

# Rasgos de personalidad en el adolescente fóbico y obsesivo

J.M. Velilla Picazo; M.T. Alcalde Lapedra; J. López Olaso; A. Pueyo Usón  
*Zaragoza*

## RESUMEN

Se ha realizado un estudio de un grupo de adolescentes que han acudido a las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, en cuya sintomatología apreciamos un cuadro obsesivo o fóbico.

Para ello se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, fratría, tiempo de evolución del cuadro obsesivo hasta la primera consulta, sintomatología acompañante, antecedentes personales y familiares, circunstancias ambientales, características del cuadro obsesivo y diagnóstico.

El estudio psicopatológico se ha centrado en el cociente intelectual, el estudio de personalidad por medio del cuestionario EPQ-J de Eysenck y la adaptación familiar, a la salud, social y emocional por medio del cuestionario de Bell para adolescentes.

Con los datos recogidos se ha realizado un perfil de personalidad de adolescentes con sintomatología obsesivo-fóbica.

**Palabras clave:** Trastorno fóbico-obsesivo. Cuestionarios. Rasgos de personalidad. Adaptación.

## INTRODUCCIÓN

Si bien las fobias, en el niño, son bastante frecuentes, hasta el punto que fueron denominadas por Freud<sup>6</sup> «la neurosis normal de la infancia», su descripción concuerda bastante con la forma adulta, aunque con matizaciones importantes, por ejemplo, para Midenet y Favre<sup>12</sup>, habría en estas edades precoces, una mayor diversidad en cuanto a objetos fóbicos y las conductas de evitación serían menos perfeccionadas que en el adulto. La fobia es, para Freud<sup>6</sup>, madre de las neurosis que tiene menos necesidad de predisposiciones particulares para manifestarse.

Según Diatkine y Simon<sup>3</sup>, no es posible establecer una cronología ni una regla evolutiva, en función del objeto fobógeno haciéndose el desplazamiento en función de un símbolo determinado por la cultura y el lenguaje.

Para estos autores, desde el punto de vista evolutivo, se sabe que un gran número de

fobias se curan espontáneamente con la evolución del niño, tal vez porque a lo largo de los años infantiles, las descargas pulsionales pueden expresarse más fácilmente.

No obstante, nos recuerda Ajuriaguerra<sup>1</sup> que, en los años cercanos a la adolescencia las fobias pueden preceder a la aparición de una neurosis obsesiva o incluso de un psicosis, insistiendo Shaw<sup>14</sup>, en que la esquizofrenia puede ser erróneamente diagnosticada en el niño neurótico «que sufre crónicamente de ansiedad y que puede ser preocupadizo, obsesivo y lleno de fobias».

Según Ajuriaguerra<sup>1</sup>, en la noción de obsesión encontramos la idea de estar asediado y en la noción de compulsión, la idea de apremio. La una y la otra, no pueden ser comprendidas más que en relación a un YO, que se siente limitado en la libre utilización de la expresión de su pensamiento o de su representación o en sus actos.

Gran número de autores admiten que el síndrome obsesivo no aparece antes de la pubertad, aunque la anamnesis en las observaciones de adultos obsesivos, revela que las primeras experiencias en tanto que síntoma patológico son precoces.

Para Midenet y Favre<sup>12</sup>, cerca de la pubertad se desarrollan las neurosis obsesivas, cuya descripción concuerda con la de los adultos, siendo su sintomatología especialmente aguda en el momento de la adolescencia, pudiéndose prolongar su evolución a lo largo de la vida adulta.

Hay una discordancia entre el número de síndromes obsesivos descritos en el niño, y la gran frecuencia de estos trastornos encontrados en los antecedentes de obsesivos adultos, y esto, para Michaux<sup>11</sup>, se explicaría porque en el niño las obsesiones y fobias claramente individualizadas y estructuradas son raras, porque las obsesiones del niño toman a menudo el aspecto de fobias y son consideradas como aprehensiones lógicas.

