

Un Modelo Estructural Funcional de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos

An Structural-Functional Model of Obsessive-Compulsive Disorder

Isabel Pinillos Costa

Centro de Servicios Psicológicos Isabel Pinillos - España

Resumen. El tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo necesita incorporar nuevas aportaciones a las ya validadas experimentalmente, como la prevención de respuesta (EPR) y el tratamiento farmacológico lo cual plantea la necesidad de un modelo explicativo. El presente artículo pretende contribuir a difundir un marco explicativo del trastorno y estimular una línea de investigación científica. El soporte teórico se ha basado en diversidad de teorías como las neurofisiológicas que apoyan la visión modular transformacional del psiquismo, la de la disociación estructural de la personalidad, la del aprendizaje, la cognitivo-conductual, la sistémica, del desarrollo, la psicodinámica y la de relaciones objetales. A la luz de este estudio, el trastorno obsesivo compulsivo pueden ser considerado como un problema especial de traumatización crónica compleja que da lugar a procesos disociativos, tanto de escisión horizontal entre niveles consciente e inconsciente, como de tipo vertical como consecuencia de la disociación estructural de la personalidad.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, traumatización compleja, disociación vertical y horizontal.

Abstract. Obsessive-compulsive disorder needs to incorporate further contributions to the ones already experimentally validated, as the exposure and response prevention (ERP) or the pharmacological treatment. In order to fill this gap, the need of an explanatory model is raised. This article intends to contribute to divulge an explanatory framework of the disorder and stimulate a scientific line of investigation. The theoretical support is based on several theories as neurophysiologic theories which support the psychism modular-transformational approach, the structural dissociation of the personality theory, and also the learning, cognitive-behavioral, systemic, development, psychodynamic and object relations theories. In the light of this study, the obsessive-compulsive disorder can be considered a special complex chronic traumatization problem that cause dissociative processes of both the horizontal split between conscious and unconscious levels and the vertical type, as a consequence of the structural dissociation of the personality.

Key words: obsessive-compulsive disorder, complex traumatization, vertical and horizontal dissociation.

La investigación referente al trastorno obsesivo compulsivo se ha centrado fundamentalmente en el tratamiento farmacológico, en técnicas como la prevención de respuesta (EPR) y la terapia cognitiva conductual (Arnedo, Roldán y Morell, 1996; Jaurrieta, 2008; Vallejo, 2001), así como en la búsqueda de instrumentos de evaluación fiables y válidos (Nicolini et al., 1996; Ulloa et al., 2004), poniéndose de manifiesto la inexistencia de un modelo teórico que explique la etiología y dinámica funcional de este trastorno.

El presente artículo, basado en una amplia experiencia clínica a lo largo de 25 años con cientos de casos de pacientes obsesivos compulsivos, apoyado en diversidad de modelos como el modular transformacional del psiquismo, el de la disociación estructural de la personalidad, el del aprendizaje, el cognitivo-conductual, el sistémico, el del desarrollo, el psicodinámico, el analítico y el de las relaciones objetales, junto con las nuevas teorías y avances de la neurofisiología, plantea cubrir este vacío teórico con sus correspondientes repercusiones en el diseño de un tratamiento eficaz para el complejo trastorno obsesivo compulsivo.

Este modelo del psiquismo complejo, apoyado en las modernas teorías neurofisiológicas, coincidente con la visión modular transformacional y constructivista relacional, que en la reseña del libro *The Dissociative Mind* (Howell, 2005) expone J. Díaz-Benjumea (2007), está compuesto por un conjunto de partes en interacción más o menos relacionadas entre sí, con funcionamiento en paralelo.

Modelo del psiquismo

El concepto de la mente como un sistema compuesto por muchas partes con roles y funciones dentro del sistema, se viene planteando de forma recurrente a lo largo de la historia de la psicología; primeramente lo hicieron Janet (1889a/1976) y Freud (1923/1998) con el ello, el yo y el superyó y posteriormente, como recoge Lawrence en el Newsletter de EMDRIA (1998)¹, con el niño, el adulto y el padre como estados de yo del análisis transaccional, en las subpersonalidades de la psicosis, en los enfoques cognitivos conductuales cuando se refieren a los esquemas en la psicología del desarrollo y en el modelo de sistema de familia interna.

Por otra parte, desde la neurofisiología, las investigaciones parecen confirmarlo claramente. Rubia (2000), ha comparado la personalidad con una gran orquesta que ocupa un vasto territorio con base fisiológica en el cerebro y el sistema nervioso. Considera como el más llamativo de los engaños cerebrales que la consciencia sea entendida como una unidad mental. Informa que los resultados de sus experiencias, tanto de laboratorio como las derivadas de la observación de las lesiones cerebrales, dicen justo lo contrario. Cada vez resulta más evidente que el cerebro se compone de cientos de módulos que responden a los requerimientos derivados del entorno.

Según afirma Rubia (2000) somos una sociedad de mentes distintas, tantas como módulos cerebrales poseemos. Siguiendo con la metáfora de la orquesta, en un determinado momento pueden estar tocando todos los instrumentos a la vez o tal vez solo un instrumento, en función de lo que requiera lo que hay que interpretar. Cada módulo, cada instrumento, es un estado del yo que puede asociarse con otros para formar una orquesta entera, o un cuarteto, o simplemente optar por tocar en solitario.

Las pautas consistentes de funcionamiento de los módulos mentales conforman los aspectos característicos de una persona, constituyendo su personalidad que se manifiesta ante los demás cómo el modo particular de pensar, de hablar, de actuar, de expresarse, de relacionarse con el entorno y de inclinarse por unos intereses y no por otros, y todo ello, de un modo consistente y a largo plazo. Se trata así de un patrón que especifica de modo duradero las percepciones, relaciones y pensamientos respecto al entorno y a nosotros mismos, y que se manifiesta mediante rasgos perceptibles para los demás.

La personalidad suele contemplarse como un sistema organizado o estructurado que incluye diferentes subsistemas psicobiológicos, los cuales se relacionan y funcionan interdependientemente en los individuos sanos (Benyakar, Kutz, Dasberg y Stern, 1989).

¹ El texto de la citada comunicación ha sido traducido por Cristina Sabarte

Numerosos autores aportan distintas percepciones de este concepto de personalidad, pero siempre considerándola como un sistema global que encuadra varias partes funcionando de un modo coherente y coordinado (Allport, 1961; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008) y determinando mediante su organización dinámica la conducta y el pensamiento característico de cada ser humano.

Tomando el concepto de nación como un “conjunto de vínculos materiales, espirituales o afectivos, que ligan a los habitantes de un territorio, concretados en la participación de una misma cultura, junto con la conciencia de pertenecer a una comunidad diferenciada, con un pasado histórico común y propio, en el que se reconocen, y especialmente con un porvenir que debe ser autónomamente determinado por los integrantes de esa comunidad” (Diccionario Encarta, 2010), se propone como una definición perfecta para aplicarla a la personalidad.

Del mismo modo que ocurre en el concepto de nación, donde los vínculos adoptan la forma de bienes materiales, espirituales o afectivos comunes para todos sus integrantes, la personalidad como sistema se compone de varios conjuntos de vínculos cuyos componentes pueden ser pensamientos, afectos, sensaciones, conductas, recuerdos. Así como en una nación los habitantes están ligados a un territorio, el territorio de la personalidad se sustenta en nuestra propia fisiología, donde el cerebro y el sistema nervioso ocupan un lugar destacado. E igual que dentro del territorio de la nación existen comunidades, en el territorio mental existen estados psicobiológicos basados en las conexiones neuronales y sus correspondientes asociaciones neuroquímicas que forman unidades individuales y diferenciadas del resto.

Sabemos que los integrantes de una nación participan de una misma cultura y conciencia de pertenecer a una comunidad única y dispar de sus vecinas, con un pasado histórico común y propio, en el que se reconocen, y un porvenir que viene determinado por los integrantes de esa comunidad. También en una personalidad sana todas las partes están integradas, existiendo conciencia de pertenencia, compartiendo todas el reconocimiento de la historia pasada como propia, y reconociendo el liderazgo de una parte ejecutiva que da paso a los componentes que más convengan en cada caso en función de las necesidades de adaptación, colaborando de ese modo a la construcción de un futuro común para todo el organismo.

Dentro del concepto de personalidad, como en el de nación, se da igualmente la existencia de diferentes comunidades trabajando conjuntamente para el progreso de nuestro ser, produciendo asociaciones entre ellas, generando sistemas y redes de vigencia más o menos autónoma pero que, trabajando conjuntamente con otras redes vecinas, y éstas, a su vez, con otras más alejadas, forman un conjunto de “comunidades” que en tanto en cuanto funcionan coordinadamente facilitan, como decimos, el progreso de la personalidad.

