploradas:

Por ejemplo, debería evaluarse la neurotransmisión glutamatérgica y el tono inhibitorio gabaérgico. Esto podría hacerse a través de cualquier técnica que explore el funcionamiento cerebral, por ejemplo la tomografía axial computarizada.

Por otro lado, y como ya se dijo anteriormente, el trastorno esquizotípico se caracteriza por una anormalidad en las cognición y percepción. Por tanto, la evaluación debería ir encaminada a detectar dichos defectos, las formas en las que la persona elabora y procesa la información, si tiene alteraciones auditivas atencionales, si presenta desorganización conceptual –sin llegar a la incoherencia–, etc.

Sería útil evaluar qué cogniciones manifiesta la persona ante el contacto con otros, los mecanismos que están a la base de su distorsión, los esquemas cognitivos anómalos, etc. Esto sería útil puesto que a la hora de dar

terapia al individuo, se sabría qué esquemas irracionales deberían cambiar.

5. Tratamiento

Debido a que no se conoce con exactitud la causa del apareamiento del trastorno esquizotípico, existen vacíos al momento de tratarlo. ¿Cómo puede manejarse el trastorno si no se conoce qué es lo que lo ha originado?. Sin embargo se utilizan distintos tratamientos, sobre todo biológicos, para ayudar a los pacientes con dicha problemática, revisémoslos a continuación.

Farmacoterapia

Una publicación del Diario Canadiense de Psiquiatría (1998, citado en Pharmacotherapy News Network, 1998) muestra que hay evidencia que apunta a que la terapia farmacológica ha sido útil para tratar a los pacientes con trastorno esquizotípico. Según el artículo, a pesar que los pacientes no llegan a la absoluta normalidad, sí reducen los síntomas.

La medicación antipsicótica también es útil. A pesar que las personas con trastorno esquizotípico se diferencian de la esquizofrenia –entre otras cosas– porque no presentan síntomas psicóticos, a veces pueden ocurrir, especialmente en momentos de estrés (Long, 1990).

Tratamiento Psicosocial.

No existen muchos tratamientos psicosociales sistemáticos para ayudar a las personas con trastorno esquizotípico. Lo único que se ha utilizado ha sido la terapia grupal y la individual encaminada a que la persona exprese sus temores y pensamientos. Sin embargo, como más adelante menciono, la terapia cognitiva podría ser útil para ayudar a estos pacientes.

Tratamiento Individual.

La psicoterapia a largo plazo ha sido útil en algunos casos seleccionados. Debido a que las personas con trastorno esquizotípico son personas que rehuyen el contacto social, el curso de la terapia implica el desarrollo gradual de la confianza. Si esta puede ser alcanzada, el paciente puede compartir fantasías de muchos años sobre amistades imaginarias y puede revelar las cogniciones que están a la base de sus anormales relaciones con las otras personas. (Long, 1990). En la terapia se anima a los pacientes que examinen la naturaleza poco realista de sus miedos y fantasías y a que formen lazos reales. La psicoterapia acertada producirá el cambio gradual.

La Terapia Cognitiva.

No ha sido empleada para tratar a estos pacientes, sin embargo –debido a que la distorsión de las cogniciones y percepciones son fundamentales en el trastorno– sería de utilidad para ayudarle al paciente a que distinga entre lo que es real y lo que es fantasía. Estas técnicas van encaminadas a guiar al paciente, mostrándole los esquemas cognitivos que están a la base de su problemática, las inferencias erradas que hace de la conducta de otros, y luego se plantea una alternativa a esta situación.

Terapia grupal

Según Long (1990), los pacientes con personalidad esquizotípica requieren un entorno de apoyo en grupo. Según el psiquiatra, estas personas se verían beneficiadas de la experiencia. Probablemente la persona esquizotípica pueda mostrar un silencio prolongado (a veces el silencio dura un año o mas), pero poco a poco se irá acomodando y relacionando con el grupo. Long dice que es importante que el grupo proteja al paciente esquizotípico de la crítica de otros miembros por su silencio. El grupo debe convertirse en una experiencia

significativa para el paciente y proporcionar el medio para que la persona no solo sea tratada, sino que vaya ampliando su grupo social. En el grupo, los esquizotípicos pueden aprender a comunicar sus pensamientos y sensaciones directamente a otras personas, y se promueve de esta forma un modelo de comportamiento más normal.

En la literatura no se habla de terapia familiar, pero podría ser beneficiosa al paciente, especialmente en edades más tempranas, cuando aun se esta configurando la personalidad de éste. La familia debe ser motivada para que entienda que el comportamiento del paciente es una anormalidad y no parte de su "maldad" –como algunos suelen creer–. De esta forma la familia podrá apoyar y tener más tolerancia con el esquizotípico. Además de esto, sería útil que la terapia familiar fuera encaminada a desarrollar sistemas de comunicación más efectivos para no dar lugar a malas interpretaciones del esquizotípico.

6. Retos

Al hablar de los "retos" que deben enfrentar los psicólogos y psiquiatras al estudiar el trastorno esquizotípico, hablamos en el sentido estricto de la palabra. No se sabe prácticamente nada acerca del trastorno, y hasta ahora sólo se manejan hipótesis.

El primer reto que enfrenta la psicología y la psiquiatría es llegar a un consenso en la clasificación del trastorno. Dependiendo de la perspectiva desde la que se le vea, así será el curso de la investigación. Hay que establecer si es un trastorno de la personalidad o si pertenece al grupo de la esquizofrenia. Sin esto solventado, no habrá parámetros claros para elaborar los estudios pertinentes.

Luego de llegar a un consenso, el reto siguiente es establecer la etiología del trastorno. Esta es un desafío indispensable a resolver, puesto que sin conocer lo que lo causa, no se podrá brindar ayuda a los pacientes. Como ya se ha mencionado, hay personas que hablan de un factor biológico, otras hablan de un defecto cognitivo–perceptual de los esquizotípicos, otros se aventuran a establecer una causalidad ambiental. Pero no hay nada claro, ni consensuado.

Por un lado debe establecerse cual es la causa biológica del trastorno y sobre todo, determinar cual es la diferencia fundamental entre los defectos genéticos de los esquizofrénicos y de los esquizotípicos. ¿Qué es lo que hace que un paciente esquizotípico desarrolle esquizofrenia y por qué otros no la desarrollan? Sin esto claro, se tendrán dificultades para diferenciar ambos trastornos.

También debe esclarecerse cuál es el papel que el ambiente juega en el establecimiento y curso del trastorno. Hasta ahora no se sabe con certeza de qué forma una mala crianza, experiencias negativas y una mala vida pueden llegar a contribuir en el apareamiento de la problemática.

Siempre dentro de la etiología del trastorno, otro reto importante es determinar por qué estas personas tienen defectos en el proceso de intercomunicación con otros. Hay que esclarecer si son debidos a su aislamiento, o a factores genéticos, o a una distorsión de la realidad, etc. Aunado a esto, hay que aclarar si el pensamiento mágico, las creencias en áreas ocultas, etc. son una simple creencia o si son causadas por alucinaciones y otro tipo de distorsiones perceptuales. En pocas palabras, debe llegarse a un consenso acerca la etiología del trastorno y explicar cómo esos elementos se relacionan para llegar a constituir la problemática, es decir, la patogénesis.

Otro de los retos importantes a los que hay que enfrentarse es a las deficiencias en la evaluación del trastorno. Hasta ahora no se cuenta con ningún método, ninguna prueba científica, ningún instrumento que mida los síntomas del trastorno. La evaluación conllevará a que se establezca de una forma certera el diagnóstico de la problemática, y se diferencie con seguridad aquellas personas que la poseen y aquellas que no. Hasta ahora el diagnóstico se ha establecido a partir del juicio clínico. El clínico utiliza los manuales del CIE–10 o DSM–IV, y a su propia discreción establece si la persona posee el síntoma o no. Es una forma demasiado subjetiva para

hacer el diagnóstico, por lo que se puede caer en el error de confundir una esquizofrenia, un trastorno esquizoide, o cualquier otra entidad nosológica, con el trastorno esquizotípico. Esto repercutiría en la evolución y tratamiento del trastorno, afectando en última instancia al paciente.

Otro de los retos a los que hay que enfrentarse es al tratamiento. Obviamente si hasta ahora no se conocen las causas del trastorno, muy difícilmente habrán técnicas efectivas disponibles para tratarlo. Hasta el momento solo se poseen técnicas farmacológicas, terapia psicoanalítica y grupales. Las técnicas farmacológicas van encaminadas a eliminar algunos síntomas en presencia de delirios. Sin embargo, este tratamiento es poco utilizable, puesto que la mayoría de personas con trastorno esquizotípico no presentan delirios, a no ser en condiciones de mucho estrés y por poco tiempo. La farmacología no ha puesto a disposición fármacos para ayudar a la persona a recibir, interpretar y elaborar de mejor manera la información. Es comprensible puesto que aun no se sabe el componente biológico de la causa con exactitud. Por otro lado, se ha dejado de lado el uso de terapias conductuales y cognitivas para ayudar a los pacientes. La terapia cognitiva –como se mencionó anteriormente– podría ser de mucha utilidad, puesto que uno de los problemas principales de los esquizotípicos es la distorsión de la información, la suspicacia y algunos pensamientos paranoides.

Por otro lado, se ha obviado el tratamiento con las personas allegadas al paciente. Se sabe que las personas con personalidad esquizotípica reciben críticas, desaprobación y burla de parte de otros. Por tanto sería útil trabajar con estas personas, haciendo del medio un ambiente más favorable para el enfermo.

Por último es importante que se concientice a la sociedad en general, para que dejen de ver a las personas esquizotípicas como inmorales y malvadas. Las personas deberían saber que este es un trastorno como cualquier otra enfermedad (la esquizofrenia, el retraso mental, la demencia, etc.), y que por tanto necesita de tratamiento.

7. Bibliografía

- Belz–Merk, M. (1999), Counseling and Help for People with Unusual Experiences at the Outpatient Clinic (Ambulanz) of the Psychological Institute at the University of Freiburg. Freiburg i. Br. (Germany): Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene. http://www.igpp.de/english/counseling_project.htm
- Carpenter, B. (1997), Abnormal Psychology: Schizophrenia, Provo: Brigham Young University, Department of Psychology. <http://www.byu.edu/~psychweb/bnc/ab/ab-n19.htm>
- Clasificación de Desórdenes Mentales y del Comportamiento, CIE–10. (1992). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Díaz–Marsá, M. y otros, (1996). Manual Residente de Psiquiatría: Trastornos de la Personalidad, España: SmithKline Beecham. <http://www.intersep.org/manual/a8n9.htm>
- Donnoli, V., Salvatore, J., y Verdager, M. (1998). Psicopatología esquizofrénica: el posible papel de un defecto cognitivo inicial como matriz esencial de la enfermedad. Buenos Aires: ALCMEON26, revista de clínica neuropsiquiátrica. http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/26/alc26_03.htm
- Fuentes, S. y otros. (1999). Trastornos de la personalidad. Alicante: Centro de Salud Mental de Villena. <http://medired.com/spcv/papeles/colaboraciones/colabora39.htm>
- Long, Ph. (1990). Schizotypal Personality Disorder: Treatment. Vancouver: Internet Mental Health. <http://www.mentalhealth.com/rx/p23-pe03.html>
- Pérez, A. y Rubio, V. (1999), Ansiedad y Trastornos de la Personalidad. Madrid: Grupo FAEZ. <http://www.faes.es/faes/cursoansiedadAP/curso/entrega2/desarrollo1/index2.html>
- Pharmacotherapy News Network (1998), Personality Disorders: Amenable to Drug Therapy?, Atenas: Pharmacotherapy line. http://www.pharminfo.com/pubs/pnn/pnn25_1.html
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1994). Comportamiento Anormal, México: McGraw–Hill.
- THMnews, boletín médico (1999). **THMNews N° 42, Madrid:** Txori–Herri Medical Association. <http://www.ctv.es/USERS/jotajota/thmnews42.htm>

Resumen del trabajo: El presente trabajo es un intento de aproximación al estudio del Trastorno esquizotípico, definido este como "un trastorno caracterizado por una conducta excéntrica y anomalías en el pensamiento y del afecto, que se parecen a los que se ven en la esquizofrenia, aunque en ningún momento han ocurrido anomalías esquizofrénicas definidas y características" (CIE-10). En este documento encontrará las diversas posturas que intentan explicar su causa, una visión personal de como creo que se interrelacionan los diversos elementos para formar una patogénesis, cómo se evalúa el trastorno, qué tratamientos existen y qué retos a mi juicio existen a la hora de abordarlo.

TRASTORNO OBSESIVO – COMPUSIVO.

ÍNDICE.

1. Introducción.

2. Protocolos de diagnóstico.

3. Modelos teóricos explicativos del trastorno obsesivo-compulsivo.

4. Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo.

5. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

6. Bibliografía.

1. Introducción

Aspectos históricos.

El término obsesión proviene del latín *obsessio*, -onis; significa asedio, es utilizado como sustantivo para describir una perturbación anímica producida por una idea fija, o una idea que pertinazmente asalta a la mente de una persona. Desde el punto de vista de la patología es un síndrome de carácter ideativo y emocional, que consiste en la aparición de pensamientos o sentimientos que se imponen y van acompañados con estados de ansiedad; en este estado obsesivo hay una imposición de la idea obsesiva o de la emoción sobre el paciente variando en el grado de imposición pudiendo llegar a lo gravemente patológico tiranizando la voluntad del sujeto.