Según Kennedy<sup>8</sup>, aunque las conductas obsesivas parecen ser frecuentes en el repertorio de los niños, raramente son motivo

de consulta, excepto si están directamente implicadas en la conducta fóbica. Aportando este autor el dato de que, en los últimos 25 años en la Psychology Teaching Clinic, de la Universidad del estado de Florida, no se habían producido consultas de niños obsesivo-compulsivos sin otra patología. Para Ajuriaguerra<sup>1</sup>, es en el curso de la pubertad o de la adolescencia, cuando el síndrome obsesivo toma las características del que ha sido descrito en el adulto, con sus diversos aspectos clínicos:

— Las «obsesiones ideativas», que están centradas sobre la «locura de la duda» y que se caracterizan por la rumiación, las preguntas que llevan a temas metafísicos y religiosos, la vida y la muerte, el bien y el mal, el problema del porvenir y del pasado, del paso del tiempo.

— Las «obsesiones fóbicas», que pueden ser fobias a objetos, a lugares, fobia a la muerte, obsesión fóbica por la suciedad y la enfermedad, etc.

— Las «obsesiones compulsivas», que comprenden, temor a cometer un acto absurdo, pronunciar palabras y actos reprobables, temer el poder cometer un robo o una agresión, todo esto yendo a la par con una lucha ansiosa que llega, la mayoría de las veces, a evitar el cumplimiento del acto.

La conciencia mórbida y el subterfugio para defenderse son claros, hay una puesta en juego de todo un mecanismo de prevenciones que se convierten en verdaderos ritos, hay una reducción de actividad, aislamiento por temor a contaminación, reducción de la lectura por temor a encontrar palabras inductoras, etc.

Según Lebovici y Diatkine<sup>9</sup>, la entrada en la neurosis obsesiva del adulto, se produce en unas condiciones particulares. Con frecuencia se trata de niños turbulentos, oposicionistas, que llegan ansiosos a la pubertad, llenos de dudas, escrupulosos, que presentan manifestaciones fóbicas diversas: miedo a los microbios con lavado compulsivo de manos, miedo a la enfermedad, a una muerte repenti-

na, etc.

De una manera esquemática, estos autores afirman que, el sujeto afecto de obsesiones vive su angustia de una manera muy diferente al fóbico, en el que toda la angustia es desplazada y eliminada, mientras que en el obsesivo, se mantiene a distancia aunque siempre presiona. Recordando que las transiciones entre la fobia y la obsesión son frecuentes, Widlöcher<sup>15</sup> destaca que el estudio de las formas de comienzo de la neurosis obsesivas, muestra que los actos compulsivos pueden preceder largo tiempo a las obsesiones ideativas razonadas.

Por otra parte, resaltan Leonard y Rapoport<sup>10</sup> que, en los últimos años se ha producido un marcado incremento del interés clínico e investigador sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, en el niño y en el adolescente, hecho condicionado por la demostración de que su prevalencia es mayor de la que se creía y por el desarrollo de nuevas intervenciones farmacológicas. Pudiendo resumir pues que el trastorno obsesivo-compulsivo infantil, se manifiesta de la misma manera que el del adulto y con una prevalencia significativa superior a la inicialmente estimada en nuestras consultas psiquiátricas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado el estudio de 26 pacientes de edades comprendidas entre 11 y 17 años, que han acudido al servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza en los cinco últimos años (1986-1991), y en los que se ha detectado sintomatología obsesivo-compulsiva, fóbica o ambas.

Se han recogido de las historias clínicas de estos pacientes las variables de edad, sexo, tiempo de evolución de la sintomatología hasta que acuden a la consulta, sintomatología obsesivo-compulsiva, sintomatología fóbica y sintomatología acompañante.

