

Introducción

V. Conde López y M.^a C. Ballesteros Alcalde

Departamento de Psicología Médica y de Psiquiatría del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

Al tratar de miedos, fobias y obsesiones en este V Congreso, nos ocupamos de un área importante de las llamadas clásica y esquemáticamente neurosis, dejando solamente la histeria fuera de nuestro objetivo. Durante más de doscientos años la Medicina y la Psiquiatría clínica intentaron establecer un conjunto de entidades básicas, al principio polarizadas entre lo orgánico y lo funcional, lo exógeno y lo endógeno, lo primario y lo secundario, lo ambiental y lo heredobiológico, lo somatígeno y lo psicógeno, lo extrapsíquico y lo intrapsíquico, etc., que sedimentaron en la primera mitad de nuestro siglo en un orden más «trialista», en el sentido de Eccles y Popper, al ubicar en sus clasificaciones entre los trastornos mentales orgánicos y los neuróticos, los psicóticos de etiopatogenia conocida, o por conocer, volviendo, sin embargo, en las últimas décadas al esquema antinómico, que en el caso de la ansiedad y de la angustia se resume en la división de la misma en «endógena» y «exógena», con sus implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

A partir de 1980 y con la publicación del D.S.M. III, la palabra neurosis desaparece de gran número de diagnósticos para ser sustituida, en lo que a nosotros nos ocupa, fundamentalmente, por un término: trastorno por ansiedad, fóbico, obsesivo, etc., lo que conlleva un cambio también en los conceptos etiológicos y etiopatogénicos, cambio que por su interés merece que, en el manual de dicha clasificación, se explique el mismo: «Se trata de

cuadros clásicos que descriptivamente corresponden a las neurosis, aunque sin prejuizar etiología ni patogenia».

ASPECTOS DINÁMICOS

De la etiología había comenzado a preocuparse Freud, cien años después de que Cullen (1776) introdujera el término de «neurosis» en el vocabulario médico. Antes que Freud, solamente se habían ocupado de estos trastornos, por lo que se refiere a la infancia, Landor que, en 1873, realizó un estudio sobre la histeria en el niño, y Dupre (1905) describiendo la «mitomanía infantil».

En el curso de su autoanálisis, comenzando en 1897, Freud reconoce el carácter inevitable y universal de los conflictos psíquicos durante la infancia, y fue, precisamente, la fobia a los caballos que sufría un niño, el primer contacto de Freud con la neurosis infantil (1909); posteriormente, en 1918, publica «Extracto de la historia de una neurosis infantil: El hombre de los lobos», sobre la neurosis obsesiva. Describe la «Neurosis infantil» como el conflicto central ligado a los problemas edípicos y a la angustia de castración, considerándola, como conflicto inevitable que es, normal en el desarrollo del niño, y llamando la atención sobre la necesidad de distinguir esta «neurosis infantil», sin carácter patoló-

gico, de lo que debe ser considerado como trastornos neuróticos en el niño.

El conocimiento más completo conseguido a través de los años por el tratamiento de numerosos y variados cuadros psicopatológicos en los niños ha mostrado que ni las reconstrucciones de neurosis del adulto, ni la llamada «neurosis infantil», podían explicar las alteraciones psicopatológicas de la infancia y, siguiendo a A. Freud, autores como Diatkine, Levobici, Nágera, etc., han estudiado la interacción entre el niño y su entorno familiar, sobre todo, uniendo desarrollo y biografía, mientras otros, siguiendo a M. Klein, permanecían fieles a la importancia de los conflictos y fantasmas inconscientes.

Desde un punto de vista gnoseológico, Freud distingue las neurosis actuales de las neuropsicosis o neurosis de defensa llamadas posteriormente de transferencia. El primer grupo lo constituiría la neurastenia, hipocondría y neurosis de angustia, y en el segundo se incluirían la histeria de conversión, la neurosis obsesiva y la neurosis fóbica, a la que Freud denominó histeria de angustia, apoyándose en la afinidad que, consideraba, existía entre las fobias y la histeria de conversión. Las neurosis obsesivas y las de transferencia, según Freud, están motivadas por conflictos intrapsíquicos, con fijaciones en alguna de las etapas de evolución de la libido, cuyos mecanismos defensivos, diferentes para cada una de ellas, contribuye a la caracterización clínica de las mismas. En la neurosis fóbica los sentimientos edípicos rechazados ante el temor de castración son desplazados hacia una situación, persona u objeto en quien queda simbolizado el conflicto. La ansiedad fóbica, según Freud, contiene en el fondo un temor de castración. Los mecanismos de defensa utilizados con preferencia en esta neurosis serían el desplazamiento y la evitación.