Otra acepción del término obsesión es la aportada por The C.V.Mosby Co. (1989) que propone que es una idea, temor o impulso que se apodera del ánimo del paciente, dominándolo por completo y provocando un estado de ansiedad y angustia.

Por su parte, Dorsch (1981) tiene en cuenta la derivación latina de *obsidere* que significa sitiar, cercar, y define el término como "idea, temor, acto que se presenta repetidamente y es sentido por el individuo como forzado, impuesto en contra de su voluntad".

Sillamy (1974) considera el término obsesión como "preocupación intelectual o afectiva que acosa a la conciencia".

Por otra parte, el término compulsión va íntimamente asociado al de obsesión, así pues la compulsión es la consecuencia de la obsesión, y que derivado del latín compulsio, -onis se como "apremio y fuerza que, por mandato de autoridad, se hace a uno, compeliéndole a que ejecute alguna cosa".

The C.V.Mosby Co (1989) la define como "impulso irracional, irresistible y repetitivo de realizar un acto contrario a la razón que produce ansiedad si no se lleva a cabo, y suele ser resultado de una idea obsesiva".

Dorsch (1981) lo define como "fuerza interior que determina y domina el pensamiento y la acción de una persona en contra de su voluntad y el individuo se siente coaccionado".

Sillamy (1974) ve en el término la "tendencia a la repetición, donde el sujeto realiza actos irracionales sabiendo muy bien que no corresponden a ninguna razón lógica, y sólo para conjurar la angustia que nacería si no se realizase estas acciones".

Como se ve en las definiciones anteriores es difícil diferenciar realmente una obsesión de una compulsión en el sentido de que en ambos términos se incluye tanto ideas, pensamientos, temor, emociones, impulsos, sentimientos y actos, junto al denominador común de la ansiedad. Es decir, en las definiciones anteriores no está delimitado cada uno de los componentes de la obsesión y/o de la compulsión. No obstante sí se ponen de manifiesto características diferenciales respecto a otros trastornos o psicopatologías, especialmente en cuanto a la diferenciación de neurosis/psicosis, en ningún caso se refiere que los sujetos con obsesiones o compulsiones presenten ideas delirantes o alucinaciones, sin embargo es algo que en algún momento del proceso del sujeto puede estar presente mediante síntomas de psicosis reactivas breves cuando la sintomatología de la neurosis obsesivo-compulsiva genera en el sujeto un grado de deterioro o alcanzan un grado de frecuencia e intensidad tal que su comportamiento puede verse afectado por síntomas de tipo psicótico; en otras ocasiones es difícil delimitar si la idea obsesiva puede corresponder a un trastorno de tipo paranoide o simplemente camufle una depresión o sea consecuencia de ésta.

Una de las primera obras en referencia a la neurosis obsesivo-compulsiva es la de Freud (1896), posteriormente los escritos de Löwenfeld (1904) y de nuevo Freud (1923) con revisiones a su obra Paranoia y Neurosis Obsesiva donde expone el caso del llamado "hombre de las ratas", aquí hace referencia a los elementos básicos de la neurosis: la presencia de un deseo obsesivo, el temor contrario y enlazado a tal deseo, un afecto penoso y un impulso a la adopción de medidas defensivas (pag.114); en otro lugar (pag.178 ss) propone hablar de pensamientos obsesivos en tanto que los productos obsesivos pueden equivaler a muy diversos actos psíquicos, pudiendo ser determinados como deseos, tentaciones, impulsos, reflexiones, dudas, mandatos y prohibiciones; refiere que las "representaciones obsesivas" dan lugar a "delirios" que los identifica como el resultado mixto de las reflexiones razonables de un sujeto como oposición a su ideación obsesiva, ello significa que a través del lenguaje del paciente se observa tanto la idea obsesiva como su interpretación errónea emitida por el paciente encubriendo o deformándola y del mismo modo puede observarse a través de la fórmula protectora o conductas impulsivas.

Manteniendo cierta línea psicodinámica y haciendo referencia a la psicopatología infantil Ajuriaguerra (1991) expone que las obsesiones y compulsiones se relacionan con un Yo limitado en la expresión de su pensamiento o en sus actos, limitación que se resuelve mediante la enfermedad, que un alivio transitorio pero inútil porque su povenir es la repetición, caracterizándose esencialmente por la incoercibilidad, la lucha y la angustia. La edad media del comienzo del trastorno es a los 7 años y medio y su sintomatología lo suficientemente grave como para travar la actividad general del niño.

Otros autores como Collon (1960) y Prick (1952) plantean que los trastornos obsesivos pueden desarrollarse tempranamente pero verdaderamente el síndrome obsesivo no puede sentirse subjetivamente por debajo de

cierta edad y de cierto nivel de maduración mental que se sitúa alrededor de los 7 años de edad. El comportamiento obsesivo-compulsivo en el niño no puede valorarse sólo como una descripción sintomática ya que "puede tener, considerando el momento evolutivo del niño, un valor de normalidad o de anormalidad".

Estos autores en referencia a Piaget proponen que una ritualización convulsiva es inherente al desarrollo normal del niño ya que en el curso de todas sus actividades el niño ve al mismo tiempo placer y displacer, y el ritual se encuentra en todas las formas de aprendizaje, y llega el momento en el que el niño impone sus propios hábitos, así dependiendo de la intolerancia o de la complacencia inflexibles de los padres dependerá el riesgo de que el niño fije tales rituales. En el período de latencia, cuando el Yo comienza a afirmarse y a organizarse los mecanismos de defensa, reaparecen los rituales encontrándose comportamientos compulsivos de tipo manía de lavado, ritos al acostarse, actividades de orden, enumeración, recordatorios, necesidades de control, etc. y al mismo tiempo observarse rasgos de personalidad obsesivos como meticulosidad en los actos, perfeccionismo, elección precisa de expresiones verbales, inestabilidad o inhibición psicomotriz, focalización de actos en forma de tics y pensamiento lento o sin fluidez.

Otros autores como Bender y Shilder (1940) diferencia la "compulsión" de la "impulsión", en estas últimas los niños están sujetos a ciertas actividades pero no consideran que sus ideas o actos sean anormales, ni se acompañan de reacciones ansiosas y se puede experimentar satisfacción a diferencia de las compulsiones.

Ajuriaguerra (1991) clasifica el síndrome obsesivo en el curso de la pubertad o de la adolescencia en (1).obsesiones ideativas, (2)obsesión fóbica y (3).obsesiones impulsivas. En las primeras, ideativas, la característica esencial es la duda y la rumiación dialéctica de contrarios; en la segunda, fóbica, el rasgo importante es la fobia; y en la tercera, impulsiva, el temor a actuar o pensar de una forma determinada acompañándose con una lucha ansiosa que evita el cumplimiento del acto, encontrándose los caracteres propios de la obsesión. También afirma que la evolución de la sintomatología obsesiva puede generar otros cuadros sindrómicos o preceder a una desorganización psicótica, e incluso ser el mecanismo defensivo contra una psicosis, no obstante otros autores como Bollea y Giannotti (1972) consideran que la aparición de obsesiones y compulsiones están en la base depresiva de la personalidad, y Guareschi y Fabiani (1972) refieren que los síntomas obsesivo-compulsivos pueden ser manifestaciones de una psicosis depresiva de fondo, a una psicosis esquizofrénica, una depresión neurótica o una neurosis con defensa obsesiva.

Como factores explicativos de la sintomatología obsesivo-compulsiva infantil, hay tres puntos de vista, uno el constitucionalista, otro el organicista y por último el psicodinámico.

Los constitucionalistas valoran el factor hereditario, pero no se debe confundir herencia con psicopatología familiar. Los organicistas plantean que hay una correlación de las obsesiones-compulsiones con enfermedades como la epilepsia (Sauget y Delaveleye, 1958), la patología del sistema extrapiramidal (Gaston, Reda y Ciani, 1969), la encefalitis epidémica y la corea. Por último, los psicodinámicos consideran que el trastorno obsesivo-compulsivo depende en cuanto a sus manifestaciones y valor pronóstico de la cronología de su aparición; Lebovici y Diatkine (1957) plantean que el núcleo obsesivo es el resultado de una regresión de estructuras de la libido, con puntos de fijación pregenital y emergencia de impulsos, deseos y fantasmas sexuales agresivos, unidos a la angustia y culpabilidad, moviliando reacciones de defensa por parte del Yo bajo la influencia del Superyo; consideran que ciertas manifestaciones durante el primer año son pasajeras y normales siendo la primera estructuración del Yo, sin embargo pueden convertirse en patologías a partir de ciertas relaciones con una madre ansiosa y perfeccionista; por otro lado estos rituales pueden encontrarse en formas sintomáticas graves preneuróticas o psicóticas.

Durante el período de latencia, puede llegar a decirse de manera paradójica que el Yo del niño es precisamente obsesivo todo él en este período, sin embargo algunos trastornos del comportamiento, así como tics y fobias pueden integrarse en el cuadro de una evolución neurótica de probable tipo obsesivo-compulsivo. En la adolescencia sí tiene ya una significación patológica normal presentándose como transitorio y cede rápidamente cuando se toma una actitud comprensiva hacia el adolescente.

Sandler y Joffe (1965) plantean que el síndrome obsesivo puede ser transitorio, no son neuróticos los niños sino que los síntomas aparecen en el transcurso del desarrollo progresivo y no son una regresión sino que puede tratarse de una exageración de las formas normales de comportamiento.

Proposiciones generales actuales.

Vallejo-Nájera (1991) expone que las obsesiones son pensamientos insistentes que dominan al sujeto, al menos intermitentemente, pese a que éste los considere injustificados, absurdos, e intente librarse de ellos; propone que la diferencia principal con las ideas delirantes es que el obsesivo "sabe" que sus ideas son absurdas, pero no puede sustraerse a su influjo, mientras que el delirante cree que sus ideas delirantes son ciertas. Llama compulsiones al impulso patológico que lleva a realizar determinados actos o ceremoniales en relación con las ideas obsesivas; el paciente es de nuevo consciente de que estos actos son absurdos y desea librarse de ellos, pero sufre tal angustia al no realizarlos que cede a sus impulsos compulsivos. Las obsesiones y compulsiones suelen estar tan enlazadas que se presentan unidas en la neurosis obsesivo-compulsiva. Hace la diferencia entre el predominio de las obsesiones, llamándose neurosis obsesiva, o bien el predominio de las compulsiones llamándose neurosis compulsiva, aunque en general van unidas siendo mixtas y dando lugar a la llamada neurosis obsesivo-compulsiva.

Polaino y Maldonado (1987) exponen que las obsesiones pertenecen al grupo de alteraciones del contenido del pensamiento, dentro de las cuales incluye los juicios repetidos y absurdos, la duda patológica, la interrogación obsesiva y por último la idea obsesiva. Definen la obsesión como la presencia patológica de un pensamiento o impulso, persistente e irresistible, que no puede eliminarse mediante ningún esfuerzo lógico y que domina al sujeto, por lo menos intermitentemente, aún a pesar de considerarlo injustificado y absurdo e intentar librarse de él. El miedo obsesivo puede estar solapado con alguna fobia. El sujeto con obsesión se siente muchas veces obligado a realizar rituales específicos o estereotipados con el fin de disminuir los efectos ansiosos por sus pensamientos, estos actos son las compulsiones y que el paciente también considera conscientemente como absurdas.

Polaino (1987) expone que las neurosis obsesivo-compulsivas son lo más atormentador, los enfermos se ven forzados a pensar o realizar, contra su voluntad, ideas acciones siempre molestas y frecuentemente repugnantes por la índole inmoral y dolorosa de tales representaciones o impulsos. El enfermo sabe en todo momento que sus pensamientos no son normales, pero no acaba de desprenderse de la noción de que esos mismos pensamientos y gestos pueden tener cierto carácter significativo. El comportamiento compulsivo puede adquirir en casos extremos proporciones tales que las actividades habituales quedan anuladas sin que el enfermo sea capaz por sí solo de llevar a cabo modificación alguna, siendo por tanto una de las alteraciones psíquicas más difíciles de tratar. La tendencia a la cronicidad es una constante; los esfuerzos del paciente por el autocontrol de estas ideas son infructuosos, a pesar de que reconozca la irrealidad de las ideas; sea como consecuencia de ellas o como característica acompañante es propio en estos pacientes la inhibición, el aislamiento social, la aparición de síntomas depresivos, las respuestas de ansiedad, las conductas estereotipadas en forma de rituales, el descenso de la autoestima y la baja tolerancia a la ambigüedad; según Kaplan (1981) las compulsiones podrían expresar el deseo infructuoso del paciente por controlar sus ideas obsesivas. Cuando el cuadro lleva muchos años de evolución la ansiedad deja paso a la depresión.

2. Protocolos de diagnóstico.

Introducción.