En definitiva, la personalidad se compone de varios conjuntos de vínculos entre estados psicobiológicos basados en las conexiones neuronales y sus correspondientes asociaciones neuroquímicas, cuyos componentes pueden ser pensamientos, afectos, sensaciones, pensamientos, conductas, recuerdos, existiendo conciencia de pertenencia al grupo compartiendo la historia pasada como propia, y que al funcionar coordinadamente, reconociendo el liderazgo de una parte ejecutiva, facilitan la adaptación y el progreso de la comunidad personal.

Este sistema interno que constituye la mente se puede conformar de muy diversas maneras en función de las relaciones entre sus elementos básicos, así como de las relaciones y eficacia entre los distintos niveles y jerarquías en que se estructura cada una de estas subpersonalidades funcionales.

Este modelo de estados del yo, de la mente compuesta por diversas subpersonalidades, implica la posibilidad de que entre estas partes pueda haber una mayor o menor integración y cooperación. Según sostiene Schmidt (1999) en el Newsletter de EMDRIA, el grado de integración entre las partes puede ser definido en relación a un continuum. Un extremo del cual (diferenciación adaptativa) está caracterizado por buena comunicación y cooperación entre las partes. En el punto medio (disociación defensiva) hay tanto alianzas como conflictos entre las partes. El otro extremo del continuum (disociación patológica) está caracterizado por conflictos importantes entre los estados del yo y amnesia entre las partes.

Organización del sistema mental: sistemas y medios

Las subpersonalidades están a cargo de atender a las distintas necesidades que requiere la adaptación a la vida, por lo que asumen roles y funciones dentro del sistema.

Sistemas de acción. La organización del conjunto de roles y funciones que constituyen la personalidad se agrupan en base a las funciones que asumen dentro del sistema. Las distintas funciones se organizan en los denominados sistemas de acción.

Existen dos categorías básicas de sistemas de acción (Lang, Bradley y Cuthbert, 1998). La primera categoría incluye los denominados “sistemas de acción de la vida cotidiana”, y la segunda, los “sistemas de acción frente a la amenaza”, que se encargan de la defensa y la supervivencia del individuo ante la amenaza física (Carver, Sutton y Scheier, 2000; Lang, 1995; Van der Hart et al., 2008).

El equilibrio requiere eficiencia mental para acoplar los sistemas de acción a los objetivos más inmediatos de la vida cotidiana. Eso significa que funcionarán de manera interdependiente un sistema de acción del otro, con uno de ellos dominando en un momento dado, pero sin dejar completamente abierto o cerrado al otro (Siegel, 1999). Digamos que existen límites de funcionamiento, filtros estimulares y grados de inhibición recíproca, necesitando funcionar interdependientemente unos de otros, con uno de ellos dominando en un determinado momento.

Dentro de estas categorías elementales de sistemas de acción, existen diferentes subsistemas específicos, algunos de los cuales se explicarán más detenidamente y se muestran en la Figura 1 (Configuración de la personalidad: sistemas y tendencias de acción).

Tendencias de acción. Cada subsistema de acción tiene su modo de propio de funcionar para alcanzar sus objetivos que se manifiestan por medio de las denominadas tendencias de acción. Las tendencias de acción, que consisten en actos reflejos, conductas, sensaciones, emociones, pensamientos, creencias, pueden clasificarse en varios niveles (Van der Hart et al., 2008).

Las tendencias de acción inferiores incluyen los reflejos básicos incondicionados y condicionados. Constituyen formas de responder automáticas donde no hay reflexión alguna. Pueden ser muy eficaces porque en determinadas circunstancias nos permiten reaccionar rápidamente y librarnos del peligro. Este nivel de tendencia de acción nos impele a la huida o a la paralización frente a una amenaza, ya que pensar en una situación así sería contraproducente. En este nivel básico también podemos incluir tendencias de acción de imitación, donde actuamos siguiendo modelos interiorizados de una manera automática.

Las tendencias de acción de nivel intermedio incluyen las creencias y acciones reflejas que suelen ser reduccionistas y pueden ignorar el contexto.

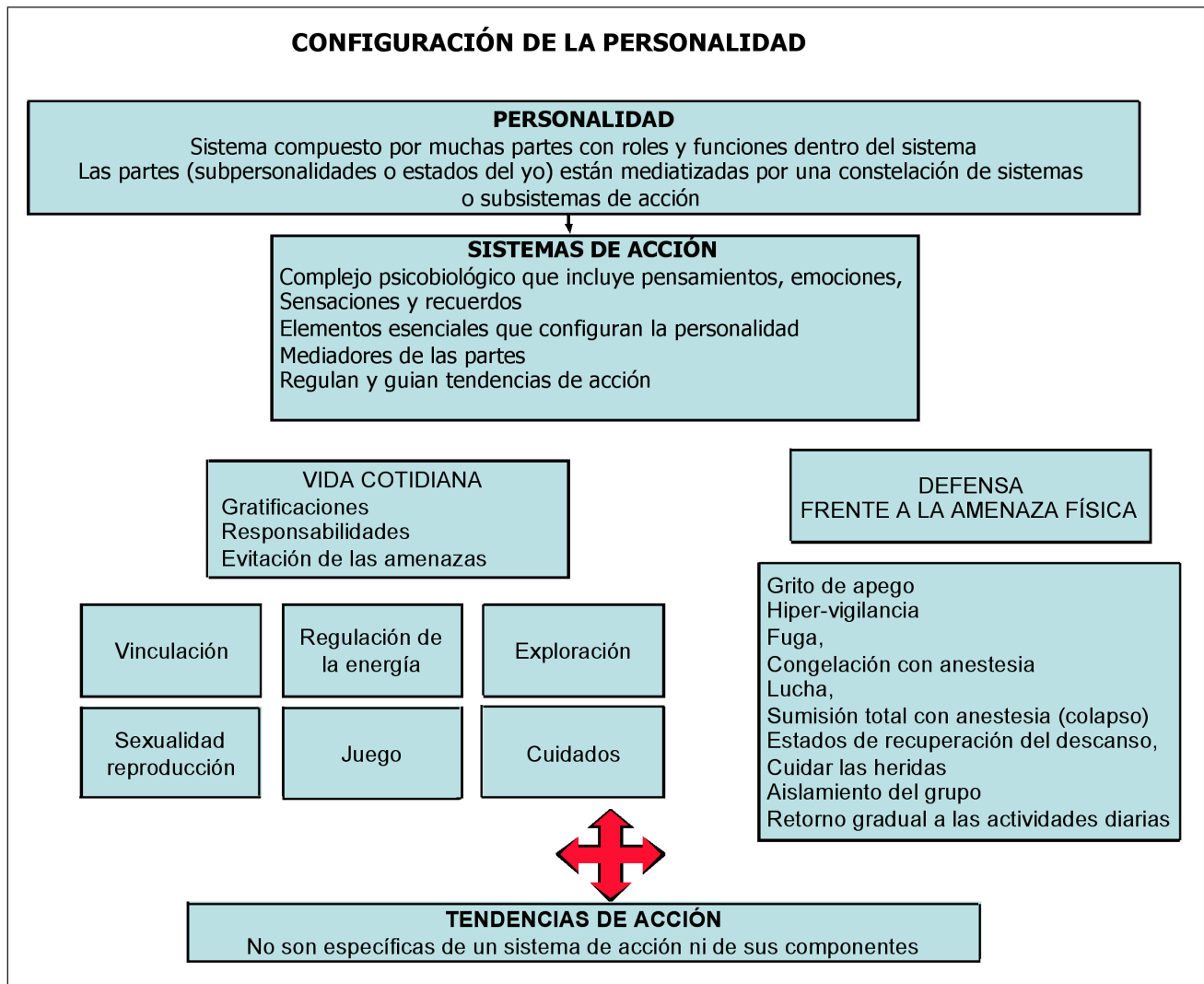
Por último las tendencias de acción de nivel superior son las que utilizan las funciones superiores de la mente que implican invertir en objetivos a largo plazo y distribuir la energía en acciones complejas y mantenerlas en el tiempo como acciones voluntarias con iniciativa, perseverancia, paciencia y moralidad.

Dependiendo de las condiciones del contexto, puede ser más adaptativo un nivel de tendencia de acción inferior que otro de nivel superior.

Los Sistemas de acción encargados de la defensa. El sistema de acción encargado de la defensa incluye varios subsistemas: el *grito del apego*, que es una llamada desesperada para el acercamiento y la conexión con el cuidador, es el llanto del niño que llama desesperadamente la atención de su madre; la *hiper-vigilancia* donde el organismo se pone en alerta preparándose para afrontar la amenaza; la *fuga* cuando podemos huir del peligro; la *lucha* cuando nos enfrentamos; la *sumisión total con anestesia (colapso)* cuando no podemos hacer otra cosa ya; y los *estados de recuperación del descanso, cuidar las heridas, aislamiento del grupo y el retorno gradual a las actividades diarias* (o sea, a los sistemas de acción de la vida diaria) (Fanselow y Lester, 1988; Nijenhuis, 1994, 1999).