Desde Freud, se considera la neurosis obsesiva como la fijación, y regresión posterior, de la libido de objeto y de la libido del yo, al estadio sádico anal. En la neurosis obsesiva el mecanismo de defensa nuclear es la formación reactiva, pero también la anulación y el

aislamiento. La libido, que regresa al estadio anal, es contrainvestida dando lugar a formaciones reactivas que se expresan en el carácter anal. El retorno de lo rechazado se manifiesta a veces en la misma formación reactiva, otras, directamente, en representaciones con contenido sádico, pero aisladas de sus afectos —mecanismo de aislamiento— y en ocasiones borradas por la anulación.

Estas neurosis llamadas por algunos autores «sintomáticas», por otros «básicas» (López Ibor), se diferenciarían de las consideradas «asintomáticas» o neurosis de carácter, que constituirían para muchos verdaderos desarrollo neuróticos. Actualmente la discusión se ha «modernizado» y se emplean con frecuencia dos nuevas palabras: rasgo y estado, que quizá no hace más que presentar viejos problemas en envolturas más modernas.

En todo lo planteado se ponen ya de manifiesto varias cuestiones. En primer lugar las imbricaciones entre las diferentes neurosis. Por una parte, Freud consideró emparentadas entre sí la histeria de conversión y la de angustia o fóbica; por otra, publicó un trabajo: «Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología» (1895), en el que distinguió las obsesiones verdaderas, caracterizadas por una idea que se impone al enfermo, y por un estado emocional asociado, que puede ser la ansiedad —pero también la duda, los remordimientos, la cólera— de las fobias, cuya emoción acompañante es siempre la ansiedad. Pero la separación entre obsesiones y fobias, al menos desde un punto de vista tanto semiológico como psicopatológico, no es tan clara en la práctica como puede mostrarse en cualquier revisión histórica, tanto de la psiquiatría como de la clínica y en un número suficiente de casos bien estudiados. Morel (1866) integraba ambos trastornos en el llamado «Delirio emotivo». Westphal (1877) diferenciaba ambos trastornos al señalar que la afectividad acompaña a la agorafobia, mientras que no aparecen en las representaciones forzadas (obsesiones). Por esta época también la psiquiatría clásica plantea la antinomia, realmente dinámica, entre la noogénesis y la

timogénesis de los grandes síndromes psiquiátricos, de las neurosis a la psicosis. Janet (1911) describe las fobias en el cuadro de la psicastenia, y Kraepelin (1913) hace alusión a «ideas irreprimibles y miedos irresistibles», pero no distingue las fobias de los fenómenos obsesivos. Von Gebsattel clasifica las fobias en los siguientes tipos: comunes, anancásticas, aisladas, de expansión y psicasténicas. Las anancásticas corresponderían a vivencias obsesivas (Alonso Fernández) y las psicasténicas estarían así mismo más cerca de lo obsesivo que de lo fóbico. Esto por lo que se refiere a los síntomas; respecto a la estructura de personalidad que subyace, desde un punto de vista dinámico, en estas neurosis oscila entre personalidades neuróticas estructuradas, histerofóbicas o fobo-obsesivas, y personalidades no estructuradas de tipo ansioso según Ferrand en 1983.

En cuanto a la relación existente entre las fobias y obsesiones con la angustia, las respuestas son diversas. Como hemos visto, Freud considera la angustia lo nuclear de la neurosis, para luchar contra la cual se pone en marcha diversos mecanismos de defensa, diferentes en una y otra neurosis. Pero, así como en las fobias la respuesta ante el objeto o situación fobógena es claramente la angustia, mayor o menor, en las obsesiones las posiciones divergen: para unos autores la angustia en el obsesivo es primaria (Kraepelin, Aschaffenburg, López Ibor), análogamente a las fobias; para otros, sería un fenómeno secundario debido a la lucha del yo frente a la obsesión. Estas cuestiones no resueltas se trasladan a veces a la clínica. Todos estos aspectos van a tener una gran importancia en la evaluación clínica, al tratar de distinguir y cualificar obsesiones y fobias, así como la ansiedad subyacente.