Desde el punto de vista psicométrico se ha

valorado el cociente intelectual mediante el test de matrices progresivas de Raven<sup>13</sup>, y se ha estudiado su personalidad y adaptación al entorno mediante los cuestionarios EPQ-J de Eysenck<sup>4</sup>, y cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell<sup>2</sup>.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Si pasamos a analizar las distintas variables estudiadas en nuestro grupo de pacientes, nos encontramos con que a la hora de buscar significaciones estadísticas tenemos la limitación de lo relativamente reducida que es la muestra, y decimos relativamente porque en la bibliografía consultada, los grupos de adolescentes estudiados por presentar sintomatología fóbica y obsesiva son reducidos, y así, por ejemplo Leonard y Rapoport<sup>10</sup> describen una casuística de 19 casos de 6 a 18 años, y en nuestro país Ferrer y Tomas<sup>5</sup> hacen referencia, en un trabajo reciente sobre fobias y obsesiones infantiles, a un grupo de 14 adolescentes de 13 a 18 años.

En primer lugar, hay que destacar que en todos los casos, la sintomatología se ha iniciado coincidiendo con la pubertad y el comienzo de la adolescencia.

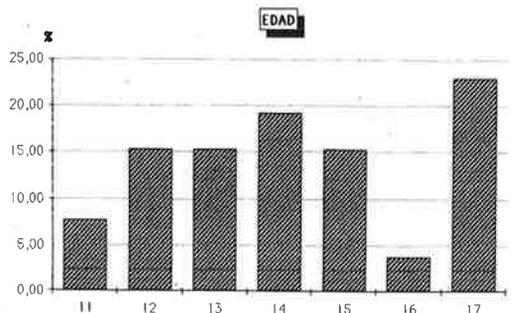


Gráfico 1

Si recordamos que, en esta etapa evolutiva, podían iniciarse los cuadros obsesivo-fóbicos del adulto, podemos comprender lo reducido de la casuística, muy diferente de lo que ocurre en la infancia en la que las fobias son mucho más frecuentes, pero la mayoría reversibles y sin una significación clínica.

Llama la atención el que, de los 26 pacientes, 21 son varones y solamente 5 hembras, si bien, como dato curioso cuatro de ellas presentan sintomatología fóbica y sólo en un caso obsesiva.

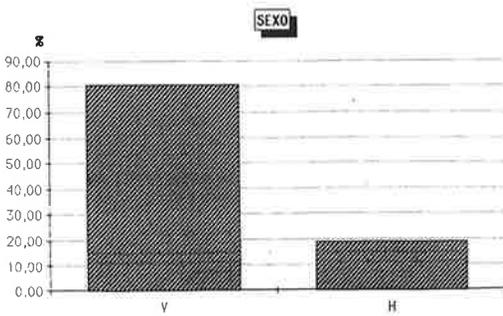


Gráfico 2

Este claro predominio de los varones aunque es lo más normal en psicopatología infantil, en la adolescencia esta diferencia intersexos tiende a equilibrarse en ciertos trastornos psiquiátricos, e incluso algunos, como las depresiones, se hacen más frecuentes en el sexo femenino, por lo que, la alta frecuencia de síndromes obsesivo-fóbicos en varones, es un dato a destacar, ya que en otros trabajos publicados no hay un predominio tan claro, si bien, en cuanto a edades, son grupos más heterogéneos. Sí que existe coincidencia con otros autores, en cuanto a lo prolongado del tiempo entre la aparición de la sintomatología y hasta que consultan.

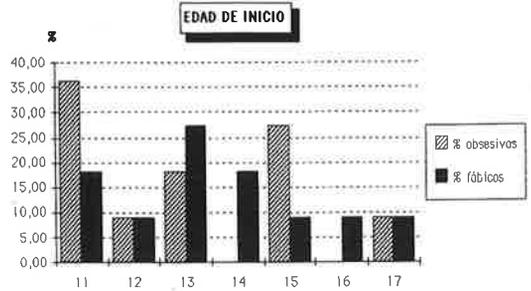


Gráfico 3

Existe un promedio de 10,84 meses de evolución hasta la primera consulta, tal vez porque en las primeras semanas de la evolución, estos síntomas pueden ser interpretados como «manías» o «rarezas» que pueden ser pasajeras y todavía no resultan lo suficientemente invalidantes.