En este apartado se expondrá cuáles son los síntomas esenciales y asociados propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría a través del DSM-IV se establecerán los criterios comunes y necesarios para establecer un protocolo de diagnóstico a un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo, es decir, qué pauta se ha de seguir para establecer el diagnóstico y qué criterios son los necesarios para concluir que un individuo presenta éste y no otro trastorno.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

En el DSM-IV se explica la distinción entre obsesiones y compulsiones, que se definen a lo largo de líneas funcionales que son mucho más relevantes para el tratamiento. Una obsesión es un pensamiento repetitivo e intruso, un impulso o una imagen que causa ansiedad o malestar notables, mientras que una compulsión es un comportamiento repetitivo y estereotipado o un acto mental dirigido a reducir ansiedad. Por lo tanto los pensamientos pueden considerarse obsesiones o compulsiones cognoscitivas según si provocan ansiedad o la reducen. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo está incluido dentro del apartado de los Trastornos por Ansiedad,

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Con frecuencia existe evitación de situaciones que se relacionan con el contenido de las obsesiones, como son la suciedad o la posibilidad de contraer enfermedades. Por ejemplo, un individuo obsesionado por la suciedad puede evitar las salas de espera públicas o estrechar las manos de las personas extrañas. Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traducándose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. También puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad y trastornos del sueño. Cabe observar asimismo un consumo excesivo de alcohol o fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La realización de los actos compulsivos puede convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo, traducándose en problemas conyugales, laborales o sociales. Los comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total del individuo en su propio hogar. El trastorno obsesivo-compulsivo puede asociarse a trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad (fobia específica, fobia social, trastorno de angustia), trastornos alimentarios y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Existe una alta incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en el síndrome de la Tourette, con unas cifras que oscilan entre el 35 y el 50 %. Por el contrario, la incidencia de síndrome de la Tourette en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo es menor, situándose los porcentajes entre el 5 y el 7 %. Un 20-30 % de los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo manifiestan la presencia actual o pasada de tics.

Curso

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes. Alrededor del 15 % muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Aproximadamente un 5 % sigue un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos intercríticos.

Patrón familiar

La tasa de concordancia del trastorno obsesivo-compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos. La incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en parientes de primer grado de individuos con síndrome de la Tourette es superior a la observada en la población general.

Diagnóstico diferencial

El trastorno obsesivo-compulsivo debe diferenciarse del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. El trastorno de ansiedad relacionado con sustancias se diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo porque

las obsesiones o compulsiones se consideran etiológicamente relacionadas con esta sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos). Los pensamientos, impulsos, imágenes o comportamientos recurrentes o intrusos pueden aparecer en el contexto de muchos otros trastornos mentales. El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo no debe efectuarse si el contenido de las ideas o rituales se relaciona exclusivamente con otro trastorno mental (p. ej., preocupación por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, inquietud por un objeto o situación temidos en la fobia específica o social, estiramiento del cabello en la tricotilomanía). El diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo puede seguir estando indicado si el contenido de las obsesiones o compulsiones no mantiene relación alguna con el trastorno mental concomitante.

En el episodio depresivo mayor la constante cavilación sobre acontecimientos potencialmente desagradables o sobre posibles acciones alternativas es una característica frecuente y se considera un aspecto de la depresión congruente con el estado de ánimo más que un síntoma de trastorno obsesivo-compulsivo. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupaciones excesivas, que se diferencian de las obsesiones por el hecho de que el individuo las experimenta como una inquietud excesiva referente a circunstancias de la vida real. En cambio, el contenido de las obsesiones no suele versar sobre problemas de la vida real, y el individuo las considera inapropiadas. Si estas ideas perturbadoras de carácter recurrente se relacionan exclusivamente con el miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad importante y este miedo deriva de la incorrecta interpretación de síntomas físicos, en vez de un trastorno obsesivo-compulsivo debe diagnosticarse una hipocondría. Sin embargo, si la preocupación por tener una enfermedad se acompaña de rituales como lavados o comprobaciones excesivas por el miedo a empeorar o bien a contagiar dicha enfermedad a los demás, puede estar indicado el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Si existe una preocupación prominente por contraer la enfermedad (más que por padecerla) y no hay comportamiento ritual alguno, el diagnóstico más apropiado es fobia específica a la enfermedad. La capacidad de estos individuos para reconocer que las obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales se manifiesta a lo largo de un continuum. En ocasiones en el trastorno obsesivo-compulsivo el sentido de la realidad puede haberse perdido y la obsesión adquiere a veces dimensiones delirantes (p. ej., la creencia de que uno es el responsable de la muerte de otro individuo por el simple hecho de haberla deseado en algún momento). En estos casos la presencia de síntomas psicóticos puede hacerse constar mediante el diagnóstico adicional de trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. La especificación con poca conciencia de enfermedad puede ser útil en las situaciones que se encuentran a medio camino entre la obsesión y el delirio (p. ej., un individuo cuya preocupación por contraer una enfermedad, aunque exagerada, es menos intensa que en el trastorno delirante y se justifica por la ubicuidad innegable de los gérmenes).

Las ideas delirantes de carácter recurrente y los comportamientos estereotipados extraños que se observan en la esquizofrenia se diferencian de las obsesiones y compulsiones por el hecho de no revestir carácter egodistónico y no ser congruentes con la realidad. No obstante, algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos. Los tics (en el trastorno de tics) y los movimientos estereotipados (en el trastorno de movimientos estereotipados) deben diferenciarse de las obsesiones. A diferencia de los actos compulsivos, los tics y los movimientos estereotipados son típicamente menos complejos y no tienen como objetivo neutralizar una obsesión. Algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de tics a la vez, lo que puede justificar el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Algunas actividades como comer (p. ej., trastornos alimentarios), el comportamiento sexual (p. ej., parafilias), el juego (p. ej., juego patológico) o el consumo de sustancias (p. ej., dependencia o abuso de alcohol), han recibido la calificación de «compulsivas» cuando se llevan a cabo de forma excesiva. Sin embargo, y según la definición recogida en este manual, no pueden considerarse compulsiones toda vez que la persona suele obtener placer a través de dichas actividades y muchos desean abandonarlas debido a sus consecuencias perjudiciales. Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo comparten semejanzas nominales, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de

obsesiones o compulsiones; el individuo, ya al principio de la edad adulta, está permanentemente preocupado por el orden, el perfeccionismo y el control. Si el individuo presenta síntomas de ambos trastornos, puede estar indicado el diagnóstico simultáneo de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo. Las supersticiones y los comportamientos repetidos de comprobación son frecuentes en la vida cotidiana. En estos casos sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo si aquéllos suponen una pérdida diaria de tiempo significativa o dan lugar a un acusado deterioro de la actividad global del individuo o a un malestar clínicamente significativo.

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo

- Se Cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar.
- Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no viven impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

- Comportamientos p. Ej. Lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p.ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
- El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento negativo; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretende neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.
- En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
- Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.
- Si hay otro trastorno en el Eje 1, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p.ej. preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor)
- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4

Síntomas y trastornos asociados

Cuando las normas y los protocolos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones se convierte en un proceso de larga duración y a menudo doloroso. Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tienen tantas dificultades para decidir qué tareas son prioritarias o cuál es la mejor forma de hacer alguna cosa concreta, que puede ser que nunca empiecen a hacer nada. Tienen tendencia a trastornarse o enfadarse en las situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, si bien es típico que la ira no se exprese de manera abierta. Por ejemplo, una persona puede enfadarse si el servicio de un restaurante es malo, pero, en lugar de quejarse a la dirección, meditará sobre cuánto va a dejar de propina. En otras ocasiones, la ira puede expresarse con una indignación justiciera por lo que aparenta ser una cuestión secundaria. Las personas con este trastorno están especialmente atentas a su status respecto a las relaciones de dominio-sumisión y muestran una deferencia exagerada a una autoridad a la que respetan y una resistencia exagerada a una autoridad que no respetan. Los individuos con este trastorno suelen expresar afecto de forma muy controlada o muy ampulosa y se sienten muy incómodos en presencia de otras personas emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas son serias y formales, y pueden estar serios en situaciones en que los demás ríen y están contentos (p. ej., al dar la bienvenida a la novia en el aeropuerto). Se contienen cautelosamente hasta estar seguros de que lo que van a decir es perfecto. Pueden estar preocupados por lo lógico y lo intelectual y ser intolerantes con el comportamiento afectivo de los demás. Es frecuente que les cueste expresar sentimientos de ternura y es raro que hagan halagos. Los sujetos con este trastorno pueden experimentar dificultades y malestar laborales, especialmente al enfrentarse a situaciones nuevas que exijan flexibilidad y transigencia. Aunque algunos estudios sugieren una asociación con el trastorno obsesivo-compulsivo, parece que la mayoría de las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo no tienen un patrón de comportamiento que cumpla los criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Muchos de los rasgos del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se solapan con las características de la personalidad «tipo A» (p. ej., hostilidad, competitividad y sensación de urgencia), y estas características pueden darse en la gente con riesgo de sufrir un infarto de miocardio. Puede haber una asociación entre el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Diagnóstico diferencial

A pesar de la similitud de los nombres, el trastorno obsesivo-compulsivo se suele distinguir fácilmente del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones. Hay que tener en cuenta el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo especialmente cuando la tendencia a acumular objetos sea importante (p. ej., si la acumulación de objetos inútiles representa un peligro de incendio y llega a dificultar a los demás la deambulación por la casa). Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, hay que diagnosticar los dos. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad también presentan una inclinación al perfeccionismo y creen que los demás no pueden hacer las cosas tan bien como ellos, pero son más propensos a creer que han alcanzado la perfección, mientras que quienes tienen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad suelen ser autocríticos. Los sujetos con trastorno narcisista o antisocial de la personalidad carecen de generosidad, pero se miman a sí mismos, mientras que los que tienen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad adoptan un estilo avaro en los gastos tanto para ellos mismos como para los demás. Tanto el trastorno esquizoide de la personalidad como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden caracterizarse por una aparente formalidad y distanciamiento social. En el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad esto se sustenta en el malestar emocional y la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el trastorno esquizoide de la personalidad existe fundamentalmente una falta de capacidad para la intimidad. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad debe distinguirse de un

cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se debe distinguir de los síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo crónico de sustancias (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado). Los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad en un grado moderado pueden ser especialmente adaptativos, en particular en las situaciones que recompensan el rendimiento elevado. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
- Perfeccionismo que interfiere con la finalización de la tareas (p.ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)
- Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuye a necesidades económicas evidentes)
- Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuye a la identificación con la cultura o religión)
- Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- Es reactivo a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
- Muestra rigidez y obstinación.

3. Modelos teóricos explicativos del trastorno obsesivo-compulsivo.

Según González Almendros (1984) habría que dividir las teorías en función de la adquisición o bien del mantenimiento de la conducta obsesivo-compulsiva, y en función de que sean teorías globales o específicas a los componentes de la conducta problema. Se hará referencia a las teorías propuestas por los siguientes autores:

a).Carr (1974) y Meyer (1966) quienes plantean que la conducta compulsiva se produce tanto para reducir la ansiedad como la expectación de desastre.

b).Seligman (1970, 1971) propone que se adquiere en base a la Teoría de los dos factores de Mowrer (1950) y mediante un condicionamiento preparado que consiste en que una situación relacionada con la supervivencia de la especie humana se condiciona más fácilmente a un estímulo incondicionado. La teoría de los dos factores hace referencia a la asociación, mediante condicionamiento clásico, de un estímulo condicionado (EC) con una estimulación incondicionada (EI) de tipo aversivo durante un número de ensayos en los que el sujeto no da una respuesta de evitación, como el EI es de tipo aversivo se considera que genera miedo y que el EC por tanto también lo elicitará, así pues el primer factor de la teoría es el condicionamiento clásico de miedo al EC; si tenemos en cuenta que el miedo es un estado emocional aversivo que motiva al sujeto entonces su reducción podría proporcionar un reforzamiento negativo, es decir, favorecer la probabilidad de ocurrencia de una conducta negativa, y como el miedo está provocado por el EC la interrupción de éste reduciría el nivel de aquel, así pues la respuesta de evitación se aprende porque interrumpe el EC y por tanto reduce el miedo condicionado, esto es el segundo factor de la teoría, es decir, un reforzamiento instrumental de la respuesta de evitación a través de la reducción del miedo. Ello va a permitir un paso para la aplicación de

técnicas terapéuticas mediante procedimientos de extinción de la evitación mediante inundación o inhabilitación de la respuesta, pretendiendo la extinción de la ansiedad, como veremos más adelante.

c).Rachman (1976) propone una predisposición constitucional y hereditaria caracterizada por una excesiva sensibilidad a la crítica y al sentimiento de culpa determinado por padres con excesiva atención, control y superprotectores, siendo críticos, meticulosos y con altas metas, lo que generaría en el sujeto con conducta compulsiva la evitación de tipo activa o pasiva; el origen de las obsesiones y compulsiones proviene de un factor hereditario de tal forma que se convierten en problema tras episodios depresivos o de exposición a stress; estando demostrada la asociación entre ideas obsesivas y depresión (Rachman, 1971) y entre 1/3 y 2/3 de los casos pueden detectarse sucesos cotidianos stressantes al inicio del cuadro (Bird y Harrison, 1987). Las respuestas emocionales se mantendrían por estímulos desencadenadores.

d).Eysenck (1976) en base a la Psicología del Aprendizaje propone una teoría explicativa general y propone que los temores pueden ser innatos o adquiridos con cierta sensibilidad a determinados estímulos neutrales, las respuestas de temor se adquieren por condicionamiento clásico siendo el estímulo incondicionado la "no recompensa" frustradora, así las consecuencias posibles del no reforzamiento son la extinción o la incubación, ésta ocurre ante estímulos ya condicionados que tiene la propiedad del impulso o "drive", lo que implica que las respuestas condicionadas sean semejantes a las respuestas incondicionadas, por tanto ciertas condiciones favorecen la incubación tales como la presencia corta del estímulo condicionado, un estímulo incondicionado fuerte y una alta distimia. Junto a Rachman (1978), ambos proponen que las obsesiones y las respuestas emocionales asociadas se mantienen por incubación.