Estos subsistemas, encargados de defendernos frente a las amenazas físicas, se pueden asimilar frente a otro tipo de amenazas como las provenientes del contexto interpersonal donde el abandono, la soledad o el rechazo

Figura 1. Configuración de la personalidad: sistemas y tendencias de acción (elaboración propia)



constituyen aspectos importantes que ponen en marcha acciones defensivas. Las tendencias de acción responsables de la defensa social están vinculadas a la defensa física y pueden haber evolucionado a partir de aquellas (Gilbert, 1989, 2001). Eso justifica que incluyan estados psicofisiológicos similares a los propios de la defensa física como hipervigilancia, huida, lucha, paralización y sumisión. Por ejemplo, la aversión a las miradas y el ocultarse, literal o emocionalmente, tienen características similares a la sumisión y la huida. La manifestación de intensas emociones negativas como la agresividad pueden dañar la reputación social y, por tanto, deben ser moduladas u ocultadas como hacen algunos animales con el color de sus pelajes (Van der Hart et al., 2008)

Hay por tanto un paralelismo entre los subsistemas de acción encargados de la defensa física y los responsables de la defensa social, ocupándose los primeros de la protección en su vertiente física, y los segundos en su componente relacional y social, incluyendo no solo la aproximación a los estímulos atractivos sino también el control de la impresión social y demás formas de defensa social que tienen por objetivo la protección de los propios vínculos y del status social (Gilbert, 2000).

Pero también las acciones defensivas se activan frente a las amenazas que provienen del mundo interno, en relación a aspectos de la personalidad no aceptables, de cierto tipo de recuerdos, de emociones rechazables o temidas, de percibir pensamientos, deseos, impulsos, fantasías, que resultan intolerables si queremos mantener

la imagen positiva que todos pretendemos de nosotros mismos. Estos aspectos que desencadenan acciones cuyo objetivo es la represión de los mismos por debajo del nivel de la conciencia, constituyen la sombra personal en términos de Jung (1939/1999). Sistemas de acción a cargo de la vida cotidiana están implicados en la detección temprana de estas amenazas internas que atentan contra la integridad de nuestra personalidad o a los prolegómenos de determinados sufrimientos.

Según sostienen Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2008), para desenvolverse adaptativamente en la vida cotidiana es preciso no solo ser consciente de las posibles amenazas físicas y de las amenazas sociales como el abandono, la soledad y el rechazo sino también de las amenazas internas que provienen de emociones, pensamientos y deseos intolerables.

Las tendencias de acción que intentan evitar las amenazas que nos llegan desde nuestro interior, no sólo nos defenderán de las emociones, pensamientos o fantasías que resulten para nosotros mismos imposibles de asumir, sino que en su batalla contra el dolor pueden actuar en algunos casos como defensa social y puesto que parecen evolucionar de las defensas físicas, adoptarán formas que podremos asimilar a éstas.

Las tendencias de acción implicadas en la defensa interior pueden implicar acciones conductuales (altruismo, autolesionarse, beber, comer compulsivamente, trabajar en exceso) y los denominados mecanismos de defensa mentales (represión, despersonalización, aislamiento, formación reactiva, racionalización, negación, proyección...) cuyo objetivo es tanto impedir que afloren aspectos del mundo interno, como cortar o reducir los efectos indeseables si se produce el fracaso de mantenerlos bajo la conciencia.

Como plantea Goleman (1998), el mecanismo de defensa es una maniobra de seguridad que utiliza la personalidad para no quebrarse, constituyéndose como una armadura protectora. De forma que los mecanismos de defensa o represión constituyen trucos de la atención a los que recurrimos para evitar el dolor, evitando que pensamientos y recuerdos dolorosos pasen al área de la conciencia. Son, por tanto, dispositivos cognoscitivos para ocultar, modificar y distorsionar la realidad con el fin de evitar el sufrimiento.

Observando la función de los mecanismo de defensa con el fin de evitar, vencer, escapar, distorsionar, ignorar o sentir angustias, frustraciones y amenazas por medio del retiro de los estímulos cognitivos que las producirían, se encuentra una similitud con las dos estrategias básicas de la defensa frente a la amenaza física como son la huida (despersonalización, retracción de conciencia, amnesia, disociación) o la lucha (desplazamiento, formación reactiva, negación, racionalización, identificación con el agresor, introyección).

Es de especial relevancia en los problemas obsesivos compulsivos, el papel de los sistemas de acción encargados de la evitación de las amenazas sociales y muy especialmente de las amenazas internas, que dentro de una compleja dinámica que implica distintos sistemas de acción, se plasman en ineficaces tendencias de acción entre las que se encuentran las acciones sustitutivas que constituyen las obsesiones.

Procesos disociativos y disociación estructural

Poder comprender la etiología y dinámica que se da en los trastornos obsesivos compulsivos también requiere profundizar en el concepto de disociación, para entender las complicadas maniobras defensivas y los mecanismos psíquicos que se ponen en funcionamiento y que se manifiestan por medio de las obsesiones.

El término disociación en principio hacía referencia a una división de la personalidad o de la conciencia (Janet, 1889b /2007; Van der Hart y Dorahy, en prensa).

Se puede considerar que la disociación estructural implica una obstaculización de la progresión natural en dirección a la integración de los sistemas psicobiológicos de la personalidad (Putnam, 1997), lo cual se produce en relación a sucesos traumáticos junto con un inadecuado nivel de energía y eficiencia mental del individuo que lo padece.

Según J. Díaz-Benjumea (2007), Howell afirma que no se puede suscribir la disociación a lo traumático entendido como algo fuera de lo ordinario. En un sentido estadístico, el trauma es normal, y también la diso-

ciación. La disociación está también relacionada con entornos familiares caóticos, abusivos o negligentes, con el apego (Barach, 1991; Carlson, 1998; Liotti, 1999; Lyons-Ruth, 2003; Ogawa et al, 1997) y con ansiedad severa producida por relaciones interpersonales (Putnam, 1997; Siegel, 1999; Schore, 2003).

La disociación se puede definir como la separación de contenidos experienciales y mentales que normalmente están conectados. Siguiendo la concepción de la mente, desarrollada desde distintos campos en las últimas décadas, que recoge Howell (2005) como compuesta por múltiples *selves* parciales, a su vez subdivididos y con mayor o menor grado de conexión, podemos concluir que hay una multiplicidad flexible, adaptativa, en el polo de la salud y una pseudounidad patológica al acercarnos al polo de la psicopatología. El trastorno disociativo de la personalidad, está en el extremo y presenta una mayor disociación pero no mayor multiplicidad.

Según recoge J. Díaz-Benjumea (2007) se está produciendo un cambio desde el inconsciente y la conciencia unitarios de Freud, hacia una concepción de la mente configurada por medio de estados cambiantes, de carácter discontinuo y con múltiples niveles de conciencia e inconsciencia.

El proceso disociativo puede dar lugar a un efecto estructural, cuya característica consiste en una división organizada y perdurable de los contenidos experienciales del *self* (Nijenhuis, Van der Hart, y Steele, 2004).

Profundizar en el concepto de disociación, aspecto necesario para entender la patología obsesiva, implica analizar dos tipos de disociación claramente discriminatorias.

A continuación se indican los argumentos que J. Díaz-Benjumea (2007) expone, recogiendo las aportaciones de Howell (2005), donde se revisa el concepto de la represión que de acuerdo a los conocimientos actuales de la psicología y la neuropsicología, puede ser comprensible gracias al concepto de disociación.

La represión es la exclusión completa de información a la conciencia. Según Freud, la represión es una defensa, y en este sentido es activa e incluye una intencionalidad inconsciente.

En contraposición, Janet, aunque pudiera existir un uso activo como en el caso de la “fobia al recuerdo”, considera que es una consecuencia de una angustia insoportable. Cuando una persona está aterrorizada o abrumada por una emoción extrema, es incapaz de asimilar la experiencia en el marco mental con que cuenta, e incapaz de conectar la experiencia con el resto de la historia personal, fallando las funciones sintetizadoras de la psique.

En línea con Janet, se sustenta la teoría de la disociación estructural (Nijenhuis, Van der Hart y Steel, 2004) que es considerada como una teoría evolutiva integradora. Como consecuencia del trauma, se produce una disociación estructural, que genera por un lado, síntomas disociativos negativos, y por otro lado síntomas intrusivos, agudos y estresantes como *flashbacks*, pensamientos intrusivos, o experiencias corporales repentinas, considerados síntomas disociativos intrusivos positivos. En ambos casos, se trata de ideas y funciones que no se han integrado dentro del marco mental previo, cuyo rango va desde una experiencia corporal simple, un recuerdo, una emoción, hasta un estado de identidad disociado.