Respecto a la sintomatología, lo obsesivo-compulsivo y las fobias se reparten en un porcentaje prácticamente similar.

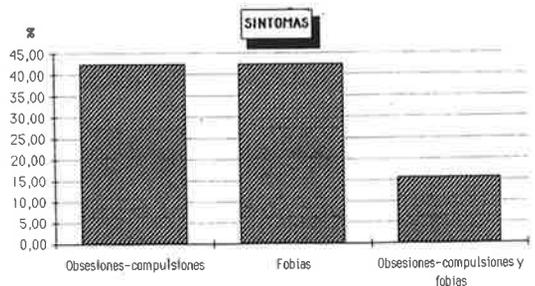


Gráfico 4

Lo que nos vuelve a confirmar que estamos ante cuadros diferentes de los que se presentan en los niños, en los que el trastorno obsesivo-compulsivo, sería prácticamente inexistente, y las fobias mucho más frecuentes para luego ir disminuyendo con la edad, conforme se va «manejando» mejor el entorno.

Los síntomas obsesivos más frecuentes son las «compulsiones de repetición» y los «rituales de orden y limpieza».

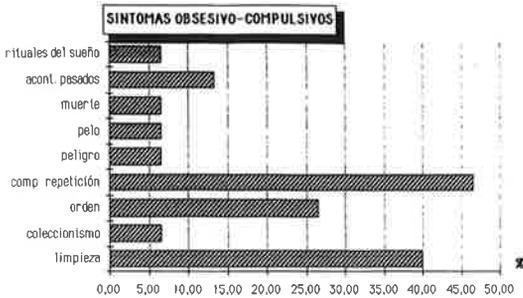


Gráfico 5

Lo que coincide con las descripciones hechas, entre otros, por Ajuriaguerra<sup>1</sup>, Michaux<sup>11</sup>, Lebovici y Diatkine<sup>9</sup>, en el sentido de que a partir de la prepubertad se pueden encontrar comportamientos compulsivos del tipo de «manía» de lavado, actividades de orden, necesidad de tocar o no según que objetos, y, en definitiva, con obsesiones fóbicas hacia la suciedad y la enfermedad. Para estos autores, desde una perspectiva psicodinámica, muchos de estos síntomas se podrían interpretar como formas defensivas, ante la emergencia de pulsiones, deseos y fantasmas sexuales agresivos unidos a la angustia y culpabilidad, si bien, estos rasgos obsesivos se presentarían como eflorescencias transitorias y podrían ceder más o menos fácilmente cuando los padres y los educadores adoptan actitudes comprensivas.

Las fobias más frecuentemente detectadas en nuestro grupo, han sido la nosofobia, lo que encajaría con las interpretaciones anteriormente expuestas, y, por otro lado, la agorafobia y la fobia escolar.

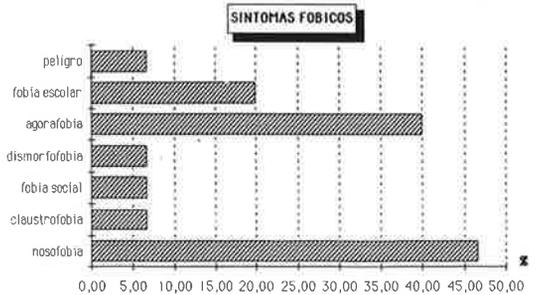


Gráfico 6

Que como señala Kennedy<sup>8</sup>, serían las fobias más debilitadoras en estas edades y que implicarían mayor cantidad de problemas crecientes a causa de las alteraciones de la escolaridad y de la relación social.

En cuanto a la sintomatología acompañante, es lógico que la ansiedad y el mal rendimiento escolar sean frecuentes.