e).Beck y Perigault (1974) proponen que los sujetos obsesivo-compulsivos tienen una predisposición a patologías de activación o arousal provocado por hipersensibilidad a la frustración y castigo, generando deterioro en el estado de ánimo y labilidad emocional con una recuperación lenta al estado de normalidad; al no encontrar el sujeto explicación a sus cambios emocionales crea la idea patológica y las conductas asociadas a ella, así la elevación de la activación de forma progresiva facilita que un estímulo ambiental fortuito se asocie a ella de forma que la conducta, cognitivo-conductual del obsesivo-compulsivo, sea persistente y favorecida por la inestabilidad emocional, por lo que la activación proporciona nuevas posibilidades de asociación con estímulos ambientales fortuitos. En general la obsesión se produciría por "estimulación" y la respuesta emocional asociada se produciría por un estado elevado de arousal o activación fuerte y la lentitud en la inhibición y vuelta a la normalidad.

f).Otros autores proponen que la compulsión se mantiene por la reducción de la ansiedad asociada (Foa y Tillmans, 1980) aunque hay indicios de que las compulsiones puedan incrementar la ansiedad (Roper y cols, 1973), lo que supone que la eliminación de la ansiedad reduciría o eliminaría la compulsión, lo cual puede ocurrir (Foa y Tillmans, 1980). Foa (1979) propone diferenciar entre la idea obsesiva e idea sobrevalorada, y Salkovskis y Kirk (1989) proponen que los pensamientos obsesivos son exageraciones de aspectos importantes del funcionamiento cognitivo del individuo.

g).Polaino (1987) propone que los factores genéticos y de aprendizaje familiar parecen estar implicados en la emergencia de la alteración; el paradigma de evitación-evitación es uno de los que mejor explicarían el comportamiento dubitativo; el paradigma del condicionamiento clásico explica bien la aparición reiterada de las ideas obsesivas, mientras que la conducta de evitación sería un modelo explicativo más pertinente para los rituales, estos rituales parecen operar reduciendo la ansiedad; también hace referencia a la posibilidad de un aprendizaje vicario u observacional. A pesar de lo anterior mantiene la propuesta de factores genéticos implicados como vía explicativa de la aparición y mantenimiento de las obsesiones y compulsiones.

h).Domjan y Burkhard (1990) plantean que las obsesiones son pensamientos recurrentes problemáticos que suscitan gran ansiedad, y siguen la línea de Rachman (1978) por la que los pensamientos obsesivos son estímulos nocivos a los que el individuo no está habituado, por lo que el tratamiento apropiado sería provocar la habituación de las respuestas de ansiedad por tratamiento de exposición prolongada a esas ideas u

obsesiones, aunque inicialmente se incrementa la ansiedad para después reducirse según plantea experimentalmente Emmelkamp (1982). Hacen referencia también a la relación entre la teoría de los dos factores de Mowrer, al igual que Seligman, y la conducta compulsiva, proponiendo que la ansiedad está inducida por un objeto o acontecimiento real o imaginario y la compulsión es considerada como una conducta de evitación reforzada por la reducción de la ansiedad, de forma que provocar experimentalmente (Emmelkamp, 1982) la compulsión implica a un aumento de la ansiedad y la ejecución de ella una reducción de la ansiedad; según esto el procedimiento terapéutico consiste en un procedimiento de extinción de la evitación por inundación o inhabilitación de la respuesta, es decir, se provoca la compulsión pero se impide su ejecución, se inunda al sujeto con el estímulo temido sin que se pueda ejecutar el ritual, se espera así que se produzca la extinción de la ansiedad.

i). Un planteamiento adicional importante es el propuesto por Horowitz (1975) el cual expone que las personas pueden experimentar pensamientos intrusivos de forma normal en su vida cotidiana sin que ello suponga la presencia de psicopatología, y según Rachman y Silva (1978) estos pensamientos intrusivos tienen características semejantes a las obsesiones pero sin que supongan la aparición de un trastorno obsesivo-compulsivo, por lo que Rachman (1971) sostiene que las rumiaciones de carácter obsesivo pueden considerarse como estímulos nocivos cotidianos a los que los pacientes no logran habituarse, como se ha comentado anteriormente.

En general, en las teorías anteriores se hace referencia a factores de tipo genético y hereditarios, factores ambientales como características de padres, a la teoría de los dos factores y a la reducción de la ansiedad como elementos que están implicados en el origen y mantenimiento de las conductas obsesivo-compulsivas habiendo de diferenciarlas de las que son ideas intrusivas normales, ideas sobrevaloradas y las cogniciones repetitivas que pueden presentarse en cuadros de alteración del estado de ánimo como puede ser la depresión. Todo ello plantea las bases para las técnicas de evaluación y de tratamiento como pueden ser la inundación, la exposición y prevención de respuesta y la reducción de la ansiedad a fin de la habituación de las conductas obsesivo-compulsivas.

4. Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo.

Introducción.

Siguiendo la línea propuesta por Ballesteros y Carrobbles (1987) respecto a la evaluación de las conductas obsesivas habrá de hacerse referencia a la descripción de la conducta obsesivo-compulsiva en su totalidad y añadir a ella su interacción con otras áreas vitales del sujeto y especialmente en cuanto a su estado emocional de ansiedad y depresión.

En general proponen para la evaluación de la conducta obsesivo-compulsiva una serie de métodos útiles para ello como son los cuestionarios, la entrevista, la observación directa, las escalas de evaluación y las técnicas psicofisiológicas, los cuales y todos ellos se complementan unos con otros para aportar un mayor grado de información respecto a la conducta del sujeto. Del mismo modo una vez iniciado el tratamiento al comportamiento anormal obsesivo-compulsivo es aconsejable la re-evaluación volviendo a aplicar los mismos métodos para poder valorar así los efectos terapéuticos del tratamiento empleado.

Cuestionarios.

Respecto a los cuestionarios simplemente hacer referencia a dos de ellos, el Inventario Obsesivo de Leyton (IOL) (Cooper, 1970), que ha tenido una modificación según González Almendros (1984) por Allen y Tune (1975) dando lugar al Cuestionario Obsesivo-Compulsivo de Lynfield, y el Inventario Obsesivo-Compulsivo del Maudsley (OCM) (Hodgson y Rachman, 1977; Rachman y Hodgson, 1980). Ambos, aunque útiles, adolecen en el coeficiente de fiabilidad y validez suficiente por lo que los resultados psicométricos que se obtengan de la administración de ambos cuestionarios debe ser tomada con cautela, no obstante mientras se

perfeccionan o se realizan más estudios sobre la validez y fiabilidad parece que el OCM es el instrumento más viable de los que puedan conocerse para la evaluación de la conducta obsesivo-compulsiva.

Entrevista.

Respecto a la entrevista su objetivo inicial es el realizar un análisis funcional de la conducta problema, en este caso la conducta obsesivo-compulsiva, además de ello es aconsejable evaluar el nivel de stress sufrido por el sujeto o al que está sometido, de forma crónica o aguda, y en sus aspectos cualitativos y cuantitativos de leve a extremo, determinar también el nivel de adaptación en el que se encuentra dependiendo de la gravedad de la sintomatología y del deterioro que está generando en diversas áreas vitales del sujeto, junto a ello valorar la presencia de trastornos clínicos como ansiedad, depresión u otros y delimitar la presencia de trastornos de tipo orgánico y de la personalidad del paciente.

Centrando en lo referente a las peculiaridades del paciente obsesivo-compulsivo, el cual suele ser un individuo que dialoga a veces de forma locuaz y verborreico, con exceso énfasis en detalles perdiendo de vista el contenido fundamental de la contestación a una pregunta determinada de forma abierta es aconsejable una entrevista clínica estructurada y con respuestas cerradas, no obstante es importante tener cierta habilidad en la flexibilización de esta entrevista a fin de que el paciente no se sienta coaccionado o limitado y se genere en él un sentimiento de que no se le deja explicar su estado, por lo cual es importante tener la habilidad para desarrollar una entrevista eficaz mediante la cual se obtenga información relevante y al tiempo que permita al paciente expresarse. Del mismo modo, según González Almendros (1984) otros problemas posibles en la entrevista con estos sujetos es la ansiedad, el perfeccionismo, las solicitudes de confirmación, episodios de depresión y llanto, falta de atención a la conversación y aversión a ciertos temas.

Respecto a la evaluación de la conducta problema, obsesiones y compulsiones, es importante determinar los parámetros, habiendo previamente definido el número, tipo o contenido y el número y tipo de conductas compulsivas que realiza; una vez determinado ésto valorar sus parámetros de intensidad, frecuencia y duración, las situaciones o contexto en que aparecen o favorecen y cuales las inhiben, qué medios de control son utilizados por el paciente para ponerles fin si es que hay alguno y su utilidad o efectividad, detectar el estado emocional concurrente con el proceso obsesivo-compulsivo, y el grado de necesidad acumulativa, tensión o reacciones emocionales que tienen el sujeto cuando se priva la ejecución de la conducta problema.

Una vez realizado todo el protocolo de evaluación a través del análisis funcional de la conducta se aconseja decidir cual o cuales de las conductas planteadas ejercen una influencia mayor o malestar sobre el paciente estableciendo como una jerarquía de conductas problema que permita el inicio de tratamiento.

Del mismo modo parece adecuado diferenciar (Wolpe, 1958; Marks, 1981b, 1987; Salkovski y Westbrook, 1989) entre ideas obsesivas y rituales cognitivos, siendo las primeras consideradas como instrucciones involuntarias que incrementan la ansiedad y las segundas como conductas intencionadas reductoras de ansiedad o riesgo; tal diferenciación va a determinar el tratamiento de elección (Creus, 1990).

Es aconsejable determinar el nivel de adaptación del sujeto, es decir, la intensidad de la sintomatología y la influencia que pueda estar generando sobre las diversas áreas vitales del paciente, bien familiar, sexual, laboral, social, individual, etc, a fin también de tener un nivel de adaptación previo al inicio de tratamiento.

También es aconsejable la evaluación de otros trastornos, bien clínicos, de tipo orgánico o de personalidad, que pueden detectarse mediante exploración psicológica, exploración biomédica y mediante la aplicación de pruebas psicométricas encaminadas a detectar trastornos clínicos psicopatológicos y de la personalidad que está involucrados junto a la conducta problema obsesivo-compulsiva del paciente.

Del mismo modo, también es útil conocer la presencia de antecedentes personales y familiares de éstos u otros trastornos, y la utilización de fármacos que pueden estar siendo administrados, en cuanto a tipo, dosis y

tiempo de administración.

Métodos observacionales.

Respecto a los métodos observacionales cabe destacar el autoregistro (AR) mediante el cual el sujeto anota sus pensamientos obsesivos y actos compulsivos previa definición operativa de qué son cada uno de ellos; en el AR pueden incluirse otros datos a registrar como la topografía 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. El registro puede realizarse utilizando una muestra temporal de la conducta problema o bien su registro en cada ocurrencia, un tipo u otro de registro dependería de la frecuencia de ocurrencia; por ejemplo, con un sujeto que tiene pensamientos obsesivos de duda o ineficacia en la ejecución de sus tareas durante la jornada matinal laboral y que actúa compulsivamente comprobando reiteradamente cada una de la tareas realizadas es aconsejable utilizar una muestra temporal en la que registre sus pensamientos o actos en cuanto a los parámetros deseados; mientras que por ejemplo un sujeto con una compulsión de lavado de manos, con una frecuencia menor que en el ejemplo anterior, sería más bien aconsejable no hacer un muestreo temporal sino el registro de cada una de las veces que ha emitido la conducta compulsiva. El registro debe realizarse o es aconsejable que se realice de forma contingente a la emisión de la conducta problema operativizada y a registrar. También habrá de tenerse en cuenta las influencias sobre la conducta problema por el mero hecho de registrarlas, como puede ser la reactividad y la limitación de la información obtenida, que pueden provocar una reducción de la emisión de la conducta problema, aunque González Almendros (1982) afirma la posibilidad de un incremento transitorio de la frecuencia de las obsesiones-compulsiones en los primeros días de autoregistro, lo cual puede interferir con la eficacia supuesta del tratamiento y con la pérdida de información relevante. Ello no impide que el AR sea uno de los métodos más útiles de registro y de línea base del problema del paciente.

Puede hacerse también AR de controlabilidad de la conducta problema del paciente, es decir, en vez de utilizar el AR sólo como registro de la ocurrencia de la conducta anormal, podría utilizarse también y de forma anexa un AR en el que se especifique, por ejemplo, en cuantas ocasiones y cómo el sujeto logra controlar sus conductas de pensamientos obsesivos y actos compulsivos, de forma que obtienen un AR positivo que puede incrementar la motivación del paciente.

Escalas de Evaluación.

En cuanto a las escalas de evaluación es importante determinar el estado emocional del paciente, previa, durante y posterior a la ejecución de la conducta obsesivo-compulsiva, y sus modificaciones a lo largo de la aplicación del tratamiento en las mismas condiciones. Además, en segundo lugar, es aconsejable determinar la presencia de otros trastornos emocionales o psicopatológicos que pueden estar influyendo bien como factores disparadores y/o de mantenimiento de la conducta obsesivo-compulsiva.