Con respecto a los síntomas negativos, las pérdidas son sólo aparentes, porque esas experiencias están disponibles para otras partes de la personalidad disociadas y, en las intrusiones, una parte disociada de la personalidad temporalmente entra en el dominio psicobiológico de otra parte.

Esta teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart et al., 2008) sugiere que los pacientes con trastornos complejos relacionados con el trauma se caracterizan por una división de la personalidad en dos partes diferentes, cada una con su propia base psicobiológica. Una o más partes “aparentemente normales” (PANs), utilizan sistemas de acción cuyo fin es la adaptación a la vida diaria, mientras dos o más partes emocionales (PEs) están fijadas en las experiencias traumáticas. Todas las partes están atascadas en tendencias inadaptadas de acción que mantienen la disociación.

Una vez planteadas estas dos formas alternativas que pueden dar lugar a procesos de disociación, nos sirve como guía explicativa de los conceptos de represión y de disociación el resumen que J. Díaz-Benjumea (2007) realiza siguiendo a Howell (2005), recalcando como diferencias importantes los siguientes aspectos:

La represión es motivada, defensiva y es algo que uno hace, mientras que la disociación es fundamentalmente un proceso psicológicamente pasivo, automático, como consecuencia de que fallan las funciones sintetizadoras de la psique.

La represión se refiere a una información que una vez fue accesible pero luego no, mientras la disociación normalmente se refiere a la división de la experiencia en la que las partes permanecen una junto a la otra. En la disociación, las organizaciones de la experiencia compiten y se mantienen apartadas, como es el caso en la “personalidad emocional” y la “personalidad aparentemente normal”.

Howell (2005) conceptualiza la represión como escisión horizontal y la disociación como escisión vertical, de forma que la persona que reprime recuerdos o deseos actúa como unidad con respecto al contenido reprimido, creando una disociación estructural entre la conciencia y el inconsciente.

Teniendo en consideración lo anterior, se hace necesario formular una teoría que implique la conceptualización de la disociación en base a dos criterios. Un criterio basado en el tipo de modalidad de escisión: escisión horizontal (entre nivel consciente-inconsciente) frente a la escisión vertical (el material escindido reaparece en distintos momentos); y el otro en torno al tipo de proceso, activo versus pasivo. Todo ello es considerado un aspecto clave en orden a poder formular un modelo explicativo acerca del trastorno obsesivo-compulsivo.

Los procesos disociativos, dentro de la concepción de un *self* múltiple, caracterizado por una multiplicidad de distintas partes que en sí mismas tienen partes, puede producir una enorme complejidad en la forma de relacionarse estas partes externa e internamente.

Se puede asentar, de acuerdo a la experiencia clínica, con J. Díaz-Benjumea (2007), que recoge la idea de Fairbairn que plantea Howell (2005) en su libro *The Dissociative Mind*, que lo que se internaliza en realidad son patrones relacionales.

Todo lo cual nos introduce en un polipsiquismo, ya que se ha trascendido el concepto de un *self* simple que internaliza un objeto u objetos, hacia el de un *self* múltiple que internaliza relaciones con las implicaciones que conlleva de cara a formular la dinámica interna. Contenidos reprimidos, estados del *self* organizados alrededor de un afecto, partes emocionales, partes defensivas que internalizan aspectos malos de figuras de apego, son aspectos objeto de disociación.

Modelo explicativo de la génesis del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Esta propuesta de un modelo, tanto estructural como funcional, explicativo de la etiología de la patología obsesivo-compulsiva, se asienta en varios aspectos que se interconectan de una especial manera y que se citan a continuación:

- 1) *El primer aspecto tiene relación con una fobia al sufrimiento, entendido como un contenido emocional negativo.*

Tradicionalmente las fobias han sido relegadas a los trastornos de ansiedad y dirigidos hacia fenómenos externos. Sin embargo, Janet (1903/1908) expresó perfectamente claro que las fobias pueden estar relacionadas también con experiencias internas como pensamientos, sentimientos, fantasías, sensaciones (McCullough et al., 2003; Nijenhuis, 1994; Van der Hart, Steele, Boon y Brown, 1993).

La observación de repetidos casos de pacientes con TOC muestra cómo han tenido una infancia marcada por el sufrimiento. Graves problemas familiares, problemas en la pareja parental, enfermedades físicas o mentales de los padres, falta de recursos, separaciones traumáticas, etc.

Por medio de situaciones o escenas que se repiten numerosas veces, el niño aprende una serie de determi-

nados esquemas y de maniobras de defensa. Los esquemas de atención que se aprenden en la infancia se auto-perpetúan. Una vez que se ha aprendido a esperar una determinada amenaza, el individuo está predispuesto a buscarla, encontrarla y confrontarla o a apartar la mirada y evitarla. Recordemos cómo en la represión hay que tener en consideración la naturaleza de los hechos, de forma que aquello que produce sentimientos dolorosos se desea olvidar y por tanto se reprime intencionadamente del pensamiento consciente. Esas experiencias dolorosas que el niño percibe en su entorno de manera repetitiva, van a condicionar en forma gradual el estilo defensivo (Goleman, 1998). El niño aprende a temer el dolor y adquiere creencias reflejas negativas acerca de su capacidad para afrontarlo, como por ejemplo: “no tengo fuerzas para superar el sufrimiento”, “me va a durar siempre”, “estoy indefenso” o “no tengo control”. Esta fobia a la emoción negativa asociada al sufrimiento y las creencias acerca de la incontrolabilidad de la emoción, condicionan el tipo de proceso defensivo.

Este proceso defensivo, basado en la fobia al afecto, es decir a la emoción que la persona ha aprendido a asociar al sufrimiento, se extiende a otros estímulos asociados con el afecto temido, por medio de procesos complejos de condicionamiento, de forma que se transfiere de forma inconsciente, automática y persistente las aversiones de un estímulo a otro (Baeyens, Hermans y Eelen, 1993).

Hay que resaltar la importancia que los fenómenos complejos de condicionamiento clásico tienen en los problemas obsesivo-compulsivos. Los estímulos presentes en las situaciones que producen una respuesta interna de miedo o temor ante el sufrimiento, provocan posteriormente esas mismas respuestas por medio de procesos de condicionamiento contextual, que se pueden ir generalizando a otros estímulos asociados.

2) De lo anterior se deriva cómo la parte encargada de la evitación de la amenaza interna relacionada con la fobia hacia el contenido emocional negativo, se dispara ante estímulos condicionados (los que señalan y los que aluden a esa emoción) utilizando tendencias de acción que bloquean las emociones temidas como la despersonalización y la retracción de la conciencia de los contenidos cognitivos asociados, provocando la escisión horizontal entre la conciencia y los contenidos reprimidos.

Para defenderse de esta fobia al dolor, percibida como una amenaza interna, se utiliza una parte que, funcionando por debajo de la conciencia, se activa ante todos los estímulos condicionados al contexto, ya sea mediante condicionamiento de primer orden como de segundo orden debido a procesos de condicionamiento contextual, así como los que se derivan de procesos de generalización.

Las acciones mentales utilizadas por el sistema de acción encargado de evitar la amenaza interna que supone el dolor y los estímulos condicionados activan como respuesta condicionada de tipo interno la disminución del nivel de conciencia que incluye mareos o vértigos, distracción o actitud ausente, confusión o aturdimiento, nebulosidad y la despersonalización. Asimismo se puede dar una respuesta condicionada externa que persigue la evitación por medio de acciones conductuales como estar muy ocupado, el uso de drogas, el sexo, las compras, etc. con el objeto de bloquear o prevenir la emoción temida. Es bien sabido cómo el vacío mental, la falta de ocupación y el ocio suelen ser disparadores de ansiedad y obsesiones, ya que aluden al mundo interno, sede de contenidos temidos.

El caso de un paciente obsesivo-compulsivo ilustra este aspecto del proceso. Este paciente de 23 años observaba desde pequeño un gran sufrimiento en su madre, que tenía una depresión crónica, de forma que la incapacitaba para poder atender a sus tareas de madre y ama de casa. Puede recordar las ocasiones en que su madre, desesperada, pedía ayuda emocional a su padre y éste intentaba dársela, pero sin ningún resultado. El sufrimiento de su madre y la impotencia de su padre generaron en él una fobia al sufrimiento que asociaba a desesperación y a la creencia de indefensión frente al afecto negativo, que expresaba como “no tengo fuerzas ni capacidad para superar la desesperación”. Asimismo esta situación fue el origen de un rasgo de su personalidad apoyado en la creencia de que “tengo que hacer las cosas perfectas”, con la función de intentar paliar el sufrimiento materno.

Este aspecto ilustra cómo, debido a la fobia al dolor, se generan creencias y conductas preventivas, que por su utilización frecuente, constituyen rasgos extremos de la personalidad, como por ejemplo el perfeccionismo de los obsesivos.