ASPECTOS COMPORTAMENTALES

En la concepción comportamentalista, los síntomas neuróticos son debidos a errores del

aprendizaje ligados a condicionamientos respondientes u operantes espontáneos. El comportamiento patológico es un comportamiento aprendido, que obedece las mismas leyes que los comportamientos normales. En frase de Eysenck: «detrás del síntoma, no hay neurosis». Rognant (1974) opina que Eysenck debe ser corregido: «detrás del síntoma no hay siempre una neurosis; en todo caso, no tan a menudo como se cree generalmente». Se podría corregir a Eysenck y Rognant: «detrás del síntoma hay una neurosis, más a menudo de lo que se cree generalmente».

Paralelamente a las teorías freudianas, en América, Watson y Rayner (1920) y Jones (1924) aplicaban a las fobias las teorías comportamentales, que iban desarrollando a la par, proponiendo un modelo teórico basado en el condicionamiento clásico (condicionamiento tipo I o respondiente de Pavlov): un estímulo neutro llega a ser fobógeno cuando está asociado durante varios ensayos a otro estímulo incondicionado traumático. Más tarde, Mowrer (1939) y Miller (1948) proponen, para explicar la evitación, el modelo de dos factores: el miedo condicionado sobre un modelo respondiente motiva el comportamiento de evitación, que lleva consigo, en un segundo tiempo, una reducción del miedo y un reforzamiento del comportamiento de evitación (reforzamiento negativo, condicionamiento de tipo II u operante de Skinner). Actualmente se considera que las fobias condicionadas pavlovianamente son muy pocas. Generalmente se reducen a las que siguen a situaciones traumáticas intensas. En la clínica de sujetos fóbicos, el estudio retrospectivo no permite, generalmente, encontrar acontecimiento desencadenante. Han fracasado los intentos de condicionar respuestas fóbicas a objetos neutros, aun con estímulos muy intensos, lo que indica que algunos estímulos no son efectivos como provocadores de fobias. Parece ser que los hechos más traumáticos para el niño serían los accidentes de coche, los ataques de animales, las discusiones familiares y el abuso físico (Kennedy, 1983). En la respuesta del niño debe determinarse si la fobia se basa en

una señal correcta, cuando el peligro es real; en una señal exagerada, si aunque el peligro existe el niño lo percibe en un grado excesivo; o en señales erróneas, produciéndose entonces la fobia por la contigüidad del acontecimiento traumático con otro, independiente, que quedó convertido en el objeto o situación fobógena.

En el diagnóstico de las fobias inducidas clásicamente debe analizarse la contigüidad, continuidad, asociación y terminación.

El aprendizaje social por observación (condicionamiento vicariante de Marks, 1969, y Bandura, 1977), y la transmisión de información y de instrucción (Rachman, 1977), pueden considerarse más importantes, en cambio, para explicar la frecuencia relativa de fobias idénticas en el niño y sus ascendientes. El aprendizaje instrumental explicaría más bien la respuesta de evitación, que podrían mantenerse por reforzamientos sociales (Toro Trallero, 1986). Las contingencias directas e indirectas, que el ambiente familiar procura al niño, puede ayudar a mantener la fobia.

De gran interés son, asimismo, las teorías cognitivas. Ya Pavlov introdujo el lenguaje en su teoría del condicionamiento, considerándole el segundo sistema de señales. Platonov (1959) muestra que las palabras y conceptos obedecen las leyes del condicionamiento clásico. Los pensamientos, las creencias, las autoinstrucciones serían responsables de emociones de angustia. Hay aquí un acercamiento entre teorías comportamentales y dinámicas; estas últimas consideran que el sujeto fóbico no solamente tiene una inhibición de la acción (evitación), sino también de la representación mental.