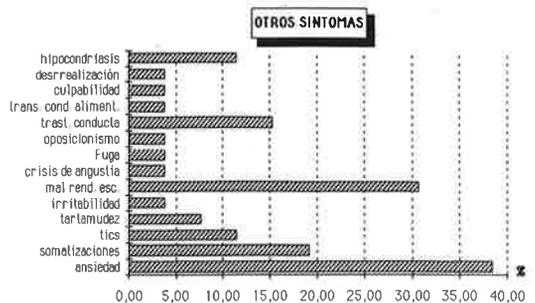


Gráfico 7

Pero queremos resaltar el que, prácticamente el 40% de nuestros pacientes, presentan sintomatología depresiva, en especial aquéllos con trastorno obsesivo-compulsivo.

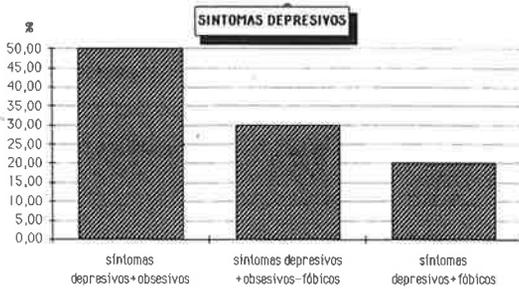


Gráfico 8

Nos parece oportuno recordar que, en los últimos años se insiste en un modelo neurobiológico para explicar la etiología del trastorno obsesivo-compulsivo, postulando una hipótesis serotoninérgica, basada en la eficacia específica de los bloqueantes de la recaptación de serotonina, como la clorimipramina, fluoxetina o fluvoxamina, aunque para Leonard y Rapoport<sup>10</sup>, la acción antiobsesiva de la clorimipramina parece ser independiente de su efecto antidepressivo.

Pasando a analizar los resultados de las pruebas psicométricas, hay que señalar en primer lugar, que más del 80% de nuestro grupo de pacientes tienen una inteligencia superior al término medio.

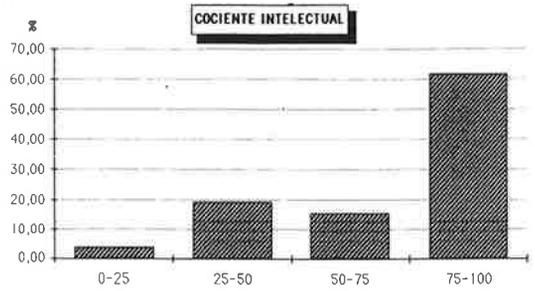


Gráfico 9

Dato que contrasta con otros trabajos, en los que la capacidad intelectual se reparte siguiendo una curva de Gauss sin diferencias con la población general. Esta buena inteligencia contrasta con los malos resultados escolares, lo que se explicaría por el bloqueo intelectual que sufren estos pacientes debido a su ideación obsesiva o fóbica, con dificultad para concentrarse en los estudios.

En el cuestionario de personalidad de Eysenck<sup>4</sup>, nos llama la atención, en primer lugar, el que en el «neuroticismo», (es decir, la inestabilidad emocional, la constante preocupación por cosas o acciones que puedan resultar mal, junto con un fuerte componente de ansiedad a causa de estos pensamientos) no predominan los centiles por encima de la media.

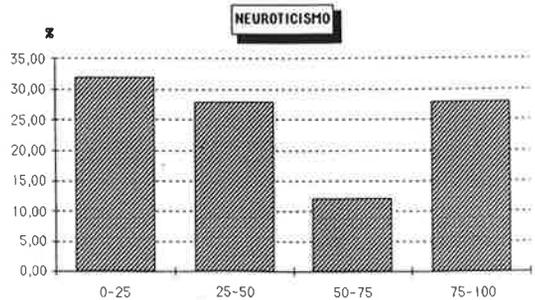


Gráfico 10

Lo que se podría interpretar, en estos pacientes, como una tendencia al «acostumbramiento» o «resignación» ante lo persistente y cotidiano de sus síntomas.