Se entiende que el sistema de acción responsable de evitar la amenaza del sufrimiento, reacciona ante los estímulos condicionados al mismo, llevando a cabo tendencias de acción que originan la represión. De esta forma aparece una escisión entre estos contenidos reprimidos y la conciencia, dando lugar a una primera disociación estructural (Howell, 2005). Debido a lo cual, aspectos aprendidos valorados negativamente que incluyen el dolor son rechazados y temidos. Aparece una fobia a dichos contenidos internos, dando lugar a una defensa de evitación que utiliza mecanismos frente a la amenaza proveniente de dichos contenidos y los reprime intencionadamente de su pensamiento consciente, constituyendo una primera disociación basada en la escisión horizontal y de carácter activo, defensivo.

Esta parte defensiva, utilizada como bastión contra la información dolorosa, opera en un nivel inconsciente, por lo que la capacidad de detectarla se hace especialmente difícil y contribuye a la cronificación del problema, constituyéndose ya como un hábito defensivo las maniobras utilizadas. La parte a cargo de la represión utiliza la despersonalización para no sentir y la retracción de conciencia para no ser consciente de los aspectos asociados a lo doloroso.

Una defensa exitosa se convierte en un hábito, y el hábito modela el estilo de actuación de una persona. Convertirse en adepto a ese tipo de estrategias significa que cultivamos ciertas partes de nuestra experiencia mientras que bloqueamos otras. Fijamos fronteras al espectro de nuestros pensamientos y sentimientos, limitamos nuestra libertad de percepción y de acción a fin de evitar el dolor.

La hipótesis formulada explica porqué los pacientes obsesivos compulsivos son extraordinariamente miedosos de ciertos contenidos mentales internos como también de los indicios externos que aluden a dichos contenidos.

Por otro lado, aparte de la despersonalización y retracción de contenidos a la conciencia, se producen otros efectos en la personalidad, como consecuencia de esta fobia al sufrimiento. Se intenta mantener un férreo control emocional por medio de diversas tendencias de acción como la hipertrofia de la función racional. Por medio de la inatención selectiva, se controla la conciencia de los eventos que afectan, con una vigilancia continua, para no captar nada de aspectos de la vida que son etiquetados como áreas de peligro. La inatención selectiva es la contrapartida del proceso de concentración, aquí el objetivo es evitar el objeto percibido. Para Sullivan (Howell, 2005) aunque sea similar a la represión, también es distinto porque no hay amnesia, lo no atendido puede ser recordado si se pone suficiente atención en ello. Sin embargo, el resultado puede desembocar en disociación.

De todo lo anterior también se deriva la falta de habilidades para el manejo emocional, lo cual alimenta el temor al mundo emocional, que a su vez refuerza la necesidad de control, por una parte y por otra refuerza la represión.

Esta forma de disociación horizontal, producida por la represión y los efectos colaterales que produce en el sistema mental, se considera como una de las claves previas para la posterior génesis del TOC y aspecto relevante para comprender la dinámica posterior que se produce en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Resumiendo, el sistema mental queda dividido debido a una parte fijada en la evitación de la amenaza interna, provocando la separación de contenidos (emoción, percepciones, cogniciones) del nivel consciente.

Se utiliza un férreo control emocional por medio de la inatención selectiva, la hiperracionalización y determinadas creencias con una función defensiva como puede ser las relacionadas con el perfeccionismo. Y la parte defensiva, funcionando por debajo de la conciencia, provoca y mantiene reprimidos los contenidos dolorosos. Este proceso de defensa del psiquismo, activo y con intencionalidad inconsciente es el responsable de producir y mantener la represión. De esta manera el dolor y sus contenidos asociados permanecen reprimidos por debajo de la conciencia, produciendo una escisión entre consciente y ciertos contenidos inconscientes.

3) Otro aspecto tiene relación con estados del yo y experiencias de traumatización que contienen el afecto negativo objeto de la represión.

Se sabe que la integración es un logro evolutivo (Steele, Van der Hart y Nijenhuis, 2005) de forma que estados de ansiedad o miedo intenso a lo largo del desarrollo, interrumpen la conexión entre algún estado del *self* (Putnam, 1997). Frente al concepto de rasgo, como tendencia en la persona a sentir, percibir, pensar y comportarse de una cierta manera, los estados mentales son bloques en el comportamiento y en la conciencia, que rompen el sentido de continuidad del sujeto. Esta ruptura, y siguiendo a Putnam (1997), puede explicar cómo en el TOC, se interrumpe y retarda la conexión entre algún estado del *self*, debido a los estados de miedo o ansiedad intensa que le produce el sufrimiento vicario o propio. Este estado que no queda suficientemente integrado, activa la parte defensiva frente a la amenaza interna ya que contiene la emoción objeto de la fobia.

Pero también por medio de experiencias traumáticas que provocan dolor (en estos casos relacionadas con el núcleo emocional-cognitivo objeto de la represión) se produce una disociación estructural de la personalidad de forma que una o varias “partes emocionales” quedan fijadas en la experiencia traumática y en uno o más de los subsistemas de defensa física. La personalidad queda estructuralmente disociada en una “parte aparentemente normal de la personalidad” (PAN) y una o más “partes emocionales” (PEs). La o las PEs se activan ante estímulos condicionados a la traumatización, pero como ésta implica una amenaza interna también, sirve asimismo como estímulo disparador de la defensa frente a la amenaza interna. Tendencias de acción fijadas en las respuestas de hipervigilancia, lucha o huida disparan la despersonalización o acciones encaminadas a la retracción de conciencia, por lo que específicamente en el TOC, las partes emocionales (PEs) están involucradas en la evitación de la amenaza interna.

Se puede concluir que el trastorno obsesivo-compulsivo implica disociación tanto la producida por la escisión horizontal en palabras de Howell (2005) como disociación estructural de la personalidad (Van der Hart et al., 1998).

Como resultado de la disociación estructural, la personalidad se escinde en una parte aparentemente normal (PAN) y una o más partes emocionales (PEs) que se mantienen fijadas en los recuerdos traumáticos. La parte emocional (PE) está típicamente fijada en uno o más de los subsistemas de defensa física (alerta, huida, lucha, paralización), y además está involucrada en defensas psicológicas (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005), ya que es utilizada por la “parte aparentemente normal de la personalidad” (PAN) para evitar la amenaza interna que supone el dolor reprimido.

Dinámica disociativa

En el TOC, la disociación estructural, implica la división en una parte aparentemente normal PAN y una o varias partes emocionales (PEs) fijadas a dichas experiencias traumáticas (disociación vertical-pasiva) y fijadas en un determinado subsistema defensivo (alerta, huida, lucha, paralización).

Un aspecto específico que determina la patología obsesiva es que la traumatización incluye aspectos de los contenidos objeto de represión, sujetos a la disociación horizontal-activa.

Ambos tipo de procesos disociativos, activo y pasivo están implicadas por tanto en el fenómeno disociativo del TOC. Como consecuencia de los dos tipos de procesos disociativos, la “parte aparentemente normal de la personalidad” (PAN), utiliza a la “parte emocional” (PE), fijada en un subsistema defensivo (alerta, huida, lucha, paralización) frente a la traumatización, como defensa frente al dolor, que constituye el objeto de la amenaza interna. La “parte emocional” (PE) fijada en la defensa se dispara ante estímulos condicionados (EC) a la experiencia de traumatización y también frente a los estímulos condicionados al dolor o frente a la activación de los estados del yo que lo contienen, de forma que sirve como defensa que la “parte aparentemente normal”

de la personalidad (PAN) utiliza para activar la parte que evita dicha amenaza, que lo consigue mediante la despersonalización del dolor y la retracción de conciencia.

Esta compleja maniobra defensiva, produce una defensa exitosa, confirmando la tesis de Steele, Van der Hart y Nijenhuis (2005) de cómo la conexión entre estados puede ser defensiva.

Por último, el aspecto que provoca la aparición de las obsesiones está relacionado con determinadas circunstancias o hechos que se producen en la vida de la persona que al aludir a aspectos del material objeto activo de la represión, activan el peligro de que éste vuelva a la conciencia. La parte defensiva frente a la amenaza interna, alertada por la “parte emocional”, utiliza acciones sustitutivas para desviar la conciencia de los contenidos más dolorosos a otros menos temidos.

Situaciones, circunstancias, cambios, relacionados con los contenidos reprimidos a través de complejos fenómenos de condicionamiento, detonan en primer lugar a la parte emocional (PE), que activa a su vez a la parte a cargo de evitar la amenaza interna que ante el peligro inminente utiliza nuevos mecanismos para llevar la defensa, como el desplazamiento del componente cognitivo a otros contenidos ideativos, aislándolo del afecto, mientras que solo aflora la parte somática del afecto que se sigue manteniendo reprimido.