La explicación estrictamente comportamentalista ha sido modificada o modulada por ciertos autores. Masserman y Maier han reinterpretado las experiencias de condicionamiento en términos psicodinámicos, fundándose en la noción de conflicto. Rognant admite que hay casos en que los síntomas son expresión de conflictos internos, intrapsíquicos. Aplican las teorías comportamentales a los síntomas adquiridos fortuitamente y no

simbólicamente, o a los síntomas en los que el conflicto neurótico es «enfriado» o atenuado. El desarrollo reciente de las teorías comportamentalistas cognitivas, busca tener en cuenta las dimensiones imaginaria y simbólica de la especie humana.

Respecto al hecho de que no todos los objetos, animales o situaciones puedan ser igualmente fobógenas, Seligman (1971), lo atribuye a una «predisposición biológica», sugiriendo que la evolución filogenética ha «preprogramado» a la especie humana para adquirir fobias solamente en situaciones potencialmente peligrosas para la misma: serían objetos significativos en la evolución de la especie, lo que Marks denomina estímulo «prepotente». Tal aprendizaje es selectivo, muy resistente a la extinción, probablemente no cognitivo y puede ser adquirido en un solo ensayo.

Respecto a las diferencias individuales de condicionabilidad que se encuentran tanto en el animal como en el hombre, no existen respuestas unívocas. Se han de intervenir factores genéticos, humorales, hormonales, de sensibilidad vegetativa, niveles de vigilancia, etc., sin suficientes pruebas experimentales.

Las teorías actológicas y comportamentalistas no parecen haber permitido explicar las primeras causas y mecanismos, así como tampoco las formas precoces y de inicio de los trastornos obsesivo-compulsivos, y especialmente de las obsesiones *sensu estricto* desde una perspectiva psicopatológica. Todo lo más permiten comprender, con otras teorías alternativas, el mantenimiento de estos fenómenos como síntomas y algunos hechos secundarios.

ASPECTOS DEL DESARROLLO

En Paidopsiquiatría se tiene siempre en cuenta, ante un hecho que puede ser juzgado como patológico, su ubicación dentro del desarrollo del niño, porque, a veces, su aparición en un momento determinado le puede

conferir no solamente ser considerado como normal sino, aún más, considerar como patológico su ausencia. Valga como ejemplo del primer supuesto ciertos temores en la infancia, y del segundo la «angustia al extraño». En los trastornos fóbicos y obsesivos todo ello se hace muy evidente, de forma que en la infancia, por lo que se refiere a las fobias, por ejemplo, se han establecido otros conceptos como el de «temores arcaicos» (A. Freud), que otros autores llaman «pseudo-fobias» (P. Couderc) y «pre-fobias» (Lang), que es preciso distinguir de las fobias verdaderas, porque, aunque provocan angustia en relación con una situación no peligrosa, carece de significación simbólica y de especificidad. Algunos autores como Couderc utilizan el término pseudofobia para designar angustias de separación que sobrevienen de situaciones poco segurizantes, pero donde el elemento específico no es la significación simbólica de la situación sino la separación en sí misma, para la que el niño, inmaduro aún afectivamente, no está preparado. Así mismo las pre-fobias son descritas por Lang como matrices de futuras fobias, y de las primeras tentativas para dominar la angustia, y no tienen necesariamente que evolucionar hacia verdaderas fobias. Por lo que se refiere a los miedos arcaicos, como les ha denominado A. Freud, se producen porque dada la inmadurez yoica del niño, algunos estímulos, ya sean elementos naturales —ruidos, luz, viento, etc.—, ya cambios del entorno o de hábitos que perturben la seguridad que el niño precisa, provocan ansiedad con mayor intensidad y frecuencia que en el adulto.

Respecto a lo que suelen ser los temores más frecuentes en la infancia, se ha llegado a establecer una cronología de los miedos. En los primeros meses de la vida serían los ruidos intensos y súbitos, así como la pérdida brusca de la base de sustentación. En opinión de algunos autores serían respuestas instintivas universales, lo que muestra su carácter filogenético, al igual que los temores que pueden aparecer a los seis meses bajo la influencia de movimientos periféricos súbitos o visión de altu-

ra. En esta edad, 6-8 meses, aparece un nuevo temor cuya normalidad es muy debatida: «La angustia al extraño», a la que Spitz llamó segundo organizador del psiquismo. Se ha criticado la universalidad de este fenómeno en el desarrollo del niño, argumentándose que tal reacción no sucede cuando el extraño es afectivo con el niño, así como cuando la madre está presente o si el contacto es repetido. Hay que pensar si la significación de este segundo organizador estaría más determinada por el hecho de percibir a su madre como totalidad y ya diferente a los demás, y por ello el niño hace notar, de alguna manera, su desagrado, aunque no llegue a la angustia, ante quien no es su madre, que en un cuadro de verdadera ansiedad.