Respecto al primer aspecto es útil realizar escalas de evaluación subjetivas en las que el paciente cuantifique subjetivamente uno o mas estados emocionales, previo, durante y posterior a la ejecución de la conducta problema, así pues podría evaluarse la depresión y hostilidad (Walker y Beech, 1969), la tensión, ansiedad e intranquilidad (Roper y Rachman, 1975) o bien la emoción subjetiva descrita por el propio paciente (Ballesteros y Carrobbles, 1987); no obstante también sería idóneo registrar la emoción que el sujeto experimenta cuando ha controlado un episodio obsesivo-compulsivo. Se pone de manifiesto (Rachman et al. 1971) que aunque las escalas de evaluación son importantes en la investigación clínica es aconsejable ser cuidadosos a la hora de elaborarlas y determinar su grado de fiabilidad y validez.

Respecto al segundo aspecto, la evaluación de estados emocionales asociados es útil mediante la aplicación de cuestionarios o escalas estandarizadas para determinar otras posibles psicopatologías del sujeto y tener así una línea base para poderla comparar con la puntuación obtenida en ella al readministrarla con cierta periodicidad a lo largo del tratamiento o al final de éste, como puede ser las escalas de ansiedad, depresión u otras en

función de la observación del estado emocional del paciente o de la sospecha de que se presente otros trastornos psicopatológicos.

Evaluación Psicofisiológica.

Respecto a la evaluación psicofisiológica es uno de los métodos de evaluación de la conducta obsesivo-compulsiva menos desarrollados y con mas dudas respecto a su valor y utilidad a pesar de la reciente importancia dada a los aspectos psicofisiológicos de la conducta y trastornos psicológicos. Esto ha llevado a la realización de una amplia gama de investigaciones en el área psicofisiológica que sólo tiene como fin el apoyar la observación psicológica realizada previamente, en cierto modo para alcanzar mayor objetividad y para la obtención de modelos explicativos y descriptivos ampliadores de los conocimientos actuales. La evaluación psicofisiológica dentro del trastorno obsesivo-compulsivo es relativamente escasa, poco útil en su aplicación práctica y resultado de seguir teorías explicativas poco desarrolladas o inadecuadas sobre la naturaleza del trastorno obsesivo-compulsivo.

5. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es un trastorno por ansiedad según la APA, y como tal ha de tratarse, sin embargo hay que tener en cuenta su carácter de trastorno especial, terapéuticamente hablando, al ser normalmente resistente a tratamiento, tanto farmacológico como conductual.

Según Pasnau (1987) los métodos y principios conductuales están jugando un papel cada vez mayor en la evaluación y tratamiento de casos diagnosticados como trastornos por ansiedad. Rimm y Masters (1974) como teóricos de los principios del aprendizaje sostienen que los principios de la conducta y desarrollo normales son también aplicables al desarrollo y mantenimiento de las conductas anormales, sin embargo Marks (1981) argumenta que esta proposición no ha sido demostrada convincentemente; a pesar de ello el modelo de la Teoría del Aprendizaje proporciona apoyo suficiente al investigador y clínico para la formulación de hipótesis de trabajo útiles en cuanto al desarrollo y mantenimiento de los diversos tipos de trastornos por ansiedad. Dollar J. Miller (1950) y Wolpe (1958) en sus estudios con animales plantea como el condicionamiento clásico, el condicionamiento instrumental y el aprendizaje social pueden actuar en el desarrollo de trastornos obsesivo-compulsivos; ello dió lugar a otras investigaciones como las de Seligman (1975) que añadieron más información sobre el papel potencial del aprendizaje en la formación de las conductas rituales.

La originalidad o diferencia fundamental del modelo conductual respecto a otros modelos, médicos o psicodinámicos, es que se centra en la conducta problema en sí misma y en las condiciones que la mantienen. Kazdin (1978) propone una serie de pasos en el proceso de evaluación y tratamiento conductual, es decir, tras haber realizado la evaluación conductual habrán de fijarse objetivos terapéuticos y el enseñar al paciente nuevas conductas o técnicas que permitan resolver de manera efectiva los problemas existentes. Una vez iniciado el tratamiento la valoración es importante e integrante de cada fase de tratamiento (Taylor, Liberman y Agras, 1982) a fin de evaluar la consecución de los objetivos propuestos, en caso de que ello no ocurra se habrá de nuevo de evaluar las conductas problema, el establecimiento de objetivos y los métodos terapéuticos empleados, provocando así una evaluación continuada de la evolución de la conducta del sujeto.

Existe una amplia gama de técnicas cognitivo-conductuales factibles de aplicación a los trastornos por ansiedad, pero todos tienen el denominador común de exponer al sujeto a los estímulos temidos durante el tratamiento; por ejemplo, en el caso de pensamientos obsesivos reiterativos la implosión es una técnica posible de aplicación, a pesar del malestar que puede provocar durante las sesiones terapéuticas (Pasnau, 1987). En la actualidad se aplican conjuntamente técnicas cognitivo-conductuales y farmacológicas que permiten una mayo rapidez y efectividad en el control por parte del paciente de su conducta problema y la instauración de conductas más adaptativas.

5.1.Tratamientos orgánicos.

Dentro de los tratamientos orgánicos se incluirán aquellos como la cirugía, el electrochoque o la farmacología (Kaplan y Sadock, 1989).

En cuanto a la cirugía se ha defendido el uso de la leucotomía o lobotomía como forma de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo; por regla general deben evitarse las intervenciones quirúrgicas irreversibles en el cerebro de pacientes con trastornos de origen psicológico, particularmente como en el caso de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo que la enfermedad tiene un curso intermitente; sin embargo hay pruebas de que la lobotomía puede disminuir la intensidad de las obsesiones y las compulsiones y puede disminuir el sufrimiento que éstas engendran incluso aunque no necesariamente mejore el nivel de adaptación social del paciente; sobre esta base la lobotomía puede ser considerada en aquellos pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo de carácter crónico, grave y no remitente, que no ha respondido a ninguna de las formas de tratamiento menos drásticas. La lobotomía consiste (The C.V. Mosby Co., 1989) en seccionar las fibras nerviosas del haz de sustancia blanca del lóbulo frontal del cerebro para interrumpir la transmisión de diversas respuestas afectivas; en la actualidad se practica poco, ya que tiene numerosos efectos impredecibles e indeseables, como alteraciones de la personalidad, aumento de la agresividad, conducta sexual inaceptable, incontinencia, apatía y falta de consideración con los demás. Como la lobotomía es una intervención sencilla, antiguamente se utilizaba con frecuencia en pacientes psiquiátricos. La técnica consiste en hacer pasar una cánula a través del hueso orbitario del ojo e introducir una asa de alambre a través de la misma hasta el cíngulo con el cual se seccionan las fibras nerviosas.

El tratamiento con electrochoque (TEC) no parece tener un efecto directo sobre las obsesiones y compulsiones, pero si estos síntomas son fenómenos secundarios a un trastorno primario del estado de ánimo, el tratamiento físico puede mejorarlos de forma paralela a la corrección del trastorno afectivo. La terapia electroconvulsiva consiste en una serie de convulsiones por inducción eléctrica en tres sesiones semanales. La teoría de la acción de la terapia electroconvulsiva es la de la potenciación que produce en las vías monoaminérgicas que salen de las zonas diencefálicas y van al hipotálamo así como a otras regiones límbicas. La tasa de mortalidad por TEC está estimada entre 1:1.000 y 1:10.000 y suele producirse por complicaciones cardiovasculares.

En cuanto a la terapia psicofarmacológica ningún tipo de fármacos tiene una acción específica sobre los propios síntomas obsesivo-compulsivos, aunque el uso de sedantes y de tranquilizantes como auxiliar de la psicoterapia puede ser útil cuando la ansiedad sea excesiva. Los antidepresivos tricíclicos, como la Imipramina y los inhibidores de la monoaminoxidasa se han utilizado con cierto éxito en estos trastornos. Cuando la depresión es un factor componente existe una mayor probabilidad de que sea útil la medicación antidepresiva.

Una revisión al Vademecum Internacional (1991) permite encontrar tan solo dos fármacos en cuyas indicaciones terapéuticas se especifica la obsesión y la compulsión, ambos fármacos son Lexatin y Analfranil. En general no existían fármacos indicados específicamente para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo; como trastorno por ansiedad es normalmente común encontrarse a pacientes que sufren el trastorno que están siendo sometidos a tratamiento psicofarmacológico con fármacos ansiolíticos y/o antidepresivos que no tienen una indicación específica pero sí utilizables para una sintomatología asociada de depresión y de ansiedad, la cual es frecuentemente un factor asociado secundario y de mantenimiento de la sintomatología obsesivo-compulsiva.

El Lexatin es un fármaco psicoléptico tranquilizante que afecta al Sistema Nervioso Central, su principio activo es el Bromacepam, se presenta en cápsulas de 1,5 mg., 3 mg. y 6 mg. de principio activo. Las dosis aconsejables son de 1,5 mg. unas 3 veces al día, y en casos graves de 3 a 12 mg. de 2 a 3 veces al día, en cualquier caso las dosis deben adaptarse al caso individual empezando por la dosis más baja e ir aumentando hasta encontrar la dosis efectiva. Administrado a dosis bajas ejerce una acción selectiva sobre la tensión psíquica, la ansiedad y el nerviosismo, y a dosis más altas tiene propiedades sedantes y miorrelajantes de gran importancia en trastornos neuróticos y psicósomáticos graves. Está indicado de forma eficaz, entre otras áreas,

en el tratamiento de enfermedades que cursen con síntomas tales como ansiedad, angustia, obsesiones, compulsiones, fobias e hipocondría, y en el tratamiento de las reacciones emocionales exageradas que surgen de situaciones conflictivas y de stress. En cuanto a los efectos secundarios parece ser que es bien tolerado incluso a dosis altas sin provocar efectos tóxicos sobre la sangre ni sobre las funciones renal y hepática. Está contraindicado en casos de miastenia grave.

En cuanto al Analfanil, es un fármaco psicoanaléptico de tipo antidepresivo que afecta al Sistema Nervioso Central, su principio activo es el Clorhidrato de Clomipramina y se presenta en grageas de 10 y 25 mg. de principio activo, en comprimidos ranurados de 75 mg. y por último en ampollas de 2 ml. de 25 mg. de clorhidrato de clomipramina. Está indicado en depresiones de cualquier etiología, sintomatología y gravedad; además en síndromes obsesivos, fobias, crisis de angustia, enuresis nocturna y síndrome de narcolepsia con crisis de cataplejía. En los casos de depresión, obsesiones y fobias la dosis oral aconsejable es de 25 mg. 2 veces al día o medio comprimido de 75 mg. al día; durante 7–10 días se aumentará la dosis diaria gradualmente hasta 4–6 grageas de 25 mg o 2 comprimidos de 75 mg. después de dos semanas de tratamiento con esta dosis de 150 mg. el paciente será controlado de nuevo, si la respuesta es menor de la esperada y la dosis bien tolerada se aumentará en una gragea de 25 mg. o en medio comprimido de 75 mg. cada 2 ó 3 días, hasta que o bien se obtenga la respuesta terapéutica o los efectos adversos no sean tolerados, o bien se alcancen los 250 mg. Una vez obtenida una clara mejoría se irá reduciendo paulatinamente la dosis hasta alcanzar una dosis diaria de mantenimiento de 2–4 grageas de 25 mg. o un comprimido de 75 mg. por término medio. En tratamientos crónicos deberá evaluarse cada 6–12 meses la necesidad de continuarlos. La dosis y forma de administración debe ser individualizada de acuerdo con los requerimientos del paciente; en principio se intentará alcanzar el efecto óptimo con las dosis más bajas posibles. Sus efectos secundarios como sucede con la mayoría de los antidepresivos tricíclicos al principio del tratamiento pueden producirse reacciones anticolinérgicas concomitantes como sudores, sequedad de boca, ligero temblor, vértigo, trastornos de la acomodación y de la micción e hipotensión ortostática, que suelen desaparecer espontáneamente a los pocos días o tras reducir la dosis; cabe la posibilidad de reacciones cutáneas alérgicas. En casos aislados y generalmente después de administrar dosis altas pueden manifestarse trastornos de la conducción de estímulos, arritmias, insomnio, estados de confusión pasajeros y aumento de la ansiedad.

Raramente se han observado trastornos de la función hepática, hiperpirexia, accesos convulsivos y en casos aislados, agranulocitosis y trombocitopenia. Está contraindicado en la hipersensibilidad conocida frente a los antidepresivos tricíclicos del grupo de las dibenzoacepinas, estado agudo de infarto de miocardio, y con el tratamiento concomitante de inhibidores de la MAO.

En cuanto a los estudios sobre la eficacia terapéutica de la Clomipramina, Marks (1988) citado por Farré (1988), realiza un complicado diseño terapéutico con 49 sujetos obsesivo-compulsivos de edades comprendidas entre 18 y 60 años sometidos a tratamiento experimental con clomipramina, autoexposición en casa y placebo, y encuentra como resultado final que la autoexposición en casa es el más potente de los factores terapéuticos estudiados incluida la farmacología; así pues la clomipramina es más bien una aceleradora de la exposición y nunca es más "antiobsesivo" que otro antidepresivo tricíclico, lo cual coincide con los estudios de Stern y Manson et al. (1980) por los que se llega a la conclusión de que la clomipramina tiene un efecto transitorio y limitado a ocho semanas.