Por tanto, cuando debido a circunstancias nuevas, los contenidos disociados de la conciencia, no pueden ser mantenidos en un nivel inconsciente, la parte defensiva frente a la amenaza interna, alertada por la “parte emocional”, utiliza otros mecanismos de defensa que disfracen, ya que no pueden contener, el núcleo objeto de represión, por medio del desplazamiento del contenido ideativo a otros contenidos más asumibles, dando lugar al contenido obsesivo, aislado de la carga emocional que se manifiesta a nivel somático.

Estas conductas sustitutivas basadas en repudiar el afecto, el desplazamiento y el aislamiento protegen contra las respuestas fóbicas dirigidas hacia el interior. Estas estrategias mentales de manejo inadaptadas están disociadas dentro de partes de la personalidad, por lo que llegan a ser inaccesibles a modificaciones siendo la causa de que el paciente quede expuesto a padecer una disfunción crónica en la vida diaria y en las relaciones (Steele, Van der Hart y Nijenhuis, 2005), aspecto que explica la dificultad de tratamiento de los TOC.

La “parte emocional” (PE), utilizada por la “parte aparentemente normal” (PAN), se activa frente a una amplia variedad de disparadores intero y exteroceptivos, debido a los efectos del condicionamiento de segundo orden.

Hay que tener en consideración que dentro de los estímulos condicionados se encuentran tanto los que indican como los que aluden a un estímulo incondicionado aversivo, por lo que el rango de estímulos disparadores puede extenderse sobremanera y entre los cuales se pueden resaltar los siguientes:

- Estímulos condicionados a las experiencias traumatizantes.
- Estímulos condicionados (emociones, sensaciones físicas, actividades, contextuales) al afecto reprimido como es el propio miedo y las sensaciones físicas asociadas, o la despersonalización y las sensaciones físicas asociadas. Es muy frecuente que se disparen también las obsesiones cuando la persona se encuentra feliz, ya que es un estímulo que alude al contrario que es el sufrimiento.
- La falta de ocupación conductual o mental ya que aluden al mundo interno que es la sede del peligro.
- Activación de estados del *self* que contienen el afecto peligroso u otros estados que los eliciten.

A modo de síntesis, una diferencia importante en el trastorno obsesivo-compulsivo frente a los trastornos disociativos, es que la disociación consciente-inconsciente (horizontal) se sostiene a través de la disociación estructural (vertical) y que la “parte aparentemente normal de la personalidad” (PAN) utiliza también a la “parte emocional” (PE) como defensa para proteger el material escindido de la conciencia. Recordemos como la represión es motivada y defensiva, es siempre algo que uno hace mientras que la disociación es fundamentalmente un proceso psicológicamente pasivo, automático, algo que puede ocurrirle a uno. Ambos tipo de procesos disociativos, activo y pasivo están implicados en el trastorno obsesivo-compulsivo y las partes implicadas mantienen entre ellas una vinculación defensiva.

Tabla 1- Experiencias vicarias acerca del sufrimiento

ANTECEDENTES					
Recuerdo (R)	Emoción (E)	Creencias acerca sufrimiento (CR)	Creencias	Efecto	estructural Efecto funcional
Ver a su madre con depresión	Tristeza	Va a durar siempre	Debo evitar el dolor y lo que hace sufrir	Parte fijada en evitar la amenaza interna (sistema acción vida cotidiana)	Hay que evitar el sufrimiento
Su padre no puede ayudarla	Desesperación	No se puede controlar	Tengo que sacar los mejores resultados		El uso del perfeccionismo para evitarlo
	Impotencia	No se puede hacer nada			

Estudio empírico de caso que apoya el modelo propuesto

- Paciente de 23 años.
- Motivo de consulta: padece obsesiones invasivas y rituales para realizar cualquier actividad desde los 17 años, que deja los estudios y se encierra en casa.
- Diagnóstico²:
- Eje I: Trastorno obsesivo-compulsivo
- Eje II: Trastorno de la personalidad por evitación con rasgos dependientes

1) *Experiencias relacionadas con el sufrimiento origen de la fobia al sufrimiento y la evitación del mismo mediante tendencias de acción orientadas a la represión.*

Como antecedentes hay que mencionar que el abuelo y tío maternos padecían enfermedades psiquiátricas. El paciente tiene una infancia marcada por la depresión crónica de su madre, que sufre y hace sufrir, especialmente a su padre que tiene que hacerlo todo.

Las emociones que asocia al sufrimiento son *desesperación, tristeza e impotencia*.

Las creencias acerca del sufrimiento que aprendió observando a su madre y a su padre fueron:

- *No se puede hacer nada para superarlo*
- *Va a durar siempre*
- *No se puede controlar*

Los efectos sobre la personalidad son:

- *Parte que se queda fijada en la evitación del sufrimiento* (denominaremos como PEVS, pertenece al sistema de acción de la vida cotidiana)
- *Rasgos perfeccionistas* (sacar las mejores notas para alegrar a su madre, evitando el sufrimiento³).

2) *La parte a cargo de evitar la amenaza que proviene del sufrimiento, funcionando por debajo del nivel de conciencia, utiliza como tendencias de acción la despersonalización y la retracción de conciencia, dando lugar a la disociación horizontal.*

² Los datos para efectuar el diagnóstico como los que figuran en este estudio, se han obtenido por medio de la entrevista personal, cuestionarios varios, pruebas objetivas (16PF, SCL-90-R, IPDE, DES) y pruebas como el test muscular.

³ Otras experiencias que reforzaron el perfeccionismo fueron las comparaciones que una profesora hacía con su hermano mayor al que consideraba muy inteligente y trabajador, instándole a que fuera como él y un profesor de matemáticas muy exigente y severo a los 10 años.

El perfeccionismo se ve reforzado por la satisfacción de sus padres ante sus buenas notas escolares.

3) Tiene la primera experiencia de traumatización (R1).

La experiencia se origina porque no quiere comer un alimento y provoca una reacción descontrolada en su madre, que se va llorando a la cama y le dice que por su culpa se ha puesto enferma.

Las emociones, valoradas con el máximo de perturbación, que le provoca la experiencia son:

— *Desesperación, culpa y una elevadísima ansiedad.*

Las creencias negativas asociadas a la experiencia son:

- *Soy malo* (tengo la culpa de hacer sufrir a mi madre)
- *No soy capaz de conseguir lo que quiero* (el afecto de su madre)
- *Soy un inútil*

Debido a la extremada intensidad de la ansiedad provocada por la experiencia, se produce la disociación estructural, con la aparición de una parte emocional (PE) que queda fijada en la alerta frente a la amenaza que supone el sufrimiento. Esta parte emocional, alerta por medio de tendencias de acción como la hiperactivación a la parte fijada en evitar lo doloroso, que a su vez activa tendencias de acción como los mecanismos de defensa para mantener la represión del material doloroso.

Se observa que, al igual que todos los pacientes obsesivos, al evaluar las creencias inadaptativas, puntúa en la creencia referente al contenido que se indica a continuación:

“Se debe sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido, incierto o potencialmente peligroso”.

Esta creencia constituye una tendencia de acción de la parte emocional (PE) y se relaciona con los disparadores que activan dicha parte y que se detallan a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2-Disparadores de la parte emocional

Estímulos	Desconocido	Incierto	Potencialmente peligroso
Emociones objeto de represión	Desesperación Culpa		
Percepciones, pensamientos objeto de represión	Soy malo No soy capaz Soy un inútil		
Emociones que señalan o aluden a las emociones reprimidas		Miedo	
Símbolos de lo reprimido	Suciedad Desorden, algo descolocado		
Estímulos condicionados a las experiencias de traumatización, incluidos los externos, internos y los relacionados con el contexto		Inseguridad	Hacer cualquier actividad
La primera experiencia traumática supuso el más importante cambio en su vida, quedando los cambios como estímulo condicionado al contexto de los cambios		No tener control	El comer
			Cambios

Observando la Tabla 2, se advierte cómo estas defensas no le impiden ir consiguiendo sus objetivos referentes al estudio y a las relaciones con sus compañeros.

Al llegar los 14 años, con el cambio del colegio al instituto, se activa la parte emocional (PE), ya que uno de los detonadores son los cambios, aumentando la ansiedad ante los estudios y alerta a la parte que evita el sufrimiento y ésta utiliza el ritual como tendencia de acción defensiva.

3) Se suceden a los 16 años una serie de experiencias que le producen sufrimiento. Se activan las partes defensivas ante el sufrimiento, incrementando la ansiedad, el perfeccionismo, los rituales y la evitación. Estos aspectos defensivos son la causa del fracaso de sus objetivos y ante el riesgo de tener conciencia de sí mismo como un inútil, fracasado e incapaz de conseguir sus metas en la vida, se utilizan las obsesiones como estrategia extrema para desviar estas percepciones extremadamente dolorosas.