A partir de los dos años son los animales los que producen temor, y ello por miedo a ser mordidos, comidos o perseguidos, a veces incluso por animales que el niño apenas conoce. Hacia el tercero o cuarto años, el temor lo produce las brujas, los fantasmas o seres fantásticos. Cuando el niño crece, la oscuridad se convierte en su miedo preferente, constituyendo a veces un componente importante dentro de otros. Posteriormente aparece el temor al daño físico, a las catástrofes, a la soledad y al miedo que otras personas cercanas a él puedan tener, ya que a partir de los cuatro años puede observarse un «contagio emocional» (Toro Trallero, 1986).

Con el comienzo de la escolarización sobrevienen los miedos sociales, preferentemente a la escuela, al maestro, a los compañeros y al fracaso, que después de un período de calma reaparecen a los once-doce años. Cuando el niño es capaz de asimilar el pasado y anticipar el futuro, sus miedos son peligros imaginarios, lejanos o desgracias futuras. Es preciso señalar el hecho de que con gran frecuencia, a los 8 años aproximadamente, los niños sufren temor a la muerte, cuyo núcleo se considera la ansiedad de separación de la madre de nuevo.

La edad también interviene, a juzgar por los estudios publicados, en la cantidad e intensidad de los miedos infantiles.

Asimismo el sexo y el nivel socioeconómico parecen influir en los miedos (Pelechano, 1981). Las niñas serían más miedosas que los niños, siendo la diferencia mayor en el temor a animales, al peligro físico y a la amenaza de violencia.

Por lo que se refiere al nivel socioeconómico y según el autor, últimamente citado, aparece un incremento en volumen e intensidad de los miedos a medida que aumenta el nivel profesional de las familias; al parecer, incluso el tipo de miedos sería diferente.

Hay una disminución progresiva en el número de miedos verbalizados, desde la infancia hasta el final de la adolescencia, con un incremento solamente a los 9 años para algunos autores, y entre los 6-8 años para otros.

Es interesante hacer notar que generalmente los temores normales son fácilmente verbalizados por los niños, mientras las fobias son ocultadas, en ocasiones, o disimuladas tras otra sintomatología: inhibición, alteraciones del comportamiento, ánimo depresivo, etc.

Respecto a fenómenos que entrarían dentro de lo obsesivo, se han señalado, asimismo, algunos considerados como normales dentro del desarrollo infantil; tienen un valor estructurante, son transitorios y más o menos condicionados por la actitud parenteral. Cronológicamente, la primera sería la llamada por Piaget «reacción circular», en sus diferentes fases. Desde el segundo semestre de la vida, el niño gusta también de juegos repetitivos, entre otros dejar caer algo para que se lo recojan. Posteriormente el ritual se encuentra en el aprendizaje de la limpieza, del control de esfínteres, etc. Hacia los dos años, los rituales al acostarse son casi constantes. En el período escolar el niño, frente a las exigencias de la familia, colegio, sociedad y religión, vuelve a mostrar rituales, a veces escrúpulos, dudas y en ocasiones comportamientos compulsivos; tanto es así que A. Freud consideraba que el Yo en el período de latencia es esencialmente obsesivo.

En la adolescencia se observan de nuevo, preocupaciones morales o metafísicas, acompañándose de preocupación por el orden, as-

setismo, rituales, inquietud por el cuerpo, etc. Todas estas manifestaciones pueden aparecer en el curso de un desarrollo normal y su existencia no es suficiente para plantear el diagnóstico de trastornos neuróticos.

ASPECTOS CLÍNICOS

Refiriéndose tanto a los síntomas fóbicos como obsesivos de la infancia, hay que tener en cuenta no sólo la posibilidad de aparición, como acontecimiento evolutivo, de miedos y rituales sino su ubicuidad dentro de variados cuadros clínicos.