En cuanto a la utilización de otros fármacos en relación a la serotonina, los IMAO, la conducta obsesivo-compulsiva y la terapia de conducta (Farré, 1990) se hace referencia a los estudios de Modell et al. (1989) por los que se compara la efectividad de la fluoxetina (en el mercado Adofén, Prozac y Reneuron) con la fenelcina y tranilcipromina (IMAO'S) en cuanto a la eficacia terapéutica en pacientes obsesivo-compulsivos. El diseño consiste en aplicar los tres fármacos en períodos de tiempo distintos y con un espacio libre de medicación entre uno y otro fármaco de 2 semanas; se demuestra que los inhibidores de la MAO tienen una mayor eficacia que la fluoxetina, pero a pesar de ello los resultados tampoco fueron lo suficientemente satisfactorios; sin embargo una vez terminado el proceso experimental uno de los pacientes que tenía solamente compulsiones fue sometido a terapia de exposición y prevención de respuesta con

resultados positivos que se mantuvieron a las 8 semanas de seguimiento, por tanto de entre las conclusiones del estudio cabe destacar que las técnicas conductuales parecen efectivas en el trastorno obsesivo-compulsivo en previsión del fallo de los psicofármacos.

Tratamientos conductuales.

Según Creus (1990) y Mira (1991) plantean que el tratamiento de elección es la exposición a los estímulos que provocan ansiedad a fin de que tenga lugar un proceso de habituación y la prevención de respuesta de todas aquellas conductas encubiertas o que tengan lugar abiertamente que impidan un proceso de habituación.

La habituación es según Razran (1917) la disminución y eventual desaparición de reacciones como consecuencia de su repetición, como una adaptación negativa, en la cual el organismo aprende a no responder aunque haya un enriquecimiento conductual proveniente de la experiencia (Pinillos, 1975). Por su parte Domjan y Burhard (1990) proponen que la habituación es la disposición decreciente del organismo para responder como resultado de una estimulación repetida; es decir, el sujeto deja de responder a un estímulo aunque siga siendo capaz totalmente de percibirlo y de realizar la respuesta, y esta respuesta deja de darse porque los impulsos neurológicos sensoriales no se transmiten a las neuronas motoras en base a un proceso neurológico de habituación.

Refiere Creus que en la práctica clínica es difícil la aplicación de esta técnica porque: 1).Las rumiaciones, rituales cognitivos y las conductas de evitación son difíciles de identificar y controlar.

2).El contenido de las obsesiones es idéntico que el del ritual.

3).Las conductas encubiertas tiene lugar sin que sean interrumpidas por la situación física o social.

4).La supervisión pierde sentido.

A pesar de ello afirma que no hay duda alguna de que el entrenamiento en habituación conjuntamente con prevención de respuesta mejore los resultados terapéuticos en estos pacientes, señalando que el seguimiento de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo indica que alrededor de un 70% a 75% mejoran significativamente – 50% o más de mejoría – cuando son tratados con técnicas de modificación de conducta combinadas con frecuencia con psicofármacos.

Para mejorar la técnica de exposición y prevención de respuesta se propone (Salkovskis y Westbrook, 1989) mejorar los métodos de exposición y, en segundo lugar, una explicación detallada de la prevención de respuesta de los rituales encubiertos así como intentar identificar y resolver los problemas que puedan ir surgiendo.

En general, la valoración terapéutica con técnicas de modificación de conducta es que son de destacada eficacia (Emmelkamp, 1982; Foa, Steketee y Ozarow, 1985). Mira (1991) hace un repaso a las técnicas de modificación de conducta generalmente más aplicadas como vía terapéutica a trastornos obsesivo-compulsivos, y hace referencia a la prevención de respuesta como técnica utilizada para disminuir la frecuencia de compulsiones del paciente con TOC (Mejer et al. 1974; Marks et al. 1975), y como técnicas encaminadas a los rituales obsesivos la técnica de intención paradójica, la parada de pensamiento, exposición y la intención sistemática. Estas técnicas van encaminadas a la sintomatología obsesiva; la técnica de exposición propuesta por Rachman (1977) es la técnica de mayor eficacia terapéutica (Emmelkamp, 1982; Foa, Steketee, Ozarow, 1985) que junto a la prevención de respuesta es lo que se denomina como interrupción sistemática. Es factible que esta técnica permitiendo la prevención de las compulsiones no provoque una disminución de las ideas obsesivas, por lo que se recomienda incorporar técnicas de modificación de conducta cognitiva (Robertson, 1983), McKay, Davis y Fanning (1985) proponen como técnica cognitiva más efectiva para las obsesiones y pensamientos no deseados la aserción encubierta, y como técnica cognitiva de ayuda

para combatir las compulsiones la sensibilización encubierta.

A continuación se analizan globalmente cada una de las técnicas enunciadas con anterioridad, siempre desde el punto de vista de su aplicación a conductas obsesivo-compulsivas.

Exposición.

Se trata bien de un método técnico de tratamiento o bien un componente de una técnica terapéutica, puede realizarse una exposición en imaginación o "in vivo", bien dirigida por el terapeuta o bien autodirigida por el propio paciente.

Como elemento terapéutico pertenece, entre otras técnicas, a la Terapia implosiva o inundación. Esta técnica se ha utilizado con éxito en trastornos conductuales como las obsesiones y compulsiones. Levis y Rourke (1991) exponen que la teoría y terapia implosivas representan un enfoque conductual para el tratamiento de la psicopatología, basadas teóricamente en la extensión de la teoría de los dos factores del aprendizaje de evitación de Mowrer; consiste en la presentación prolongada del estímulo condicionado en ausencia del estímulo incondicionado, la tarea principal pretende detener o eliminar la conducta de evitación exponiendo al paciente a tantos estímulos de evitación como sea posible intentando obtener una completa exposición al estímulo condicionado, ello va a generar altos niveles de respuesta emocional pero que no va seguida de una respuesta incondicionada, por lo que facilitan la condiciones para una ruptura de la asociación entre el EC y la respuesta emocional la cual sufre un proceso de extinción.

Por su parte Kwee (1991) propone en su referencia a la terapia multimodal una serie de ciclos como factores etiológicos, de mantenimiento y de terapia en cuanto a las conductas problema; plantea que el círculo IV sería correspondiente a las ganancias primarias del paciente, como por ejemplo la reducción de la tensión, y ofrece como ejemplo de conductas problema las relacionadas con un comportamiento obsesivo-compulsivo, aconsejando como técnicas de tratamiento la exposición, la prevención de respuesta y las tareas para casa graduadas. Del mismo modo hace referencia a la exposición, según criterios de Marks (1978), como técnica reductora de la ansiedad por medio de la exposición gradual prolongada a la situación temida, y como técnica actual alternativa a la desensibilización sistemática. También Meyer (1966) explica los motivos por los que la exposición y prevención de la respuesta son técnicas de mayor eficacia que la desensibilización sistemática para el tratamiento de las conductas obsesivo-compulsivas, basándose en que el sujeto podrá comprobar que las consecuencias temidas no tendrán lugar si se le expone de forma prolongada a los estímulos temidos sin dar la respuesta de evitación o la ejecución de los rituales, ya que se considera las compulsiones como la respuesta de evitación.

González Almendros (1984) propone varios parámetros a tener en cuenta a la hora de realizar un tratamiento con exposición:

- 1).El papel de la exposición a los estímulos temidos.
- 2).El tipo de exposición.
- 3).La velocidad de exposición.
- 4).El control de la exposición.
- 5).La duración de la exposición.

En cuanto al papel de la exposición a los estímulos temidos habrá que hacer referencia a los resultados encontrados por Foa, Steketee y Milby (1980) en cuanto a que la sola exposición a los estímulos temidos reducía principalmente la ansiedad subjetiva provocada por aquellos pero generando un leve descenso de las

compulsiones.

Respecto al tipo de exposición puede ser tanto en imaginación como en vivo, y según Rabavillas (1976) parece ser más efectiva la exposición en vivo que en imaginación.

En lo relativo a la velocidad de exposición de presentación puede ser gradual o rápida, sin poderse precisar una efectividad de una forma u otra.

Por otra parte, el control de la exposición bien por el terapeuta o bien por el propio paciente pueden ser igualmente efectiva.

Por último, en cuanto a la duración de la exposición, ésta puede ser larga o corta, encontrándose (Rabavillas y Cols. 1976) que la exposición larga, mayor a 80 minutos y preferentemente de 120 minutos, es más efectiva que la exposición de duración corta.

En cuanto a la exposición en imaginación para el tratamiento de las obsesiones consiste en la exposición en imaginación a la obsesión y la prevención de los componentes cognitivos para evitarla, según Rachman y Cols. (1971) en su "entrenamiento de habituación".

Prevención de respuesta.

Esta técnica va orientada a la prevención de la respuesta compulsiva y es dependiente, al igual que la exposición, de varios factores como el papel, la velocidad, la supervisión y la duración de la prevención de la respuesta.

Las técnica consiste fundamentalmente en la prohibición de ejecutar las conductas compulsivas como medio para su extinción.

En cuanto al papel de la prevención de la respuesta es imprescindible para la extinción de la conducta compulsiva (Foa, Steketee y Milby, 1980) observándose que la sola prevención de la respuesta afectaba a las compulsiones y generando una leve mejora en la ansiedad lictada por los estímulos temidos. Respecto a la velocidad de la prevención de la respuesta compulsiva puede hacerse de forma graduada o de forma brusca, sin que una forma de ambas parezca ser más efectiva. Respecto a la supervisión es preferible una supervisión continuada, ya que el sujeto al prohibírsele la ejecución de la conducta compulsiva incrementaría su necesidad de realización (Rachman y cols. 1971). Por último, en lo referente a la duración de la prevención de respuesta no parece haber estudios controlados, sin embargo Foa y Tillmans (1980) proponen que es aconsejable una prevención entre catorce y veintiún días.

Parada o interrupción de pensamiento.

Es una técnica de autocontrol cognitivo desarrollada para la eliminación de patrones de pensamiento recurrentes que son poco realistas, improductivos y/o productores de ansiedad, y bien inhiben la ejecución de una conducta deseada o sirven para iniciar una secuencia de conductas indeseables (Wisocki, 1985). Se aplica para detener los pensamientos intrusivos y rumiados que el sujeto padece de forma obsesiva, previamente el sujeto deberá ser capaz de detectarlos, dificultad que debe de salvar debido a que tales pensamientos obsesivos pueden permanecer automáticamente en el pensamiento del sujeto de forma continuada sin que sea consciente de ellos y necesite un esfuerzo para detectar previamente estos pensamientos automáticos para poder después hacer la detención del pensamiento intrusivo. A veces será posible llegar a detectar y detener la rumiación de pensamientos intrusivos; lo que puede ser realmente más difícil es impedir la intrusión de ideas obsesivas, es decir, podrá el sujeto disminuir la frecuencia de las rumiaciones pero puede ser realmente complicado reducir la frecuencia de las intrusiones de ideas obsesivas. Por ello es necesario que previamente a la detención del pensamiento obsesivo rumiado el paciente tenga capacidad de darse cuenta que lo está

rumiando para poder así detectarlo previamente a su detención.

Intención paradójica.

Según Caballo (1991) es una técnica catalogada dentro del grupo de técnicas basadas principalmente en el condicionamiento clásico. Ascher y Hatch (1991) plantean que fue Dunlap en 1928 quién utilizó la técnica sistemáticamente en un ámbito conductual, sugiriendo que la respuesta no deseada debería practicarse de una manera específicamente determinada con el objetivo de llevarla bajo el control del individuo. Por su parte McKay y cols (1985c) proponen que la técnica se basa en la Terapia Breve de Erikson y Frankl y que sus principios y prácticas han sido elaboradas y exploradas por Haley y por los miembros del Instituto de Investigación Mental de Palo Alto en California.

Parece ser eficaz al ser utilizada para un tratamiento breve de los síntomas individuales que se perciben como involuntarios, y entre otros casos para las obsesiones y compulsiones.

Especialmente útil cuando se trata de un síntoma único y bien definido, aunque también es conveniente y rápida cuando se trabaja con varios síntomas interrelacionados.

McKay y cols (1985c) proponen una serie de condiciones, reglas o principios para la utilización de la técnica:

- 1).No preocuparse de por qué existe tal conducta o problema sino por cual es en sí la conducta problema.
- 2).Ser lo más específico posible a la hora de delimitar la conducta problema y sus antecedentes y consecuentes, ya que el problema en sí es la solución.
- 3).Favorecer la resistencia del paciente al tratamiento lo que conllevará un incremento de la colaboración.
- 4).Definir la conducta objetivo, es decir, llegar a delimitar con exactitud qué se pretende conseguir en términos de cambio de conducta.
- 5).Asegurar el compromiso de cambio de conducta por parte del paciente.
- 6).Establecer un límite de tiempo terapéutico
- 7).Prescripción del síntoma, es el núcleo de la técnica de intención paradójica, consiste en provocar en el paciente un incremento de la conducta problema, se pretende con ello demostrar que el cambio no es el cambio del síntoma en sí sino que lo que realmente se tiene como objetivo es cambiar la solución que el paciente ha venido aplicando infructuosamente al síntoma, es decir, se está dirigiendo al paciente a buscar lo que habitualmente evita y romper el círculo vicioso síntoma-solución-síntoma, por ejemplo, en el perfeccionismo obsesivo lo que debe cambiarse no es cometer errores sino la obsesión irracional por evitar cometer errores, si se le propone al paciente cometer errores dejará de preocuparse por la perfección, dejará de preocuparse por los errores que pueda cometer.
- 8).Incluir una variación en la conducta usual, es decir, realizar una modificación en alguno de los parámetros de intensidad, duración, localización, circunstancias, secuencia, topografía, tiempo, etc, de forma que cada vez que se recomienda la ejecución de la conducta con alguna modificación se incrementa la probabilidad de un cambio posterior, por ejemplo la comisión de pequeños fallos en el caso obsesivo-compulsivo comentado anteriormente.
- 9).Reformular el problema en el lenguaje del cliente, que se realiza cuando se está prescribiendo el síntoma y describiendo las variaciones que el paciente debe llevar a cabo, es decir, se le pide esencialmente que haga lo que no quiere hacer pero de una forma comprensible y motivadora para la ejecución de las instrucciones.