La muerte de su abuelo, el rechazo de una chica que le gustaba, el darse cuenta de un chico que gustaba a las chicas, mientras él no tenía éxito y las experiencias relacionadas con las consecuencias del incremento de su perfeccionismo y de la aparición de la evitación como tendencia de acción encaminada también a la evitación del sufrimiento, desembocan en el fracaso de los estudios y la exclusión del grupo.

Estas situaciones están asociadas a las creencias de que no es capaz, que es un inútil o que es malo y despreciable por utilizar la mentira.

La conciencia de estos aspectos son los contenidos más dolorosos para este paciente que lleva casi toda su vida intentando exorcizarlos por medio del perfeccionismo.

La parte emocional se activa ante el riesgo de que estos contenidos se eleven al nivel de la conciencia y alerta a la parte fijada en la evitación del sufrimiento que ante la inminencia del peligro, utiliza como tendencias de acción mecanismos de defensa como el desplazamiento y el aislamiento dando lugar a la aparición de las obsesiones.

La combinación de estas dos partes defensivas ante el sufrimiento (PEVS y PE) ante la inminencia del peligro, dan lugar a las siguientes tendencias de acción:

- *Hiperactivación* (ansiedad máxima)
- *Incremento perfeccionismo* (mayor autoexigencia y esfuerzo)
- *Rituales* (colocar cosas, contar, ordenar, repetir)
- *Conductas de evitación* (exámenes, posteriormente dejar los estudios)
- *Otras conductas* (mentir)
- *Obsesiones*

Se pueden ver estos datos detallados en la Tabla 3

4) Los rituales y obsesiones se constituyen en una forma de vida cuya función es protegerle del fracaso y de la conciencia de darse cuenta de que es inútil e incapaz.

El cambio provocado por el hecho de dejar los estudios y la inactividad, disparan los rituales y obsesiones a los 18 años.

Se puede observar la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo en el Gráfico 1

Los disparadores actuales de los rituales y obsesiones y los contenidos de los mismos, se pueden observar en la Tabla 4.

Se puede ver cómo los disparadores de los rituales y obsesiones, están relacionados con los disparadores de la parte emocional que se detona frente a lo desconocido, lo incierto y lo potencialmente peligroso.

Asimismo, siguiendo los aspectos específicos del caso, se puede establecer una hipótesis acerca de los con-

Gráfico 1. Diagrama temporal de síntomas

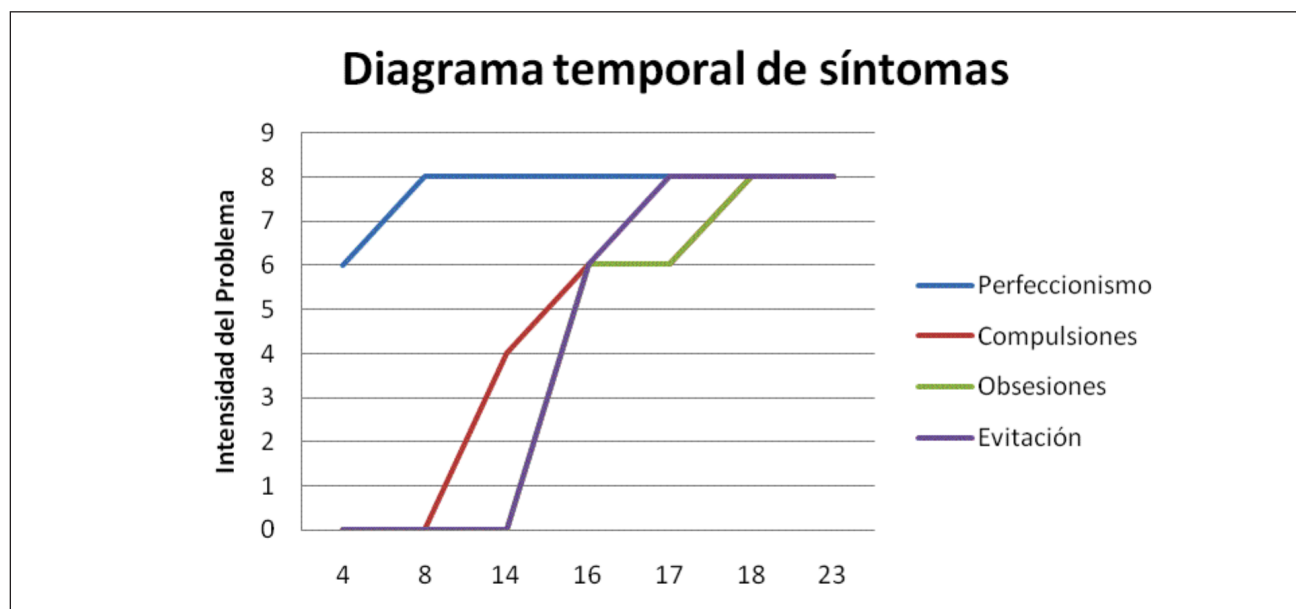


Tabla 4. Relación entre aspectos del proceso obsesivo compulsivo y las partes defensivas frente al sufrimiento

RELACIÓN ENTRE ASPECTOS DEL PROCESO OBSESIVO COMPULSIVO Y LAS PARTES DEFENSIVAS FRENTE AL SUFRIMIENTO (PEVS, PE)

Disparadores TOC	Contenido obsesivo	Ritual	Tipo disparador PE Hipótesis sobre el contenido reprimido	Recuerdos
Tocar cosas	¿Y si está sucio?	Lavar:se: Varias veces En un cierto orden Un tiempo	Símbolo conectado con lo reprimido: <i>Soy malo</i>	R1 R6 R7
Algo descolocado Desorden	Está desordenado	Colocar en un orden	Símbolo conectado con lo reprimido: <i>No soy capaz</i> <i>Soy un inútil</i>	R1 R5 R8 R9 R11-R13
Antes de hacer cualquier actividad	¿Y si no lo hago bien?	Contar al hacer algo Seguir un orden Repetir Durante un tiempo	Percepciones, pensamientos objeto de represión: <i>No soy capaz</i> <i>Soy un inútil</i>	R1 R5 R8 R9 R11-R13
Después de comer	¿Y si están sucias mis manos?	Lavar:se: Varias veces En un cierto orden Un tiempo	Percepciones, pensamientos objeto de represión: <i>Soy malo</i>	R1 R6 R7
Soledad	¿Y si pierdo a mi familia?	Colocar en un orden	Estímulo interno condicionado a la traumatización	R1 R4 R8
Miedo	¿Y si me equivoco?	Hacer las cosas muy lentamente y fijándose Conducta evitación	Estímulo interno condicionado al contexto de los cambios <i>Cambios</i>	R1 R3 R12

tenidos que las obsesiones y rituales intentan mantener reprimidos y las experiencias con las que pueden estar relacionadas.

Los datos empíricos obtenidos con el estudio exhaustivo de este caso, permiten sostener el modelo planteado como una explicación válida, tanto desde el punto de vista estructural como desde el funcional, de los trastornos obsesivos-compulsivos, lo cual se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Datos empíricos que avalan el modelo estructural funcional de los Trastornos obsesivo-compulsivos

FASE	SINTOMAS DEL PROBLEMA	NIVEL	EDAD	MODELO PROPUESTO	DATOS AVALAN MODELO
FOBIA AL SUFRIMIENTO	Perfeccionismo	6	4-8	Experiencias vicarias de sufrimiento Parte fijada en /reprimir lo doloroso, apoyada en ciertas creencias acerca del dolor Rasgos de la personalidad con la función de evitar el sufrimiento	Depresión crónica de la madre Emoción temida: desesperación “Va a durar siempre” “No se puede controlar” “No se puede hacer nada” Perfeccionismo en los estudios
TRAUMATIZACIÓN	Perfeccionismo Ansiedad	8	8	Experiencia muy dolorosa y con elevada activación emocional. Disociación estructural: parte emocional (PE)) La PE sirve como defensa de la PEVS (parte de la PAN) que la alerta ante la posibilidad de sufrimiento. La PEVS utiliza diversos mecanismos provocando la disociación consciente/ material reprimido. Incremento de rasgos a fin de evitar el sufrimiento	R1: reconocido como el primer y más relevante cambio en su vida Ansiedad extrema asociada a la experiencia dolorosa Se dispara el nivel de ansiedad (ante estímulos asociados, condicionados al sufrimiento) Despersonalización de la desesperación (dolor reprimido) Retracción de conciencia (soy malo, soy incapaz, soy un inútil) Aumento del perfeccionismo
APARICIÓN DE OBSESIONES-COMPULSIONES	Aparecen rituales	6	14	El cambio activa como EC al contexto de la experiencia de traumatización (R1 es el primero y más importante cambio) la PE que a su vez activa a la PEVS.	R3 dispara PE generando miedo-ansiedad. Activación da la PEVS que usa los rituales como defensa de la amenaza de sufrimiento que supone la posibilidad de fallar
	Empieza evitación Empiezan obsesiones	6	16	La PEVS usa mecanismos de defensa que dan lugar a las obsesiones ya que la conciencia de los aspectos dolorosos no se puede mantener reprimida	R5-R10: Riesgo de tener conciencia de ser inútil incapaz, malo Las obsesiones son el intento de evitar la conciencia
	Incremento evitación	6	17	La PEVS refuerza la huida	R11: Evitación conductual para evitar sufrimiento
	Rituales Obsesiones Evitación	8	18	Toda su vida refleja el fracaso utilizando los rituales como forma sustitutiva del éxito. Las obsesiones defienden frente a la conciencia de verse como un inútil e incapaz	R12: Este segundo cambio más relevante de su vida, confirma su autoconcepto negativo con lo que la amenaza de sufrir es máxima

Implicaciones

El presente trabajo ha tenido como objetivo plantear un modelo explicativo del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que se ha centrado en el análisis de un modelo basado en el efecto de la disociación y procesos de condicionamiento en el sistema de la personalidad.