El D.S.M. III en lo que concierne a fobias y obsesiones las incluye en los llamados trastornos por ansiedad, considerando que ésta se produce al intentar enfrentarse al objeto fóbico o al resistir las obsesiones y compulsiones. Hay que hacer notar que así formulado, la ansiedad parece consecuencia, y no causa, de los síntomas neuróticos como Freud mantenía, al ser éstos defensas del individuo contra la ansiedad.

Propone el D.S.M. III que los trastornos fóbicos pueden expresarse de varias formas. En primer lugar como fobias simples, de aparición más temprana y mejor pronóstico. A este grupo pertenecerían las fobias únicas, o variadas, a situaciones, personas, objetos, etc. La fobia social, que se observa al final de la niñez o comienzo de la adolescencia está determinada por la ansiedad que aparece al actuar, hablar, escribir, etc., ante otras personas y, en ocasiones, incluso, de forma anticipatoria ante la posibilidad de tales hechos. Por último, la agorafobia, en que el temor se refiere al estar solo, o hallarse en un lugar público en que pueda sobrevenir alguna incapacitación, y el sujeto sienta la imposibilidad de huir o recibir ayuda; cuando se acompaña de crisis y ansiedad repetidas, constituyen los llamados «panic attacks», ataques de pánico o crisis pánicas. Este último trastorno pone en relación muy estrecha las neurosis de ansie-

dad con las fóbicas, siendo difícil precisar si es esta situación lo que desencadena la crisis de angustia, o si el paciente las asocia a dichas situaciones ante la irracionalidad de las mismas. Para algunos autores la agorafobia es una pseudo-fobia, ya que la ansiedad no aparece ante determinadas situaciones externas, como las fobias simples, sino por el hecho de abandonar situaciones conocidas, por ejemplo el hogar.

De la misma manera podría considerarse el cuadro denominado angustia de separación, incluido en los trastornos por ansiedad de inicio en la infancia o adolescencia, caracterizado por una angustia excesiva al separarse de las principales personas del entorno familiar. El D.S.M. III explicita que el trastorno representa una modalidad de fobia, y suele acompañarse de miedos a la oscuridad, a animales, situaciones, etc. También aquí, la ansiedad la crea el hecho de separarse de la madre, y estaría en relación con un desarrollo anómalo en el vínculo establecido con ella, demasiado fuerte por diferentes circunstancias, enfermedad del niño, necesidades afectivas excesivas en la madre, etc., que darían lugar a una «parasitación» del niño, con dificultades para lograr el desarrollo adecuado de su autonomía. Ha sido señalado repetidamente la frecuencia con que niños que han presentado cuadros de ansiedad de separación sufren posteriormente fobias escolares, y aunque el D.S.M. III parece englobar ambos trastornos, otros autores defienden su diferenciación en razón de la edad de aparición, etiopatogenia, pronóstico y terapéutica. La ansiedad de separación se ha encontrado, asimismo, con cierta frecuencia en los antecedentes de los adultos que padecen «panic attacks». Todas las fobias, al contrario que los temores comunes, parecen tener un curso más prolongado y son más inhabilitadoras que éstos.

Existen otros trastornos en los que su denominación les acerca a las fobias, aunque entrarían con más rigor en el círculo obsesivo, tales serían: las fobias de impulsión, las nosofobias y las dismorfofobias. En las fobias de impulsión el sujeto tiene temor cuando está

en presencia de objetos o situaciones que pueden ser utilizados de forma agresiva, en llevar a cabo algunas auto y hetero-agresiones. Frecuentemente se transforman en un temor obsesivo, incluso fuera de tal objeto, constituyendo verdaderas obsesiones de impulsión. Este cuadro es muy raro en las edades que nos ocupan; más frecuentes son las nosofobias y las dismorfofobias, observándose estas últimas con una cierta frecuencia en la adolescencia. En la nosofobia existe un temor obsesivo a los microbios, a la contaminación, a sufrir, en fin, cualquier enfermedad. Se asocian con frecuencia rituales de lavado y otros, dirigido a evitar el enfermar. En estados depresivos puede observarse una nosofobia, que evoluciona al tiempo que los síntomas afectivos. En la dismorfofobia el paciente, generalmente adolescente, tiene una idea fija, temor obsesivo y doloroso, de deformidad. Generalmente se refiere al rostro, a la nariz en particular, pero a veces implican en ello el peso, la talla, los senos, en la forma y tamaño de los mismos, y el pene en el varón. Se acompañan, a veces de alteraciones de ánimos depresivos, o son parte de un cuadro obsesivo y, en ocasiones, se observan también en el curso de esquizofrenias. En los casos más leves aparecen en personalidades sensitivas que atraviesan períodos de descompensación.