Este hallazgo paradójico en lo que respecta a la situación emocional, se confirma en el cuestionario de adaptación de Bell<sup>2</sup>.

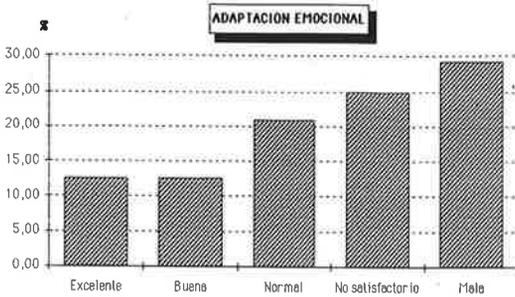


Gráfico 11

En el que aproximadamente la mitad de los pacientes presentan una adaptación emocional «buena» o «normal».

Por otra parte, es evidente la marcada tendencia a la «introversión», en el EPQ-J, nada menos que en el 75% del grupo.

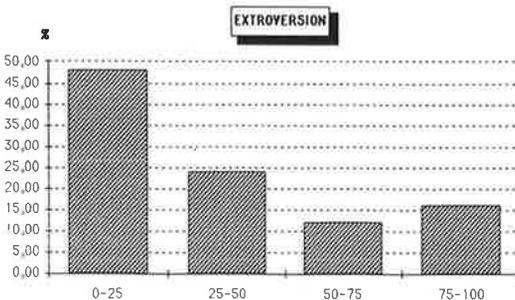


Gráfico 12

Y una «conducta antisocial» anormalmente baja, tratándose de adolescentes.

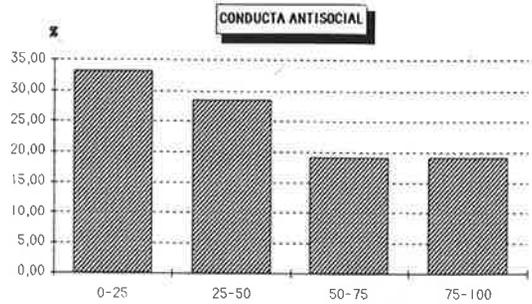


Gráfico 13

En los que son frecuentes los comportamientos oposicionistas, como via hacia una mayor autoafirmación y autonomía.

Estos resultados en el cuestionario de personalidad, se vuelven a confirmar en el de adaptación, ya que en éste, podemos comprobar como en la «adaptación familiar» y en la «adaptación social» las puntuaciones obtenidas tienden a estar dentro de los rangos «normal» o «buena».

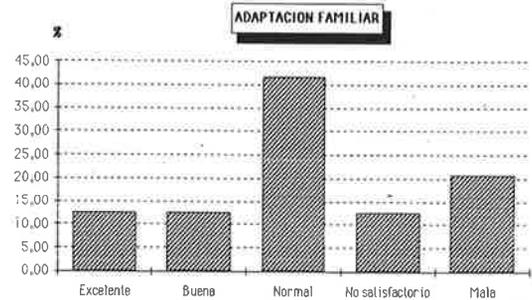


Gráfico 14

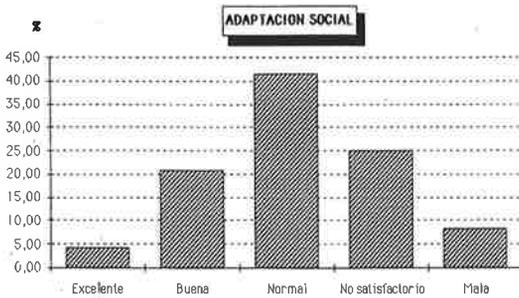


Gráfico 15

En contraste con lo que hemos observado en anteriores trabajos nuestros<sup>7</sup>, con población adolescente normal o con algún tipo de psicopatología.

Todo lo anterior, nos confirma el que nos encontramos ante un tipo de adolescente excesivamente dependiente, hiperadaptado, conformista, con dificultades de integración social y de expresión de la agresividad.