Un objetivo del mismo es su posterior validación a través de una investigación por medio del estudio exhaustivo de casos con TOC.

Se propone, siguiendo a Roethlisberger (1977), este método de investigación por el hecho de que el investigador puede centrar su análisis en el objeto de estudio en su estado natural, aprender de la situación, y generar una teoría a partir de todo ello. Además el método del caso permite al investigador responder al «cómo» y al «por qué», esto es, comprender la naturaleza y complejidad de los procesos que tienen lugar y es una manera

apropiada de investigar en un tema en el cual se han desarrollado pocos estudios anteriormente. Es por todo ello por lo que se propone esta metodología de análisis.

El problema de la fiabilidad se minimiza, según Yin (1989) al establecer un protocolo de caso y el problema de la validez interna se resuelve con la triangulación, es decir con el uso de distintas fuentes que aportan la misma información.

Otra cuestión, como Bonache (1998) apunta, es la pregunta acerca de cuántas réplicas o casos son necesarios para conseguir certeza y la respuesta de Popper (1972) es que “ningún conjunto de enunciados singulares favorables, por grande que sea, podrá demostrar su verdad o aumentar su probabilidad”. Sin embargo desde el punto de vista práctico, Yan y Gray (1994) afirman que la certeza la podemos obtener después de un pequeño número de casos. Como sostiene Bonache (1998) recogiendo el planteamiento de Mintzberg (1979): “Conseguiremos una mayor certidumbre cuanto mayor sea el número de casos, pero si creemos haber aislado las condiciones suficientes y necesarias para explicar y predecir un fenómeno, podremos dar por concluida nuestra investigación.”

En resumen, es importante recalcar la necesidad de un exhaustivo estudio de casos de pacientes con TOC, que permita demostrar las hipótesis planteadas en el modelo. Lo cual implica el estudio de distintos tipos de variables:

- a) Personales: Perfil de personalidad, evaluación de temores, creencias inadaptativas, bloqueantes y obsesivas.
- b) Biografía emocional: Ambiente familiar, pautas de educación y experiencias traumáticas.
- c) Síntomas disociativos y disociación estructural
- d) Mapa funcional de estados del yo
- e) Procesos obsesivos: Historia del problema, registro funcional del proceso obsesivo.

El estudio pormenorizado de cada caso, permitirá deducir el papel que las obsesiones tienen en cada individuo y extraer conclusiones acerca de las causas últimas y dinámica de los procesos obsesivos en cada paciente con trastorno obsesivo-compulsivo, identificar los procesos estructurales y funcionales característicos del proceso, rasgos de personalidad, y poder establecer relaciones entre esas variables y el padecimiento de un determinado tipo de patología obsesiva.

Referencias

- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, Winston.
- Arnedo, M., Roldán, L. y Morell, J.M. (1996). Aproximación psicobiológica al trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicología conductual*, 4(3), 307-321.
- Baeyens, F., Hermans, D., y Eelen, P. (1993). The role of CS-US contingency in human evaluative conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 731-737.
- Barach, P. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H. y Stern, M. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 431-450.
- Bonache, J. (1998). El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: características, críticas y defensa. *Cuadernos de economía y dirección de la empresa*, 3, 123-140.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carver, C.S., Sutton, S.K. y Scheier, M.F. (2000). Action, emotion, and personality: emerging conceptual integration. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 741- 751.
- Diccionario Encarta. (2010). Consultado online el 28 de enero de 2010 en www.programas-gratis.net/b/enciclopedia-encarta.

- Fanselow, M.S. y Lester, L.S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. En R.C. Bolles y M.D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Freud, S. (1998). *Esquema del psicoanálisis*. Madrid: Debate. (Original publicado en 1923).
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety, and depression: the role of evaluation and social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 723-751.
- Goleman, D. (1998). *Psicología del autoengaño*. Buenos Aires: Atlántida.
- Howell, E.F. (2005). *The Dissociative Mind*. Hillsdale, N.J: The analytic press.
- J. Díaz-Benjumea, M.D. (2007). Conceptualización y clínica de los fenómenos disociativos: una revisión detallada de las diferentes posturas. *Aperturas psicoanalíticas*, 35, consultado online el 28 de noviembre de 2009 en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000541&a=Conceptualizacion-y-clinica-de-los-fenomenos-disociativos-una-revision-detallada-de-las-diferentes-posturas>
- Janet, P. (1908). *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: Félix Alcan. (Original publicado en 1903).
- Janet, P. (1976). *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan. (Original publicado en 1889).
- Janet, P. (2007). La anesthésie systematisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue Philosophique*, 23, 449-472, consultado online el 28 de noviembre de 2009 en http://www.google.es/#hl=es&source=hp&biw=&bih=&q=diss_jane_lanes_1887+&btnG=Buscar+con+Google&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=3a68fec69b9067ea. (Original publicado en 1889).
- Jaurieta, N. (2008). *Espectro obsesivo-compulsivo: correlatos clínicos y eficacia del tratamiento cognitivo-conductual* (Tesis no publicada). Universidad Autónoma, Barcelona.
- Jung, C.G. (1999). *Obras completas*. Madrid: Trotta. (Original publicado en 1939).
- Lang, P.J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- Lang, P.J., Bradley, M.M. y Cuthbert, B.N. (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44, 1248-1263.
- Lawrence, M. (1998). EMDR como una forma especial de psicoterapia del estado del yo. Parte I. *EMDRIA Newsletter*, 3(4), 7, 13-15, 24-25.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., Hurley, C.L. y Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Mintzberg, H. (1979). An emerging strategy of direct research. *Administrative Science Quarterly*, 24, 580-589.
- Nicolini, H., Herrera, K., Páez, F., Sánchez de Carmona, M., Orozco, B., Lodeiro, G. y De la Fuente, J.R. (1996). Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el TOC. *Salud Mental* V, 19, 13-16.
- Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma* [Dissociative disorders and psychological trauma]. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatiform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: W.W. Norton y Co.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O. & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality*, consultado online el 20 de diciembre de 2004 en <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A y Egeland, B. (1997). Development and the fragment-

- ed self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Popper, K. (1972). *Conjectures and refutations*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Roethlisberger, F.J. (1977). *The elusive phenomena*. Boston: Harvard Business School, division of research.
- Rubia, F.J. (2000). *El cerebro nos engaña*. Madrid: Temas de hoy.
- Schmidt, S.J. (1999). Resource-focused EMDR: Integration of ego state therapy, alternating bilateral stimulation, and art therapy. *EMDR Newsletter*, 4, 8, 10-13, 25-28.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton y Co.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis, E. (2005). *Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma*, consultado online el 20 de mayo de 2006 en <http://www.haworthpress.com/web/JTD>
- Ulloa, R.E., De la Peña, F., Higuera, F., Palacios, L., Nicolini, H., y Avila, J.M. (2004). Estudio de la validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala Yale-Brown y del Trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Especialidad de Psiquiatría*, 32, 4, 216-221.
- Vallejo, M.A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el Trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13 (003), 419-427.
- Van der Hart, O. y Dorahy, M. (en prensa). Dissociation: History of a concept. In P. Dell & J. O'Neil (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Chicago: International Society for the Study of Dissociation.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., y Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 6, 162-180.
- Van der Hart, O., Van der Kolk, B.A. y Boon, S. (1998). Treatment of dissociative disorders. En J.D. Bremen y C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 253-283). Washington: American Psychiatric Press.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-424.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Yan, A. y Gray, B. (1994). Bargaining power, management control, and performance in US-China joint ventures: a comparative case study. *Academy of management journal*.
- Yin, R. (1984). *Case study research*. Beverly Hills: Ca. Sage.
- Yin, R. (1989). *Case study research, design and methods*. Beverly Hills: Ca. Sage.

Manuscrito recibido: 12/10/2010

Revisión recibida: 25/11/2010

Manuscrito aceptado: 30/11/2010