Las diferencias entre los síntomas obsesivos y los comportamientos obsesivos propios del desarrollo son diversas: los primeros provocan en el sujeto vivencias de extrañeza e incongruencias, así como resistencia a los mismos; se acompañan de ansiedad y su interrupción produce irritabilidad. Por todo ello interfieren de forma negativa en la vida del niño. Los segundos se experimentan a veces, incluso, como agradables. Se ejecutan vehementemente y desaparecen después de un corto tiempo. Si bien para la construcción de Escalas e Inventarios clínicos se pueden considerar como criterios expresivos de patología, la interferencia o el deterioro del funcionamiento y del desarrollo normal del niño, o su resistencia, en la práctica clínica, y en nuestra experiencia, los hechos son más complejos, so-

bre todo en las formas leves y de inicio cuando los síntomas obsesivos y compulsivos no están bien estructurados, y no llegan a constituirse en un síndrome psicopatológico, por lo que entendemos que el uso ingenuo e indiscriminado de estos instrumentos de evaluación debe evitarse, complementándose, por ejemplo, con un análisis cualitativo de los ítems, agrupamientos, factores, etc. En la necesidad que tenemos todos de cerrar nuestros modelos de la realidad, frecuentemente ésta se nos escapa y se olvida que, junto a la medición, la verificación y la explicación, son siempre necesarias la comprensión, la significación y la interpretación, que también han de ser públicas y contrastables.

Los trastornos obsesivo-compulsivos se dan en la infancia con las mismas características clínicas que en los adultos, pero son mucho menos frecuentes que los fóbicos, y como tal trastorno neurótico aparecen raramente. Es importante hacer notar que un tercio de los diagnosticados en el adulto son referidos a su comienzo a edades previas a los 15 años, ascendiendo a dos tercios si se aumenta la edad de inicio hasta la adolescencia. En todo caso, es evidente que a partir de los 6-7 años, los niños pueden presentar síntomas obsesivos. La forma de comienzo es variable y pueden aparecer gradual o bruscamente, generalmente en relación con algún acontecimiento precipitante. A veces el niño no refiere los síntomas, incluso los encubre, siendo otro el motivo de consulta. En ocasiones, éste viene dado por alteraciones de comportamiento en relación con sus compulsiones, o por inhibiciones intelectuales o fracaso escolar, debido a sus dudas, rumiaciones obsesivas, pensamientos conjuratorios, etc.

La sintomatología, al igual que en los adultos, la constituyen pensamientos obsesivos y compulsiones, así como rituales característicos. Bender y Schilder (1940) describieron algunos casos de impulsiones en los niños, aunque la agresión incontrolada y las conductas extravagantes que presentaban les acercaban más a cuadros «borderline».

La relación entre depresión, ansiedad, fo-

bias y obsesiones se observa tanto en la infancia como en la vida adulta. En los trastornos depresivos pueden aparecer fobias frecuentemente; los cuadros obsesivos pueden acompañarse de trastornos depresivos y, asimismo, ambos, obsesiones y fobias, manifestarse conjuntamente.

Síntomas obsesivos pueden asociarse también a otros trastornos tales como cuadros orgánico-cerebrales, anorexia nerviosa y enfermedad de Gilles de la Tourette. La aparición de síntomas obsesivo-compulsivos en alteraciones cerebrales y en la enfermedad de La Tourette plantea la existencia de una base biológica en los trastornos obsesivo-compulsivos. Se observó, después de la epidemia de encefalitis que sufrió Europa en 1920, que algunos pacientes manifestaron síntomas obsesivos posteriormente. Asimismo, también son frecuentes fenómenos obsesivos en epilepsias del lóbulo temporal y en otros cuadros convulsivos. La aparición de síntomas obsesivos en trastornos cerebrales por hiperuremia o acompañando a la diabetes insípida, sugieren que el hipotálamo pudiera jugar un importante papel en la patogenia de estos trastornos. Por otra parte, los resultados en la aplicación de tests neuropsicológicos a pacientes obsesivos apuntan a la posibilidad de una disfunción cerebral frontal preferentemente izquierda. Los modelos animales sugieren que lesiones de los ganglios basales, especialmente del pálido, pueden reproducir comportamientos semejantes a los rituales obsesivos. En exploraciones de signos neurológicos menores, se observan anomalías con gran frecuencia, lo que apoyaría la tesis de alteraciones orgánicas de base.