10).Asegurar el acuerdo en seguir las instrucciones, si bien se realiza en cierto modo en los pasos anteriores, es aconsejable concluir cada sesión con un resumen de la actuación deseada y el convencimiento claro de que el paciente está de acuerdo en seguir las instrucciones; lo importante es que el paciente entienda las instrucciones, las acepte y realice un esfuerzo relativamente sincero para seguirlas con el objetivo de eliminar la respuesta de evitación.

11).Predecir una recaída especialmente en los casos de rápida progresión en la modificación de la conducta problema, haciéndole comprender al paciente que la mejoría no supone un progreso lineal sino que puede haber adelantos, paradas y retrocesos en el proceso terapéutico, lo cual puede permitir al paciente establecer una comparación que permita valorar las diferencias entre su estado previo al inicio del tratamiento con su situación actual de progreso; durante la recaída también se puede valorar la capacidad de control que tiene el paciente sobre su sintomatología.

12).Desmitificar y/o retirarse, una vez conseguido el objetivo terapéutico se debe abandonar el proceso de tratamiento, explicar al paciente qué se ha realizado descubriéndole la técnica de intención paradójica siempre y cuando esto no conlleve una pérdida de la efectividad del tratamiento y por último permitirle al sujeto que pueda por sí mismo aplicar la técnica sin necesidad del terapeuta.

Aserción encubierta.

La aserción encubierta es una técnica cognitiva que contiene dos componentes dirigidos a reducir la ansiedad emocional, uno de ellos es la interrupción del pensamiento y el otro la sustitución del pensamiento. El primero de ellos, la interrupción del pensamiento, es propuesto por Bain (1928) y aplicado posteriormente a los pensamientos obsesivos por Wolpe (1958); la sustitución del pensamiento, el segundo de ambos componentes, fue propuesta por Meichenbaum (1977) denominando al proceso como entrenamiento en inoculación al stress.

La técnica de aserción encubierta se utiliza al inicio de pensamientos que generan malestar emocional interrumpiéndolos y se llena el espacio vacío por pensamientos positivos previamente preparados que sean más realistas, asertivos o constructivos. El procedimiento de interrupción consiste en gritar la palabra "basta" ó "stop" hasta llegar progresivamente a la interrupción subvocal sin necesidad de verbalizar la orden de interrupción, lo cual habrá de repetirse reiteradamente hasta la extinción de los pensamientos negativos a interrumpir. El procedimiento de sustitución supone el elegir previamente frases a utilizar cognitivamente previa a la aparición, al comienzo, durante y/o después de un suceso considerado como aversivo. La aserción encubierta, según los Principios del Apendizaje, actúa como castigo o táctica distractora en el caso de la interrupción del pensamiento reduciendo la probabilidad de recurrencia de los pensamientos negativos dejando paso a la aparición de, y sustitución con, pensamientos más adaptativos; así las emociones negativas quedarían cortadas, creando un circuito de retroalimentación positivo en el cual los pensamientos adaptativos dan origen a emociones más confortables que a su vez proporcionan un refuerzo positivo a la aparición de aserciones positivas adicionales. Es útil para una amplia constelación de pensamientos obsesivos, y especialmente cuando el cuadro obsesivo-compulsivo tiene una predominancia cognitiva más que comportamental, ya que no pretende ser tan efectiva para el tratamiento de las conductas rituales compulsivas (McKay, Davis y Fanning, 1985a).

Sensibilización encubierta.

La sensibilización encubierta es una técnica cognitiva desarrollada por Cautela (1967) para tratar hábitos destructivos que han sido considerados como las mayores fuentes de emociones dolorosas y se caracterizan por la asociación de la ganancia a corto plazo y con la pérdida a largo plazo.

La técnica, en general, es una forma de eliminar el hábito asociando la conducta habitual, por ejemplo compulsiva, con algún estímulo imaginario muy desagradable, de forma que el hábito deja de evocar imágenes placenteras y empieza a asociarse con algo nocivo y repulsivo hasta que los hábitos pierdan la

mayor parte o todo su atractivo. Entre estos estímulos imaginarios aversivos pueden ser la náusea, el dolor físico, el ostracismo social, el rechazo o cualquier otra experiencia desagradable. Es una técnica efectiva cuando se trata una situación particular pero no en situaciones generalizadas, es decir, una persona se hace sensible a algo desagradable que asocia a un hábito, en un marco o situación particular.

El proceso de aplicación de la técnica supone en primer lugar la práctica de la relajación progresiva de Jacobson como proponen Cautela y Groden (1985), posteriormente se analiza funcionalmente el hábito destructivo, a continuación se crea una jerarquía placentera o escenas en las que la persona anticipa, se prepara, ejecuta y/o disfruta el hábito destructivo, ordenándolas por la valoración subjetiva cuantitativa asignada a cada una de las escenas, una vez realizado esto se busca algún pensamiento repulsivo o aterrador para el sujeto que le provoque mucha ansiedad cuando se piense en él y genere una sensación corporal explícita, de forma que cuando la persona sea capaz de imaginar claramente la escena y experimentar la aversión está preparada para empezar a aparejarla con los ítems de la jerarquía placentera realizada. Para aparejar cada ítem es aconsejable empezar con una descripción detallada de un ítem en particular de la jerarquía, introducir la escena aversiva que desconecte aquello de lo que se disfruta e imaginar que se está mejor tan pronto como se detiene aquello que se hacía; la escena aversiva debería ser tan desagradable como sea posible, y es necesario asegurarse de que se detiene la escena aversiva tan pronto como cesa la conducta destructiva habitual y permitir la entrada inmediata de sentimientos de alivio, comodidad y relajación. Ello debe hacerse con cada uno de los ítems de la jerarquía. Por último, se debe practicar la sensibilización encubierta en la vida real, es decir, una vez que se ha dominado la técnica en imaginación hay que practicar el procedimiento en presencia de objetos o situaciones reales.

Cuando en la vida real surga la posibilidad de eliminar una conducta desagradable mediante la sensibilización encubierta imaginando la escena aversiva, evitando el hábito y sintiéndose mejor, también es aconsejable la práctica del control encubierto por el que se pretende recompensarse a sí mismo con conductas de alta frecuencia gratificantes para reemplazar el antiguo hábito, y hacer una lista de tres a cinco frases con los resultados positivos que se consiguen evitando el antiguo hábito (McKay, Davis y Fanning, 1985b).

Para González Almedros (1984) el proceso terapéutico conlleva una serie de pasos generales:

En primer lugar se realiza la evaluación detallada de la conducta problema, utilizando los medios técnicos de los que disponemos para realizar un específico análisis funcional de la conducta que nos lleve a determinar los factores de mantenimiento, una vez realizado esto se decide las técnicas a aplicar, dependiendo de:

- 1). Si se trata de una conducta obsesiva sin compulsiones, aplicar exposición prolongada en imaginación de los estímulos temidos.
- 2). Si se presentan además de las obsesiones un componente compulsivo, aplicar exposición más prevención de respuesta.
- 3). Si las compulsiones son reductoras de ansiedad, aplicar exposición y prevención de respuesta, o si son incrementadoras de ansiedad aplicar la intención paradójica.
- 4). Si los rituales compulsivos son independientes de la ansiedad, se aplicaría la programación del síntoma.
- 5). Si las compulsiones no causan malestar pero se dan en ocasiones concretas, aplicar la distracción atencional.
- 6). Si existe un componente emocional que actúa como estímulo discriminativo para las obsesiones y/o compulsiones, la técnica aplicable es la modificación de conducta emocional previamente al tratamiento obsesivo-compulsivo.

En segundo lugar, una vez decididas las técnicas a utilizar se suele explicar al paciente su problema y las medidas terapéuticas que son aconsejables aplicar. Posteriormente se diseña el programa de tratamiento de forma detallada y adecuada al caso individual. A continuación se aplica el tratamiento, y por último al finalizar el tratamiento el paciente debe tener capacidad de control sobre su conducta problema o no tenerla.

6. Bibliografía.

- Allen,J.J, y Tune,S.S. (1975): The Lynfield obsesional/compulsive questionnaires, en Scott Med. J. 1975, 20, supl. 1, 21–26.
- Ajuriaguera,J. de (1991): Manual de Psiquiatría Infantil, 4ª Edc. Edt. Masson S.A. Barcelona, 1991.
- APA (1987): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM–III–R. Edt. Masson, S.A. Barcelona, 1987
- Ascher,M. y Hatch,M.L. (1991): El empleo de la intención paradójica en terapia de conducta, en Caballo,V.E. (comps) 1991 op. cit.
- Baín (1928): El control del pensamiento en la vida diaria.
- Ballesteros, R.F. y Carrobles,J.A.I. (1987): Evaluación de las conductas obsesivas, cap. 15 en Evaluación Conductual, 3ª Edición revisada. Edt. Pirámide. Madrid, 1987.
- Beck, A.T. et cols. (1983): Terapia Cognitiva de la depresión. Edt. Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Beech,H.R. y Peigault,J. (1974): Toward a theory of obsessional disorder, en Beech,H.R. Obsessional states, Mathuen, Londres, 1974.
- Bender,L. y Schilder,P. (1940): Impulsions, specific disorder in children. Arch. Neurol. Psychiat. 1940, 44, 990–1005.
- Bird,J. y Harrison,G. (1987): Examination notes in psychiatry. Wright, Bristol, 1987.
- Black,A. (1974): The natural history of obsessional neurosis, en Beeck,H.R. Obsessional states, London, Methuen, 1974.
- Bollea,G. y Giannotti,A. (1972): Depressiones e reazioni ossivo–compulsive. Neuropsychiatria infant. 1972, 130–131, 178–186.
- Caballo,V.E. (1991) (comps): Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Edt. Siglo XXI. Manuales de Psicología. Madrid, 1991.

HISTERIA.

La denominación de histeria es clave para pensar la psicopatología. Pero cabe aclarar que tanto el manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM–IV), como el manual CIE 10 borran la denominación histeria debido a los diferentes teorías al respecto y la imposibilidad de consensuar una definición común. Pero se refieren a ella bajo otras denominaciones. Este hecho por si solo podría dar lugar a infinidad de disquisiciones y discusiones.

El término histeria proviene de hysteron, del griego útero, esta basado en la antigua medicina griega y desde allí tradicionalmente se la consideraba a la histeria como enfermedad del útero, por lo tanto de las mujeres. En

la actualidad ha quedado descartada esta postura, considerándose que no existe relación alguna con el útero ni es una entidad exclusiva de las mujeres.

Para el **Psicoanálisis** el término histeria no puede pasar desapercibido ya que se constituye en un pilar teórico. Para el psicoanálisis la disquisición nosográfica se centra en tres grandes estructuraciones, neurosis, psicosis y perversión. Dentro de la neurosis se concentra la división de histeria, neurosis obsesiva, y para algunas posturas se incluiría también la fobia (para otras no). La histeria como neurosis estructural, puede decirse que es la estructuración típica de la neurosis, se convierte en el paradigma de esta. Remitiendo estructuralmente a la posición sexuada de un sujeto, remitiendo a la posición decente.

Históricamente se la articuló como **Histeria de conversión**, por su estrecha relación con lo corporal. Siguiendo las lecturas de J. Lacan, las estructuras básicas dependen de una relación simbólica en la dialéctica también simbólica del paso edípico del ser al tener. Cobra importancia el significante en relación a la falta y la completud del Otro (significante fálico). Planteado así, se parte de momentos lógicos cruciales y determinantes en la constitución del sujeto, y de diferentes maneras según las cuales un sujeto se relaciona o no con lo simbólico de estas apreciaciones. Así cobra importancia la posible intervención del significante llamado paterno (no del padre real) y su intervención en la dialéctica. En este sentido los tres grandes caminos posibles:

En la neurosis se reprime la significación primordial, reservándose entonces el término utilizado por Freud característico de la estructuración neurótica Verdrängung (Represión). Esta estructura esta Basada en inscripción de la función significante como punto de origen. La neurosis se describe en relación a la función simbólica relacionada con la instancia de demarcación de una legalidad en relación a la triangulación edípica (significante nombre del padre).

La neurosis encarna estructuralmente la dinámica de una pregunta, pregunta sin una respuesta definitiva que no posee respuesta psíquica en relación al significante. Al modo de la histeria relacionada con la identidad sexual (¿soy hombre o mujer? o ¿qué es ser una mujer?); al modo obsesivo relacionada con la contingencia de la propia existencia (¿quién soy?, ¿qué soy?, ¿estoy vivo o muerto?, ¿por qué existo? o ¿soy o no soy?).