Ya SHAW<sup>14</sup> describía a estos niños y adolescentes fóbicos y obsesivos como aprisionados en una red de deformaciones y de exceso de reacciones emocionales, de la que intentan escapar pero no pueden, sufriendo la inhibición de la agresión y adoptando una actitud pasiva, muchas veces provocada por unos padres, y en especial una madre, sobreprotectores, pudiendo aparecer la «ansiedad de separación» en según que situaciones vitales, sobre todo al inicio de la escolaridad, en forma de «fobia escolar».

Serían asimismo, los niños y adolescentes que Ajuriaguerra<sup>1</sup> describe con comportamiento de «pequeño adulto», demasiado obedientes y sensatos, meticulosos en sus actos, con falta de «libertad para la expresión», muy apreciados por los mayores y afectados de cierta pedantería.

A modo de **CONCLUSIONES** de todo lo anteriormente expuesto, según nuestra experiencia clínica, si tuvieramos que dar un «perfil-tipo» de adolescente obsesivo-fóbico, sería el siguiente:

Poco frecuente de ver en la consulta, se

trataría de un varón que desde hace varios meses viene presentando «sintomatología obsesiva» con compulsiones de repetición o rituales de orden y limpieza, o bien, «sintomatología fóbica» compatible con nosofobia o agorafobia. Acompañaría a este cuadro una distimia de fondo con componente ansioso.

En el estudio de personalidad destacarían, como rasgos más característicos, una buena inteligencia, una marcada introversión con dificultades de integración social y, asimismo, presentaría una conducta excesivamente conformista y adaptada al medio, tanto familiar como social.

## Bibliografía

1. AJURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson S.A. Barcelona 1973
2. BELL, H.M.: *Cuestionario de adaptación para adolescentes*. Ed. Herder. Barcelona 1987
3. DIATKINE, R.; SIMON, J.: *Etude nosologique, à propos de trois cas de phobies chez des adolescents*. Psychiat. Infant. 1966. 9-2 Pags 289-339.
4. EYSENCK, H.I.: *EPQ-J, cuestionario de personalidad*. Ed. TEA. Madrid. 1981
5. FERRER, R.; TOMAS, J.: *Psicofarmacología en los síndromes obsesivos*. Rev. de Neuropsiquiat. Infantil. Año 1984. Nº 4. Vol. 2 Pags 35-39
6. FREUD, S.: *Obras completas* Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973
7. GARCIA, J.; CAMPOS, R.; VELILLA, J.M.: *Utilidad del cuestionario de adaptación de Bell en los adolescentes con trastornos de conducta*. Rev. Esp. de Psiquiat. Infantojuvenil. 1991. 2. 134-147
8. KENNEDY, W.A.: *Psicopatología Infantil*. Ed. Martínez Roca. Barcelona. Pags. 1988 380-389
9. LEBOVICI, S.; DIATKINE, R.: *Les obsessions chez l'enfant*. Rev. Franç. Psychanal. 1957. 21-5. Pags. 647-681.
10. LEONARD, H.L.; RESPOPORT, J.L.: *Pharmacotherapy of childhood obsessive-compulsive disorder*. Psychiatr. Clin. North. Am. 1989. Vol. 12. Pags 963-970.
11. MICHAUX, L.: *Etude clinique de la névrose obsessionnelle de l'enfant*. Rev. Neuropsychiat. Infant. 1957. 9-10. Pags. 467-493.
12. MIDENET, M.; Favre, J.P.: *Manual práctico de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1976.
13. RAVEN, J.C.: *Matrices progresivas*. Ed. MEPSA. Madrid. 1956.
14. SILAW, R.: *Psiquiatría Infantil*. Ed. Interamericana, S.A. México. 1969.
15. WIDLOCHER, D.: *Le développement de la pensée obsessionnelle chez l'enfant*. Rev. Neuropsychiat. Infant. 1967. 9-13.