En lo que se refiere a anomalías bioquímicas, la mejoría observada en los trastornos obsesivos por el tratamiento con clorimipramina, cuyo mecanismo de acción parece ser debido al bloqueo de la recaptación neuronal de serotonina, ha llevado a formular la hipótesis de la existencia de una disfunción del sistema serotoninérgico. Por supuesto, se han aplicado todas y cada una de las técnicas y métodos exploratorios en los trastornos fóbicos y

obsesivos, aunque preferentemente en las edades juveniles y adultas, sin que nos parezca se haya encontrado un cuerpo de doctrina lo suficientemente coherente como para resumirlo.

Considerados ya los trastornos fóbico y obsesivo de sus síntomas de estado, se plantea la relación de los mismos con los rasgos rasgos, que en el D.S.M. III y C.I.E.-9.^a incluye en las categorías consideradas como trastornos de la personalidad, tanto fóbica como compulsiva. En un trabajo reciente de Rapoport (1986) se refiere que en la mayoría de los niños que sufren síntomas obsesivos, no pueden objetivarse rasgos previos de personalidad obsesiva, dando la impresión de que dichos síntomas aparecen clínicamente como una discontinuidad del desarrollo normal, aunque evidentemente estos niños tendían a la «internalización» como estilo de comportamiento. Por otra parte, A. Freud (1965) ya opinaba que mientras en los adultos los síntomas más frecuentes forman parte de una estructura de personalidad similar, esto no es así en los niños. En ellos los síntomas aparecen tantas veces aislados, como asociados otros síntomas y rasgos de personalidad de diferente naturaleza y origen distinto.

Los estudios sobre neurofisiología y neuropsicología, en el sentido de integrar los diversos modelos de funcionamiento de los subsistemas nerviosos, sobre seguimiento de presuntos factores de riesgo, acontecimientos y sucesos vitales relevantes, psicofarmacológicos, ex juvantibus, etc., parecen suponer, por el momento, correlatos instrumentales de estos síndromes psicopatológicos, en un continuo que los enlaza con determinadas enfer-

medades neuropsiquiátricas en los que, preferentemente los trastornos obsesivos, más bien que los fóbicos, parecen tener una etiopatogenia orgánica; pero en estos casos, los síntomas obsesivos pierden su relevancia en el cuadro psicopatológico fundamental, principal o nuclear, para integrarse en la semiología de la enfermedad o síndrome primario. La vieja polémica constituyente de la psiquiatría científica con la que iniciábamos este estudio clínico —somatógeno versus psicógeno— sigue abierta en la actualidad, aunque nos decantemos claramente hacia lo psicógeno en las fobias y hacia un continuismo crítico, que aboca en algunas formas a lo orgánico, en lo obsesivo-compulsivo.

La comprensión clínica de angustia, miedos, fobias y obsesiones es una penetración desde un hombre particular a otro, ambos con unos juicios y sentimientos previos a los que referimos la información disponible y una primera realidad superficial y encubridora, que llamamos sintomatología en sus más diversas formas de aparición y presentación. Tras esta realidad que el clínico y el enfermo vivencian en toda su fuerza, se encuentran las teorías y lenguajes científicos que permiten explicarla e interpretarla. En la psicopatología actual, los fundamentos etiopatogénicos de los trastornos fóbicos y obsesivos sólo se conocen parcialmente y la clínica parece ir delante, pero, en último término será el conocimiento profundo de las causas y mecanismos angustioso-fóbico-obsesivos, más allá de las evidencias sintomatológicas, el que permita explicar el síndrome y determinar las posibilidades de individualizar en cada caso los trastornos más o menos complejos.