A continuación se definirán las categorías diagnósticas de los trastornos Somatomorfos y disociativos del **DSM-IV** que involucrarían principalmente a la histeria (fundamentalmente a lo que la psiquiatría clásica denominó histeria de conversión).

Vinculación de la histeria con el deseo, más precisamente con el deseo del Otro.

Trastornos Somatomorfos, en él se pueden ubicar diferentes subcategorizaciones de las cuales el Trastorno de conversión, el Trastorno de somatización y el Trastorno somatomorfo indiferenciado presentan en el manual las siguientes características básicas:

Antecedentes de síntomas físicos y persistes durante varios años con la consiguiente búsqueda de atención médica, los cuales provocan un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas de la actividad del individuo. Suelen presentarse en diferentes zonas del cuerpo, como también aparecer síntomas gastrointestinales distintos al dolor, síntomas sexuales o pseudoneurológicos. Todos esos síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia. Además aclara el manual que si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. También aclara que los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados como ocurriría en el trastorno facticio y en la simulación.

Trastornos Disociativos dentro de los cuales puede situarse:

La "**Amnesia disociativa**" (Uno o más episodios de incapacidad para recordar información importante (generalmente de naturaleza traumática o estresante)).

La "**Fuga disociativa**" (viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o el trabajo con incapacidad para recordar el pasado del individuo produciéndose una confusión en relación a la identidad).

El "**Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple)**" (dos o más identidades o estados de personalidad).

El "**Trastorno de despersonalización**" y el "**Trastorno disociativo no especificado**" (cuando el la disociación es demasiado amplia para ser explicada a partir de un olvido ordinario y produce un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no es debida a sustancias o a una enfermedad médica neurológica).

La Neurastenia no es tomada por el DSM-IV pero si en el manual de diagnósticos de enfermedades mentales CIE 10, como una categorización menor (dentro de Otros trastornos neuróticos). Sin embargo constituye una entidad que debe relacionarse también con lo que otras lecturas teóricas llaman histeria (caracterizada por la queja, el desgano y el aumento del cansancio tras realizar algún esfuerzo mental o físico frente a tareas cotidianas o que requieren esfuerzos mínimos). Su utilización suele asociarse a diferentes entidades psicopatológicas. Pero se la sigue mencionando porque remite a la abulia y el decaimiento muy extendido en sujetos neuróticos.

Sobre lo Comportamental...

El término "conversión" se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas. parálisis y anestias.

Los trastornos disociativos presentan a veces una negación llamativa de problemas o dificultades personales que son obvios para los demás y cualquier problema reconocido como tal, se atribuye a los síntomas disociativos porque hay presencia de características clínicas pero ausencia (después de las exploraciones clínicas complementarias) de un trastorno somático que pudiera explicar por lo que se formula una génesis psicógena (aunque sean negados por el enfermo).

Se puede mencionar la Amnesia disociativa (cuya característica principal es la pérdida de memoria en general para hechos recientes importantes, no debida a un trastorno mental orgánico y demasiado intensa como para ser explicada por un olvido ordinario o por cansancio. La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva. Esta amnesia varía permanentemente pero hay un núcleo común persistente que no puede ser recordado. La Fuga disociativa (es igual que una amnesia disociativa, pero se produce también un desplazamiento intencionado lejos del hogar o del lugar de trabajo, durante el cual se mantiene el cuidado de sí mismo. En algunos casos puede asumirse una nueva identidad. Pero no se sostiene por períodos prolongados. El Estupor disociativo (disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y respuesta normal a los estímulos externos. Permanece inmóvil, sin hablar, durante largos períodos de tiempo, pero con evidencia de una génesis

psicógena tales como acontecimientos biográficos estresantes recientes, cuando no se trata de estupor catatónico y estupor maníaco o depresivo).

Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad (una pérdida o alteración de la funciones motriz según la idea que el paciente posee de su enfermedad sin que se encuentre una causal somática, por ejemplo áreas limitadas con las ideas del enfermo sobre las funciones corporales y no con los principios de la psicopatología). Se destacan las Anestesias, y el Trastorno de personalidad múltiple (dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, y el que cada vez se manifiesta sólo una de ellas).

LISTADO DEL CATÁLOGO DE TRASTORNOS

DSM-IV

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1.994.

• Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:

- *Retraso mental:* leve, moderado, grave, y profundo.
- *Trastornos del aprendizaje:*
 - ◆ Trastorno de la lectura
 - ◆ Trastorno del cálculo
 - ◆ Trastorno de la expresión escrita
 - ◆ Trastorno del aprendizaje no especificado
- *Trastorno de las habilidades motoras:* Trastorno del desarrollo de la coordinación.
- *Trastornos de la comunicación:*
 - ◆ Trastorno del lenguaje expresivo
 - ◆ Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
 - ◆ Trastorno fonológico
 - ◆ Tartamudeo
 - ◆ Trastorno de la comunicación no especificado.
- *Trastornos generalizados del desarrollo:*
 - ◆ Trastorno autista
 - ◆ Trastorno de Rett
 - ◆ Trastorno desintegrativo infantil
 - ◆ Trastorno de Asperger
 - ◆ Trastorno generalizados del desarrollo no especificado.
- *Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:*
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:
 - ◆ Tipo combinado
 - ◆ Tipo con predominio del déficit de atención
 - ◆ Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.
 - Trastorno disocial
 - Trastorno negativista desafiante
 - Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.
- *Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:*
 - Pica
 - Trastorno de rumiación

- Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez
- *Trastornos de tics:*
 - Trastorno de la Tourette
 - Trastorno de tics motores o vocales crónicos
 - Trastorno de tics transitorios
 - Trastorno de tics no especificado
- *Trastornos de la eliminación:*
 - Encopresis:
 - ◆ Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
 - ◆ Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
 - Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
- *Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:*
 - Trastorno de ansiedad por separación
 - Mutismo selectivo
 - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
 - Trastorno de movimientos estereotipados
 - Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado.
- ◆ **Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:**
 - ◇ *Delirium:*
 - Delirium debido a...(indicar enfermedad médica)
 - Delirium inducido por sustancias
 - Delirium por abstinencia de sustancias
 - Delirium debido a múltiples etiologías
 - Delirium no especificado
 - ◇ *Demencia:*
 - Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:
 - No complicada
 - Con delirium
 - Con ideas delirantes
 - Con estado de ánimo depresivo
 - Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:
 - No complicada
 - Con delirium
 - Con ideas delirantes
 - Con estado de ánimo depresivo
 - Demencia vascular:
 - No complicada
 - Con delirium
 - Con ideas delirantes
 - Con estado de ánimo depresivo
 - Demencia debida a enfermedad por VIH
 - Demencia debida a traumatismo craneal
 - Demencia debida a enfermedad de Parkinson
 - Demencia debida a enfermedad de Huntington
 - Demencia debida a enfermedad de Pick
 - Demencia debida a ...(indicar enfermedad médica no enumerada antes)
 - Demencia no especificada
 - ◆ Trastornos amnésicos:
 - ◇ Trastorno amnésico debido a ...(indicar enfermedad médica)
 - ◇ Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

- ◊ Trastorno amnésico no especificado.
- ◆ Otros trastornos cognoscitivos: Trastorno cognoscitivo no especificado.

· **Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados:**

- Trastorno catatónico debido a ... (indicar enfermedad médica)
- Cambio de personalidad debido a ...(indicar enfermedad médica)
- Trastorno mental no especificado debido a ...(indicar enfermedad médica)

• **Trastornos relacionados con sustancias:**

- ◆ Trastornos relacionados con el alcohol:
 - ◊ Trastornos por consumo de alcohol: .
 - Dependencia de alcohol
 - Abuso de alcohol
 - ◊ Trastornos inducidos por el alcohol: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, y Trastorno relacionado con alcohol no especificado
- ◆ Trastornos relacionados con alucinógenos:
 - ◊ Trastornos por consumo de alucinógenos:
 - Dependencia de alucinógenos
 - Abuso de alucinógenos
 - ◊ Trastornos inducidos por alucinógenos: Intoxicación, Trastorno perceptivo persistente, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno del estado de ánimo.
- ◆ Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar):
 - ◊ Trastornos por consumo de anfetaminas:
 - Dependencia de anfetaminas
 - Abuso de anfetaminas
 - ◊ Trastornos inducidos por anfetaminas: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno del estado de ánimo.
- ◆ *Trastornos relacionados con cafeína:*
 - ◊ Trastornos inducidos por cafeína: Intoxicación, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, y Trastorno relacionado con cafeína no especificado.
- ◆ *Trastornos relacionados con cannabis:*
 - ◊ Trastornos por consumo de cannabis:
 - Dependencia de cannabis
 - Abuso de cannabis
 - ◊ Trastornos inducidos por cannabis: Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con cannabis no especificado.
- ◆ *Trastornos relacionados con cocaína:*

- ◇ Trastornos por consumo de cocaína:
 - Dependencia de cocaína
 - Abuso de cocaína
- ◇ Trastornos inducidos por cocaína: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con cocaína no especificado.
- ◆ *Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):*
 - ◇ Trastornos por consumo de :fenciclidina:
 - Dependencia de fenciclidina
 - Abuso de fenciclidina
 - ◇ Trastornos inducidos por fenciclidina: Intoxicación, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado.
- ◆ *Trastornos relacionados con inhalantes:*
 - ◇ Trastornos por consumo de inhalantes:
 - Dependencia de inhalantes
 - Abuso de inhalantes
 - ◇ Trastornos inducidos por inhalantes: Intoxicación, Delirium, Demencia, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de ansiedad, y Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.
- ◆ *Trastornos relacionados con nicotina:*
 - ◇ Trastornos por consumo de nicotina: Dependencia de nicotina.
 - ◇ Trastornos inducidos por nicotina: Abstinencia y Trastorno relacionado con nicotina no especificado.
- ◆ *Trastornos relacionados con opiáceos:*
 - ◇ Trastornos por consumo de opiáceos:
 - Dependencia de opiáceos
 - Abuso de opiáceos
 - ◇ Trastornos inducidos por opiáceos: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Trastorno psicótico, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno del sueño, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.
- ◆ *Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:*
 - ◇ Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - ◇ Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y

Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

◆ *Trastornos relacionados con varias sustancias:* Dependencia de varias sustancias.

◆ *Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas):*

◇ Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas):

· Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)

· Abuso de otras sustancias (o desconocidas)

◇ Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas): Intoxicación, Abstinencia, Delirium, Demencia, Trastorno amnésico, Trastorno psicótico, Trastorno de ansiedad, Trastorno del sueño, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno sexual, y Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado

◇ **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**

· *Esquizofrenia:*

• Tipo paranoide

• Tipo desorganizado

• Tipo catatónico

• Tipo indiferenciado

• Tipo residual

· *Trastorno esquizofreniforme*

· *Trastorno esquizoafectivo*

· *Trastorno delirante*

· *Trastorno psicótico breve*

· *Trastorno psicótico compartido (folie a deux)*

· *Trastorno psicótico debido a...(indicar enfermedad médica)*

• Con ideas delirantes

• Con alucinaciones

· *Trastorno psicótico inducido por sustancias*

· *Trastorno psicótico no especificado.*

· **Trastornos del estado del ánimo:**

• *Trastornos depresivos:*

◆ Trastorno depresivo mayor

◆ Trastorno distímico

◆ Trastorno depresivo no especificado

• *Trastornos bipolares:*

◆ Trastorno bipolar I

◆ Trastorno bipolar II

◆ Trastorno ciclotímico

◆ Trastorno bipolar no especificado.

• *Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica*

- *Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias*
- *Trastorno del estado del ánimo no especificado.*
- **Trastornos de ansiedad:**
 - ◆ *Trastorno de angustia sin agorafobia*
 - ◆ *Trastorno de angustia con agorafobia*
 - ◆ *Agorafobia sin historia de trastorno de angustia*
 - ◆ *Fobia específica (animal, ambiental, situacional, etc.)*
 - ◆ *Fobia social*
 - ◆ *Trastorno obsesivo–compulsivo.*
 - ◆ *Trastorno por estrés postraumático*
 - ◆ *Trastorno por estrés agudo*
 - ◆ *Trastorno de ansiedad generalizada*
 - ◆ *Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica*
 - ◆ *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*
 - ◆ *Trastorno de ansiedad no especificado*
 - ◆ **Trastornos somatomorfos:**
 - ◇ *Trastorno de somatización*
 - ◇ *Trastorno somatomorfo indiferenciado*
 - ◇ *Trastorno de conversión*
 - ◇ *Trastorno por dolor*
 - ◇ *Hipocondría*
 - ◇ *Trastorno dismórfico corporal*
 - ◇ *Trastorno somatomorfo no especificado*
 - ◇ **Trastornos facticios:**
 - *Trastorno facticio:*
 - Con predominio de signos y

- síntomas psicológicos
- Con predominio de signos y síntomas somáticos
- Con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos

· *Trastorno facticio no especificado.*

· **Trastornos disociativos:**

- *Amnesia disociativa*
- *Fuga disociativa*
- *Trastorno de identidad disociativo*
- *Trastorno de despersonalización*
- *Trastorno disociativo no especificado*

• **Trastornos sexuales y de la identidad sexual:**

- ◆ *Trastorno de identidad sexual*

◆ *Para*

◆ *Tras
de
la
iden
sexu*

◆ **Tras
de
la
conc
alim**

